



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Det är inte bara att ge en spruta...

- Barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn

Victoria Bengtsson och Emelia Bloom

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska

Institutionen för Hälsovetenskap

Vårterminen 2016

Abstract

Examensarbetets titel: Det är inte bara att ge en spruta...

- Barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn.

It is not only to give an injection...

- Child health nurses' experiences of vaccinating children.

Författare: Victoria Bengtsson
Emelia Bloom

Handledare: Åse Boman

Examinator: Ina Berntsson

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap

Arbetets art: Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå, 15 hp

Program/kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet, 75 hp inriktning distriktssköterska, folkhälsa

Termin/år: VT 2016

Antal sidor: 24

Background: In child health care immunization is a common task for the child health nurse. Often children are unprepared, afraid and preoccupied with pain in the vaccination situation. Most children experience the presence of the parents as important during the procedure. Parents who prepare their child reduces the child's stress during the vaccination situation. An interaction occurs between the child health nurse and the child where participation is a prerequisite for the experience to be a positive outcome.

Aim: The aim of the study was to describe the child health nurses experiences of vaccinating children aged 0-6 years.

Method: Semi-structured qualitative interviews were performed with twelve child health nurses. Data was analyzed using a content analysis focusing in manifest content.

Results: Child health nurses experiences of vaccinating commuted between the sense of power and confident. The crucial experience was the support and cooperation that the child health nurses experienced with the parents. It emerged a theme: *Participation*, three main categories: *Sense of power, sense of confident and cooperation with parents* and six subcategories: *Abuse, powerlessness, experiences, strategies, common goals and approaches and different goals and approaches*.

Conclusion: The result indicates that the parents have a dominant role in the vaccination situations with the ability to affect the health nurse's experience. Child health nurse, child and parents must cooperate to vaccinations to be carried out and be perceived in a positive way.

Keywords: Child health nurse, children, parents, participation, vaccination.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Föräldrarna har en dominerande roll i vaccinationssituationer genom att påverka om upplevelsen blir positiv eller negativ för alla involverade. Är barnet inte förberett kan det resultera i en känsla av övergrepp mot barnet hos barnhälsovårdssjuksköterskan (BHV-sjuksköterskan). För att barnet ska vara delaktigt är samspelet mellan BHV-sjuksköterskan och barnet en förutsättning. Det krävs att BHV-sjuksköterskan, barnet och föräldrarna samarbetar för att vaccinationen ska utföras och upplevas på ett positivt sätt.

Vaccinationer är vanligt förekommande i BHV-sjuksköterskans arbete då det erbjuds alla barn i Sverige. Eftersom hen träffar barn i olika åldrar, som reagerar på varierande sätt, kan det skapa svårigheter i samband med vaccinationer som även kan innebära oro och stress. För att kunna bemöta och stödja barnet på bästa möjliga sätt är det viktigt att ta reda på BHV-sjuksköterskans upplevelser av att vaccinera. Den här studiens resultat är byggd på tolv intervjuer som fokuserat på deltagarnas upplevelser av att vaccinera.

Studiens resultat visade att BHV-sjuksköterskorna ofta upplevde vuxenmakt vid vaccinationer. De kände sig obekväma och upplevde det som känslomässigt fel när de tvingade sig på barnet och höll fast hen. Upplevelsen av vuxenmakt mynnade även ut i en känsla av vanmakt då barnet försökte fly. Utifrån sin erfarenhet kunde BHV-sjuksköterskorna bedöma när det var dags att backa eller avbryta en vaccination där barnet inte samarbetade. De ansåg det även ha stor betydelse att föräldrarna hade förberett sitt barn inför vaccinationen och när så inte var fallet försvårades genomförandet av vaccinationen. BHV-sjuksköterskorna hade önskemål om att föräldrarna skulle ta ett beslut och tala om vad som gällde för sina barn. Det upplevdes dock svårigheter att avgöra hur hårda och tuffa de kunde vara mot föräldrarna. Trygga och lugna föräldrar förmedlade stöd till BHV-sjuksköterskan och barnet vilket underlättade arbetet. Det gjorde även att barnet slapp utsättas för onödigt lidande och en utdragen process.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Vaccinationer	1
Svenska vaccinationsprogrammet	2
Barnhälsovård	2
Barns rättigheter och känslor	3
Föräldrars stödjande funktion	3
Teoretiskt perspektiv	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Kontext och urval	5
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Etik	8
Resultat	9
Känsla av makt	9
Övergrepp	10
Vanmakt	10
Känsla av trygghet	11
Erfarenhet	11
Strategier	12
Samarbetet med föräldrarna	12
Gemensamma mål och tillvägagångssätt	12
Skilda mål och tillvägagångssätt	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats	19
Kliniska implikationer	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde .	20
Referenser	21
Bilaga I	
Bilaga II	
Bilaga III	

Inledning

Hälsa är en mänsklig rättighet och samhällets erbjudande av vaccinationer är ett sätt att främja och möjliggöra en god hälsa för befolkningen. Inom barnhälsovården (BHV) är vaccinationer en vanligt förekommande arbetsuppgift för barnhälsovårdssjuksköterskan (BHV-sjuksköterskan). Vaccinationer kan orsaka oro och rädsla hos både barn och föräldrar, vilket i sin tur skapar problem, i form av etiska dilemman, för den som utför vaccinationen. Studier visar att BHV-sjuksköterskor, flera år efter problematiska vaccineringsituationer, fortfarande reflekterar över om de kunde eller borde ha agerat på något annat sätt. Genom en ökad medvetenhet om de egna känslorna vid vaccinationer av barn, möjliggörs för BHV-sjuksköterskan att bearbeta dessa och utvecklas i att bemöta och stödja barnet vid vaccinering. Den här studien fokuserar på BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn inom BHV.

Bakgrund

Vaccinationer

Den mest framgångsrika medicinska insatsen som gjorts för folkhälsan är vaccination av barn vilket förhindrar mellan 2-3 miljoner dödsfall per år (World Health Organization, 2012). Det svenska vaccinationsprogrammet (bilaga I) rekommenderas och erbjuds gratis i Sverige till alla barn (Folkhälsomyndigheten, 2015). Syftet är att förse barnet med skydd gentemot särskilda infektioner (ge immunitet) samt förebygga att smitta förs över till andra. Det är av stor vikt att vaccinationerna fortgår trots att en sjukdom utrotats i landet, detta för att bevara ett bra skydd då den tilltagande invandringen och utlandsresorna ökar riskerna för smitta och sjukdom (Socialstyrelsen, 2008). Under de senaste tio åren har stora satsningar gjorts för att utveckla och introducera nya vacciner vilket fört med sig att vaccinationsprogram och vaccinationsområden utökats (World Health Organization, 2012).

Viss immunitet mot smittsamma sjukdomar erhålls genom vaccination, dock är inte vaccinationer helt fria från risker och besvär. Vaccinationerna kan orsaka besvär i form av oönskade reaktioner av vaccinets innehåll (biverkningar) samt att nålsticket kan orsaka en mindre hudblödning och skapa obehag. Riskerna för sjukdom bedöms dock överstiga riskerna med de vaccinationer som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet. I samband med vaccination förses kroppen antingen med hela eller delar av det smittämne som ger upphov till sjukdom, i försvagad eller avdödad form. Det medför att kroppen exponeras för ett ämne som inte är stort nog att framkalla sjukdom men trots allt tillräckligt verksamt för att trigga immunförsvaret att producera antikroppar och immunförsvarsceller. Skulle den vaccinerade smittas av samma smittämne vid ett senare tillfälle har hen ett skydd mot smittämnet. Dock förekommer ingen garanti att vaccinet ger ett fullständigt skydd (Socialstyrelsen, 2008).

Det krävs flera doser av ett vaccin för att uppnå ett varaktigt skydd då alla vacciner är olika och för att erhålla ett grundskydd krävs vanligtvis 2-3 doser med 1-2 månaders intervall. De flesta vaccin skall administreras intramuskulärt men ett fåtal vaccin administreras subkutant. Valet av injektionsställe för intramuskulär injektion skall baseras på barnets ålder. För barn under ett år är låret det enda passande stället på grund av att låret har den största muskelmassan

och är fritt från stora nerver och kärl (Socialstyrelsen, 2008). Från och med tolv månaders ålder är det vetenskapligt styrkt att administrera vaccinationen i överarmen (Ekholm, 2015).

Svenska vaccinationsprogrammet

Vaccinationer som ges inom BHV finns fastställda i det svenska vaccinationsprogrammet (Folkhälsomyndigheten, 2015). Enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn (HSLF-FS 2015:6, 2 §) skall barn- och elevhälsovården erbjuda alla föräldrar vaccinationer för sina barn, det föreligger dock inga krav i Sverige på obligatorisk vaccination. Båda föräldrarna måste informeras om vaccinationen och lämna samtycke, är de inte överens får inte barnet vaccineras (Socialstyrelsen, 2014a). Det svenska vaccinationsprogrammet utförs av BHV tills barnet är sex år och därefter tar elevhälsovården över ansvaret. De vaccinationer som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet är difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus influenzae typ B (Hib), pneumokocker, mässling, påssjuka och röda hund (bilaga D) (Folkhälsomyndigheten, 2015). Utöver dessa sjukdomar erbjuds även flickor från 10-12 års ålder vaccination mot humant papillomvirus i elevhälsovården (HSLF-FS 2015:6, 6 §). Regeringen har fått rekommendation av Socialstyrelsen att vaccination mot Hepatit B bör omfattas av det svenska vaccinationsprogrammet (Socialstyrelsen, 2014b). I väntan på regeringens slutgiltiga beslut erbjuds barn i vissa regioner såsom exempelvis Västra Götaland vaccination mot Hepatit B från augusti 2015 (Västra Götalandsregionen, 2015).

En sjuksköterska som genomgått specialistutbildning till distriktssköterska eller barnsjuksköterska är behörig att ordinera samt administrera läkemedel för vaccination enligt vaccinationsprogram (HSLF-FS 2015:11, kap. 3, 10 §). För att självständigt kunna bedöma vaccinationsbehov och vaccinera barn krävs det att distriktssköterskan har fördjupade kunskaper inom området (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). En vaccination involverar nationella bestämmelser, teoretisk och praktisk utbildning samt individuella kunskaper och färdigheter för den som administrerar vaccinationen. För att kunna försvara och förklara vaccinationsprogrammet är det viktigt att BHV-sjuksköterskan är uppdaterad på den senaste forskningen (Nikula, Hupli, Rapola & Leino-Kilpi, 2009).

Barnhälsovård

BHV-verksamheten vänder sig till barn mellan 0-6 år och har funnits sedan 1937 i Sverige samt är frivillig och kostnadsfri. BHV ska vara jämlik och erbjudas alla barn. Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas till alla på lika villkor oberoende av ålder, kön, sexuell läggning, bostadsort, utbildning, personliga egenskaper, social ställning, funktionshinder och etnisk eller religiös tillhörighet (Socialstyrelsen, 2014a). Det saknas nationella styrdokument för BHV, det finns dock vägledning för BHV som har som mål att till yrkesverksamma inom BHV ge kunskaps- och handläggningsstöd, bidra till att stimulera användandet av evidensbaserad praktik och gynna en likvärdig BHV i landet. BHV:s uppgift är ett förebyggande och hälsofrämjande arbete som innefattar undersökning av barns utveckling, hälsa och tillväxt. BHV-sjuksköterskan arbetar med olika områden såsom hälsoövervakning, hälsofrämjande och föräldrastödjande samtal, föräldrastöd i grupp, hembesök och vaccinationer (Socialstyrelsen, 2014a).

Barns rättigheter och känslor

Arbetet inom BHV vägleds av Förenta nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter (Unicef, 2009). BHV-sjuksköterskans arbete ska utgå ifrån ett barnperspektiv där barnets bästa prioriteras vid all planering och i alla åtgärder (Socialstyrelsen, 2014a). FN:s konvention om barns rättigheter är en internationell överenskommelse mellan flertalet länder i världen där Sverige är ett av länderna som ratificerat. Alla barn föds fria och har lika värde samt rätt att uttrycka sin åsikt och rätten till personligt integritet (Unicef, 2009). I Patientlagen (SFS 2014:821, kap 1, 8 §) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskrivs de skyldigheter som vården har gentemot barn, ungdomar och deras vårdnadshavares medbestämmande. Patientlagen (SFS 2014:821, kap. 1, 8 §) anger tydligt att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Informationen ska vara lämpad utifrån barnets ålder, mognad, språkliga kunskaper, erfarenhet och andra individuella förutsättningar (SFS 2014:821, kap. 3, 6 §).

Vid en vaccination är det vanligt förekommande att barn är oförberedda, rädda samt upptagna av smärtan. Rädsla kan påverka barnet vid vaccinationer (Kikuta, Gardezi, Dubey & Taddio, 2011). Barns rädsla vid vaccinering är ofta associerat med förvirring om varför de tillfogats smärta av vuxna som de litar på. De upplever förlorad kontroll över sin autonomi, ilska över förlust av valmöjlighet, intrång på integritet och kroppsutrymme (Gaskell, Binns, Heyhoe & Jackson, 2005). BHV-sjuksköterskan behöver ta hänsyn till individuella faktorer såsom kön, ålder, utvecklingsnivå, temperament, tillvägagångssätt, närvaro/frånvaro av stöd och tidigare minnen som kan ha en betydande effekt på barnets reaktion vid en vaccinering. I genomsnitt uppvisar yngre barn mer stress och smärta än äldre barn. Spädbarn i åldern 3-6 månader svarar på smärtan med sorg och ilska. I åldern 6-18 månader utvecklas rädsla för smärtsamma situationer, de kan dock inte lokalisera platsen för smärtan (Duff, 2003). De flesta av barnen i åldern 15-18 månader visar allvarlig stress i samband med injektionen av vaccin (Erickson Megel, Hesel & Matthews, 2002; Jacobson et al., 2001). Barn i 4-6 årsåldern upplever rädsla rörande smärta, brist på information samt rädsla för utrustning. Detta skapar i sin tur osäkerhet, hjälplöshet och rädsla för att skadas och yttrar sig genom gråt, nervositet, ilska, frustration, misstänksamhet och skrik (Salmela, Aronen & Salanterä, 2010). Barn i 5-7 årsåldern kan tydligare särskilja olika nivåer av smärtintensitet (Duff, 2003) och använder sig av varierande taktiker vid vaccination till exempel att protestera, förhala eller undvika (Harder, Christensson, Coyne & Söderbäck, 2011).

Föräldrars stödjande funktion

Föräldrar som i förväg informerar sitt barn om en kommande vaccination minskar den stress som kan uppkomma i en vaccinationssituation (Jacobson et al., 2001). Föräldrars reaktioner vid vaccinering påverkar hur barn kan minska stress, få kontroll och hantera situationen. Barn hanterar vaccinationssituationen bäst när deras föräldrar är närvarande men endast betraktar och förblir minimalt involverade. De flesta barn anser att närvaron av föräldrarna är av betydelse under proceduren (Duff, 2003). Föräldrar som är närvarande vid vaccinationen tycker att det är fördelaktigt att få information och bli visade hur de ska hålla sina barn (Nikula et al., 2009). Föräldrar kan enkelt instrueras att använda sig av coping-främjande strategier för att minimera smärta och oro hos barn (Cohen, 2008). Barnets smärta och oro minskar när de vuxna är lugna och använder coping-främjande strategier som distraktion, peppning och samtala allmänt. På motsatt sätt ökar barnets oro och smärta när vuxna är ängsliga och använder sig av

orosfrämjande strategier som att ursäkta, kritisera, ge överdrivet med uppmuntrande ord eller empati (Taddio et al., 2009). Föräldrarna bör kunna hantera sina egna känslor och förevisa ett lugnt förhållningssätt, så att rädslan inte överförs på barnet. Beroende på hur barnet beter sig innan, under och efter det nårelaterade förloppet varierar föräldrarnas förhållningssätt. En anpassning av förhållningssättet sker beroende på olika påverkande faktorer som gäller barnets distraktionsbehov eller i vilken grad föräldrarna är i behov av att kontrollera barnet (Karlsson, Rydström, Enskär & Dalheim Englund, 2014).

Teoretiskt perspektiv

Orlandos (1961) omvårdnadsteori utgår ifrån en interaktion mellan sjuksköterskan och patienten med avseende på deras beteende, reaktioner, agerande i olika omvårdnadssituationer och hur tillfredsställande omvårdnadshandlingen är gentemot patientens behov. Orlandos (1961) omvårdnadsteori kan tillämpas i omvårdnadssituationen mellan BHV-sjuksköterskan och barnet. I varje möte skapas en interaktion som kan påverka mötet positivt eller negativt och som BHV-sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om vilken effekt som överförs på barnet och att en väl fungerande kommunikation krävs, där ansvaret ligger hos BHV-sjuksköterskan. Den reaktion som BHV-sjuksköterskan upplever utifrån barnets beteende har utgångspunkt i hens medvetna/omedvetna tankar, känslor och värderingar. Ett barns beteende kan medföra att BHV-sjuksköterskan kan reagera positivt eller negativt vilket då är BHV-sjuksköterskans ansvar att hantera dessa reaktioner. I vissa omvårdnadssituationer kan barnets beteende hindra BHV-sjuksköterskan från att genomföra sitt arbete eller nå sitt professionella mål till exempel i en vaccinationssituation där barnet vägrar låta sig vaccineras. För att kunna utforska och tillgodose barnets behov måste reflektionen ständigt ha en stor plats i BHV-sjuksköterskans arbete vilken tillämpas genom den reflektiva omvårdnadsprocessen (Orlando, 1961).

Barns hälsa och utveckling påverkas av deras utrymme att få vara delaktiga och medverka i en situation (Wennerholm Juslin & Bremberg, 2004). Med delaktighet menas att tillföra något i en situation och beroende av BHV-sjuksköterskans barnperspektiv eller situationens sammanhang kan det variera hur barnet tillför något till situationen och med vilken självständighet hen deltar (James & James, 2012). Delaktighet är en förutsättning i vårdsituationer för att barn ska kunna ta del av sina rättigheter samt för att deras hälsa ska gynnas (Runeson, 2002; Söderbäck, 2010). Barn som är förberedda och välinformerade samt har möjlighet att vara delaktiga i beslut gällande sin vård har större möjlighet att bevara kontroll i vaccinationssituationen (Runeson, Hallström, Elander & Hermere´n, 2002a). Flera studier beskriver dock att barn inte är välinformerade, inte blir hörda, inte är delaktiga och respekterade, inte känner stöd från de vuxna eller att de inte blir tagna på allvar när de vill uttrycka sin åsikt (Runeson, Hallström, Elander & Hermere´n, 2002b; Runeson, Mårtensson & Enskär, 2007).

Problemformulering

BHV-sjuksköterskan möter barn i olika åldrar som agerar och reagerar på olika sätt beroende på var i sin utveckling de befinner sig. Detta kan skapa svårigheter i samband med vaccinationer vilket även kan innebära stress och oro för alla parter. Den vetenskapliga kunskapen hur vaccinationen genomförs är gedigen samtidigt som kunskapen om BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn är mindre omfattande. Detta kan medföra att det förekommer en brist på medvetenhet och osäkerhet kring hur barnen kan bemötas på ett gynnsamt och förtroendeingivande sätt. För att barnet ska kunna bemötas och stödjas på bästa möjliga sätt är det viktigt att få kunskap om BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn i åldern 0-6 år.

Metod

Design

Studien har genomförts med en kvalitativ ansats då avsikten var att belysa BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera barn. Kvalitativ metod är användbart när mänskliga upplevelser och känslor skall studeras. Den kvalitativa designen kan även bidra till en djupare, mer detaljerad information och variation i innehåll samt möjliggöra en ärlighet från personen som intervjuas (Patton, 2014; Polit & Beck, 2012).

Kontext och urval

Eftersom studien har en kvalitativ design valdes informanterna ut ändamålsenligt (Polit & Beck, 2012). För att få en bred spridning av data skickades e-mail förfrågan om deltagande ut till verksamhetschefer vid 29 vårdcentraler i 11 olika kommuner i Västra Götalandsregionen (bilaga II). Enligt Polit och Beck (2012) baseras urvalsstorleken på behovet av information och specificeras inte i förväg. Förhoppningen var att värva 8-12 informanter. Av de 29 tillfrågade vårdcentralerna var det 1 som tackade nej och 13 som inte svarade. Av de resterande 15 vårdcentralerna tackade slutligen 12 ja till att delta i studien. Sammanlagt resulterade detta i 12 intervjuer med BHV-sjuksköterskor från 12 olika vårdcentraler. Verksamhetschefen bekräftade sitt godkännande i ett e-mail. Efter godkännandet togs kontakt med berörda BHV-sjuksköterskor för vidare planering av tid och plats för intervju. BHV-sjuksköterskorna fick ett informationsbrev om studien via e-mail (bilaga III). BHV-sjuksköterskorna varierade i ålder och arbetslivserfarenhet (tabell 1). Spridningen av antalet vårdcentraler möjliggjorde också variation i data i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Inklusionskriterierna var att BHV-sjuksköterskan var utbildad distriktssköterska eller barnsjuksköterska samt jobbade med BHV med avseende på vaccinationer av barn i åldern 0-6 år. Exklusionskriteriet var att BHV-sjuksköterskan arbetade mindre än varannan vecka med BHV-arbete.

Tabell 1: Informanternas demografiska data

n=12			
Kön		Antal år som legitimerad sjuksköterska	
Kvinna	12	1-9	2
		10-19	4
		20-29	4
Ålder		30-39	1
30-39	2	40-49	1
40-49	6	Antal år inom barnhälsovården	
50-59	2	0-4	5
60-69	2	5-9	1
Utbildning		10-14	4
Distriktssköterska	12*	15-19	2
Barnsjuksköterska	1*	Antal listade barn inom barnhälsovården	
*En av informanterna var både distriktssköterska och barnsjuksköterska		200-299	1
		300-499	3
		500-699	3
		700-899	2
		900-1099	3

Datinsamling

Datinsamlingen genomfördes som intervjuer under december 2015–januari 2016 med en författare och informant (BHV-sjuksköterska) per intervju. Intervjuerna genomfördes på informantens arbetsplats i en avskild miljö, spelades in med hjälp av mobiltelefon och varade mellan 13-30 minuter. Semistrukturerade intervjufrågor användes (tabell 2). Intervjufrågorna bestämdes i förväg för att fokusera på BHV-sjuksköterskors upplevelser av vaccinationer. Inledningsvis ställdes frågor om ålder, utbildning, verksamma år inom yrket och antal listade barn inom BHV. Därefter bestod intervjun av två öppna huvudfrågor och ytterligare öppna följdfrågor vid behov för att kunna förtydliga samt beroende på hur mycket informanterna pratade fritt. Författarna var måna om att inte avbryta och låta informanten prata så fritt som möjligt. Informanten gavs möjlighet att ställa frågor både före och efter intervjun.

Tabell 2: Översikt av huvudfrågor och följdfrågor som använts i samband med intervjuerna.

Intervjufrågor
Huvudfrågor: Berätta om en vaccinationssituation som du upplevt som positiv. Berätta om en vaccinationssituation som du upplevt som negativ.
Följdfrågor som använts till de båda huvudfrågorna: Hur blev du påverkad? Varför tror du att du upplevde de känslor som du beskrivit? Varför tror du att du upplevde situationen som du gjorde? Hur kände du inför situationen? Varför upplevde du att situationen blev bra/dålig? Vad var riktigt svårt/enkelt? Hur menar du då? Kan du utveckla lite mer?

Dataanalys

För analys av data tillämpades kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Inledningsvis transkriberades intervjuerna ordagrant av den författare som genomfört intervjun. Det transkriberade materialet lästes igenom samt granskades grundligt vid ett flertal tillfällen av båda författarna för att skapa en överblick. Författarna valde att analysera hälften av varandras intervjuer och hälften av egna genomförda intervjuer. I början av analysen valde författarna att analysen skulle rikta sig på det manifesta innehållet vilket innebär det framträdande innehållet i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Efter genomläsningarna reflekterade författarna tillsammans och markerade upplevelser och känslor i texterna som i sin tur bildade bärande meningsenheter. Därefter kondenserade och kodade författarna de meningsbärande enheterna var för sig samt abstraherade texten genom att skapa kategorier. Kategorierna diskuterades och jämfördes vilket resulterade i ett tema, tre kategorier och sex underkategorier. Under arbetets gång jämfördes ständigt textens innehåll gentemot syftet och en reflekterande diskussion hölls om innehållet i de olika delarna av analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på analysprocessen åskådliggörs i tabell 3.

Tabell 3: Översikt av underkategorier, kategorier och tema.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Det var övergrepp tycker jag faktiskt såhär i efterhand. Det lyckades ju och han gick därifrån och hade fått sin vaccination men det var just det här, behålla två stycken att det blev väldigt mycket vuxenmakt.	Övergrepp. Lyckades ju, han hade fått sin vaccination. Två stycken fick behålla, blev vuxenmakt.	Vuxen makt.	Övergrepp.	Känsla av makt.	Delaktighet.
Så det känns skönt när jag har jobbat några år och kunna säga till föräldrarna att nu går ni hem och pratar om det här och kommer tillbaka.	Känns skönt när jag jobbat några år.	Jobbat några år.	Erfarenhet.	Känsla av trygghet.	Delaktighet.
...jag kan väl känna att jag kanske inte hade förälderns stöd här...	...kan känna att jag inte hade förälderns stöd...	Inget stöd.	Skilda mål och tillvägagångssätt.	Samarbetet med föräldrarna.	Delaktighet.

Etik

Författarna har varit måna om att studien ska utföras utifrån det etiska ansvaret och bestå av god kvalitet, vara moraliskt acceptabel och stödjas på vetenskaplig erfarenhet (Codex, 2015). Informationskravet har beaktats genom att två olika informationsbrev angående studien skickades till verksamhetscheferna och BHV-sjuksköterskorna. Skriftligt tillstånd för studien erhöles av verksamhetscheferna och deltagande BHV-sjuksköterskor. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att poängtera skriftligt och muntligt att medverkan var frivillig och BHV-sjuksköterskorna informerades om att de kunde avsluta deltagandet när som helst. Vid transkriberingen oidentifierades intervjuerna genom att tilldelas ett kodnummer för att beakta konfidentialitetskravet. Intervjuerna förvarades hos författarna cirka sex månader efter att studien avslutats för att därefter raderas. Det insamlade materialet användes endast för studiens syfte. Då studien har utgått ifrån BHV-sjuksköterskors perspektiv i deras professionsutövning har det inte krävts någon etisk prövning och nyttjandekravet har tillgodosetts (Vetenskapsrådet, u.å.). Det finns ingen farhåga om att någon kommit till skada av studien.

Resultat

BHV-sjuksköterskornas upplevelser av att vaccinera pendlade mellan känsla av makt och trygghet och den avgörande upplevelsen var vilket stöd och samarbete som BHV-sjuksköterskan upplevde av föräldrarna. I resultatet framkom ett tema: *Delaktighet*, tre kategorier: *Känsla av makt, känsla av trygghet och samarbetet med föräldrarna* samt sex underkategorier: *Övergrepp, vanmakt, erfarenhet, strategier, gemensamma mål och tillvägagångssätt samt skilda mål och tillvägagångssätt* (figur 1). Figuren illustrerar resultatets tema och sambandet mellan de tre kategorierna. Vid upplevelsen av ett bristande samarbete med föräldrarna uppstår känslan av makt vilket kan resultera i negativa upplevelser hos BHV-sjuksköterskan, barnet och föräldrarna. Vid upplevelser av ett samarbete med föräldrarna uppstår känslan av trygghet hos alla parter. Om BHV-sjuksköterskan inte bjuder in barnet och föräldrarna till delaktighet utmynnar det i en maktposition. Vid ökad grad av delaktighet hos föräldrarna uppstår trygghet och även barnet blir delaktigt vilket bör eftersträvas.



Figur 1: BHV-sjuksköterskors upplevelser av att vaccinera.

Känsla av makt

I intervjuerna berättade BHV-sjuksköterskorna om återkommande känslor av övergrepp och vanmakt i samband med vaccinationssituationer.

Övergrepp

BHV-sjuksköterskorna upplevde stundtals att de tvingade barnet när de vaccinerade. De beskrev att de utförde en handling mot barnets vilja som kändes obekvämt. Informanterna uttryckte att de påverkades av att behöva tvinga sig på barnet. Vaccinationerna utfördes, med barnets bästa i syfte, men känslomässigt upplevdes det fel på det sätt det genomfördes. Det kunde vara händelser där barnet hölls fast, att BHV-sjuksköterskan tog i för hårt med känslan av att skada barnet medvetet eller att föräldrarna insisterade på att vaccinationen skulle utföras. Detta medförde att etiska dilemman uppkom där BHV-sjuksköterskorna var medvetna om att de gjorde fel men ändå utförde vaccinationen. Orsaken kunde vara att barnet inte hade fått information av föräldrarna om den kommande vaccinationen och att barnet plötsligt fick en injektion utan att vara förberedd.

"Och då kände jag att det kändes inte etiskt rätt att bara hon inte skall veta överhuvudtaget vad jag gör och helt plötsligt har hon en spruta i armen." (BHV-sjuksköterska nr 1)

Informanten beskrev upplevelser av obehag och det kunde medföra att hon tänkte på händelsen många år efter att den inträffade. I flera fall uttryckte informanterna liknande händelser som traumatiska och beskrevs existera i tankarna även om det gått lång tid sedan det hände. En av de intervjuade uttryckte:

"..vi var tre vuxna som höll fast en 5-åring som gallskek och den sitter i och det kanske är en 10 år sedan./Det var en dålig upplevelse som jag fortfarande kommer ihåg. Och det kändes inte bra./...det var ett fruktansvärt övergrepp." (BHV-sjuksköterska nr 11)

När flera vuxna fick vara med och hålla fast barnet uppstod känsla av vuxenmakt och att barnet inte hade någon möjlighet att undgå vaccinationen. Detta i sig skapade känslor av övergrepp och att vaccinationen skedde mot barnets vilja vilket inte upplevdes optimalt. BHV-sjuksköterskorna beskrev att de inte kunde begära samtycke från barnet men de önskade ändå att barnet accepterade vaccinationen.

Vanmakt

Känslan av vuxenmakt resulterade i upplevelse av vanmakt hos BHV-sjuksköterskorna. En vanlig reaktion kunde vara ovissheten och oron om hur situationen skulle utvecklas och avslutas, ibland blev det bra och vissa gånger blev det mindre bra. En av de intervjuade uttryckte att hon spände sig när ett barn kom tillbaka för andra gången efter en misslyckad, utebliven vaccination och funderade på hur det skulle gå samt hoppades att det skulle gå bra den gången.

"Ja, det blir ju jättejobbigt. Dom kryper under och lägger sig längs, då tänker man - Gud hur ska det här gå?" (BHV-sjuksköterska nr 3)

I en del situationer var det komplicerat när barnet inte ville medverka samtidigt som det andra gånger var okomplicerat och barnet vaccinerades utan svårigheter. Informanterna beskrev att proceduren upplevdes svårhanterlig när det blev en utdragen process. Känslan av att det inte ledde någonstans uppstod när barnet var för upprört, hysteriskt, inte lyssnade och det inte fanns någon tendens till att barnet skulle gå med på att vaccineras. Det kunde resultera i att BHV-sjuksköterskan ansåg att det inte var någon mening att administrera vaccinationen vid just det tillfället och att barnet och föräldrarna fick komma tillbaka vid ett senare tillfälle. Detta upplevde BHV-sjuksköterskorna som ett misslyckande. De beskrev det som en balansgång där

beslutet skulle tas om vaccinationen skulle administreras eller senareläggas till ett annat tillfälle. När vaccinationen blev framflyttad bidrog det vanligen till en lyckad vaccination vid nästa tillfälle.

Känslan av vanmakt påverkades även av om BHV-sjuksköterskan hade träffat barnet och föräldrarna tidigare vilket kunde vara antingen en förenklande eller en försvårande faktor. Det kunde upplevas som en främjande faktor i vaccinationsituationen om BHV-sjuksköterskan träffat föräldrarna tidigare och därmed haft möjligheten att bygga upp en relation. På så vis kunde BHV-sjuksköterskan ha insikt om föräldrarna var trygga eller rädda och utifrån detta kunna bemöta föräldrarna och barnet på ett individuellt sätt. Informanterna beskrev även hur barn i olika åldrar kunde upplevas enklare eller svårare att vaccinera. Det behövdes olika tillvägagångssätt beroende på åldern, för de yngre barnen krävdes ingen förberedelse i form av information till barnet jämfört med de äldre barnen som informerades om vad som skulle hända, hur det skulle gå till praktiskt och hur det kunde kännas.

BHV-sjuksköterskorna beskrev känslor för barnets situation där de kände sig hemska och elaka över att göra barnet ledsen och besviken genom att vaccinera dem och tillfoga smärta. BHV-sjuksköterskorna berättade att barnet inledningsvis kunde vara gladlynt och skratta för att därefter bli ledset och gråta av nålsticket. De kände empati med barnet men kunde inte göra så mycket åt situationen.

..det kändes fel på alla sätt och vis./...just vad man efterlämnar för reaktioner hos barnet kändes fel... (BHV-sjuksköterska nr 6)

En känsla av att inte ha kontroll över situationen kunde infinna sig när barnet ryckte till och drog undan armen vilket resulterade i att det blev en reva och ett blödande sår på barnets arm. Vid ett annat tillfälle där barnet också ryckte undan armen resulterade det i osäkerhet om hela dosen hade blivit given och där konsekvensen blev att en ny vaccination fick administreras några veckor senare. I flera fall angav informanterna situationer då sprutan släppt från nålen vilket innebar att de fick sticka på nytt och detta i sig upplevdes som ett nederlag. I flera fall beskrevs det som svårhanterbart när de inte hade kontroll i situationen.

Känsla av trygghet

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenheter och strategier av och hur de skulle hantera situationerna med vaccinationer vilket skapade trygghet hos dem själva.

Erfarenhet

BHV-sjuksköterskorna beskrev vikten av erfarenhet och hur den successivt utvecklades genom åren. En av informanterna uttryckte att som relativt ny inom yrket kunde det vara svårt att avleda då hon var upptagen med den medicinsk-tekniska proceduren. Det upplevdes som svårt att avleda och prata med barnet samtidigt som vaccinet administrerades, men av erfarenhet visste hon att det var en utmaning i början med nya arbetsuppgifter. Tillvägagångssätt gentemot barn som var rädda, ledsna och inte ville vaccineras utvecklades genom åren hos BHV-sjuksköterskorna. De beskrev vikten av en lugn och sansad situation eftersom det upplevdes angeläget att tänka på längre sikt utifrån barnets perspektiv. Informanterna uttryckte svårigheter att avgöra hur hårda och tuffa de kunde vara gentemot föräldrarna. De lärde sig att hantera och bestämma när det var dags att backa och avbryta situationen samt att vara tydlig mot barnet och föräldrarna för att undvika att själva bli frustrerade. Det fanns även en trygghet i att kunna förlita sig på regler och lagar för att känna stöd i sitt arbete.

”Svårt att barnet skriker och blir ledset förstås.../...då är det bättre att bryta./Kände att nu är det dags och lägga ner och komma tillbaka vid ett annat tillfälle...” (BHV-sjuksköterska nr 7)

BHV-sjuksköterskorna upplevde det som en lättnad när vaccinationen var administrerad. En av informanterna uttryckte det som en seger att vaccinationen blev given och att barnet var med på det i slutändan efter att BHV-sjuksköterskan ansträngt sig. De känslor som många BHV-sjuksköterskor beskrev när vaccinationen fick en positiv utgång var att de kände sig nöjda och glada över att ha gjort ett bra arbete, att de kände sig lyckliga när det fungerade och att det gick att lugna ner barnen om de var ledsna och upprörda. Vid vissa vaccinationstillfällen kunde BHV-sjuksköterskan ibland tro att det skulle ta längre tid att administrera vaccinationen än vad det gjorde vilket uttrycktes som positivt.

Informanterna uttryckte att när injektionen inte blev given kändes det inte som ett misslyckande eftersom det fanns en medvetenhet om att barn är olika och att de reagerar på olika sätt inför en vaccination. I flera fall beskrev BHV-sjuksköterskorna utifrån sin erfarenhet att det blev svårare när barnen blev äldre. De förklarade att de äldre barnen har mer begrepp om vad som kommer att ske. Trots BHV-sjuksköterskornas erfarenhet kunde det upplevas som svårt att alltid göra rätt teoretiskt och känslomässigt. Det kunde bli en större anspänning och krävas mer engagemang av BHV-sjuksköterskorna om barnet var ledset. Det medförde även att de kände sig mer påverkade i sin yrkesroll om det gick till ytterligheter.

Strategier

Informanterna använde sig av olika strategier för att avleda barnet, exempelvis att sjunga eller att föräldern filmade med mobilen. Även såpbubblor var en uppskattad avledningsstrategi för både barnet, föräldrarna och BHV-sjuksköterskan vilket bidrog till en positiv upplevelse.

”..och då blåste jag såpbubblor innan och barnet blev jätteintresserat och tyckte det var ju görspännande. Och så stack jag och så blev barnet ledset naturligtvis och så blåste jag såpbubblor och sen var det inte ett gråt. Och barnet skrattade. Och det tyckte jag var så positivt./Jag blev ju så glad.. Det var ju så roligt att jag började skratta och föräldern började skratta...det var så härlig känsla, oj så lätt.”(BHV-sjuksköterska nr 2)

Det fanns delade uppfattningar och strategier om hur BHV-sjuksköterskorna utförde vaccinationen när två injektioner skulle administreras vid samma tillfälle. Vissa informanter angav att det var fördelaktigt för barnet när två kollegor administrerade varsin vaccination samtidigt. Flera av BHV-sjuksköterskorna uttryckte att det kunde upplevas som övertag från de vuxnas sida gentemot barnet när två kollegor administrerade två vaccinationer samtidigt. Informanterna uttryckte att vaccinationerna var en arbetsuppgift som ibland upplevdes enformigt men som var en nödvändighet och verkade för ett gott ändamål.

Samarbetet med föräldrarna

BHV-sjuksköterskorna upplevde att samarbetet med föräldrarna påverkade vaccinationssituationerna genom såväl gemensamma som skilda mål och tillvägagångssätt.

Gemensamma mål och tillvägagångssätt

BHV-sjuksköterskorna upplevde det positivt när föräldrarna hade förberett sitt barn inför vaccinationen. De påtalade vikten av att informera barnet om vad som skulle hända i syfte att

skapa ett bra samarbete mellan barn, föräldrar och BHV-sjuksköterska. En av informanterna uttryckte glädje när barnet var förberett och vaccinationen lyckades utan att det blev komplicerat för barnet, det var en bra arbetsdag för BHV-sjuksköterskan. För att underlätta situationen var det viktigt att ha en bra kommunikation med både barnet och föräldrarna. Framförallt underströk BHV-sjuksköterskorna vikten av kommunikationen med föräldrarna när det rörde sig om de mindre barnen som i motsats till de äldre barnen inte kunde uttrycka sig på samma sätt. När samarbetet fungerade kände sig informanterna tillfreds och lättade för föräldrarnas skull och att de kunde vara stolta över att ha utfört ett bra arbete. Sammantaget grundade det sig i föräldrarnas medverkan och deras inställning till vaccinationer samt att de försökte avdramatisera när vaccinationen skulle utföras.

BHV-sjuksköterskorna uttryckte att trygga och lugna föräldrar förmedlade stöd och trygghet vilket medförde att arbetet kunde utföras på ett bra och effektivt sätt. Detta bidrog till att barnet inte utsattes för en utdragen process och onödigt lidande. Tillit skapades och barnet lugnade sig när det fick komma till en trygg och lugn famn efter vaccinationen, där föräldrarna kramade och höll om dem. Informanterna upplevde det betryggande när föräldrarna höll om sitt barn och tröstade efteråt.

"...och att man har föräldrarna med sig och att dom är lugna och trygga i situationen./Då känns det ju lugnt och gott, tryggt liksom." (BHV-sjuksköterska nr 10)

Skilda mål och tillvägagångssätt

Det upplevdes vanligt förekommande att barnen inte var förberedda av sina föräldrar när de kom till BHV för sin vaccination. BHV-sjuksköterskorna beskrev detta som något negativt och att föräldrarna var veka när de inte förberett sitt barn som skulle vaccineras.

"Och ibland tycker jag föräldrar är dåliga som inte berättar för sina barn att det är vaccination." (BHV-sjuksköterska nr 12)

De kände sig elaka när de skulle sticka barnet utan att barnet hade någon vetskap om detta innan och heller inte haft någon möjlighet att förbereda sig. Barnet blev ledset och försökte undkomma vaccinationen genom att gömma sig eller fly. Detta skapade besvärliga situationer med irritation och frustration hos flera av informanterna. De kände att föräldrarna borde ta beslutet och att det var deras ansvar att klargöra vad som gällde till sina barn. BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna inte tog ett beslut och de uttryckte att de inte kunde ta beslutet utan från föräldrarna. När föräldrarna tvekade började även barnet tveka. Informanterna beskrev att föräldrarna hade svårt att förmedla det stöd och den trygghet som behövdes och därmed svek barnet.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att samspelet uteblev när föräldrarna var otillräckliga i att tillhandahålla stöd till barnet och henne. BHV-sjuksköterskorna upplevde frånvaro av stöd från föräldrarna vilket medförde svårigheter att kommunicera på ett önskvärt sätt. De uttryckte att de inte var i samförstånd med föräldrarna vilket resulterade i svårigheter att agera på ett samstämmigt sätt gentemot barnet.

Informanterna upplevde att föräldrar som var rädda för injektioner påverkade barnet på ett negativt sätt. Det fanns föräldrar som blev ledsna vilket gjorde att vaccinationssituationen inte blev tillfredsställande för någon av parterna. BHV-sjuksköterskorna uttryckte att det hade varit fördelaktigt om någon annan närstående, som inte var rädd, var med barnet vid vaccinationen.

”...det händer ju så klart ibland att föräldrarna blir lite skärrade eller stressade och en del föräldrar börjas nästan gråta själva....och det är klart att då känner man ju kanske att det blev ju inte riktigt bra.” (BHV-sjuksköterska nr 8)

Diskussion

Metoddiskussion

För att trovärdigheten i en kvalitativ studie ska kunna bedömas ska metoden granskas med utgångspunkt från dess giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). I diskussionen beskrivs metodens styrkor och svagheter utifrån urval, deltagare, intervjuguide, intervjumetodik, dataanalys och etik.

Informanterna i aktuell studie valdes genom ett ändamålsenligt urval då de ansågs lämpliga att besvara studiens syfte eftersom de med hög sannolikhet upplevt och genomfört vaccinationer av barn (Polit & Beck, 2012). För att erhålla en bred variation kontaktades vårdcentraler i städer och landsbygd. Det finns även en stor variation hos informanterna gällande ålder och erfarenhet. BHV-sjuksköterskornas olika erfarenheter ses som en styrka samt att det stärker tillförlitligheten i studien då erfarenheterna förser författarna med ett djupt och innehållsrikt intervjumaterial (Patton, 2014). Av de 29 tillfrågade vårdcentralerna var det 1 som tackade nej och 13 återkopplade inte överhuvudtaget. Detta bortfall kan ses som en svaghet i denna studie då eventuell information om upplevelser kan ha gått förlorad. Dock har data insamlats från 12 olika vårdcentraler vilket kan ses som en styrka för urvalet.

Informationsbrevnen angående studien skickades ut i ett tidigt skede och därmed hade informanterna god tid på sig att förbereda sig och tänka tillbaka på upplevelser i samband med vaccinationer. Författarna hade inledningsvis för avsikt att utföra 8-10 intervjuer men valde att utöka till tolv intervjuer vilket anses tillräckligt för att besvara studiens syfte. Intervjuerna genererade en adekvat mängd material som var tillräcklig för att urskilja mönster och kategorier (Patton, 2014; Polit & Beck, 2012). Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervjua. Det utfördes ingen pilotintervju då det inledningsvis var vissa svårigheter att erhålla informanter. Hade författarna utfört en pilotintervju kunde en trygghet i intervjuförloppet åstadkommas i ett tidigare skede. För att erhålla en bra intervju krävs övning vilket författarna upplevde allt eftersom intervjuerna genomfördes (Kvale & Brinkmann, 2014).

Informanterna fick tala fritt och dela med sig av sina känslor och upplevelser utifrån två öppna huvudfrågor och även ett antal öppna följdfrågor vid behov. Frågorna hade utformats i förväg i syfte att fungera som en vägledning för författarna under intervjuerna. Informanterna fick även möjlighet att tala om det som inte berörde upplevelser av vaccinationer, med syftet att skapa trygghet och att det ändå skulle framkomma information som ansågs värdefull för studien. Författarnas uppgift var att uppmuntra informanterna att tala fritt och berätta sina upplevelser med egna ord. Utifrån detta förfarande erhöles all information som behövdes och gav informanterna frihet att förse författarna med så många förklaringar och illustrationer som de önskade (Patton, 2014; Polit & Beck, 2012). Det upplevdes vid några tillfällen svårt att få konkreta svar på de frågor som ställdes. I flera fall pratade informanterna hellre om genomförandet än om upplevelserna och känslorna, vilket är ett vanligt fenomen vid intervjuer (Trost, 2010). BHV-sjuksköterskornas arbetserfarenhet varierade och därför behövdes följdfrågorna individualiseras och anpassas. Vissa informanter talade fritt och behövde därmed

inte lika många följdfrågor samtidigt som andra var svårare att intervjua då de var mer medvetna om inspelningen, tittade på klockan och väntade på nästa fråga. Vissa intervjuer blev kortare och vissa blev längre (intervjuerna varade mellan 13–30 minuter) dock hade inte tiden på intervjun något samband med informationen som blev användbar till resultatet. För att öka studiens tillförlitlighet anges längden på intervjuerna (Kristensson, 2014). Även om intervjuerna blev korta i vissa fall resulterade de i ett innehållsrikt material (Kvale & Brinkmann, 2014).

Intervjuerna genomfördes med en författare och en BHV-sjuksköterska för att undvika maktposition. Författarna strävade efter att inge förtroende och skapa trygghet hos informanterna genom att inleda intervjuerna med att presentera sig och samtala allmänt (Kvale & Brinkmann, 2014; Trost, 2010). Under intervjuerna fordrades en beredskap i att ställa en passande följdfråga samtidigt som det var viktigt att vara bekräftande, lyhörd och delaktig i intervjun. En styrka i studien är att författarna var måna om att lyssna aktivt samt låta informanterna berätta utan att avbrytas. En fördel med att använda intervjuguide är att författaren i förväg kan bestämma hur den disponerade tiden ska tillämpas i intervjusituationen (Patton, 2014). En svaghet med att använda intervjuguide kan dock vara att författaren blir bunden av frågorna och att flödet i dialogen avstannar (Polit & Beck, 2012). När intervjuerna delades upp medförde det att författarna stundtals hade svårt att erhålla en fullständig känsla om de intervjuer som de själva inte medverkat i. Det latenta kunde på detta vis missas men då studiens syfte var att fokusera på det manifesta har det ingen betydande påverkan för resultatet (Polit & Beck, 2012).

Intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplats vilket kan vara både en fördel och nackdel. Eftersom BHV-sjuksköterskorna hade hög arbetsbelastning bedömde författarna det lämpligt att utföra intervjun på arbetsplatsen för att de inte skulle behöva avsätta mer tid än nödvändigt. Det föreligger alltid en risk att störande moment såsom telefon och kollegor påverkar intervjun när den utförs på arbetsplatsen. Vid fyra av intervjuerna inträffade störande moment med resultatet att intervjun blev avbruten en stund och att det sedan kunde vara svårt att hitta tråden igen. Dessa händelser kan ha inverkat på resultat men sannolikheten för detta bedöms vara låg eftersom intervjuerna upplevdes innehållsrika (Patton, 2014; Polit & Beck, 2012).

För att garantera att erhållen data är användbar och tillförlitlig för giltigheten anses tiden närmast efter intervjun som viktig för tid till reflektion. För att kunna garantera att materialet var användbart och tillförlitligt delade författarna sina observationer genom att träffas regelbundet. Författarna reflekterade tillsammans i samband med genomförandet och transkriberingen av intervjuerna för att inte förlora insikter som uppstod (Patton, 2014). Författarna tolkade hälften av varandras intervjuer och hälften av egna genomförda intervjuer. Syftet att tolka var för sig hade som mål att erhålla en känsla och förståelse av materialet som författarna var mer eller mindre förtrogna med. För att öka tillförlitligheten gjordes en noggrann granskning av analysprocessen som visade en koppling mellan materialet och resultatet (Elo & Kyngäs, 2008). Analysprocessen genomfördes med stöd i kvalitativ innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004). Under analysarbetets gång har författarna dels suttit var för sig samt tillsammans för att diskutera och reflektera. Detta för att kunna bilda sig en egen uppfattning om materialet utan att påverkas av den andre författarens tankar och åsikter. När de meningsbärande enheterna skulle urskiljas i texterna, var det svårt att särskilja den beskrivna pedagogiken från känslor och upplevelser. För att undvika ett felaktigt resultat är detta något som författarna behövt ha i åtanke. Eftersom svaren i intervjuerna varken är systematiska eller standardiserade bidrar det till att analysen kan vara svår att tolka (Patton, 2014). En styrka är att författarna ständigt jämfört textens innehåll gentemot syftet under processen. Trovärdigheten i studien stärks om det är två personer som analyserar materialet,

kondenserar meningsbärande enheter till koder och sedan kategoriserar dem (Graneheim & Lundman, 2004). För att resultaten ska kunna överföras till andra sammanhang har en tydlig beskrivning getts gällande datainsamling, urval av deltagare, analysprocess och beskrivning av kontext samt visat belysande citat. I slutändan är det dock läsaren som avgör överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten i resultatet stärks också av citat i texten och över analysprocessen (tabell 3) (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna har följt de fyra allmänna etiska huvudkraven på forskning (Codex, 2015). Det är endast författarna samt handledaren som haft tillgång till intervjuaterialet. Det finns ingen farhåga om att någon kommit till skada av studien. BHV-sjuksköterskorna informerades om studiens syfte och bestämde själva över sin medverkan (Polit & Beck, 2012). Författarna har varit noggranna med att studien skrivits utifrån egna ord och inte plagierats samt inte förvrängt data eller översatt felaktigt (Forsberg & Wengström, 2016).

Resultatdiskussion

Resultatet visar upplevelser hos BHV-sjuksköterskorna såsom känsla av makt, känsla av trygghet och samarbetet med föräldrarna.

I resultatet framkommer betydelsen av att föräldrarna förbereder sitt barn inför vaccinationen i syfte att öka möjligheten till ett gynnsamt samarbete mellan berörda parter. När barnen var förberedda blev det lätthanterligt för alla parter att genomföra vaccinationen. I flera studier understryks att en förälder som informerar sitt barn inför en vaccination kan medföra att stressen minskar (Ives & Melrose, 2010; Jacobson et al., 2001; Kikuta et al., 2011 & Salmela et al., 2010). Diggle och Richards (2007) menar att det förekommer lite forskning rörande vikten av förberedelse hos barn men det förekommer ändå vissa strategier som anses fördelaktiga, särskilt rörande barn över två år. En studie av Harder, Ranheim och Söderbäck (2015) visar att barn använde sig av handlingar som att finna tröst och styrka genom att söka kroppskontakt hos sina föräldrar, vilket bekräftade vikten av föräldrarnas närvaro. Nikula et al. (2009) understryker vikten av att föräldrar är involverade i vaccinationsprocessen.

Informanterna upplevde ofta att föräldrarna inte förberett sitt barn inför vaccinationen. Bristen på förberedelse bidrog till situationer då barnet inte ville medverka till vaccination samt försökte undkomma. BHV-sjuksköterskorna uttryckte att det var föräldrarnas ansvar att informera sina barn om vaccinationen. En orsak till att BHV-sjuksköterskorna upplever att föräldrarna inte tar beslut kan vara att föräldrarna anser att BHV-sjuksköterskorna är specialister och att de ska besluta huruvida vaccinationen ska administreras samt berätta det för barnen. Enligt Plumridge Goodyear-Smith och Ross (2009) ansåg föräldrarna att sjuksköterskorna var experter på området och skulle kunna svara på frågor som uppstod. Taddio et al. (2009) och Duff (2003) menar att föräldrar förlitar sig på att sjuksköterskan delger information om hur barnet kan stödjas av sina föräldrar. Information före smärtsamma situationer har visat sig minska barns oro (Young, 2005) och barn som inte är förberedda har en ökad risk för ångest i vaccinationssituationen (Jacobson et al. 2001).

Det framkommer i resultatet att BHV-sjuksköterskorna har erfarenheter av föräldrar som var rädda för injektioner och som påverkat sina barn på ett negativt sätt i samband med vaccinationerna. Det överensstämmer med Diggle och Richards (2007), Gaskell et al. (2005) och Ives och Melrose (2010) som menar att många sjuksköterskor anser att när föräldrar är rädda och ängsliga överförs det till barnet som påverkas på samma sätt. Diggle och Richards

(2007) belyser att om sjuksköterskan tar sig tid att besvara föräldrarnas frågor och dämpar deras oro kan det hjälpa föräldrarna att stödja sitt barn på ett positivt sätt.

Studien visar att övergrepp i vaccinationssituationer medför negativa upplevelser för BHV-sjuksköterskan, till exempel att göra något mot barnets vilja, vilket ger upphov till tankar kring upplevelsen flera år efteråt. Detta överensstämmer med en studie av Gunther och Thomas (2006) där sjuksköterskors minnen och moraliska dilemman beskrevs vid vaccinering av barn som var nålrädda. Flera år efter händelserna kunde sjuksköterskorna fråga sig om de kunde eller borde agerat annorlunda för att kunna rättfärdiga och frigöra sig från skuld. Enligt Thomas (2009) kände sig sjuksköterskorna maktlösa, arga, utmattade och även utbrända till följd av situationerna som de kände var av etiskt och moraliskt dilemma. BHV-sjuksköterskornas reflekterande stöds även av Orlando (1961) som menar att reflektionen ständigt bör ha en betydande plats i BHV-sjuksköterskans arbete som sker genom den reflektiva omvårdnadsprocessen. Då BHV-sjuksköterskorna ofta funderar på om de kunde agerat annorlunda vid vissa vaccinationssituationer är det en faktor som kan påverka deras förhållningssätt vid framtida vaccinationer. Det kan vara en styrka att de tillämpar ett annat agerande och erhåller insikt i hur de ska agera i kommande vaccinationssituationer för att undvika samma situation igen. Det kan även innebära en osäkerhet som avspeglar sig i deras agerande vid vaccinationerna där rädslan finns att samma traumatiska upplevelser skulle kunna upprepas.

I resultatet framkommer att det upplevs komplicerat och svårhanterbart för informanterna när barnet inte vill medverka och det blir en utdragen process. I de situationer där barnet var upprört och hysteriskt och det inte fanns någon möjlighet att genomföra vaccinationen uttrycktes det som ett misslyckande hos BHV-sjuksköterskorna. Känslan av att inte ha kontroll uttrycktes som svårhanterbart. Känslor av att inte ha kontroll lyfts fram i en studie av Ives och Melrose (2010) som visar att sjuksköterskor upplevde det som svårhanterbart när barnet skrek, sparkade eller kunde bitas vid vaccinationen. Det upplevdes inte som några svårigheter när barnet grät däremot beteende där barnet kämpade emot och försökte springa ut ur rummet ansågs problematiskt. Sjuksköterskorna kände sig splittrade i situationen och upplevde det svårt att bevittna barnets stress. De beskrev även känslor av hjälplöshet och osäkerhet samt funderingar hur de kunde agerat annorlunda. Sjuksköterskorna upplevde sig pressade att slutföra jobbet oavsett hur mycket barnet motsatte sig vaccinationen. Upplevelsen av att känna sig dränerad på energi, emotionellt utmattad, onormalt trött och utan stöd dominerade vid de situationer då barnet gav motstånd och inte ville samarbeta. En känsla av misslyckande, skuld, frustration och en skrämmande känsla av att inte ha kontroll uttrycktes även i studien (Ives & Melrose, 2010).

I vissa vårdrelaterade situationer kan BHV-sjuksköterskan motarbetas från att utföra sitt arbete (Orlando, 1961). I resultatet beskriver informanterna uteblivna vaccinationer som ett misslyckande vilket innebär att barnet och föräldrarna får komma tillbaka vid en annan tidpunkt. Det uttrycktes en svårighet att balansera barnets rätt att säga nej och samtidigt beakta barnets rätt till bästa möjliga hälsa där vaccinationer är en viktig del. Ives och Melrose (2010) anser att det finns dilemman kring barnets rätt att vägra vaccination samt att kombinera övertalning men att ändå låta barnet fatta sina egna beslut. Det är viktigt att låta barnet uttrycka sig utan att fastna i ändlösa förhandlingar. Några av BHV-sjuksköterskorna i den aktuella studien tog hänsyn till barnets beslut att inte vaccineras samtidigt som andra BHV-sjuksköterskor ansåg att det var föräldrarna som skulle ta beslutet oavsett vad barnet ville. Detta kolliderar med barnets rättighet till personlig integritet (Unicef, 2009) och för att barn skall kunna ta del av sina rättigheter är delaktighet en förutsättning i vaccinationssituationen (Runeson, 2002; Söderbäck, 2010).

Informanterna beskrev att när de arbetat några år blev det enklare att ta beslutet när vaccinationssituationen skulle avbrytas och senareläggas. Med erfarenheten kan det medföra att BHV-sjuksköterskorna har modet att agera utifrån barnets bästa och inte låta sig påverkas av föräldrarna. Motsatsen kan vara att BHV-sjuksköterskorna som inte hade många års erfarenhet ville vara till lags och hade en känsla av att vara tvingade att utföra vaccinationen trots att det inte kändes rätt. En av orsakerna kunde vara påtryckningar från föräldrarna att vaccinationen skulle utföras oavsett vad barnet ville. Baserat på informanternas erfarenhet fick föräldrarna överta beslutet och ansvaret att barnet skulle förberedas bättre inför den senarelagda vaccinationen. Ives och Melrose (2010) menar att många sjuksköterskor lär sig genom negativa erfarenheter och gränssättning. Det kan även variera utifrån olika miljöer och situationer där det kan vara ökad press att vaccinationen måste administreras samma dag. Sjuksköterskor har beskrivit vikten av att få stöd i att senarelägga en vaccination. Det fanns oklarheter gällande det faktum att sjuksköterskorna hade rättigheter att neka vaccinationen (Ives & Melrose, 2010). I aktuell studie visade sig en trygghet hos informanterna i att kunna stödja sig på regler vilket även styrks av Ives och Melrose studie (2010) där det uttrycktes behov av att ha regler som stödjer rättigheten att neka vaccinationen. Resultatet i den aktuella studien visade att i flera fall blev utgången positiv när vaccinationerna framflyttades, en förklaring kan vara att BHV-sjuksköterskan tillgodosåg barnets behov av tid att förbereda sig. Denna handling är utifrån Orlandos (1961) omvårdnadsteori användbar där BHV-sjuksköterskan beaktat vilken effekt som överförs på barnet och att tänka på framtida vaccinationer. När barnet bemöts med respekt uppfylls även barnkonventionens föreskrifter (Unicef, 2009).

Resultatet i aktuell studie visar att BHV-sjuksköterskorna använde sig av olika avledningsstrategier. Såpbubblor var en uppskattad strategi som både barnet, föräldrarna och BHV-sjuksköterskorna värderade högt och som resulterade i en positiv upplevelse för alla parter. Enligt Jacobson et al. (2001) behöver det inte innebära några betydande kostnader eller förberedelser att använda sig av olika distraktionsmetoder. Sjuksköterskan kan anpassa distraktionsmetod utifrån det unika barnet och medföra goda erfarenheter och därmed främja framtida vaccinationer. Distraktion har även visat sig vara en effektiv metod i förebyggande syfte mot stress och smärta samt minskad förekomst av gråtande hos barn i samband med vaccinationer (Jacobson et al., 2001). Ett flertal studier nämner olika distraktionsmetoder såsom såpbubblor, ballonger, klubbor, sjunga, och titta på filmer (Boivin et al., 2008; Duff, 2003; Gaskell et al., 2005; Ives, 2007; Ives & Melrose, 2001; Kikuta et al., 2011; Oliveira & Linhares, 2015).

Resultatet visar också på delade åsikter och skilda tillvägagångssätt om hur vaccinationen genomfördes när barnet skulle erhålla två injektioner vid samma vaccinationstillfälle. Horn och McCarthy (1999) beskriver att när två injektioner ska administreras vid samma vaccinationstillfälle har vissa utövare valt att, tillsammans med en kollega, administrera båda injektionerna samtidigt i syfte att vaccinationen ska gå snabbt och enkelt. Studier visar att administration av två injektioner samtidigt inte gav ett minskat obehag för barnet jämfört med när en injektion i taget administreras. För att förebygga missförstånd är det viktigt att ha i beaktande att barnet och föräldrarna blir informerade i förväg när två injektioner ska administreras samtidigt (Horn & McCarthy, 1999). Dock rekommenderar Jacobson et al. (2001) att administrera två injektioner samtidigt för att minska förväntad stress vid injektion nummer två. Så länge det inte finns någon evidens för det ena eller andra tillvägagångssättet är det adekvat att BHV-sjuksköterskan utgår från vad som känns passande och även beaktar det praktiska i form av resurser och möjligheter som finns på arbetsplatsen.

Det kan anses anmärkningsvärt att det i resultatet inte förekommer beskrivningar gällande delaktigheten mellan barn och BHV-sjuksköterska. Informanterna uttryckte framförallt

delaktigheten mellan föräldrar och barn samt delaktigheten mellan föräldrar och BHV-sjuksköterska. En orsak kan vara att BHV-sjuksköterskan upplever det enklare att kommunicera med föräldrarna och att det föreligger en osäkerhet i samspelet med barnet. Ytterligare orsak kan vara rädsla och osäkerhet i att inte erhålla stöd från föräldrarna i sitt beslut och agerande. Barnet har rätt till delaktighet vilket glöms eller inte tas i beaktande. Enligt Runeson (2002) och Söderbäck (2010) är delaktighet en central faktor i vårdssituationer för barnets rättigheter och att hälsan främjas.

Slutsats

BHV-sjuksköterskors upplevelser vid vaccination av barn visar att det kan vara både enkelt och svårt att vaccinera. När barnet förbereds av föräldrarna och avledningsstrategier tillämpas resulterar det i övervägande positiva upplevelser för BHV-sjuksköterskan, barnet och föräldrarna. I motsats upplever informanterna en känsla av makt när barnet inte är förberett vilket kan utvecklas till att vaccinationen upplevs som ett övergrepp mot barnet. Det har framkommit att föräldrarna har en dominerande roll i vaccinationsituationerna med förmågan att påverka om upplevelsen blir positiv eller negativ. När föräldrarna förlitar sig på BHV-sjuksköterskan och anser att hon är specialisten, intas en passiv roll och ansvaret förs över på BHV-sjuksköterskan vilket kolliderar med hennes uppfattning om vem som ska ta beslutet om hur vaccinationen ska utföras. Informanterna uttrycker att det är föräldrarnas ansvar att stödja barnet och BHV-sjuksköterskan samt ta beslutet om hur vaccinationen ska utföras. En brist i kommunikationen uppstår och varje part agerar utifrån sin synvinkel och samspelet uteblir. Barnet hamnar i skymundan och ingen av parterna samarbetar vilket resulterar i negativa upplevelser för alla involverade. BHV-sjuksköterskan, barnet och föräldrarna måste samarbeta för att vaccinationen ska kunna utföras och upplevas på ett positivt sätt.

Kliniska implikationer

I resultatet framkommer att BHV-sjuksköterskan förväntar sig att föräldrarna ska förbereda sitt barn inför vaccinationen. BHV-sjuksköterskorna behöver bistå föräldrarna med stöd och råd i hur de kan förbereda och stödja sitt barn på ett adekvat samt praktiskt tillvägagångssätt. Det vore fördelaktigt att utforma både muntlig och skriftlig information som beskriver tillvägagångssättet och föräldrarnas roll i förfarandet. För att barnet ska kunna vara delaktig i vaccinationssituationen bör det finnas kunskap i hur BHV-sjuksköterskan gör barnet delaktig. Studiens resultat visar att det är vanligt förekommande att vaccinationen upplevs som ett övergrepp. För att kunna hantera situationen annorlunda vid nästa tillfälle kan ett verktyg bestå i att de inblandade parterna tillsammans reflekterar och bearbetar det som inträffat.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde

Resultatet visar att BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna har en avgörande roll i samband med vaccinationen av sitt barn. En kvalitativ intervjustudie om föräldrarnas upplevelser av vaccination till sitt barn samt vad de anser väsentligt i situationen hade tillfört en fördjupad förståelse av företeelsen. För att kunna ge vägledning till föräldrarna i hur de kan stödja sitt barn är det av betydelse att BHV-sjuksköterskan kan ta del av vad föräldrarna har för tankar och föreställningar. Det kunde även vara av intresse att utforska barnets upplevelser av att vaccineras dock kan det innebära begränsningar i form av barnets möjligheter att uttrycka sig.

Referenser

- Boivin, J.M., Poupon-Lemarquis, L., Iraqi, W., Fay, R., Schmitt, C., & Rossignol, P. (2008). A multifactorial strategy of pain management is associated with less pain in scheduled vaccination of children. A study realized by family practitioners in 239 children aged 4-12 years old. *Family Practice*, 25, 423-429.
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral Approaches to Anxiety and Pain Management for Pediatric Venous Access. *Pediatrics*, 122(3), 134-139. Doi: 10.1542/peds.2008-1055f
- Codex. (2015). Forskarens etik. Hämtad 1 mars, 2016, <http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Diggle, L., & Richards, S. (2007). Best practice when immunizing children. *Primary health care*, 17(7), 41-46.
- Duff, A. (2003). Incorporating psychological approaches into routine paediatric venipuncture. *Archives of Disease in Childhood*, 88(10), 931-937.
- Ekholm, L. (2015). Difteri, tetanus, pertussis, polio, haemophilus influenzae typ b och hepatit B. Hämtad 29 februari, 2016, från Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Vacciner/Difteri-tetanus-pertussis-polio-haemophilus-influenzae-typ-b/>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2468.2997.04569.x.
- Erickson Megel, M., Hesel, R., & Matthews, K. (2002). Parents' assistance to children having immunizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25(3), 151-165. Doi: 10.1080/01460860290042585.x
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Det svenska vaccinationsprogrammet. Information till föräldrar*. Hämtad 11 mars, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Det-svenska-vaccinationsprogrammet-for-barn-Information-till-foraldrar/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation om omvårdnadsforskning*. (4. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur Akademisk
- Gaskell, S., Binns, F., Heyhoe, M., & Jackson, B.W. (2005). Taking the sting out of needles: education for staff in primary care. *Paediatric Nursing*, 17(4), 24-28.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.
- Gunther, M., & Thomas, S. (2006). Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 370-376.
- Harder, M., Christensson, K., Coyne, I., & Söderbäck, M. (2011). Five- Year- Old Children's Tuning- In and Negotiation Strategies in an Immunization Situation. *Qualitative Health Research*, 21(6), pp. 818-829. Doi: 10.1177/1049732311400629.x
- Harder, M., Ranheim, A., & Söderbäck, M. (2015). Främja barns delaktighet i vårdssituationer: Att se och att inse. NOBAB. Hämtad 15 mars, 2016, http://www.nobab.se/images/publikationer/Framja_barns_delaktighet_i_vrdsituationer.pdf

- Horn, M.I., McCarthy, A.M. (1999). Children's responses to sequential versus simultaneous immunization injections. *Journal of Pediatric Health Care*. 13(1), 18-23.
- HSLF-FS 2015:6, 2 §. *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* Hämtad 1 mars, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/publicerat-material/foreskrifter/hslf-fs-2015-6-foreskrifter-om-vaccination-av-barn.pdf>
- HSLF-FS 2015:6, 6 §. *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* Hämtad 1 mars, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/publicerat-material/foreskrifter/hslf-fs-2015-6-foreskrifter-om-vaccination-av-barn.pdf>
- HSLF-FS 2015:11, kap. 3, 10 §. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.* Hämtad 17 februari, 2016, <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1> o
- Ives, M. (2007). Model empathy and respect when immunizing children who fear needles. *Canadian nurse*, 103(4), 6-7.
- Ives, M., & Melrose, S. (2010). Immunizing Children Who fear and Resist Needles: Is It a Problem for Nurses? *Nursing Forum*, 45(1), 29-39.
- Jacobson, R.M., Swan, A., Adegbenro, A., Ludington, S. L., Wollan, P. S., & Poland, G. A. (2001). Making vaccines more acceptable - methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines, *Vaccine*, 19(17), 2418-2427. Doi: 10.1016/S0264-410X(00)00466-7
- James, A., & James, A.L. (2012). *Key concepts in childhood studies*. (2nd ed.). London: SAGE.
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 1-11. Doi: 10.3402/qhw.v9.23759
- Kikuta, A., Gardezi, F., Dubey, V., & Taddio, A. (2011). Practices and perceptions regarding pain and pain management during routine childhood immunizations: Findings from a focus-group study with nurses working at Toronto Public Health, Ontario. *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 22(2), 43-48.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur och Kultur Akademisk
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.). Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Nikula, A., Hupli, M., Rapola, S., & Leino-Kilpi, H. (2009). Vaccination Competence. *Public Health Nursing*, 26(2), 173-182.
- Oliveira, N.C.A.C., Linhares Martins, M.B. (2015). Nonpharmacological Interventions for Pain Relief in Children: A Systematic Review. *Psychology & Neuroscience*, 8(1), 28-38.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York: National League for Nursing.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (4th ed.). London: SAGE

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1187-1194. Doi: 10/1111/j.1365-2648.2009.04999.x

Runeson, I. (2002). *Children's participation in decision-making in health care*. Doctoral Dissertation. Department of Medical Ethics Faculty of Medicine, Lund University.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002a). Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 158-166.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002b). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, 9(6), 583-598.

Runeson, I., Mårtenson, E., & Enskär, K. (2007). Children's Knowledge and Degree of Participating in Decision Making When Undergoing a Clinical Diagnostic Procedure. *Pediatric Nursing*, 33(6), 505-511.

Salmela, M., Aronen, E. T., & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 719-726. Doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x

SFS 2014:821, kap.1, 8 §. *Patientlag*. Hämtad 17 februari, 2016, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/?bet=2014:821#K1

SFS 2014:821, kap. 3, 6 §. *Patientlag*. Hämtad 17 februari, 2016, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/?bet=2014:821#K3

SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 1 mars, 2016, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2008). *Vaccination av barn. Det svenska vaccinationsprogrammet. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 17 januari, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20467/vaccination-av-barn-det-svenska-vaccinationsprogrammet-2008-126-9.pdf>

Socialstyrelsen, (2014b). *Socialstyrelsens rekommendation om införande av hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 12 januari, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20451/socialstyrelsen-rekom-inforande-hepatit-b-vaccinationsprogram-barn-2014-3-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2014a). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 januari, 2016, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Swenurse. Hämtad 25 januari, 2016, <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdfh>

Söderbäck, M. (2010). Barn och unga som vårdkonsument. I M. Söderbäck (Red.), *Barn och ungas rätt i vården* (s. 13-24). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Taddio., A., Chambers, C.T., Halperin, S.A., Ipp, M., Lockett, D, Rieder, M.J., & Shah, V. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: The Nerve of It. *Clinical Therapeutics*, 31, 152-167.

Thomas, S. (2009). *Transforming nurses' stress and anger: Steps toward healing*. (3rd ed.). New York: Springer.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.). Stockholm: Studentlitteratur AB.

Unicef. (2009). *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Unicef.

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 1 mars, 2016, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Västra Götalandsregionen. (2015). *Alla nyfödda barn i Västra Götaland erbjuds vaccination mot hepatit B*. Hämtad 1 mars, 2016, <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Smittskyddsenheten/Nyheter/Alla-nyfodda-barn-i-Vastra-Gotaland-erbjuds-vaccination-mot-hepatit-B/>

Wennerholm Juslin, P., & Bremberg, S. (2004). *När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt*. Statens Folkhälsoinstitut.

World Health Organization. (2012). *Draft global vaccine action plan: report by the secretariat*. (A65/22). Geneva: WHO. Hämtad 2 december, 2015, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-en.pdf?ua=1

Young, K.D. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine*. 45(2), 160-171.

Bilaga I

DET SVENSKA VACCINATIONSPROGRAMMET

Allmän del – Rekommenderas till alla barn

Ålder	Årskurs	Vaccination mot	Dos
3 mån		difteri stelkramp kikhosta polio Hib pneumokocker	dos 1
5 mån		difteri stelkramp kikhosta polio Hib pneumokocker	dos 2
12 mån		difteri stelkramp kikhosta polio Hib pneumokocker	dos 3
18 mån		mässling påssjuka röda hund	dos 1
5–6 år		difteri stelkramp kikhosta polio	dos 4
6–8 år	1–2	mässling påssjuka röda hund	dos 2
10–12 år	5–6	HPV	dos 1–2
14–16 år	8–9	difteri stelkramp kikhosta	dos 5

 Barnhälsovården

 Elevhälsan

(Folkhälsomyndigheten, 2015, s.16)

Till vederbörande verksamhetschef

Förfrågan om tillåtelse att genomföra forskningsstudie med avseende på de distriktssköterskor/barnsjuksköterskor som vaccinerar inom barnhälsovården.

Bakgrund och syfte

Det har framkommit i tidigare forskningsstudier att det finns en rådande kunskapsbrist och osäkerhet kring hur barnen kan bemötas på ett bra och pedagogiskt sätt av BHV-sjuksköterskan vid vaccinationer. Enligt tidigare studier är det vanligt att barn i förskoleåldern kan uppleva rädsla i samband med vaccination. Syftet med den här studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser i samband med vaccination av barn i åldern 0-6 år. Studien syftar till att öka kunskapen och förståelsen för hur BHV-sjuksköterskan kan stödja barnet och föräldrarna vid vaccination.

Tillvägagångssätt

Vårt önskemål är att få komma till Er enhet och genomföra intervjuer med BHV-sjuksköterskor som arbetar med vaccination av förskolebarn. Vid godkännande skickas en förfrågan till en av era BHV-sjuksköterskor via mail där hon eller han erbjuds delta i studien. Vid medverkan kommer BHV-sjuksköterskan att träffa en av oss vid ett intervjutillfälle som beräknas ta cirka 20-30 minuter och som spelas in. För att underlätta för Er verksamhet förläggs intervjun på Er vårdcentral och anpassas efter Era önskemål.

Datahantering

Det erhållna intervjumaterialet kommer att analyseras och användas till en magisteruppsats inom distriktssköterskeprogrammet vid Högskolan Väst i Trollhättan. Materialet hanteras konfidentiellt och kommer att lagras på ett säkert sätt. Resultatet av den här studien kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Högskolan Väst i Trollhättan och ni erbjuds att ta del av det färdiga resultatet om så önskas.

Godkännande

Härmed godkänner jag att studien genomförs vid den BHV-mottagning som jag ansvarar för.

Ort, datum

Underskrift

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående.

Victoria Bengtsson

073-XXX XX XX

victoria.bengtsson@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska, student vid specialistprogrammet för distriktssköterskor, Högskolan Väst, Trollhättan.

Emelia Bloom

073-XXX XX XX

emelia.bloom@student.hv.se

Handledare för studien:

Åse Boman, PhD, universitetslektor

Avdelningen för vårdvetenskap på avancerad nivå

Institutionen för Hälsovetenskap

Högskolan Väst, Trollhättan

072-XXX XX XX

ase.boman@hv.se

Bilaga III

Information om forskningsstudie till dig som vaccinerar inom barnhälsovården.

Bakgrund och syfte

Enligt tidigare forskning finns en rådande kunskapsbrist och osäkerhet kring hur barnen vid vaccinationer kan bemötas på ett bra och pedagogiskt sätt av distriktssköterskan/barnsjuksköterskan. Det har också visat sig vara vanligt att barn i förskoleåldern kan uppleva rädsla i samband med vaccination. Syftet med den här studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelser i samband med vaccination av barn i åldern 0-6 år. Studien syftar till att öka kunskapen och förståelsen för hur BHV-sjuksköterskan kan stödja barnet och föräldrarna vid vaccination.

Tillvägagångssätt

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie eftersom att du arbetar med att vaccinera barn. Vi önskar intervjua dig gällande dina upplevelser i samband med vaccination av barn i åldern 0-6 år. Du kommer att träffa en av oss vid ett intervjutillfälle som beräknas ta cirka 20-30 minuter och som spelas in. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Ditt deltagande i studien har skriftligen godkänts av din verksamhetschef. För att underlätta för dig och verksamheten planerar vi att genomföra intervjun på den vårdcentral du arbetar på, tid bestämmer vi tillsammans utifrån vad som passar dig och verksamheten.

Datahantering

Det erhållna intervjumaterialet kommer att analyseras och användas till en magisteruppsats inom distriktssköterskeprogrammet vid Högskolan Väst i Trollhättan. Materialet kommer att vara tillgängligt för studiens två författare samt handledaren och kommer att hanteras konfidentiellt och avidentifieras samt lagras på ett säkert sätt. Resultatet av den här studien kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Högskolan Väst i Trollhättan och ni erbjuds att ta del av det färdiga resultatet om så önskas.

Godkännande

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i en intervju.

Ort, datum

Underskrift

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående.

Victoria Bengtsson

073-XXX XX XX

victoria.bengtsson@student.hv.se

Leg. Sjuksköterska, student vid specialistprogrammet för distriktssköterskor, Högskolan Väst, Trollhättan.

Emelia Bloom

073-XXX XX XX

emelia.bloom@student.hv.se

Handledare för studien:

Åse Boman, PhD, universitetslektor

Avdelningen för vårdvetenskap på avancerad nivå

Institutionen för Hälsovetenskap

Högskolan Väst, Trollhättan

072-XXX XX XX

ase.boman@hv.se

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se