

Examensarbete

Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext – en litteraturstudie.

Utvecklingsarbete

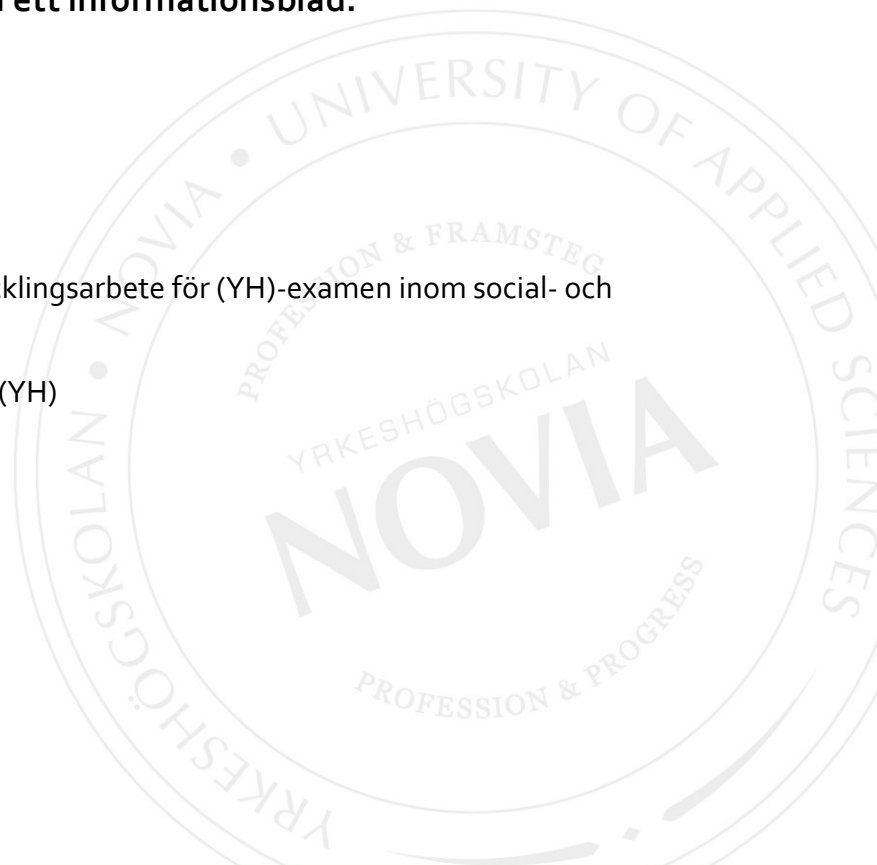
**Att kommunicera med ungdomar inom vården – kunskap
och reflektion genom ett informationsblad.**

Malin Österberg

Examensarbete och utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och
hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020-2021



Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext

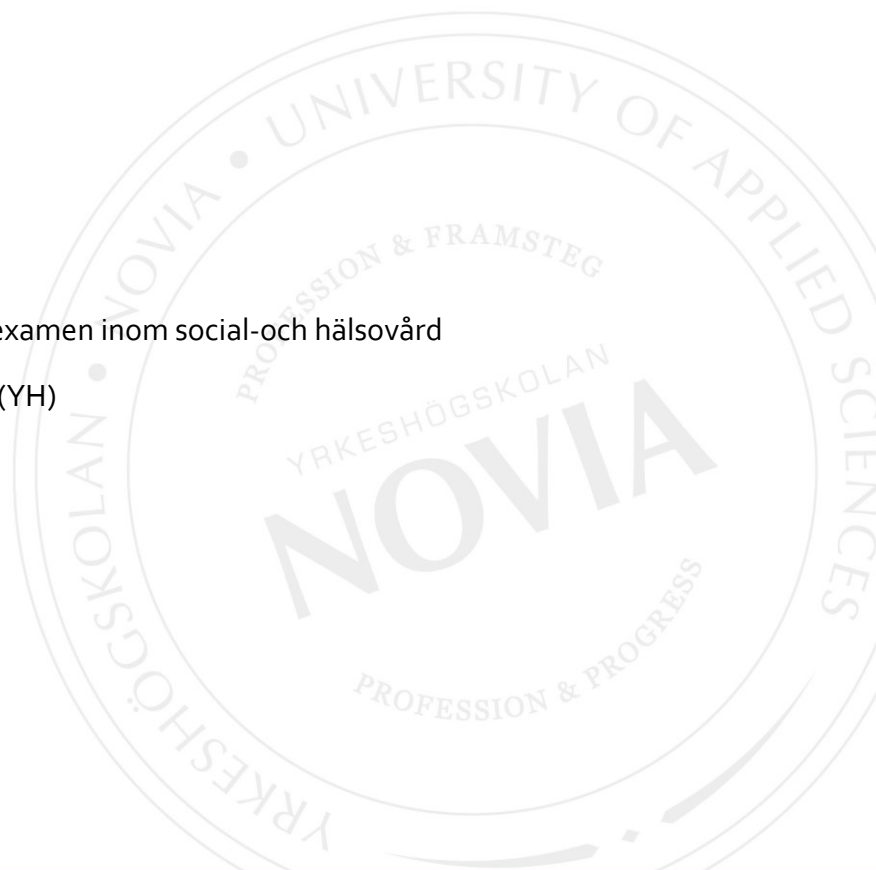
- en litteraturstudie

Malin Österberg

Examensarbete för (YH)-examen inom social-och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Malin Österberg

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext – en litteraturstudie.

Datum 11.5.2020

Sidantal 55

Bilagor 4

Abstrakt

För att bilda en teoretisk grund om kommunikationen med ungdomar inom en vårdkontext, utförs en litteraturstudie som svarar på syftet hur kommunikationen mellan vårdare och ung vårdtagare ser ut. I litteraturstudien besvaras frågeställningarna hur kommunikationen ser ut samt eventuella utmaningar som kan finnas i kommunikationen med ungdomen.

Metoden är systematisk litteraturstudie, och materialet i litteraturstudien är vetenskapliga artiklar med kvalitativ forskningsansats. Litteratursökningen utförs i databaserna MEDLINE och CINAHL. Dataanalysen är en induktiv, kvalitativ innehållsanalys, och den resulterar i bildandet av fem kategorier. Som teoretisk referensram fungerar Katie Erikssons vårdvetenskapliga ontologi, samt Lennart Fredrikssons teori 'Det vårdande samtalet'.

I litteraturstudiens resultat framkommer flertalet praktiska råd för vad som är viktigt och som vårdaren behöver beakta i kommunikationen med ungdomen, och belägg för användning av visuella metoder som verktyg i kommunikationen. Information, delaktighet och beslut framkommer som en del av kommunikationen med ungdomen inom vården. Vidare beskrivs också kommunikationen som äger rum via sociala medier och sms, samt olika utmaningar som kan uppstå i kommunikationen med ungdomen.

Språk: Svenska

Nyckelord: kommunikation, ungdom, vårdrelation

BACHELOR'S THESIS

Author: Malin Österberg

Degree Programme: Public Health Nursing, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: Communication with youth in a healthcare context – a literature review.

Date 11.5.2020 Number of pages 55

Appendices 4

Abstract

In order to create a theoretical foundation on the topic 'communication with adolescents in a healthcare context', the purpose of describing this communication is fulfilled by a literature review. By doing the literature review, the research questions 'What does the communication between healthcare personnel and the adolescent look like?' and 'What challenges may appear in this communication?' are answered.

The method used is systematic literature review, and the material is scientific articles with a qualitative scientific approach. Data collection is done in databases MEDLINE and CINAHL. The analysis of the data is performed through an inductive qualitative content analysis, and it results in the formation of five categories. The ontology created by Katie Eriksson, and the theory 'Det vårdande samtalet' created by Lennart Fredriksson, form the theoretical framework.

The literature review results in some practical advice, covering what's important in the communication with the adolescent, and what the healthcare personnel should keep in mind when communicating with adolescents, as well as evidence for using visual methods as a tool in communication with adolescents. Information, participation and decision-making play a role in communication with adolescents in a healthcare context. Furthermore, communication through social media and texting, along with challenges in the communication with adolescents, is described.

Language: Swedish Key words: communication, adolescence, nurse-patient relations

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	3
2.1	Hälsa och hälsofrämjande.....	3
2.2	Empowerment och personcentrerad vård.....	4
2.3	Ungdomen som livsskede.....	6
2.4	Kommunikation – definition och modeller	8
2.4.1	Kommunikationsmodeller	9
2.4.2	Hälsokommunikation och hälsosamtal.....	10
2.4.3	Teknologi som ett verktyg till kommunikation i vården.....	11
2.5	När kontakten vårdare-ungdom inträffar.....	12
3	Kommunikationen inom vården och med ungdomar.....	13
3.1	Kommunikation i ett vårdssammanhang.....	13
3.2	Kommunikation med ungdomar	15
4	Teoretisk referensram	19
4.1	Katie Erikssons ontologi.....	19
4.2	Det vårdande samtalet	20
4.2.1	Teorins begrepp.....	21
4.2.2	Teorins antaganden.....	22
5	Syfte och frågeställningar	25
6	Metod.....	26
6.1	Urval	27
6.2	Datainsamling.....	28
6.3	Dataanalys.....	30
6.4	Etiska överväganden.....	31
7	Resultat	33
7.1	Centralt i kommunikationen med ungdomen	33
7.2	Information, beslut och delaktighet som en aspekt i kommunikationen.....	35
7.3	Visualisering som verktyg i kommunikationen.....	37
7.4	Kommunikation via sociala medier och sms	37
7.5	Utmaningar i kommunikationen	38
8	Diskussion.....	41
8.1	Resultatdiskussion.....	41
8.1.1	Resultatet i jämförelse med tidigare forskning.....	43
8.1.2	Resultatet i jämförelse med den teoretiska referensramen	46
8.2	Metoddiskussion.....	47
8.3	Slutsatser	50

9	Källförteckning.....	52
9.1	Finlands författningssamling.....	55
	Bilaga 1: sökvägar.....	i
	Bilaga 2: exkluderade artiklar.....	iv
	Bilaga 3: artikelmatris.....	ix
	Bilaga 4: översikt över resultatet	xx

1 Inledning

I detta arbete ligger fokuset på ungdomar – denna åldersgrupp kan liksom barn och vuxna förekomma i alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet, både inom primärvården och specialsjukvården. En sjukskötares eller hälsovårdarens uppgifter utförs ofta genom kommunikation med andra människor, och av alla olika vårddyrken är det sjukskötaren som är i tätast kontakt med patienten (McCabe & Timmins 2015, s.14). Därför är ett gott kommunikationssätt centralt för dessa yrkesutövare. Ämnet kommunikation i kontexten unga intresserar skribenten, eftersom ett framtida jobb inom skolhälsovården lockar, men en allmän kunskap om hur en god kommunikation utförs är också relevant på andra av hälsovårdarens möjliga arbetsplatser.

Åldersgruppen ungdomar, men också barn, är också intressant ur ett hälsofrämjande perspektiv. Detta kan förklaras genom livsloppsperspektivet, som i korthet handlar om att man vill se på hela människans livstid och t.ex. hälsa genom hela livet, i stället för att endast fokusera på de olika åldrarna. Om man kopplar ihop livsloppsperspektivet med det att hälsosamma – och ohälsosamma – vanor ofta etableras under barn- och ungdomen, kan man konstatera att ett gott hälsofrämjande i denna ålder kan ge en mer välmående framtida vuxen och åldrande befolkning. (Berg Kelly 2014, s. 231-232)

DALY, eller *disability-adjusted life years* beskrivs enligt Berg Kelly (ibid.) som ”förlorade levnadsår under det som skulle varit den produktiva perioden i människors liv”. Enligt en rapport över hälsoläget i Europa, utarbetad av WHO år 2009 (World Health Organization 2009, s. 27-28), står de icke-smittsamma sjukdomarna för så mycket som 48 % av alla DALY. Exempel på icke-smittsamma sjukdomar är kardiovaskulära sjukdomar, cancersjukdomar, diabetes, psykiska sjukdomar, endokrinologiska sjukdomar, vissa luftvägssjukdomar mm. Många av de icke-smittsamma sjukdomarna kan förebyggas genom hur man lever – för att förebygga dessa sjukdomar kan det alltså krävas livsstilsförändringar hos individen.

Om man sammankopplar trådarna kan man se en ökning av många sjukdomar som går att förebygga genom hälsosamma val, och att ett effektivt sätt att påverka hälsofrämjande ur ett livsloppsperspektiv är genom att understöda barn och unga till hälsosammare val. Ett ämne som genom detta intresserar skribenten är hur dialog kan verka hälsofrämjande på den unga vårdtagaren – alltså hur ett samtal kan leda till en förändring mot hälsosammare val hos den unga vårdtagaren. Men för att kunna beskriva det hälsofrämjande samtalet med unga,

behöver först en grund läggas: hur ser kommunikationen ut? Syftet med detta examensarbete är således att beskriva vad man kommit fram till i tidigare forskning, gällande ämnet god kommunikation med ungdomar inom hälso- och sjukvården. Kommunikation som ämne är väldigt brett, men blir mer hanterbart om det skalas av till kommunikation inom omvårdnad och inom kontexten unga.

2 Bakgrund

I detta avsnitt behandlas ungdomen som livsskede, samt olika definitioner av begrepp inom ämnet, såsom hälsa, hälsofrämjande, personcentrerad vård och kommunikation. Vidare görs en kort redogörelse för några kommunikationsmodeller, hälsokommunikation och teknologi som kommunikationsverktyg, samt en beskrivning när kommunikationen mellan vårdpersonal och ungdom sker. I detta avsnitt är litteraturen främst kurslitteratur från utbildning inom social- och hälsovårdsområdet, samt offentliga texter såsom förordningar från Finlands författningssamling, men också internationella vetenskapliga artiklar sökta i databasen Finna på sökord såsom 'communication', 'healthcare' och 'technology' har använts. All kurslitteratur som använts innehåller referering till vetenskapliga artiklar eller publikationer.

2.1 Hälsa och hälsofrämjande

I denna definition av hälsa och hälsofrämjande har skribenten valt att anta ett salutogent perspektiv. Salutogenes innebär "hälsans ursprung" och hälsofrämjande (Medicinsk ordbok), och det är ett fokus på hälsofrämjande faktorer, jämfört med patogenesens fokus på sjukdomsframkallande faktorer. Ett salutogent perspektiv passar därför hälsovårdarens roll som hälsofrämjare i samhället. I *Salutogenes – om hälsans ursprung* (Eriksson & Winroth 2015, s. 3-4) definieras hälsa ur ett holistiskt perspektiv, där både fysisk, psykisk och social hälsa samt livskvalitet beaktas. Fokuset ligger på resurser, och man nämner vikten av att människan har en stödjande omgivning: "människor ges förutsättningar för att kunna anpassa sig till förändringar på ett sätt som främjar hälsa". Man beskriver också hälsa som en process, och att hälsa därtill innebär att livet känns meningsfullt.

Vidare tar man upp begreppet hälsofrämjande ur det salutogena perspektivet. Det finns flertalet tillvägagångssätt att befrämja människors hälsa, men dessa olika sätt har olika utgångspunkter. Om man lägger in dessa tillvägagångssätt i en skala från 1 till 5 där 1 är det mest traditionella, biomedicinska perspektivet och 5 är det mest hälsofrämjande perspektivet, kan de beskrivas i ordningen: 1. att behandla sjukdomar, 2. att skydda hälsan, 3. att förebygga sjukdomar, 4. att utbilda och upplysa, och 5. att främja hälsa.

Hälsofrämjande handlar om att stärka och bygga upp, och detta tillvägagångssätt fokuserar på resurser och förmågor hos vårdtagaren. (ibid.)

Vidare definierar WHO i *The Ottawa Charter for Health Promotion* (World Health Organization 1986) hälsofrämjande som “the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”. Denna definition liknar den tidigare nämnda eftersom fokus ligger på vårdtagaren och hans resurser, men verbet är här att möjliggöra eller skapa förutsättningar. I WHO:s definition framgår också ett fokus på egenmakt, eller empowerment, eftersom man vill att vårdtagaren ska få större kontroll över sin egen hälsa.

2.2 Empowerment och personcentrerad vård

I *Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten* definierar Insulander och Björvell (2013, s. 135-137) begreppet egenmakt, eller empowerment. Begreppet kan skilt för sig definieras som ”bemyndigande, patientkraft, egenmakt, bekräftelse och delaktighet”, och definieras det inom vårdkontext kan det ses som delaktighet taget till nästa nivå där vårdtagaren blir en adekvat del av gruppen som deltar i frågor kring vårdtagarens hälsa, vårdtagaren blir alltså ”en i teamet”. *Patient empowerment* definieras som ett förhållningssätt hos vårdpersonalen där vårdtagaren beaktas som individ och får en väldefinierad ställning som experten på sitt liv och sin hälsa. Här är varken vårdtagare eller vårdpersonal mer expert, utan expertisen är delad mellan dessa.

Ett sätt att definiera personcentrerad vård är genom att jämföra begreppen patient och person, samt begreppen patientcentrerad vård och personcentrerad vård. I *Personcentrering – samtal och kommunikation* (Öhlén & Friberg 2019, s. 162-163) nämns det att en patient är mer ett *vad* medan en person är ett *vem* – denna skillnad beskrivs väl i en figur från samma källa:

Patient – Person

VAD	VEM
Patient	Person
Anamnes	Berättelse
Tecken	Symptom
Diagnos	Erfarenheter
Genetik	Resurser

Figur 1 Skillnaden mellan begreppen patient och person inom vården – “Vanliga attribut för patient respektive person” (Öhlén & Friberg 2019, s. 163).

Genom en personcentrerad vård blir patienten en person. I en patientcentrerad vård är patienten i centrum, och är delaktig i sin egen vård, och som förutsättning för detta ska patientens behov och önsknings ses över, samt så ska det ses till att patienten är informerad. I likhet med synsättet *patient empowerment* är patienten i personcentrerad vård istället en partner och en jämlike, och processen är lite annorlunda än vid patientcentrerad vård. Denna process beskrivs närmare i nästa stycke. Fossum (2019, s.46) beskriver skillnaden mellan patient- och personcentrerad vård på följande sätt: ”i patientcentrering har vi fokus på symtomen, i personcentrering har vi fokus på hela personen, det vill säga inte bara det onda hen söker för, utan vad hen i övrigt har med sig av livserfarenheter”. (Ekman & Norberg & Swedberg 2014, s. 79-91; Öhlén & Friberg 2019, s. 162-163).

Processen vid personcentrerad vård är följande. Vårdpersonalen lyssnar lyhört till patientens berättelse, och här ska personalen inte endast kolla upp vilka behov som vårdtagaren har, utan också försöka kartlägga resurser och vilja. Därtill ska vårdtagarens berättelse få berättas så fritt som möjligt, och ibland behövs extra stöd för att berättelsen ska komma fram. En relation, ett partnerskap, byggs upp, där vårdtagarens autonomi betonas. Efter att grunden lagts i och med vårdtagarens berättelse, ska en hälsoplan, en överenskommelse, göras upp gemensamt av personal och vårdtagare och eventuellt anhöriga. Här kommer den mellan personal och vårdtagare delade expertisen fram i praktiken. Hälsoplanen ska sedan följas

upp samt dokumenteras på ett sätt så att både personal och vårdtagare är delaktiga. (Ekman, et al. 2014, s. 80-91).

2.3 Ungdomen som livsskede

En ungdom, eller adolescent, är en person i åldern 13 till 18 år (Svensk MeSH). Andra termer som kan användas är tonåring, samt på engelska teen, teenager eller youth. I detta arbete kommer begreppet 'ungdom' eller 'unga' att användas, och med det menas åldersgruppen såsom ovan definierad. Ungdomstiden är ett omvälvande livsskede mitt mellan att vara barn och vuxen. Här händer det mycket i utvecklingen, på flera olika plan: fysiskt, kognitivt och socioemotionellt. Härnäst kommer några kännetecknande drag i utvecklingen under ungdomen att beskrivas, men det bör nämnas att detta endast är förekommande drag, och inte exakt hur varje ungdom utvecklas. Utvecklingen från barn till vuxen är mycket individuellt präglad gällande startpunkt och slutpunkt, och det går dessutom inte att jämföra två olika individer i olika ålder inom åldersgruppen eftersom variationerna kan vara så stora. (Hwang & Nilsson 2011, s. 297).

Den fysiska utvecklingen kännetecknas av pubertetens förändringar. Puberteten innebär en mängd förändringar i kroppens hormonella system samt centrala nervsystemet, vilket leder till tillväxt och omstruktureringar både inuti och utanpå kroppen. Kännetecknande för puberteten är tillväxtpurten som äger rum under ungdomstiden. Här tillväxer skelettdelar och kroppsproportionerna ändras; alla kroppsdelar växer inte lika snabbt, vilket leder till upplevelser av klumpighet. Också inne i kroppen sker förändringar: muskel- och fettvävnaden ökar, och olika inre organ utvecklas, t.ex. ökar hjärt- och lungkapaciteten. (Hwang & Nilsson 2011, s. 298-300; Steinberg 2017, s. 14-29).

Vidare kännetecknande för puberteten är utvecklingen av primära och sekundära könskaraktäristika. Till den primära könskaraktäristiska utvecklingen hör utvecklingen av gonaderna, dvs. testiklarna och ovarierna, och den förändring i hormonerna och könsmodigheten som detta innebär. Till den sekundär könskaraktäristiska utvecklingen hör den yttre förändringarna: bl.a. hårtillväxt, tillväxt av genitalierna och bröstet, ändringar i körtlar i huden samt röstförändringen hos pojkar. Förutom ovan nämnda förändringar kan

puberteten också inverka direkt på beteendet, på grund av diverse hormonförändringar. T.ex. uppstår en ändring i sömnmönstret, och tidigt i puberteten kan humöret påverkas. (ibid.)

Under ungdomsåren sker förändringar i hjärnans struktur och funktion, och den kognitiva utvecklingen går framåt. Några förändringar som sker i centrala nervsystemet är bl.a. att det tillkommer myelinisering samt att onödiga kontakter försvinner, vilket leder till att bearbetningen av information blir snabbare. Förändringarna är störst i hjärnbarken i främre frontalloben, som är den del av hjärnan där största delen av det sofistikerade tänkandet äger rum. Förutom detta uppkommer det också ändringar i rektionen på neurotransmittorer, vilket bidrar till att ungdomen är mer emotionell, stresskänslig och mer börjar söka 'belöning', samt ändringar som leder till större känslighet för sociala signaler, t.ex. små förändringar i ansiktsuttryck. (Steinberg 2017, s. 43-59).

I den kognitiva utvecklingen utvecklas tankeverksamheten och blir mer komplex än den hos barn. Ungdomen kan börja tänka mer abstrakt, vilket innebär att hen kan ha mer komplexa tankar kring t.ex. religion, politik och relationer. Ungdomen kan också tänka i fler dimensioner, vilket leder till en mer komplicerad tankeverksamhet och att ungdomen behärskar sannolikhetsräkning och kan förstå sarkasm. Vidare utvecklas tänkandet på olika möjligheter, ett 'tänk-om'-tänk och inte endast ett 'här-och-nu'-tänk. Ungdomen kan också tänka relativt, inte endast absolut, dvs. att världen ses som svart och vit. Allt detta innebär att ungdomen ifrågasätter, kan argumentera bättre, kan tänka hypotetiskt och kan dra slutsatser på basen av logiskt tänkande. Förutom allt detta utvecklas också förmågan att tänka på att tänka, dvs. metakognition. Detta leder till att ungdomen har en snabbare problemlösningsförmåga än barn och kan beskriva hur de tänker, men också leder det till egocentrism, t.ex. att ungdomen kan tro att alla i omgivningen observerar ens utseende och vad man gör, och att en upplevelse är unik till endast en själv; 'ingen förstår vad jag går genom'. (ibid.)

Den socioemotionella utvecklingen innebär en identitetssökning hos ungdomen och att ungdomen så småningom blir vuxen i social mening. I identitetssökningen sammansmälter olika bilder av en själv till en helhet genom att man bestämmer vilka bilder som överensstämmer med vem man tycker att man är. Ungdomen bör därför ha möjligheter att utforska bilder och roller för att identiteten ska kunna bildas på ett så bra sätt som möjligt. Utveckling mot självständighet är också ett kännetecken för ungdomstiden, speciellt i relationen till föräldrarna. I familjesammanhanget blir självständigheten ett dilemma då frågan om hur långt ungdomens självständighet ska få gå kommer på tal. Hos ungdomen

finns en konflikt mellan ett kvarvarande beroende av föräldrarna och utvecklingen mot självständighet. (Hwang & Nilsson 2011, s. 311-323).

Som kompensering till utvecklingen mot självständighet i relationen till föräldrarna blir ungdomen ofta mer beroende av relationen till jämnåriga, och de jämnåriga inverkar också på identitetsutvecklingen. Jämnåriga vänner kan tillföra närhet och känsla av gemenskap till ungdomen. Förutom närhet från vänner, tillkommer också en vilja till närhet i intima förhållanden. Kärlek och sexualitet tillkommer som viktiga delar av livet under ungdomsåren, och den sexuella identiteten utforskas. I ungdomen har man oftast sina första erfarenheter av sexuell aktivitet, både på egen hand och i relation med någon annan – detta påverkas dock av egen fysisk och psykisk mognad, samt av attityder man själv har och attityder som finns i omgivningen. (ibid.)

För vårdpersonal kan det vara bra att känna till de kännetecknande dragen i utvecklingen under ungdomsåren. Detta bl.a. för att det kan konstateras att bemötandet av ungdomen påverkas av i vilket utvecklingskede vårdaren uppfattar att ungdomen är i, och bemötandet påverkar i sin tur t.ex. självkänslan och rollutvecklingen hos ungdomen: t.ex. kan en ungdom som utifrån sett verkar mogen eventuellt inte alls vara mogen psykiskt, vilket kan leda till att ungdomen får för stort ansvar förlagt på sig, och tvärtom kan en fysiskt omogen ungdom känna sig behandlad som ett barn om den psykiska mognaden hunnit före (Hwang & Nilsson 2011, s. 298). I och med att bemötandet påverkas av vårdpersonalens uppfattning om ungdomens mognad, kan det tänkas att kommunikationen påverkas likaså.

2.4 Kommunikation – definition och modeller

Kommunikation som begrepp är väldigt brett och komplext, och redan här kan det nämnas att med kommunikation menas i detta examensarbete endast mellanmänsklig kommunikation. Kommunikation kan anses vara ett budskap eller information, ses som ett socialt beteende och som en del av en kultur, som en funktion eller process, eller som ett skapande av koppling människor eller grupper emellan och som interpersonell kontakt. Det kan beskrivas som att se, höra eller beröra. Därtill finns det flera karaktärer till kommunikation; det är dels det verbala, dels det som visas med kroppen, och till kommunikationens karaktärer hör också ”det som inte blir uttalat”, dvs. olika symboler, vad

som sägs mellan raderna och vad som helt lämnas osagt. Kommunikation kan också vara något medvetet eller omedvetet. (McCabe & Timmins 2015, s. 15-22; Fossum 2019, s. 27-28).

Enligt Josephson (2013, s. 159-186) är kommunikation all sorts beteende. Hon menar också att all kommunikation har två aspekter: innehåll och form. Innehållet är ”vad som kommuniceras” och formen är ”hur något kommuniceras”. Formen som aspekt i kommunikationen innefattar samtals teknik där bl.a. lyssnande, frågeteknik, hur ett samtal börjar och avslutas, samt kroppsspråk framkommer som delar.

I referering till Watzlawick, Helmick Beavin och Jacksons verk *Pragmatics of Human Communication – a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes* från 1967, beskriver Fossum (2019, s.40-41) fem viktiga delar av mellanmänsklig kommunikation. Dessa delar är ”sensation (känsla), perception (varseblivning, förnimmelse), apperception (process, där erfarenheter jämföras med och förvandlas av tidigare upplevelser), attention (uppmärksamhet, gehör eller tillsyn) och memory (minne, åminnelse)”. En beskrivning av dessa fem delar kan påvisa komplexiteten i kommunikation. Ett annat sätt att beskriva komplexiteten hos kommunikation, eller tvärtom att förenkla begreppet kommunikation, är genom olika kommunikationsmodeller.

2.4.1 Kommunikationsmodeller

Den enklaste kommunikationsmodellen är den där ett budskap går från sändare till mottagare, men denna modell är alltför enkel för att beskriva den verkliga kommunikationen. Detta beror bl.a. på att kommunikation är en ömsesidig process som inte går endast en väg. En modell som tar denna egenskap i beaktande är en cirkulär transaktionsmodell. Här beskrivs kommunikation som ömsesidig, och här tas dessutom olika inre och yttre faktorer i beaktande. Några exempel på inre och yttre faktorer är var kommunikationen utförs, vilka värderingar, fördomar och kunskap kommunikatorerna innehar samt störningar i hur kommunikatorer uppfattar budskapet. (McCabe & Timmins 2015, s. 15-22).

I referering till Owen Harige nämns ”en färdighetsmodell för interpersonell kommunikation”, som är en kommunikationsmodell där ännu lite mer beaktas. I denna

modell beskrivs sex olika aspekter till kommunikation: ”person-situation-kontext”, dvs. inre och yttre faktorer, kommunikatörernas mål, olika medlande processer – t.ex. problemlösningssätt och omdöme – responsen som ges, vetskapen om budskapet tagits emot och hur det tolkats, samt slutligen perception, dvs. varseblivning. I och med denna modell nämns det också att man som kommunikatör måste vara medveten om hur man bidrar till kommunikationen. En omedvetenhet om hur man påverkar kommunikation kan vara en anledning till dålig kommunikation. (ibid.)

2.4.2 Hälsokommunikation och hälsosamtal

Hälsokommunikation är kommunikation om hälsa på en samhällsmässig nivå, och syftet är att förbättra hälsan hos den individuella vårdtagaren, men också mer på ett allmänt plan i samhället. Till hälsokommunikation hör bl.a. ”hälsojournalistik /.../, mediastöd, organisationskommunikation, riskkommunikation, social kommunikation och social marknadsföring”, samt den kommunikation som sker ansikte mot ansikte. Den sistnämnda sortens hälsokommunikation kan också kallas hälsosamtal, och inom begreppet hälsosamtal finns en del olika samtalsmodeller. (Borup 2012, s. 139 och 144-150).

Som exempel är motiverande samtal en vanlig samtalsmodell som används inom vården. Motiverande samtal, som är en modell skapad av Miller och Rollnick, är en samtalsmodell som bygger på att skapa motivation till förändring hos vårdtagaren och lösa ambivalensen som kan finnas. Modellen kännetecknas av personcentrering, jämlikhet, och respekt för och understödande av vårdtagarens självbestämmanderätt. (ibid.)

I hälsosamtalet med barn och unga är det viktigt att uppmärksamma vårdtagarens synvinkel på sin situation. Enligt Golsäter (2014, s. 80-84) behöver både vårdtagaren och vårdaren förbereda sig för hälsosamtalet. Vårdtagaren behöver få tid att reflektera över sin situation och vad som skulle vara viktigt för denne att ta upp, vilket kan göras t.ex. genom en hälsoenkät som fylls i på förhand. En på förhand ifylld enkät innebär också att vårdaren får möjlighet till att förbereda sig genom insikten om vårdtagarens situation och behov. Vidare behöver vårdaren i hälsosamtalet alltid utgå från vårdtagarens situation och berättelse – vårdtagarna vill i allmänhet inte ha generella hälsoråd, utan mer skräddarsydda råd. Vårdaren

behöver också försöka underlätta vårdtagarens berättande och funderingar, samt vara lyhörd i samtalet.

2.4.3 Teknologi som ett verktyg till kommunikation i vården

eHälsa kan definieras som "the use of information and communication technologies, internet-technology in particular, to support or improve health and health care". Det finns framförda en del fördelar med eHälsa, och några exempel på dessa är att eHälsa kan understödja att vården blir mer lättillgänglig, effektiv och patientcentrerad. Däremot finns det också en del anledningar till att eHälsa inte används i så stor grad som det skulle kunna användas, med t.ex. felanvändning och dålig tillgänglighet för vissa grupper som orsaker. I en studie där vårdpersonalens acceptans av hälsoteknologi undersöktes, kom man fram till att avsikten att använda sig av informationsteknologin ökade starkt om teknologin ansågs lätt att använda – och detta framom att teknologin ska anses nyttig för arbetet (Ketikidis & Dimitrovski & Lazuras & Bath 2012, s. 130-131). (Ossebaard & van Gemert-Pijnen 2013, s. 14 och 23-25).

eHälsa kan anta en del olika former eller teknologier. Några exempel på dessa olika former är socialt nätverkande via t.ex. sociala medier, "microblogging", dvs. publicering av korta inlägg, infodemiologi, dvs. observationer om förändringar i folkhälsan såsom influensaepidemier, elektroniska patientjournaler, samt "ambient assisted technology" såsom t.ex. trygghetsalarm och sensorer som märker rörelse och larmar, och mobilteknologi som medför t.ex. meddelandefunktioner och appar. (van Velsen, Nijhof & Kulyk 2013, s. 111-122).

I en litteraturstudie av Reynolds och Maughan (2015, s. 45-50) listas några fördelar och nackdelar med "telehealth", dvs. användningen av teknologi för telekommunikation inom vården, i en skolmiljö. Fördelarna med telekommunikationen är bl.a. en effektivisering av vården – t.ex. resulterade regelbundna videokonferenser via skolhälsovårdaren där barn med typ 1 diabetes får kontakt med ett diabetesteam, i färre sjukhusintagningar för dessa barn. Andra fördelar är också t.ex. förbättrat samarbete och kommunikation mellan t.ex. skolhälsovårdare, barnet, föräldrarna, skolpersonalen och sjukvårdspersonal, mindre frånvaro och större bekvämlighet för barnet och dess familj, samt lägre kostnader. Några

nackdelar med telekommunikationen ansågs vara bl.a. att det finns vissa specifika förutsättningar för att telekommunikationen alls ska kunna utföras, såsom teknisk kunskap och utrustning, att det borde finnas tillgång till en tekniker och tillräckligt bra internet eller bredband, samt att acceptansen av denna teknologi kan variera hos vårdpersonalen.

2.5 När kontakten vårdare-ungdom inträffar

I en publikation av Social- och hälsovårdsministeriet (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, s. 12) nämns det att bl.a. hälsorådgivning och skolhälsovård tillhör de lagstadgade hälso- och sjukvårdstjänsterna i Finland. Hälsorådgivning definieras vidare som arbete där man bl.a. utför generella hälsoundersökningar samt ”hälsofostran och upplysningsarbete”. Skolhälsovården definieras därtill som ett arbete där man bl.a. ser över hälsoläget i skolor och utför ”hälsovård och hälsofostran”.

En hälsovårdare möter ungdomen på sin mottagning inom bl.a. skol- och studerandehälsovården. Det finns ett antal lagstadgade hälsoundersökningar som görs inom åldersgruppen unga. Inom skolhälsovården görs en hälsoundersökning i varje årskurs – dvs. sammanlagt nio undersökningar – varav tre av dem är omfattande. Ungdomen borde alltså medan hen går i grundskolan träffa en hälsovårdare minst varje år. Sedan inom studerandehälsovården ska man på yrkesskola- och gymnasienivå utföra en hälsoundersökning det första studieåret, och på högskole- och universitetsnivå utföra en hälsoenkät som kan leda till en hälsoundersökning det första studieåret. Förutom dessa av lag bestämda hälsoundersökningar kan hälsovårdaren också möta barn och unga t.ex. på skolhälsovårdens eller hälsovårdscentralens sjukvårdsmottagning. (Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 2011/338, 9 §).

Vidare kan sjukskötaren möta ungdomar inom många enheter inom hälso- och sjukvården. Unga kan vara patienter hos allt från akutmottagningen till en inremedicinsk avdelning till en poliklinik. Därtill kan ungdomen vara anhörig till vårdtagare, och på detta sätt komma i kontakt med vårdpersonal. Ungdomen som anhörig kommer dock inte att vara i fokus i detta arbete. Omvårdnaden och det hälsofrämjande arbetet bland barn och unga sker inom många olika områden inom hälso- och sjukvården.

3 Kommunikationen inom vården och med ungdomar

I detta avsnitt av den teoretiska bakgrunden kommer kommunikation inom vårdkontext och inom kontexten unga behandlas. Materialet i detta avsnitt kommer vara relevant litteratur inom området samt vetenskapliga artiklar om ämnet. Litteraturen består av kurslitteratur från utbildning inom social- och hälsovårdsområdet, och all använd kurslitteratur innehåller referering till vetenskapliga artiklar eller publikationer. De vetenskapliga artiklarna är internationella, publicerade år 2012 eller senare, och framsökta i databasen Finna med sökord som 'nursing care', 'healthcare', 'social interaction', 'communication', 'nurse-patient communication', 'impact' och 'youth'. Flertalet artiklar har också hittats genom den så kallade snöbolls-metoden, där hittandet av en relevant artikel leder till hittande av nya relevanta artiklar. I underkapitlet 3.2 Kommunikation med ungdomar, används i början begreppet barn – detta eftersom det som sägs där gäller alla åldersgrupper under 18 år, inte endast ungdomarna.

3.1 Kommunikation i ett vårdssammanhang

"Relationen mellan vårdaren och patienten är inte jämlik. Patienten är alltid i underläge. Det förväntas av patienten att han ska delge vårdaren sina upplevelser av såväl kroppslig som privat natur, men inte av vårdaren att delge patienten sina. Vårdaren får fråga patienten de mest intima frågor, medan motsatsen inte är vad vi räknar med." (Josephson 2013, s. 162).

Kommunikationen i vårdkontexten påverkas av vårdrelationen – en relation som är asymmetrisk, dvs. inte jämlik. Inom vården finns ett maktförhållande mellan vårdpersonal och vårdtagare, och i detta maktförhållande är vårdtagaren generellt sett i underläge. Några exempel på olika former av makt som finns i vården är läkarens diagnosmakt, vårdpersonalens kunskaps- och informationsmakt, och vårdares resursmakt som 'den friska' i mötet med vårdtagaren som 'den sjuka'. De olika maktförhållandena leder t.ex. till att vårdtagaren är beroende av vårdens kunskap, resurser, viljor och bestämmande. Denna

grundläggande beskrivning av maktförhållandet i vården är viktigt att ta i beaktande, eftersom detta förhållande i hög grad kan påverka kommunikationen. (McCabe & Timmins 2015, s. 128-129; Vinthagen 2019, s. 81-83).

I en kvalitativ studie där sjukskötarens kommunikativa roll undersöktes, kom man fram till att denna roll formas av de behov som vårdtagaren har. Den kommunikativa rollen består dels av en identifiering av de behov vårdtagaren har, dels av kommunikativt beteende i relation till dessa behov. Inom det kommunikativa beteendet i relation till behoven hör att sjukskötaren visar vårdande uppmärksamhet till vårdtagaren, utför informell patientundervisning, framkallar lugn hos vårdtagaren och skapar tillit i relationen till vårdtagaren. Detta innebär att sjukskötaren bl.a. svarar till vårdtagares förfrågningar, visar tillgänglighet, ger information om läkemedelsbehandling eller vårdåtgärder, visar respekt och sympati, är artig och tålmodig, lyssnar till vårdtagares bekymmer, och visar förståelse för vårdtagaren som individ och för dennes tillstånd. (Fakhr-Movahedi & Rahnavard & Salsali & Negarandeh 2016, s. 269-272).

I likhet med ovannämnda studie anser McCabe och Timmins (2015, s. 88-105) också att bl.a. ett aktivt och tålmodigt lyssnande, empati och lämplig informationsgivning hör till kommunikationsförmågor som sjukskötaren bör försöka behärska och använda på ett ändamålsenligt sätt. Förutom dessa tre aspekter till god kommunikationsförmåga i vården, hör också t.ex. parafraisering, dvs. en upprepning av vad den andre just sade, ändamålsenlig beröring, god frågeteknik – där både öppna och slutna frågor förekommer, men med huvuddelen av frågorna öppna – samt rätt användning av paralingvistiska element, dvs. talets snabbhet, röstens tonfall och -läge, till kommunikationsaspekter vårdpersonal bör försöka behärska.

Alla människor kommunicerar genom ett filter – detta gäller också vårdpersonal och vårdtagare. Detta filter är individuella inre faktorer och kan bestå av t.ex. världsbild, människosyn, fördomar, attityder eller försvarsmekanismer. Filtret finns till eftersom alla människor ser på världen ur sin egen synvinkel, en synvinkel som bildats individuellt genom t.ex. tidigare erfarenheter. Det är viktigt att vara medveten sitt filter, eftersom det påverkar kommunikationen. Som exempel kan t.ex. fördomar gällande kön och könsroller påverka bemötandet: i en studie kom man fram till att skolhälsovårdare förknippade psykisk ohälsa med flickor – en association som inte endast kunde förklaras av att flickor har mer psykiska problem (Rosvall & Nilsson 2016, s. 4-7). (Berg Kelly 2014, s. 207; McCabe & Timmins 2015, s. 111-114).

Det i förra stycket nämnda 'filtret' är ett exempel på ett hinder som kan uppstå i kommunikationen mellan vårdpersonal och vårdtagare. Ett annat exempel – och ett viktigt sådant – på hinder som finns hos vårdaren är bristande förmågor gällande lyssnande, vilka kan bero på bl.a. stress, ouppmärksamhet eller fokus på vad man själv ska säga eller göra. Som en del av brister i lyssnande, kan det också förekomma brister i empatiska förmågan, vilket tar sig i uttryck genom dåliga gensvar till vårdtagares uttryckande av känslor och behov, samt brister gällande kroppsspråk och tolkning av icke-verbala signaler. Övriga hinder kan t.ex. vara brister i uppmärksamhet och verklig närvaro, brister i medvetenhet gällande kommunikationens och vårdrelationens värde och påverkan, eller oprofessionellt utseende. (McCabe & Timmins 2015, s. 109-127).

Kommunikationen mellan vårdpersonal och vårdtagare kan ha en inverkan – positiv eller negativ – på vården och vårdtagares upplevelse av vården. Kvaliteten på kommunikationen mellan sjukskötaren och vårdtagaren påverkar starkt vårdtagares upplevelse av och belåtenhet med sin vård, och kommunikationen framkom som en viktig faktor i tillhandahållandet av sjukskötartjänster (Lotfi & Zamanzadeh & Valizadeh & Khajehgoodari 2019, s. 1191-1192). Kommunikationsförmågor såsom visande av empati och användning av samtalsmetoder kännetecknande för motiverande samtal har visat sig ha en positiv inverkan på följsamheten till läkemedelsbehandling (Kaplan & Keeley & Engel & Emsermann & Brody 2013, s. 416).

3.2 Kommunikation med ungdomar

I föregående underkapitel nämndes om den asymmetriska relationen mellan vårdpersonal och vårdtagare och maktförhållandena i vården. Detta förhållande framkommer ännu mer då vårdtagaren är ett icke-myndigt barn, eftersom detta barn är i dubbelt underläge – barnet är i underläge gentemot vårdpersonalen, både som vårdtagare och som icke-vuxen. Barnet är dessutom i underläge gentemot sina vårdnadshavare. Enligt artikel 12 i FN:s barnkonvention (Convention on the Rights of the Child, 1989), har också barn rätt att yttra sina åsikter och få dem beaktade – dock i relation till barnets mognad. Barn behöver "ses som kompetenta och aktivt deltagande i de samtal som berör deras egen situation" (Golsäter 2014, s.79). (Johansson 2019, s. 294-296).

I ett möte mellan vårdpersonal och barnet finns det ofta en tredje part inblandad: föräldrarna. Detta innebär ett större kompetenskrav på vårdaren, speciellt i kommunikationen. I en studie inom barnonkologi märkte man att många föräldrar vill skydda sina barn från information, genom att påverka eller bestämma vilken information barnet får, samt hur och när informationen ges. Detta var inte alltid något negativt, eftersom en del barn gärna ville att föräldrarna fungerade som 'översättare' av och buffert till den medicinska informationen. Dock uppskattar barn ofta att de inkluderas och inte frånhålls information, och en del barn kan börja misstro de vuxna och bli arga då de vet att de frånhålls information. Som vårdpersonal gäller det att i situationer där föräldrar hindrar direkt kommunikation mellan vårdare och barnet, på ett respektfullt och finkänsligt sätt försöka övertyga föräldrarna varför det är bra om barn inkluderas i sin vård. (Coyne & Amory & Gibson & Kiernan 2016, s. 145-151; Johansson 2019, s. 287).

Då föräldrarna är närvarande i ett samtal med ungdomen är det viktigt att se till så ungdomen också blir en aktiv del av diskussionen: ”ju mer föräldern pratade, desto mindre deltog barnet”. Med ålder har barn också allt mer att komma med i ett samtal, och när det gäller ungdomar måste man som vårdpersonal ibland ifrågasätta föräldrarnas roll under ett vårdbesök, eftersom ungdomen kanske inte vill att föräldrarna är närvarande under t.ex. ett samtal. I en metasyntes framkom att ungdomar gärna vill att vårdpersonalen först talar med ungdomen om kontakten med föräldrarna innan kontakten görs. (Daley & Polifroni & Sadler 2017, s. 76-77; Johansson 2019, s. 293 och 298).

Vad är då viktigt att tänka på i bemötandet och samtalet med en ungdom inom vården? Enligt Berg Kelly (2014, s. 208) kan kärnan i samtalet med ungdomen sammanfattas i LÄK, dvs. ”Lyssna, var Ärlig, var Kunnig i det du gör”. Det gäller för vårdaren att skapa en samtalsatmosfär som är lugn och som har vänlighet och humor (ibid.). Det finns en del gemensamma aspekter i litteraturen, vilka beskriver vad som är viktigt i bemötandet och samtalet med ungdomen. Härnäst kommer de funna aspekterna att beskrivas.

För det första är det viktigt att skapa förtroende och en god vårdrelation med ungdomen. Ungdomen vill lära känna vårdaren och bli mer bekväm innan tyngre eller allvarligare samtal kan äga rum. Vårdaren ska gärna vara lätt att få tag på – både i mening att vårdaren ses ofta, och att det är låg tröskel att närma sig vårdaren – och inom skolhälsovården är det bra om ungdomen får besöka samma person varje gång. En förutsättning för att skapa förtroende och god relation är att vårdaren visar sig ha tid att lyssna till ungdomen, samt visar intresse för denne. Skapande av förtroende är viktigt, för ungdomar oroar sig ofta för sekretessen,

t.ex. om föräldrarna kommer få reda på vad de pratat om tillsammans med vårdaren. Därtill behöver ungdomen också få förtroende för vårdarens kompetens. (Tinnfält 2012, s. 177-179; Daley, et al. 2017, s. 76-77; Johansson 2019, s. 293-394).

För det andra är det i bemötandet av ungdomen viktigt att visa respekt och vara ärlig. Att visa respekt innebär att ungdomen inte behandlas som ett barn, och att ungdomen tas på allvar samt att vårdaren tror på den unga vårdtagarens berättelse. Som vårdare behöver man också visa respekt för ungdomen som individ och för dennes personlighet, samt för ungdomens integritet. Ärlighet är av stor vikt. En vårdare kan dock upplevas oärlig fastän vårdaren inte menade vara oärlig, t.ex. om det är skillnad i vad vårdaren sade – t.ex. 'det tar bara lite ont' – och vad ungdomen upplevde – stor smärta – vid en injektion. (ibid.)

För det tredje är det i samtalet med ungdomen av stor vikt att visa uppmärksamhet och understöda delaktighet och jämställdhet i dialogen. Ungdomar vill vara aktiva deltagare i diskussioner, och kommunikationen behöver vara en två-vägs-kommunikation; vårdaren måste försöka få ungdomen att prata, minst halva besökstiden, för att undvika att samtalet blir en föreläsning. Vårdaren behöver också bekräfta och 'se' ungdomen, vilket kan visas genom att lyssna utan att avbryta eller byta samtalsämne, eller genom att komma ihåg vårdtagaren och t.ex. hans intressen från förr – lyssna och ta vara på informationen ungdomen delar. Ungdomarna vill delta i beslut och få reda på olika alternativ av vårdpersonalen – låt ungdomen fråga frågor, och svara sedan på ett förstående och empatiskt sätt. Samtalet bör kännas som ett riktigt samtal, och inte bara vara något som checkas av på en checklista: ungdomar kan tycka att samtalen inom vården t.ex. sker under för stor tidspress, är som föreläsningar eller att det verkar som att datorn frågar frågorna. (Tinnfält 2012, s. 177-179; Berg Kelly 2014, s. 208; Daley, et al. 2017, s. 76-77).

Rent praktiskt är det i samtalet bra att använda ett språk som är klart och tydligt, och som ungdomen förstår. T.ex. bör medicinsk terminologi undvikas. Det är också en fördel att använda sig av öppna frågor, eller inte enbart slutna frågor. Ungdomar har också framfört att de gärna vill att vårdaren förklarar varför de ställer vissa frågor, före de frågar dem, samt varför det är viktigt att göra vissa åtgärder och undersökningar, före dessa utförs. (Berg Kelly 2014, s. 208; Daley, et al. 2017, s. 76-77; Johansson, 2019, s. 293).

För det fjärde kan det som vårdpersonal vara bra att veta att ungdomen kan komma på ett 'rekognoserings-besök': ungdomen söker hjälp för något som ur vårdpersonalens perspektiv verkar meningslöst eller som ett väldigt litet problem, och under detta besök kollar

ungdomen upp läget och lite testar vårdaren. Om ungdomen är nöjd med besöket och vårdaren får godkänt, kan ungdomen framföra det verkliga problemet, som oftast är lite större eller allvarigare, antingen under samma besök eller under ett senare besök. En situation som denna är ett bra exempel på varför det är så viktigt att som vårdare ta ungdomen på allvar och skapa förtroende. (Berg Kelly 2014, s. 208-209; Johansson 2019, s. 293;).

4 Teoretisk referensram

I detta examensarbete kommer Katie Erikssons ontologi, samt teorin om *det vårdande samtalet*, skapad av Lennart Fredriksson, att användas som teoretisk referensram. De av Erikssons verk som kommer användas i denna teoretiska referensram är *Vårdprocessen* och *Vårdandets idé*, men refereringen är till Erikssons samlingsverk *Vårdvetenskap – Vetenskapen om vårdandet – Om det tidlösa i tiden*, där Erikssons samtliga verk är inkluderade. Fredriksson har i bildandet av sin teori inspirerats av Katie Eriksson och hennes forskning inom vårdvetenskap, och han utgår också från flertalet av Erikssons begreppsdefinitioner samt från hennes caritativa etik (Fredriksson 2003, s. 37-39).

4.1 Katie Erikssons ontologi

Enligt Katie Eriksson är hälsa en rörelse och en helhet, som är relativ och personlig, och människan kan vara hälsa, vilket innebär att man inte kan 'få' hälsa. Människosynen i Erikssons verk grundar sig på en helhetssyn; t.ex. består människan av kropp, själ och ande. Vårdande, dvs. caring, definieras som:

"att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (upprätthålla, igångsätta, eller stödja) hälsoprocesserna" (Eriksson 2018, s. 237).

Vårdande är därtill något "naturligt mänskligt, en kärleksgärning", samt innebär att med kärlek kunna ge den andra "liv och kraft", med syftet att främja hälsan. Enligt Eriksson innebär vårdande också att delta och hela, och vårdandet görs på människan som helhet. Hon nämner också att det att ett vårdarbete utförs, inte alla gånger behöver betyda att ett vårdande sker. (Eriksson 2018, s. 26-55 och 237-239).

Vårdande innebär också ett delande och deltagande, och en del av detta är närvaron och mötet, dvs. "en medvetenhet om den andra". Som grund till detta kan man konstatera att människan är beroende av andra människor: "varje människa behöver en annan människa". Den naturliga vården utförs i grund och botten av människan själv i det egna sammanhanget och i samverkan med sina närstående, men ibland behöver "den professionella andra" ta över

vårdandet. I och med att denna professionella andra kommer in i bilden, skapas vårdförhållandet, dvs. vårdrelationen i vårdprocessen. I *Vårdprocessen* skriver Eriksson att vårdrelationen är hörnstenen i vårdandet och vårdprocessen, och utan en god vårdrelation kan inte en god vårdprocess uppnås. Vårdrelationen grundas på ömsesidighet och har som syfte att understöda hälsoprocesser. Hon skriver också: ”En vårdprocess som inte grundas på en relation har reducerats till utförandet av en rad uppgifter”. (Eriksson 2018, s. 35, 67-68, 237-238, 258-264 och 275).

I *Vårdandets idé* går Eriksson vidare i att beskriva den goda relationen i vården, och dagens problem med detta. Hon betonar här att det viktigaste är ”äktheten i relationen”. Relationerna i vården kan sakna substans, och blir – i likhet med vad som skrevs i *Vårdprocessen* om reduktionen till endast utförande av uppgift – ”ett tomt och meningslöst givande av konkreta ting och tjänster”. Substansen i relationen är själva relationen, att vara ”människa till människa”. Vidare menar Eriksson också att viljan till att bilda den äkta relationen väcks av att man ’verkligen ser’ den andra människan: ”Uppfattar vi människan som kropp eller delar av en kropp, utan själ och ande, möter vi människan som kropp eller delar av en kropp. Avgörande är vår reflexion, ’vårt seende’ av den andra människan”. (Eriksson 2018, s. 275-276).

4.2 Det vårdande samtalet

Teorin om *det vårdande samtalet* handlar i korthet om fenomenet samtal inom vården, mellan vårdare och vårdtagare, och tyngdpunkt ligger vid *vårdande*, dvs. att lindra lidande. Teorin handlar således om kommunikation som kan lindra lidandet hos den lidande människan. I teorin använder Fredriksson lidandeberättelsens delar då en struktur ska bildas; detta pga. lidandeberättelsens kronologiska egenskaper. Med detta sagt nämns det också att strukturen inte ska förstås som ”ett linjärt skeende, utan snarare som en öppen cirkel”. Vårdtagaren kan i sin lidandeberättelse behöva gå flera varv runt denna öppna cirkel innan lidandet känns lindrat, eftersom en ny förståelse kan medföra nya frågor. (Fredriksson 2003, s. 70-71 och 77).

4.2.1 Teorins begrepp

Det vårdande samtalet beskrivs genom tre aspekter, tre delar: *den relationella aspekten*, *den narrativa aspekten* och *den etiska aspekten*. Till att börja med återfinns i den relationella aspekten begrepp såsom: *kontakt*, *förbindelse*, *lyssnande*, *beröring*, *med-varo*, *gåva* och *inbjudan*. Kontakt och förbindelse är hur vårdare och vårdtagare relaterar till varandra, och här är kontakten en relation där vårdare och vårdtagare ser varandra utgående från sina roller och där vårdaren hör (men inte lyssnar) och endast berör på ett sätt som krävs av uppgiften. Förbindelsen, å andra sidan är en ”öppen och trygg” relation där vårdaren är ”tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen”, verkligen lyssnar, samt berör på ett vårdande och relationsskapande sätt. Lyssnande som begrepp innebär mer än att höra; man tar in det som sägs och skapar en tolkning och förståelse av det, men man ger också vårdtagaren utrymme för formuleringen av sin berättelse och man tystar sina egna tankar. (Fredriksson 2003, s. 71, 58-59 och 77).

Vidare kan beröring som begrepp innebära både något fysiskt och något abstrakt; en vårdande beröring bygger relation och används för att kommunicera känslor, medan den beskyddande beröringen skyddar mot ”fysisk eller emotionell smärta för både vårdare och patient” och används för att skapa distans. Med-varo och gåva som begrepp innebär att vårdaren ger sin närvaro, sin fullkomliga tillgänglighet, som en gåva till vårdtagaren, som kan svara med att ge sin inbjudan till vårdaren, så att vårdaren kan se in i den lidande människans värld. (ibid.)

I den narrativa aspekten återfinns begrepp såsom: *lidandeberättelse*, *fasad*, *varför-frågan*, *vändpunkt*, *mening-i-lidandet*, *berättelsens poäng* och *mening-med-lidandet*. Lidandeberättelsen är den ”röda tråden i samtalet” mellan vårdaren och vårdtagaren, och utgör ramen där utvecklingsprocessen och hittandet av en mening med lidandet sätts igång. Fasaden är ett sätt för vårdtagaren att skydda sig mot lidande och skam, och den verkade uppkomma av rädslan av att, bokstavligt eller bildligt talat, bli övergiven; fasaden finns i fyra olika former: ”ensam är stark, offret, den osynliga, samt den resignerade”. Fasadens funktion var tudelad: den skyddar mot lidande men är också en orsak till lidandet. Varför-frågan är frågan varför vårdtagaren lider och kan leda till mening-i-lidandet, som är då ”handlingar och händelser kopplades ihop på ett meningsfullt sätt”. (Fredriksson 2003, s. 71-73, 61-66 och 75-76).

Vidare är vändpunkten då det uppstår ”en spricka i fasaden”, dvs. då lidandet blir för kraftigt för att kunna hållas gömt, varken inåt eller utåt. Vändpunkten hör också ihop med bildandet av mening-i-lidandet. Berättelsens poäng är vad man kan lära sig av berättelsen, och den är ”en beskrivning av hur förhållanden som rådde vid berättelsens början har ändrats” – här ska förhållanden förstås både som yttre och inre förhållanden – men kan också beskrivas som nya målsättningar för framtiden. Vid skapandet av berättelsens poäng kan också en mening-med-lidande uppstå, vilket innebär att lidandet får en mening. (ibid.)

I den etiska aspekten återfinns begrepp såsom: *asymmetri*, *passivitet*, *aktivitet*, *lidande*, *medlidande*, *ömsesidighet*, *respekt*, *skuld*, *ansvar*, *autonomi* och *symmetri*. Passiviteten är en följd av lidandet hos vårdtagaren – passiviteten och lidandet hos vårdtagaren kan jämföras med aktiviteten och medlidandet hos vårdaren. Detta innebär att relationen vårdare och vårdtagare emellan är asymmetrisk; för att denna asymmetriska relation inte ska bli oetisk krävs en ömsesidighet, vilket tar sig i uttryck som respekt vårdare och vårdtagare emellan. Skuld som begrepp kommer fram vid varför-frågan; vem eller vad bär skulden för lidandet? Autonomi anses vara en förutsättning för att man ska kunna skapa en tolkning av ”det goda livet” och göra val, och med detta kommer också ett ansvar. Detta kan märkas i och med att skapandet av berättelsens poäng leder till att relationen vårdare-vårdtagare blir symmetrisk, och att vårdtagaren här får ”nya utgångspunkter”, vilket leder till autonomi som i sin tur leder till ansvar. (Fredriksson 2003, s. 71, 67-69, 73-74 och 77).

4.2.2 Teorins antaganden

I presentationen av teorin har Fredriksson sammanställt en tabell som ska ge en översikt och helhetsbild av teorin. Liksom tidigare nämnt har han utgått från lidandeberättelsens kronologi vid struktureringen, och det tåls att upprepas att detta alltså inte ska ses som ett linjärt skeende. I presentationen av teorin har Fredriksson delat in den i: *Berättelsen om fasaden*, *Berättelsen om varför-frågan*, *Berättelsen om vändpunkten* och *Berättelsens poäng*. (Fredriksson 2003, s. 70-71).

Tabell 10. Översikt över teorin för det vårdande samtalet

Den narrativa aspekten		Den relationella aspekten		Den etiska aspekten	
Patient	Vårdare	Patient	Vårdare	Patient	Vårdare
Lidandeberättelsen: Fasaden: "offret" "ensam är stark" "den osynliga" "den resignerade"	Vårdande-berättelsen ¹	Kontakt ²	Lyssnande Beröring Med-varo Gåva	Asymmetri Passivitet Lidande Ömsesidighet	Asymmetri Aktivitet Medlidande Ömsesidighet
Varför-frågan	↓	Förbindelse Huvudperson i berättelsen	Förbindelse Hjälpa patienten finna sin röst	Respekt Ansvar-skuld	Respekt Autonomi Ansvar
Vändpunkten Mening-i-lidandet	↓	Öppnar sig för relationer Våga be om hjälp	↓	Kamp mellan gott och ont	Medlidande Ansvar
Berättelsens poäng Mening-med-lidandet	Vittne	↓	↓	Aktivitet Värdighet Autonomi Ansvar Symmetri	Aktivitet Respekt Autonomi Ansvar Symmetri
KOMMUNIKATION					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
LINDRAT LIDANDE					

¹ Vårdandeberättelsen är en del av den narrativa aspekten som inte fokuserats i föreliggande studie, i delstudie I används emellertid vårdarens berättelser som "vittnen" till patienters kamp med lidande.

² Relationen behöver inte nödvändigtvis påbörjas i en kontakt, utan patienten kan direkt inbjuda vårdaren.

Figur 2 Helhetsbild över 'Det vårdande samtalet' (Fredriksson 2003, s. 71).

Till att börja med kan *fasaden* – som dels håller lidandet dolt för andra, dels håller lidandet dolt för en själv – i relationen vårdare-vårdtagare också ses som en roll som spelas; vårdtagaren som person syns inte. Om parterna relaterar på *kontaktens* sätt kommer båda att endast vara i sina roller, och på detta sätt kommer inte vårdtagarens lidande att delas med vårdaren. Däremot om vårdaren ger sin *med-varo* som *gåva*, och om vårdtagaren svarar med en *inbjudan*, dvs. att "dela något av sin värld", kan *förbindelsen* skapas och därmed lidandet bli berört. Här kan alltså samtalet bli vårdande. I mötet med den lidande människan är det viktigt att visa *respekt*, eftersom detta innebär att det finns en *ömsesidighet* i den *asymmetriska* relationen mellan vårdare och vårdtagare. Anledningen till att den asymmetriska relationen lätt kan bli oetisk utan ömsesidig respekt är eftersom den lidande människan kan anses svag och hjälpbehövande, vilket medför en risk för onödig maktutövning. (Fredriksson 2003, s. 59 och 72-77).

Formuleringen av *varför-frågan* är oundviklig om *lidandeberättelsen* ska gå framåt, och här är det viktigt att vårdaren understöder *autonomin* hos vårdtagaren. Detta kan ses som att vårdaren – om det behövs – hjälper vårdtagaren att fortsätta vara huvudperson i berättelsen och vid svårigheter att formulera berättelsen, hjälpa vårdtagaren "återfinns sin autentiska röst". Genom detta blir vårdtagaren igen förklarad som auktoritet över sin lidandeberättelse

och dess mening. Därtill leder autonomin till att en självvärdering kan göras; ”varför-frågan aktualiserar frågan om *skuld*”. (ibid.)

Vid *vändpunkten* spricker *fasaden* upp, och genom detta kan man få ett svar på *varför-frågan*. Anledningen till att *fasaden* spricker är att lidandet nått ett tröskelvärde; det har blivit så outhärdligt att det inte kan gömmas, varken inåt eller utåt. Genom att man får ett svar på *varför-frågan* kan *mening-i-lidande* bildas. Vid *vändpunkten* påbörjas ”en kamp mellan gott och ont” hos vårdtagaren, och detta kan göra att den lidande människan öppnar upp sig och vågar uttrycka hjälpbehovet för lindrandet av lidandet. Här är det av största vikt att vårdaren tar emot ropet på hjälp, men för att veta om frågan efter hjälp handlar om ett lindrande av lidandet – och inte endast ett behov som ses till under *fasaden* – kan man se till om relationen är en *kontakt* eller en *förbindelse*. Det är i den senare som *vändpunkten* kan ske, och *fasaden* lämnas. I kampen mellan gott och ont bör vårdaren respektera vårdtagarens sårbarhet och agera i verkligt *medlidande*, och genom detta stöda vårdtagarens självaktning i den självvärderande processen. (ibid.)

Vid framkomsten till *berättelsens poäng* kan *mening-med-lidandet* skapas, samt kommunikation både inåt och utåt återställas hos vårdtagaren. Vid *berättelsens poäng* sker en ny tolkning av *lidandeberättelsen* och man kan se att en utvecklingsprocess satts igång hos vårdtagaren; hen kan få nya önskningar för hur hen ska leva sitt liv. Kommunikationen med sig själv och andra blir möjlig i och med att *fasaden* krossas i *förbindelsen*: vårdtagaren kan nu ”vara människa bland människor”. I och med *berättelsens poäng* kommer snart den vårdande relationen att avslutas – dock avslutas inte relationen i bokstavlig mening – och här uppstår en *symmetri* mellan vårdare och vårdtagare. Vårdtagarens *autonomi* kan nu ”utvecklas till *ansvar*”. (ibid.)

5 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att få en förståelse för kommunikationen inom kontexten unga inom hälso- och sjukvård, genom att se vad tidigare forskning säger om detta. Frågeställningarna är följande:

- Hur beskrivs kommunikationen mellan vårdpersonalen och ungdomen?
- Vilka utmaningar kan finnas i kommunikationen mellan vårdpersonalen och ungdomen?

6 Metod

”Den vetenskapliga forskningen måste identifieras, kritiskt värderas och ställas samman så att den kan ligga till grund dels för det kliniska arbetet, dels för fortsatt forskning” (Forsberg & Wengström 2013, s. 18-22). Ett bra sätt att sammanställa och granska forskning är att utföra en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie går i korthet till på följande vis: man väljer och avgränsar ett ämnesområde, och sedan söker man, granskar och samordnar informationen på ett systematiskt sätt, vilket leder till en sammanställning av information från tidigare utförda studier inom ämnet. Till skillnad från litteraturstudier inom t.ex. medicin, kan och bör litteraturstudier inom omvårdnad innehålla olika sorters studier, inte endast experimentella studier. (Forsberg & Wengström 2013, s. 30-31).

Enligt handboken av *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* (SBU 2017, s.8) ska en tillförlitlig systematisk översikt göras enligt vissa bestämda principer. Genom att följa dessa principer genom studien får man samtidigt med de delar som ska finnas med i en systematisk litteraturstudie. För det första ska författaren ha en väl avgränsad fråga och för det andra ska studien gå att göra om ”enligt samma recept”: författaren ska alltså på ett klart och tydligt sätt beskriva hur hen har sållat ut litteraturen så att den är relevant, hur informationssökningen gått till och hur granskningen av litteraturens kvalitet har utförts. För det tredje ska författaren inte ge en snedvriden bild av forskningsläget inom ämnet genom att inte ha med all relevant litteratur, utan i stället göra en strukturerad och väl genomförd informationssökning. För det fjärde ska författaren granska kvaliteten hos litteraturen som hen hittat och för det femte ska hen extrahera informationen ur litteraturen och sätta in i tabeller. För det sjätte ska författaren sammanställa resultaten från litteraturen, och detta kan man förslagsvis göra genom en metaanalys. För det sjunde, och sista, ska författaren ännu utföra en så kallad evidensgradering av sina resultat.

Detta examensarbete kommer att bestå av en litteraturöversikt, och frågeställningarna besvaras genom datainsamlingsmetoden systematisk litteraturstudie. Informationen om kommunikationen med ungdomar inom omvårdnad, kommer att fås från vetenskapliga artiklar, och denna information kommer sedan i resultatdiskussionen att jämföras med bakgrunden och den teoretiska referensramen.

6.1 Urval

Urvalsprocessen kommer till största del att utföras i enlighet med Forsberg och Wengströms (2013, s. 84) beskrivning av de olika stegen i urvalsprocessen, liksom presenteras i Tabell 1. Steg 4. kommer dock inte att göras i urvalsprocessen.

Tabell 1. De olika stegen i urvalsprocessen.

Steg 1.	Avgränsa området du ska söka i och bestäm vilka sökord du ska använda.
Steg 2.	Fastställ kriterier för valet av studier.
Steg 3.	Utför databassökningen i databaser som passar området.
Steg 4.	Sök skilt efter pågående forskning inom området (sök icke-publicerade artiklar).
Steg 5.	Gör en första sällning: välj på basen av titeln ut artiklar och läs abstrakten. Välj därefter på basen av abstraktet ut vilka artiklar som du ska fortsätta läsa.
Steg 6.	Läs hela artikeln i fulltext av de i Steg 5. utvalda artiklarna och gör sedan en utvärdering av artiklarnas kvalitet.

Kriterier för vilka studier som kommer att väljas med – det vill säga inklusionskriterier – beskrivs som följande. Litteraturen ska bestå av vetenskapliga artiklar som beskriver kvalitativa studier där syftet och resultatet tangerar ämnet kommunikation mellan den unga vårdtagaren och vårdpersonal. Artiklarna ska vara referentgranskade, och publicerade år 2014 eller senare. Artikelns abstrakt måste vara tillgängligt i databasen där sökningen utförs. Artiklarna ska vara på svenska, finska eller engelska.

Kriterier för vilka studier som kommer väljas bort – det vill säga exklusionskriterier – beskrivs som följande. Artiklar med studier som har en annan forskningsansats än kvalitativ, kommer att exkluderas. För att utesluta artiklar om ämnet inom andra kontexter där yrkesutövare har direkt kontakt med ungdomar, såsom inom pedagogiken och socialvården, kommer eventuella studier som inte utförts inom kontexten hälso- eller sjukvård att exkluderas. Eftersom endast kontakten mellan vårdpersonalen och ungdomen är det som ska undersökas, kommer inte artiklar som uteslutande handlar om kommunikationen med barnets föräldrar tas med. Inte heller artiklar där fokuset är specifikt på kommunikationen

mellan vårdpersonal och en vårdtagare som är under 8 år eller över 24 år kommer att tas med. Intresset är alltså att vara vårdtagare under ungdomstiden, dvs. i åldersgruppen 13-18 år, men för att få relevant litteratur och flera perspektiv behöver inte studiernas informanter vara en vårdtagare 13-18 år gammal, utan kan också t.ex. vara vårdpersonalen, en förälder eller i retrospektiva studier vårdtagaren i ett senare skede i livet.

Vidare kommer inte artiklar där kommunikationen sker mellan någon annan vårdpersonal än sjukskötare/hälsovårdare – t.ex. läkare – och ungdomen att exkluderas. Dock kommer inte dessa artiklar att sökas aktivt, vilket t.ex. betyder att sökord som 'nurse-patient relations' används men inte 'professional-patient relations'. Inte heller artiklar där det utöver ungdomens eller vårdpersonalens åsikter kommer fram t.ex. en förälders åsikt kommer exkluderas, medan artiklar där endast den närståendes synpunkt kommer fram kommer att exkluderas.

6.2 Datainsamling

Litteraturstudiens artiklar söktes i databaserna MEDLINE och CINAHL, och denna egentliga sökning genomfördes mellan 15.12.2019 och 18.12.2019. Sökningen utfördes som en ämnesordssökning med hjälp av databasens egna ämnesordlistor. Avgränsningar som gjordes vid varje sökning var att artikeln är publicerad 2014-2020, är skriven på engelska, svenska eller finska, är peer reviewed respektive referentgranskad, samt att abstraktet finns tillgängligt i databasen.

Till att börja med användes ett arbetsdokument inspirerat av Östlundh (2017, s. 62-65) vid framsökningen av sökord. Med arbetsdokumentet som stöd utfördes en sökning i flera databasers ämnesordlistor, för att få fram lämpliga ämnesord att använda som sökord. Till slut användes endast ämnesorden från MEDLINE och CINAHL, eftersom dessa databaser utvaldes för detta arbete. Sökorden som användes i MEDLINE i olika kombinationer var följande: 'adolescent', 'pediatrics', 'nurse-patient relations', 'communication', 'communication barriers' och 'nonverbal communication', samt 'adult' och 'parent-child relations' med intentionen att utesluta artiklar om den vuxna åldersgruppen och kommunikationen mellan förälder och ungdom. Sökord som under sökningsprocessens gång

föll bort på grund av inget eller inget relevant resultat var bl.a. 'public health nursing', 'school nursing' och 'adolescent health services'.

I sökningarna i CINAHL användes följande sökord i olika kombinationer: 'adolescence', 'adolescent, hospitalized', 'nurse-patient relations', 'nursing staff, hospital', 'school health nursing', 'communication', 'communication barriers', 'conversation' och 'nonverbal communication', samt 'adult', 'middle aged', 'parent-child relations', 'child', 'child, preschool' och 'infant' med intentionen att utesluta artiklar om andra åldersgrupper. Sökord som under sökprocessens gång föll bort på grund av inget eller inget relevant resultat var 'nursing practice', 'pediatric nurse practitioners' och 'community health nursing'. För närmare information om sökningarna, vänligen se Bilaga 1.

Vid artikelsökningen med de slutgiltiga sökorden var antalet träffar totalt 873 titlar. Först lästes titlarna, på vilket ett första urval gjordes. Om titeln var väldigt vag lästes abstraktet för säkerhets skull. Därefter lästes abstraktet för de utvalda titlarna och här valdes vilka artiklar som skulle hittas i fulltext och vidare analyseras. Några inklusions- och exklusionskriterier som användes var att artikeln inte var vetenskaplig, att endast förälders synpunkt togs upp och att åldersgruppen avvek. Övriga anledningar till exklusion var att artikeln inte svarade på syftet och att artikeln redan sparats för att läsas i fulltext i tidigare sökning. Därför är redovisningen av artikelsökningen i Bilaga 1. i kronologisk ordning. Antalet artiklar som valdes att söka i fulltext var 66 stycken. Antalet artiklar som inte kunde fås i fulltext var 1.

Artiklarna söktes fram i fulltext och kommer förvaras i pdf-format på en minnessticka som endast används för detta syfte, med undantag för de artiklar som fjärrlånats, eftersom dessa endast finns i pappersformat. Artiklarna lästes genom och granskades gällande om de passar syftet och inklusions- och exklusionskriterier. Först efter att artiklarna sökts fram i fulltext tillkom exklusionskriteriet att endast kvalitativa studier kommer tas med, vilket resulterade i att 33 artiklar exkluderades pga. att forskningsmetoden var kvantitativ, mixad metod eller litteraturstudie. Dessa artiklar redovisas inte i Bilaga 2 med de övriga exkluderade fulltextartiklarna. Efter detta exkluderades ännu 19 artiklar; för närmare information om exkluderingen av dessa artiklar, vänligen se Bilaga 2. Efter detta steg i urvalsprocessen fanns 14 artiklar kvar som skulle värderas.

Värderingen av artiklarna har gjorts baserat på Forsberg & Wengströms (2015, s. 117-147 och 203-207) beskrivning och bifogade checklistor för värdering av kvalitet. Baserat på

checklistorna värderades artiklarna enligt om kvaliteten var hög, medelhög eller låg. Antalet artiklar med hög kvalitet var 5, med medelhög kvalitet var 6 och med låg kvalitet var 3. Här exkluderades artiklarna med låg kvalitet, och dessa redovisas i Bilaga 2. Anledningarna till den låga kvaliteten var bl.a. att syftet inte var klart utskrivet, beskrivningen av urvalsmetod, urvalskriterier, fältarbetet och typ av intervjufrågor var bristfällig eller helt utebliven, och att metodologisk diskussion antingen var väldigt bristfällig eller helt utebliven. Efter urvalsprocessen och datainsamlingen fanns 11 artiklar som skulle analyseras.

6.3 Dataanalys

Före dataanalysen har en helhetsöversikt av artiklarna gjorts, genom att sammanställa en artikelmatris i tabellformat. I matrisen beskrivs de använda artiklarna genom att artikelinformation såsom författarnamn, publicerings-år, titel och tidskriftsinformation, samt studiens syfte, urval, datainsamlingsmetod och resultat framkommer. Denna bearbetning av artiklarna är inspirerad av Forsberg och Wengström (2015, s. 150-151), och presenteras utförligare i Bilaga 3. Anledningen till att studiens design inte beskrivs i matrisen är att samtliga artiklar beskrivna hade en kvalitativ forskningsansats.

Dataanalysen av den kvalitativa datan kommer göras genom induktiv kvalitativ innehållsanalys liksom beskriven av Elo och Kyngäs (2008, s. 109-111). Denna innehållsanalys har tre steg: förberedelse, organisering och rapportering. I förberedelsefasen väljs analysenheten ut, vilket i detta arbete är resultaten från de 11 vetenskapliga artiklarna. Här väljs också om endast det manifesta innehållet, eller också det latent innehåll ska analyseras, och i detta arbete kommer endast det manifesta innehållet att analyseras, vilket ger mindre rum för tolkning i analysen. I förberedelsefasen läser man genom analysenheten flera gånger för att bekanta sig, och sedan verkligen fördjupa sig i och förstå datan.

I nästa steg, organiseringen, ska man först utföra öppen kodning, och sedan skapa kategorier och abstrahera innehållet. Den öppna kodningen går till på följande sätt: då man läser genom texten skriver man anteckningar och möjliga rubriker i texten, och sedan nästa gång man läser genom texten skriver man upp så många rubriker som behövs för att datans innehåll ska representeras av rubrikerna. Efter detta tar man alla dessa rubriker och försöker bilda kategorier utifrån dessa. Detta steg kommer att utföras på följande vis: skribenten kommer

att samla de 11 artiklarnas resultatdel i ett dokument, printa ut detta och läsa genom flera gånger, och samtidigt göra anteckningar och färgmarkeringar i texten. Anteckningarna kommer samlas i rubriker, varifrån subkategorier sedan bildas. (ibid.)

Då kategorierna har skapats ska man gruppera dessa genom att jämföra de olika kategorierna och sätta in grupperade kategorier under högre rubriker. Genom denna tolkning bestämmer man vad som hör till vilken kategori. Abstraheringen av innehållet innebär att man genom formuleringen av kategorier kommer fram till en allmän beskrivning av datans innehåll. Här namnger man kategorierna baserat på innehållet som är under kategorin, och datan grupperas ihop. Detta steg kommer utföras på följande vis: skribenten kommer slå ihop subkategorier som hör ihop, och sedan gruppera subkategorierna under större och mer generella kategorier. I innehållsanalysens sista steg, rapporteringen, kommer skribenten att så noggrant som möjligt beskriva analysprocessen samt innehållsanalysens resultat, vilket görs här, samt i sjunde kapitlet under rubriken 'Resultat'. (ibid.)

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i fem kategorier med tillhörande subkategorier, dessa presenteras i kapitlet 'Resultat', samt översiktligt i tabellformat i Bilaga 4. Innehållsanalysen resulterade i relativt många subkategorier, och anledningen till detta är att kommunikation är ett väldigt brett ämne, som också till viss del är beroende av sin kontext; t.ex. är inte kommunikationen ansikte mot ansikte helt jämförbar med kommunikationen via sociala medier. Risken med många kategorier är att man blir för fokuserad på detaljer, men pga. ämnets bredd finns det en risk att man går miste om viktiga detaljer annars.

6.4 Etiska överväganden

Etik inom forskning tjänar två viktiga syften: det värnar om mänskliga rättigheter och människans grundvärde, och det ser till att förtroendet för forskning och utbildning på universitetsnivå hålls hög. Forskning, speciellt forskning inom medicin, är till sin natur sådan att det finns en risk att människorna som deltar utnyttjas på ett orimligt sätt. Speciellt sårbara grupper är i en sådan position att det kan finnas en risk för att de utnyttjas inom forskning. Till sårbara grupper hör människor som inte kan skydda sina egna intressen, t.ex. personer som inte har kapacitet till informerat samtycke. (Kjellström 2017, s. 57 och 63).

Eftersom forskaren i systematiska litteraturstudier inte är i direkt kontakt med informanter, utan informationen insamlas från tidigare forskning, skulle man kunna tänka sig att etiska överväganden inte behövs vid litteraturstudier. Detta är dock inte sant. Etiska överväganden ska vara en del av hela examensarbetet – överväganden behöver göras genom hela studien, också vid litteraturstudier. Några möjliga problem vid utförande av litteraturstudie, kan t.ex. vara risken för inkorrekta tolkningar och risken för en osaklig beskrivning av vissa grupper. ”Studenten har ibland begränsade engelska och metodologiska kunskaper för att förstå och kunna göra rättvisa bedömningar av alla artiklar som ingår.” (Kjellström 2017, s. 57 och 72-73).

I forskningsetiska delegationens, TENK, anvisningar (Forskningsetiska delegationen 2012, s. 18) tas huvudpunkterna i god vetenskaplig praxis upp. Av dessa punkter är det två som är speciellt relevanta för personer som utför systematiska litteraturstudier. I den första huvudpunkten sägs det att man ska beakta nyckelbegreppen hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet under hela forskningsprocessen, bl.a. då man dokumenterar och redovisar för studiens resultat. Detta kan kopplas till litteraturstudier på så vis att skribenten exempelvis behöver vara noggrann då artiklar väljs ut och läses, för att inte öka risken för tolkningsfel och snedvridning av resultatet. Skribenten behöver också undvika plagiering av den använda litteraturen. Till plagiering kan också den tredje huvudpunkten kopplas: man ska respektera tidigare forskningars resultat och arbetet forskare har satt in, bl.a. genom att utföra noggrann och riktig källhänvisning.

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013, s. 69-70) behöver man vid utförande av systematisk litteraturstudie främst göra etiska överväganden vid urvalsbestämning och vid redovisning av resultatet. De förklarar detta vidare genom att ge tre praktiska instruktioner. För det första ska skribenten i urvalet endast använda sig av artiklar där de etiska övervägandena finns klart utskrivna och studier som fått tillåtelse för utförande av studie av en etisk kommitté. För det andra ska skribenten presentera alla artiklar som tas med i arbetet och dessutom på ett bra sätt arkivera dessa artiklar. För det tredje ska skribenten redovisa för allt resultat, inte bara det resultat som understöder skribentens egen förförståelse och åsikt. I detta examensarbete har dessa tre instruktioner hållits i bakhuvudet under processens gång, för att garantera den etiska nivån i arbetet.

7 Resultat

Genom de fem kategorierna och deras subkategorier besvaras examensarbetets frågeställningar; hur kommunikationen beskrivs besvaras av de fyra första kategorierna, och vilka utmaningar som kan finnas i kommunikationen mellan vårdpersonal och ungdom besvaras främst av den sista kategorin. För god överskådlighet presenteras kategorierna och subkategorierna i samma ordningsföljd som i tabellen i Bilaga 4, och de fem kategorierna är satta som rubriken till underkapitlen och subkategorierna är skrivna i kursiverad stil.

7.1 Centralt i kommunikationen med ungdomen

Denna kategori har åtta subkategorier, och genom denna kategori beskrivs kärnan i kommunikationen med ungdomen samt de allmänna principer som gäller i kommunikationen mellan vårdpersonal och den unga vårdtagaren. Till att börja med är *vårdrelationen* central i kommunikationen. Vårdrelationen ska vara stark och förtroendefull, och ska helst sträcka sig över en längre tid, dvs. ungdomen får träffa samma vårdare över en längre tid (Riese, et al. 2016; Essig & Steiner & Kuehni & Weber & Kiss 2016). I vårdrelationen ska vårdaren kunna ha en nära och personlig relation samtidigt som relationen är professionell (Essig, et al. 2016). Vårdaren ska skapa kontakt och lära känna ungdomen, och sjukskötaren specifikt ska också sprida glädje (ibid.).

I kommunikationen framkommer också *den professionella vårdaren med rum för utveckling*, och denna subkategori beskriver vårdarens roll som professionell med kunskaper och färdigheter, men också hur vårdaren ändå behöver vidare utvecklas. Att vara vårdare innebär bl.a. att ha vissa färdigheter och förmågor och att man är kompetent inom sitt område, och att ha goda kommunikationsförmågor ses som en resurs i arbetet (Essig, et al. 2016; Córdova, et al. 2018). Vårdarens roll som en utomstående med kunskaper och färdigheter kan medföra att ungdomen är mer positivt inställd till att prata öppet (Córdova, et al. 2018). Vårdarens kommunikativa roll i mötet med ungdomen innebär bl.a. att vårdaren har god förhandlingsförmåga, klarar av distraktioner och är goda medlare (Essig, et al. 2016), och vårdarens kommunikativa roll i hälsosamtalet med ungdomen innebär bl.a. att vårdaren har färdighet att använda olika strategier såsom samtalstekniken motiverande samtal, och att vårdaren kan vägleda ungdomen i samtalet (Golsäter & Fast & Bergman-Lind & Enskar

2015; Peterson & Fisher & Zhao 2018). Dock framkommer det att vårdpersonal behöver stöd, samt mer kunskap och erfarenhet, bl.a. för att de ska känna sig mer bekväma och våga ta alla olika ämnen till tals med ungdomen (Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018; Peterson, et al. 2018).

Vidare är *direkt kommunikation och vårdarens roll att ta till tals* centralt i kommunikationen. Här ingår för det första att ungdomen värdesätter en direkt kommunikation mellan dem och vårdpersonalen (Ruhe, et al. 2016; Brand & Fasciano & Mack, 2017). För det andra ingår att vårdaren har ett speciellt ansvar att ta upp till diskussion – också svårare och känsligare samtalsämnen – och om det är vårdaren som startar en diskussion om ett känsligt ämne är det lättare för ungdomen att prata om ämnet, jämfört med om ungdomen själv skulle behöva ta upp ämnet till tals (Riese, et al. 2016; Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018).

I kommunikationen bör vårdpersonal *respektera ungdomen och uppmuntra vårdtagarens egna resurser*. Som vårdare bör man ta ungdomen på allvar och inte behandla denne som ett barn; visa respekt för ungdomen och hans autonomi, och ta ungdomens åsikter och önsknings i beaktande (Essig, et al. 2016). I hälsosamtalet är det viktigt att stöda vårdtagarens egna resurser, t.ex. genom att uppmuntra goda vanor ungdomen redan har och öka ungdomens tilltro på sig själv (Golsäter, et al. 2015).

En central aspekt, och något som är avgörande för kommunikationen med ungdomen är *förtroende och tystnadsplikt* (Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018). Förtroende och tystnadsplikt är nödvändigt för att det ska kunna bildas en vårdrelation där ungdomen kan lita på vårdaren och prata öppet (Golsäter, et al. 2015; Riese, et al. 2016). Ungdomen kan vara rädd att vårdaren kommer sprida vidare det man pratar om, t.ex. till föräldrarna, och ungdomar framhåller tystnadsplikten som väldigt viktig (Riese, et al. 2016; Córdova, et al. 2018). Vårdaren kan i sin roll vara den förtroendefulla vuxna, som ungdomen behöver för att kunna prata med (Riese, et al. 2016).

I kommunikationen behöver vårdpersonal också *ge omsorg, intresse och tid*. Vårdaren behöver visa att hen bryr sig och har omsorg över ungdomen, samt visa empati (Riese, et al. 2016; Essig, et al. 2016). Vårdaren behöver också visa intresse för ungdomen och dennes värld, och lära känna ungdomen bättre (Essig, et al. 2016; Córdova, et al. 2018). Också i hälsosamtalet framkommer att visa intresse som något viktigt: vårdaren kan visa intresse genom att småprata, t.ex. om ungdomens fritidsintressen, och vårdaren kan visa att de lyssnar genom att bekräfta genom att repetera det ungdomen framfört (Golsäter, et al. 2015).

Vårdaren behöver därtill låta samvaron med ungdomen ta tid: ungdomen tycker att vårdpersonal behöver tillbringa tillräckligt med tid med sina vårdtagare, och det att vårdaren ger tid kan understöda relationen, bekvämligheten hos ungdomen och förtroendet till vårdaren (Essig, et al. 2016; Riese, et al. 2016; Frederick, et al. 2018).

Vidare behöver vårdpersonal uppvisa *ärlighet och transparens* i kommunikationen. Vårdaren bör vara ärlig och kommunikationen bör vara klar; t.ex. om man som vårdare är osäker på något är det viktigt att säga detta, och på detta sätt vara ärlig (Essig, et al. 2016; Peterson, et al. 2018). Vårdpersonal har framfört att transparens är viktigt, t.ex. eftersom vårdtagaren kommer jämföra det de hör av vårdaren med information från andra källor (Peterson, et al. 2018).

Vårdpersonal behöver också visa *öppenhet och förståelse*. Detta innebär att vårdaren behöver vara icke-dömande och öppen, och möta ungdomen på ett äkta och förstående sätt (Riese, et al. 2016; Córdova, et al. 2018). Också i hälsosamtalet behöver vårdaren visa förståelse, t.ex. genom att referera till något ungdomen sagt tidigare och framföra att hen förstår ungdomens upplevelser (Golsäter, et al. 2015).

7.2 Information, beslut och delaktighet som en aspekt i kommunikationen

Som en del av kommunikationen mellan ungdomen och vårdpersonalen framkom ungdomens delaktighet och beslutsfattande, samt att ge information. Denna kategori innefattar fem subkategorier. Vårdtagares *vilja till information varierar och informationens egenskaper påverkar*. Detta innebär, till att börja med, att viljan till att få information kan variera mellan olika vårdtagare, men också mellan olika tidpunkter inom samma vårdtagare (Brand, et al. 2017). Ibland kan det också bli för mycket information på en gång, samtidigt som väsentlig information ibland inte kommer fram (Essig, et al. 2016). Information kan för vårdtagaren vara betungande, och emellanåt inte helt användbar (Ruhe, et al. 2016).

Informationskällan till informationen ungdomen får kan vara dels vårdpersonalen, dels föräldrarna och diverse utomstående källor såsom t.ex. internet (Brand, et al. 2017). Utomstående källor kan vara både något negativt och positivt: vårdpersonal ansåg att

utomstående källor ibland kan komplettera egen bristfällig kunskap inom ett ämne, och genom att rekommendera utomstående källor kan man som vårdare se till att ungdomen använder tillförlitliga källor (Brand, et al. 2017; Peterson, et al. 2018). Vårdaren som informationskälla innebär tillgång till opartisk kunskap (Peterson, et al. 2018).

Att ge information i hälsosamtalet innebär både att ta upp de negativa aspekter och risker förknippade med sämre levnadsvanor, och att ta upp de positiva aspekter och effekter förknippade med goda levnadsvanor. Till informationsspridning i hälsosamtalet hör också att öka medvetenheten hos vårdtagaren: vårdaren skraddarsyr informeringen så att informationen vårdtagaren får är relevant i just dennes liv. (Golsäter, et al. 2015).

Vidare framkommer att *ungdomens ställning och beslutets tyngd påverkar beslutsfattande*. Ungdomen är mitt mellan att vara barn och vara vuxen, och pga. att ungdomen inte ännu är vuxen i juridisk mening är självständigheten vad gäller beslut påverkad (Essig, et al. 2016). Ungdomen som vårdtagare kan ta mindre beslut självständigt, men vad gäller större beslut fattas dessa inte självständigt, utan t.ex. tillsammans med föräldrarna (Ruhe, et al. 2016). Att ta beslut kan också vara betungande för vårdtagaren (ibid.).

Då ungdomen är vårdtagare finns en *variation i delaktighet och vilja till delaktighet*. Ungdomens delaktighet i kommunikationen kan variera, men att vara delaktig i vården upplevs självklart (Ruhe, et al. 2016). Vårdtagaren kan, förutom att vara närvarande, också vara aktivt deltagande i diskussioner (ibid.). Hur mycket vårdtagaren vill vara delaktig och involverad varierar mellan olika vårdtagare, men också över tid inom samma vårdtagare (Ruhe, et al. 2016; Brand, et al. 2017). Vårdtagarens delaktighet, och det att vårdaren uppmuntrar vårdtagarens delaktighet framkommer som en stor del av hälsosamtalet: vårdaren uppmuntrar vårdtagaren att prata och delta, t.ex. genom att fråga frågor som hjälper vårdtagaren att minnas och genom att ha vårdtagaren att reflektera och vidare utveckla samtalet (Golsäter, et al. 2015). Vårdaren uppmuntrar vårdtagaren att prata mycket och fritt genom att hålla en positiv ton i samtalet och fråga öppna frågor, vilka oftast ger längre och djupare svar jämfört med slutna frågor (ibid.). Vårdaren uppmuntrar också delaktigheten genom att sammanfatta det som sagts och fråga efter bekräftelse av vårdtagaren, och genom att formulera olika planer baserat på den individuella vårdtagaren (ibid.).

7.3 Visualisering som verktyg i kommunikationen

Visuella metoder kan anses vara ett verktyg i kommunikationen mellan ungdomen och vårdpersonal. Denna kategori innefattar endast två subkategorier, och kategorin är baserad på endast en artikel. Den första subkategorin är visualisering *som hjälp i ett arbete som bygger på relation*. Genom visuella metoder kan vårdaren få hjälp i att öka ömsesidig förståelse och bygga på relationen till ungdomen. Teckningar kan vara till hjälp i samtalet med ungdomar som är extra sårbara, och med ungdomar som har annan kulturell bakgrund. (Laholt & Guillemin & McLeod & Olsen & Lorem 2017).

Den andra subkategorin är visuella metoder *som hjälp vid känsliga ämnen och till formulering*. Teckningar och andra visuella metoder kan vara till hjälp då vårdaren diskuterar om känsliga ämnen med ungdomen: de kan hjälpa till att öppna upp diskussionen. Visuella metoder kan också hjälpa ungdomen att formulera sina tankar och känslor, och sätta ord på tidigare upplevelser. Visuella metoder såsom, t.ex. bilder och videor, kan också användas av ungdomen genom att dessa kan hjälpa dem att beskriva svårigheter de har i sitt liv. (ibid.)

7.4 Kommunikation via sociala medier och sms

Denna kategori har fem subkategorier, och genom denna kategori framkommer olika aspekter till kommunikation mellan vårdpersonal och ungdom via sociala medier och sms. Till att börja med kan denna sorts kommunikation leda till en *effektivering av vården*. Detta eftersom ungdomen genom detta kommunikationssätt kan få hjälp när hen behöver hjälpen som allra mest (van Rensburg & Klingensmith & McLaughlin & Qayyum & van Schalkwyk 2016). Via sociala medier skulle vårdpersonal också kunna övervaka vårdtagaren, och detta kan anses positivt eftersom vårdaren då kan följa med hur det går för ungdomen, och sedan reagera snabbt om det upptäcks något oroväckande (ibid.).

En positiv aspekt till kommunikation via sociala medier och sms, är att det för ungdomen kan vara *lättare att ta kontakt och öppna upp*. Detta kommunikationssätt innebär en konstant tillgång till vårdare och att ungdomen kan få snabba svar. Ungdomen kan också ha enklare att öppna upp och prata om känsliga ämnen då hen inte behöver träffa vårdaren ansikte mot

ansikte. Kommunikation via sociala medier och sms är därtill ett väldigt vanligt sätt att kommunicera för ungdomarna. (ibid.)

En negativ aspekt till kommunikation via sociala medier och sms är risken för en *sämre kvalitet på vårdrelationen*. Vårdrelationen kan försämrans av att kommunikationen inte skulle vara lika givande som kommunikation ansikte mot ansikte: ungdomarna kanske inte får samma uppmärksamhet och de kan lättare dölja vad de tänker och känner (ibid.). Samtalskvaliteten kan vara försämrad, och det finns en risk att det uppstår missförstånd (ibid.). Detta kommunikationssätt kan också medföra en oro över sekretessen (Ranney, et al. 2014). Det att ungdomen kanske inte får respons direkt upplevs också negativt (van Rensburg, et al. 2016).

Vidare framkommer det att *kommunikationen måste vara individuellt anpassad*. Kommunikation via sociala medier och sms kan vara delvis automatiserad, men ungdomarna vill att meddelandena ska vara individualiserade. Också i detta kommunikationssätt behöver det vara en tvåvägs-kommunikation som är individuellt anpassad; t.ex. bör när meddelanden skickas ut kunna individualiseras, och ungdomen borde kunna få meddelanden vid behov. Vad gäller användning av multimedia i kommunikationen varierar också efterfrågan. (Ranney, et al. 2014).

I kommunikationen via sociala medier och sms behöver det finnas en *användning av positivt, vänligt och informellt språk* från vårdpersonalens sida. Språket i kommunikationen bör vara klart, enkelt och informellt – dvs. enkelt att förstå. Tonen på språket bör vara positiv och vänlig. Användningar av ungdomlig slang eller förkortningar som är vanliga i meddelanden, uppskattas inte av ungdomarna. (ibid.)

7.5 Utmaningar i kommunikationen

Slutligen framkommer en del utmaningar som kan finnas i kommunikationen mellan vårdpersonal och ungdom. Denna kategori innefattar sju subkategorier, varav den första är *obekvämheter*. Hos vårdaren kan brist på kunskap och erfarenhet leda till obekvämheter i kommunikationen, och tror vårdaren att ungdomen vet mycket om ett ämne som de själva inte är insatta i ökar obekvämheten (Frederick, et al. 2018; Peterson, et al. 2018). Också tro

att vårdtagaren kommer bli obekväma av ett samtalsämne ökar obekvämheten hos vårdaren (Frederick, et al. 2018). Ungdomarna kunde också uppleva vårdarna som obekväma (Córdova, et al. 2018). Obekvämheten leder i sin tur till att både vårdare och vårdtagare håller tillbaka i kommunikationen, t.ex. kan det leda till att vårdaren inte alls tar upp ett visst ämne till diskussion (ibid.).

En utmaning i kommunikationen är också *en dömande vårdare och åsikters reflektion i kommunikationen*. Av ungdomarna kunde vårdare upplevas dömande, och detta leder i sin tur till att ungdomen inte kommer prata öppet, t.ex. berättar inte en ungdom om sina riskbeteenden om vårdaren upplevs dömande (Córdova, et al. 2018). Hur man ställer frågor kan därtill påverka svaret: om vårdarens frågor färgas av åsikter kommer vårdtagarens svar troligtvis vara påverkat av detta (Golsäter, et al. 2015).

Vidare kan *språket* vara en utmaning i kommunikationen mellan vårdpersonal och vårdtagare, och detta kan vara en utmaning både för vårdare och vårdtagare. Vårdtagare kan ha svårt att förstå den information de får om språket inte är anpassat till denne, t.ex. om vårdaren använder fackspråk och medicinska begrepp (Ruhe, et al. 2016). Vårdaren kan i sin tur utmanas av att inte behärska ungdomens slang, vilket leder till oförmåga att anpassa sitt språk i kommunikationen med ungdomen och upplevelser av hinder i kommunikationen (Peterson, et al. 2018). Relaterat till språk, kan också användningen av slutna frågor från vårdarens sida leda till korta svar av vårdtagaren (Golsäter, et al. 2015).

Ännu en utmaning i kommunikationen som framkommer är *resursbrist*. En brist på resurser kan ta sig i uttryck t.ex. genom en brist på remitteringsalternativ eller andra resurser man kan erbjuda ungdomen, men framför allt tidspress framkom som en utmaning i kommunikationen (Frederick, et al. 2018; Peterson, et al. 2018). Om det inte finns bra screeningsverktyg kan detta också orsaka att vårdaren missar att ta upp något visst ämne till diskussion (Peterson, et al. 2018). Vidare kan prioritering av annat leda till att viss kommunikation uteblir (Frederick, et al. 2018). Vårdaren kan också föra över ansvaret att ta upp ämnen till tals till vårdtagaren, i tron att vårdtagaren tar initiativ om de vill diskutera något (ibid.).

Det att *vårdtagaren saknar tillit för sekretess och kompetens* kan också innebära en utmaning i kommunikationen. Avsaknad av tillit för sekretess innebär att vårdtagaren är rädd att tystnadsplikten inte kommer hålla, vilket leder till att ungdomen inte berättar fritt; t.ex. kan ungdomen tänka att vårdaren kommer berätta vidare till ungdomens föräldrar om det som

diskuterats (Córdova, et al. 2018). Avsaknad av tillit för kompetens innebär att vårdtagaren tror att vårdaren inte kan hjälpa dem (Riese, et al. 2016).

Vidare kan också *ungdomen med annorlunda motiv, prioriteringar och reaktioner* innebära en utmaning i kommunikationen. Vårdaren kan ibland ha svårt att förstå ungdomens motiv, varför ungdomen gör som de gör (Peterson, et al. 2018). Kommunikationen kan också bli en utmaning då ungdomen har prioriteringar som inte passar ihop med t.ex. behandlingen av en sjukdom (Essig, et al. 2016). Då ungdomen reagerar på en svår livssituation genom att dra sig undan och bli likgiltig kan detta också orsaka svårigheter i kommunikationen mellan vårdaren och ungdomen (ibid.).

Ungdomens *närstående* kan medföra utmaningar i kommunikationen mellan vårdpersonal och ungdom. Om närstående till ungdomen är närvarande, kan det vara svårt att ta känsliga ämnen, såsom t.ex. sexualitet, till tals (Frederick, et al. 2018). Dessutom kan det upplevas svårt att be föräldrar till ungdomen ge vårdaren rum för diskussion ensam med ungdomen (ibid.). Om föräldrar och ungdom är i en konflikt kan kommunikationen bli en utmaning då vårdaren vill uppvisa lojalitet åt bägge parter (Essig, et al. 2016).

8 Diskussion

I detta kapitel kommer litteraturstudiens huvudresultat att diskuteras och jämföras med den teoretiska bakgrunden, samt den teoretiska referensramen. Metoden som använts i examensarbetet kommer också att diskuteras och kritiskt granskas. Slutligen beskrivs litteraturstudiens slutsatser och implikationer. Diskussionen är inspirerad av Henricsons (2017, s. 411-419), och Forsberg och Wengströms (2015, s. 157-158) beskrivningar av diskussionen i en litteraturstudie.

8.1 Resultatdiskussion

Litteraturstudiens huvudresultat kommer beskrivas utgående från studiens två frågeställningar: hur beskrivs kommunikationen och vilka utmaningar kan finnas i kommunikationen mellan vårdpersonalen och ungdomen? I beskrivningen av kommunikationen framkommer flertalet aspekter: vad som är generellt viktigt att tänka på i kommunikationen med ungdomen, att vårdaren kan använda sig av olika verktyg – såsom visualisering – i kommunikationen, och information, delaktighet och beslutsfattande som en del av kommunikationen, samt då kommunikationen äger rum via olika teknologier såsom sociala medier och meddelandefunktionen sms.

Kommunikation är delvis beroende av sin kontext, men vissa aspekter till kommunikationen är mindre kontextberoende; det finns vissa aspekter som alltid är bra att tänka på då man som vårdare kommunicerar med en ung vårdtagare. För det första: bygg en vårdrelation som är longitudinell, stark, nära, professionell och förtroendefull, och håll din tystnadsplikt (Riese, et al. 2016; Essig, et al. 2016; Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018). För det andra: ha en direkt kommunikation med ungdomen, visa ungdomen respekt och ta denne på allvar (Ruhe, et al. 2016; Essig, et al. 2016; Brand, et al. 2017). För det tredje: döm inte ungdomen, utan visa förståelse; visa också intresse för ungdomen och hans värld, samt omsorg och empati – att du bryr dig (Golsäter, et al. 2015; Essig, et al. 2016; Riese, et al. 2016; Córdova, et al. 2018).

För det fjärde: var ärlig och transparent, och understöd också ungdomens egna resurser (Golsäter, et al. 2015; Essig, et al. 2016; Peterson, et al. 2018). För det femte: låt samvaron

med ungdomen ta den tid det behöver (Essig, et al. 2016; Riese, et al. 2016; Frederick, et al. 2018). För det sjätte: kom ihåg att det är på ditt ansvar att ta upp alla olika ämnen – lätta som svåra – till tals med ungdomen (Riese, et al. 2016; Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018). För det sjunde: utveckla din professionella kompetens och kommunikativa förmåga, och var inte heller rädd för att ta emot stöd och vidare utvecklas (Essig, et al. 2016; Frederick, et al. 2018; Córdova, et al. 2018; Peterson, et al. 2018).

I kommunikationen med ungdomen finns det verktyg som vårdaren kan använda sig av, bland dessa, visualisering. Visuella metoder kan fungera som ett verktyg i kommunikationen genom att de kan hjälpa att öka ömsesidig förståelse och bygga på relationen, men också genom att de kan hjälpa vårdaren ta upp känsliga ämnen till tals och hjälpa ungdomen att formulera sina tankar och känslor (Laholt, et al. 2017).

I beskrivningen av kommunikationen framkommer information, beslut och delaktighet som en del. En möjlig anledning till att detta är en del av kommunikationen mellan vårdaren och ungdomen, är ungdomens ställning mitt mellan barn och vuxen; ungdomens ställning påverkar bl.a. beslutsfattandet i ungdomens vård, beroende på också beslutets tyngd (Essig, et al. 2016; Ruhe, et al. 2016). Viljan till delaktighet och information kan variera mellan olika unga vårdtagare, men också inom samma vårdtagare över tid, och gällande information påverkar informationens egenskaper denna vilja (Ruhe, et al. 2016; Brand, et al. 2017). Vårdaren som källa till information innebär en opartisk kunskapskälla, men förutom vårdpersonal kan också föräldrarna och diverse utomstående källor fungera som informationskälla; här kan utomstående källor, t.ex. internet, vara både något negativt och positivt (Brand, et al. 2017; Peterson, et al. 2018). I hälsosamtalet ska vårdaren starkt uppmuntra ungdomen till delaktighet, och informationsgivning i hälsosamtalet innebär att ta upp negativa aspekter med sämre levnadsvanor och positiva aspekter med bättre levnadsvanor, samt att skraddarsy informationen för ungdomen (Golsäter, et al. 2015).

Idag kan kommunikationen mellan vårdare och ung vårdtagare ske genom fler kommunikationssätt än t.ex. samtal ansikte mot ansikte eller telefonsamtal: kommunikationen kan ske genom teknologier, här tas sociala medier och meddelandefunktionen sms upp. Dessa teknologier som kommunikationssätt kan medföra bl.a. en effektivisering av vården och att ungdomen har lättare att ta kontakt med och öppna upp gentemot vårdpersonal, men också kan det medföra att vårdrelationen får en sämre kvalitet (Ranney, et al. 2014; van Rensburg, et al. 2016). Kommunikationen via sociala

medier och sms måste vara individuellt anpassad och innehålla tvåvägs-kommunikation, samt innehålla ett språk som är positivt och lätt att förstå (Ranney, et al. 2014).

Vidare framkommer det i litteraturstudien en del olika utmaningar som kan finnas i kommunikationen mellan vårdare och ungdom, varav vissa skulle tänkas vara lättare och andra svårare för vårdpersonal att påverka. De utmaningar i kommunikationen som till stor del är beroende av vårdaren och vårdsystemet är obekvämheter, samt upplevelsen av att den andre blir obekvämt, att vårdaren upplevs som dömande och att vårdarens frågor färgas av hans åsikter, det språk som vårdaren använder, det att vårdaren för över ansvaret att ta upp vissa ämnen till diskussion till vårdtagaren, samt den resursbrist och tidspress som kan förekomma inom vården (Golsäter, et al. 2015; Ruhe, et al. 2016; Frederick, et al. 2018; Peterson, et al. 2018; Córdova, et al. 2018). Gällande språk kan det hända att vårdaren använder en terminologi som är för svår för den unga vårdtagaren att förstå, men också det att vårdaren inte behärskar ungdomlig slang kan innebära en utmaning om detta leder till att vårdaren inte kan anpassa sitt språk till ungdomens åldersgrupp (Ruhe, et al. 2016; Peterson, et al. 2018).

Utmaningar i kommunikationen som till stor del är beroende av någon annan än vårdaren, är bl.a. då ungdomen saknar tillit för sekretess och vårdarens kompetens, och då ungdomen har motiv som vårdaren inte förstår, prioriteringar som inte passar ihop med vården, och reaktioner på sin svåra livssituation (Essig, et al. 2016; Riese, et al. 2016; Córdova, et al. 2018; Peterson, et al. 2018). Därtill kan ungdomens närstående medföra utmaningar i kommunikationen mellan vårdare och ungdom (Essig, et al. 2016; Frederick, et al. 2018).

8.1.1 Resultatet i jämförelse med tidigare forskning

I litteraturstudiens resultat finns en del likheter med resultat från tidigare forskning om kommunikation med ungdomar inom vården, och egentligen hittades inga direkta motsatser: de skillnader som hittas beror i första hand – men inte uteslutande – på snävhet i litteraturstudiens omfång och sökningen till den teoretiska bakgrunden. I litteraturstudien, men också i tidigare forskning framkommer flertalet aspekter som är viktiga i bemötandet och samtalet med ungdomen. Här kan en del likheter ses, och de aspekter som förekommer både i denna studie och tidigare forskning är bl.a. vikten av förtroende, sekretess, god

vårdrelation, att lära känna ungdomen, ge tid och visa intresse, att vara ärlig, understöda delaktighet, visa respekt, ta ungdomen på allvar och inte behandla ungdomen som ett barn, samt att använda ett lättförståeligt språk och merparten öppna frågor (Tinnfält 2012, s. 177-179; Berg Kelly 2014, s. 208; McCabe och Timmins 2015, s. 88-105; Daley, et al. 2017, s. 76-77; Johansson 2019, s. 293-394).

Aspekter viktiga i mötet och samtalet med ungdomen, och som förekommer i tidigare forskning, men inte specifikt i litteraturstudien är bl.a. det att ungdomen vill lära känna vårdaren, att vårdaren behöver 'se' och bekräfta ungdomen, att ungdomen vill att vårdaren förklarar varför vissa frågor frågas och vissa åtgärder och undersökningar görs, samt det så kallade 'rekognoserings-besöket', där ungdomen söker hjälp för en bagatell för att kolla upp vårdaren, och sedan om vårdaren t.ex. verkar gå att lita på, kan komma tillbaka med något större problem (ibid.). I bakgrundslitteraturen framkommer ett aktivt lyssnande från vårdarens sida som något essentiellt i kommunikationen mellan vårdare och vårdtagare (Berg Kelly 2014, s. 208; McCabe och Timmins 2015, s. 88-105; Fakhr-Movahedi, et al. 2016, s. 269-272), medan detta inte framkommer explicit i litteraturstudien, vilket kan anses förvånande. Dock kan lyssnandet eventuellt ta sig uttryck genom andra begrepp som framkommer i litteraturstudien, t.ex. att visa intresse och lära känna ungdomen.

Vidare framkommer i tidigare forskning, liksom i denna litteraturstudie, att det i mötet och samtalet med vårdtagaren är viktigt att visa empati och förståelse, samt att ge information lämpligt (McCabe och Timmins 2015, s. 88-105; Fakhr-Movahedi, et al. 2016, s. 269-272). I underkapitlet om ungdomen som livsskede konstateras det att hjärnans utveckling hos ungdomen leder till att ungdomen får en större känslighet för sociala signaler, exempelvis små förändringar i ansiktsuttryck (Steinberg 2017, s. 43-59). Detta understöder betydelsen av ärlighet och transparens, men också icke-dömande i kommunikationen med ungdomen, eftersom en större känslighet för sociala signaler kan öka chansen att ungdomen 'ser genom' det vårdaren säger, samt tolkar och reagerar på vårdarens omedvetna kroppsspråk.

I den teoretiska bakgrunden omnämns begrepp som patient empowerment och personcentrerad vård. En eventuell utmaning i tillämpningen av patient empowerment bland unga vårdtagare kan vara ungdomens ställning som ännu inte vuxen. Både i litteraturstudien och i tidigare forskning framkommer denna ställning: ungdomen är inte riktigt ett barn, men inte heller vuxen, och är inte juridiskt myndig före 18 års ålder. Ungdomen som livsskede präglas dessutom av en utveckling mot självständighet (Hwang & Nilsson 2011, s. 311-323). I FN:s barnkonvention bestäms att barnet, i relation till sin mognad, bör få sina åsikter

beaktade (Convention on the Rights of the Child, 1989). Frågan är dock hur allt detta och patient empowerment hos unga går till i praktiken; pga. sin ställning har ungdomen en begränsning i sin beslutande makt, var går gränserna och i hur lång utsträckning kan också ungdomen som individ ses som en expert på sitt liv och sin hälsa?

Gällande personcentrerad vård hos ungdomar finns inte helt på samma sätt utmaningen i och med ungdomen ställning, som i patient empowerment: också ungdomarna behöver ses som individer och få sin autonomi understödd. Vikten av att se individen, och också att lära känna vårdtagaren, understöds genom att det i tidigare forskning konstaterats att bl.a. mognad och ålder samt utseendemässig ålder inte alltid överensstämmer hos ungdomen – t.ex. kan en fysiskt omogen och psykiskt mogen ungdom känna sig behandlad som ett barn (Hwang & Nilsson 2011, s. 298). Om vårdaren alltså istället lär känna ungdomen utan att dra förhastade slutsatser om ungdomens mognad baserat på utseende och ålder, kan vårdaren bemöta ungdomen bättre, på ett mer individuellt anpassat sätt. Personcentrering hos ungdomar understöds också av det som framkommer i litteraturstudien om vilja till delaktighet och information: viljan kan variera mellan olika vårdtagare men också inom samma vårdtagare över tid, vilket föranleder ett behov av individuell anpassning, men också kontinuerlig anpassning, av delaktigheten och informationsgivningen. Därtill framkommer det i litteraturstudien att kommunikationen via sociala medier och sms också behöver vara individuellt anpassad.

Något som kan vara bra att tänka på inom sjukvården av unga vårdtagare, och något som resonerar med litteraturstudiens fynd att ungdomen kan rygga från betungande information och beslut, och inte alltid vill vara delaktig, är att ungdomen pga. den utveckling som sker i hjärnan, kan bli mer emotionell och stresskänslig (Steinberg 2017, s. 43-59). En ökning av stresskänslighet och det att ungdomen är mer emotionell kan också motivera att ungdomen reagerar på en svår livssituation, som t.ex. ett insjuknande kan innebära – något som i litteraturstudien konstaterades kunna medföra en utmaning i kommunikationen mellan vårdpersonalen och ungdomen.

I tidigare forskning framkommer, liksom i litteraturstudien, att vårdaren under hälsosamtalet bör ha en skräddarsydd informationsgivning, och att vårdaren bör uppmuntra och understöda vårdtagarens delaktighet (Golsäter 2014, s. 80-84). Dock bör det nämnas att författarna till den litteratur som texten om hälsosamtalet i den teoretiska bakgrunden baserar sig på, delvis är densamma som författarna till den vetenskapliga artikel som finns med i litteraturstudien, vilket innebär att det skulle vara överraskande om resultaten inte överensstämde.

Den tidigare forskningen om eHälsa understöder det som framkommer i litteraturstudien om att kommunikation via sociala medier och sms kan bidra till en effektivisering av vården och att vården blir mer lättillgänglig, dvs. det blir lättare att ta kontakt (Ossebaard & van Gemert-Pijnen 2013, s. 14 och 23-25; Reynolds & Maughan 2015, s. 45-50). I bakgrundslitteraturen omnämndes nog nackdelar med eHälsa, men dessa handlade främst om teknisk utrustning, kunskaper som behövs och attityder som kan förekomma: den eventuella nackdelen av en försämrad kvalitet på vårdrelationen pga. eHälsa framkommer inte alls i bakgrundslitteraturen.

De utmaningar i kommunikationen, som framkommer i litteraturstudien är till viss del olika de utmaningar som framkommer i den teoretiska bakgrunden, och de tar lite mer perspektiv i beaktande; i bakgrundslitteraturen fokuserar man mest på utmaningar som vårdaren bör ge akt på, medan vissa av de utmaningar som framkommer i litteraturstudien också kan ha ett annat ursprung än vårdaren. Av de utmaningar som framkommer i litteraturstudien är det främst tidspress, eller stress, samt närståendes inverkan som nämns också i bakgrundslitteraturen – utmaningar som t.ex. 'filtret', brister i lyssnande och empati, ouppmärksamhet och omedvetenhet om kommunikationens inverkan framkommer inte i litteraturstudien (Berg Kelly 2014, s. 207; McCabe & Timmins 2015, s. 109-127). I bakgrundslitteraturen, liksom i litteraturstudien, framkommer det att närstående – trots att de är en viktig tillgång – ibland kan innebära en utmaning i kommunikationen mellan vårdare och ungdom, t.ex. genom att föräldern till ungdomen pratar mycket, och lämnar lite utrymme för ungdomen att prata (Coyne, et al. 2016, s. 145-151; Johansson 2019, s. 293 och 298).

8.1.2 Resultatet i jämförelse med den teoretiska referensramen

Erikssons ontologi fungerar som en grund som stöder upp litteraturstudiens resultat. Detta genom det som skrivs om vårdrelationen: denna relation är avgörande för vårdandet och vårdprocessen, och relationen bör ha substans, dvs. innebära ett äkta möte mellan vårdaren som människa och vårdtagaren som människa (Eriksson 2018, s. 275-276). Möt vårdtagaren som också själ och ande, utöver kroppen, möt inte endast kroppen (ibid.). Det kan argumenteras för att utan ett äkta möte, där vårdaren verkligen ser hela den andra människan, kommer inte vissa centrala aspekter av kommunikationen att tas i beaktas; t.ex. kan det vara svårt att visa respekt, intresse, omsorg och empati för vårdtagaren om relationen till

vårdtagaren inte är äkta och vårdaren inte ser hela människan. En vårdrelation utan substans kan alltså i sin tur leda till att kommunikationens kvalitet försämras.

Fredrikssons teori om det vårdande samtalet fungerar också som en grund för litteraturstudiens resultat att stödas av, och i teorin framkommer en del aspekter som resonerar med litteraturstudiens resultat. I teorin framkommer vikten av att ha en god, nära, öppen och förtroendefull vårdrelation genom beskrivningen av den så kallade förbindelsen, som är den öppna och trygga vårdrelationen (Fredriksson 2003, s. 77). I teorin framkommer också den asymmetriska relationen som finns mellan vårdare och vårdtagare, och, liksom i litteraturstudien, betonas vikten av att visa respekt (Fredriksson 2003, s. 69 och 73).

I Fredrikssons teori nämns begreppet med-varo, och att vårdaren behöver ge sin med-varo för att vårdtagaren ska dela med sig av sin värld och en förbindelse skapas (Fredriksson 2003, s. 59). I kontexten av litteraturstudien kan detta tolkas som att om vårdaren inte visar intresse, kommer vårdaren inte heller få se in i den unga vårdtagarens värld på riktigt, och en god vårdrelation är svår att skapa. Vidare nämns det i teorin att vårdaren behöver understöda vårdtagarens autonomi genom att, vid behov, hjälpa vårdtagaren att 'hitta sin röst' och formulera sin berättelse (Fredriksson 2003, s. 74). Detta understryker behovet av uppmuntran till delaktighet. Ett praktiskt exempel på hur vårdaren kan hjälpa vårdtagaren 'hitta sin röst' är genom det som framkommer i litteraturstudien: användning av visuella metoder kan hjälpa vårdtagaren att formulera sina tankar och känslor. Den så kallade fasaden som omnämns i teorin (Fredriksson 2003, s. 72) kan ses som en utmaning i kommunikationen: en del av fasaden kan jämföras med då ungdomen reagerar på en svår livssituation med att dra sig undan.

8.2 Metoddiskussion

Eftersom syftet med examensarbetet var att använda sig av tidigare forskning för att få en förståelse för kommunikationen vårdare och ung vårdtagare emellan, besvaras syftet bra med metoden systematisk litteraturstudie. Frågeställningarna skulle dock nog ha kunnat besvaras genom andra metoder också; t.ex. skulle en intervju- eller enkätstudie ha kunnat utföras. Att ha litteraturstudie som metod motiveras också av att det redan finns en del tidigare forskning inom ämnet. Som forskningsansats skulle gärna en mixad metod ha kunnat användas för att

få en så bred insyn på ämnet som möjligt, men eftersom materialet blev för omfattande inkluderades endast kvalitativa artiklar i denna studie, vilket innebär att resultatet beskriver kommunikationen mellan ungdomen och vårdaren såsom den upplevs av ungdomarna, föräldrarna och olika yrkesgrupper inom vården. Den induktiva ansatsen passar studien, men likaså skulle en deduktiv ansats kunna passa, eftersom det redan finns så pass mycket forskning om ämnet.

Inklusionen av endast referentgranskade vetenskapliga artiklar ökar studiens trovärdighet, likaså att alla artiklar hade liknande design. Sökorden som användes i datainsamlingen var systematiskt uttänkta eftersom sökningar gjordes i olika databasers ämnesordlistor för att hitta de sökord som gav mest relevanta artiklar, och eftersom sökorden provades ut genom artikelsökningen, och eventuellt valdes bort pga. inget eller inget relevant resultat. Dock utfördes arbetet på egen hand; det skulle ha inneburit en större chans att hitta alla relevanta sökord om flera hade sökt fram sökord på egen hand, och sedan jämfört de funna sökorden. I kombinationen av sökorden gjordes alla möjliga kombinationer av de sökord som hittats och valts ut, därför finns det beskrivet i Bilaga 1 också sådana sökkombinationer som gav noll träffar.

Sökningarna hade god sensitivitet eftersom flera artiklar återkom i träffarna vid flera sökningar och eftersom flera databaser användes för sökningarna – dock skulle sensitiviteten ha kunnat utökas ytterligare genom användning av ännu fler databaser. Likaså ökar trovärdigheten av att sökningar genomfördes i fler än en databas, eftersom detta innebar en större chans att hitta relevanta artiklar – dock skulle trovärdigheten ha kunnat öka ytterligare genom sökning i fler databaser. Sökningarna gjordes endast som ämnesordsökning, vilket var både en styrka och en svaghet: det var en styrka för just detta arbete, eftersom artikelsökningen behövde snävas till eftersom sökningarna gjordes i ett väldigt brett ämne, dock med konsekvensen att specificiteten minskade då det eventuellt missades artiklar som inte kunde hittas på de ämnesord som användes, eftersom fritextsökning inte alls användes.

De vetenskapliga artiklarnas kvalitet granskades med hjälp av checklistor för värdering av kvaliteten, och de artiklar som värderades ha låg kvalitet exkluderades. Detta ökar litteraturstudiens tillförlitlighet. Vidare minskar dock trovärdigheten och tillförlitligheten hos dataanalysen av att dataanalysen utfördes ensam: det var inte två eller fler som utförde samma analys och sedan kunde jämföra sina analyser med varandra. För att öka på resultatets trovärdighet skulle en utomstående ha kunnat kontrollera om resultatbeskrivningen är rimlig och svarar på syftet.

Studiens reproducerbarhet ökar av att urvalet och datainsamlingen är noggrant beskriven. Däremot kan studiens överförbarhet till finländsk kontext ifrågasättas, bl.a. eftersom det mellan olika länder kan finnas skillnader i vårdsystemen: inga av studierna i de vetenskapliga artiklarna var utförda i Finland, och endast två i Norden. Majoriteten av studierna var utförda i olika delar av USA, och åtminstone hälften var utförda i stadsmiljö. Dock kan man också spekulera om vissa delar av kommunikationen mellan en vårdare och ung vårdtagare är universell, och att individuella skillnader vårdare emellan och ungdomar emellan eventuellt orsakar skillnader i kommunikationen i samma utsträckning som kulturella och geografiska skillnader.

Användningen av metoden systematisk litteraturstudie kan också motiveras av etiken: ungdomar som vårdtagare kan eventuellt räknas till en sårbar grupp inom forskning pga. sin ålder och ställning som omyndig. En god etik försökte efterföljas i litteraturstudien, bl.a. genom att minska riskerna för misstolkningar av de vetenskapliga artiklarna: för att minimera risken för översättningsfel användes MOT-ordböcker, men likväl finns en risk att texterna misstolkats i något skede pga. bristande språkkunskaper. Eftersom arbetet utfördes på egen hand, ökar risken för inkorrekta tolkningar, och pga. liten erfarenhet av forskning, ökar risken för metodologiska brister.

Inom forskning finns det en risk att forskarens förförståelse påverkar studiens process och resultat. Genom den teoretiska bakgrunden och referensramen kan förförståelsen eventuellt deklarerats, men det finns alltid en risk att ens förförståelse påverkat studien, än mer i detta arbete eftersom studien utfördes ensam. Under examensarbetets gång har TENK:s (Forskningsetiska delegationen 2012, s. 18) nyckelbegrepp hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet beaktats enligt bästa förmåga. För att visa respekt för tidigare forskning och andras arbete har källhänvisningen enligt bästa förmåga varit så noggrann som möjligt.

8.3 Slutsatser

Detta examensarbete tog upp om ett ämne som det finns relativt mycket forskat och skrivet om, och riktade in sig på ämnet i den mer specifika kontexten ungdomen inom vården. Istället för att bidra med mycket ny kunskap, har arbetet mer inneburit en sammanställning av kunskapen – en grund har blivit lagd och den beskriver hur kommunikationen mellan ungdomen och vårdaren ser ut. Arbetet kan bidra till en förbättring av vården och förbättring av hur vården upplevs av den unga vårdtagaren, genom att arbetet kan hjälpa utveckla hur vårdpersonal kommunicerar med vårdtagare, eller åtminstone starta en reflektionsprocess hos vårdaren. Vårdaren kan ha nytta av arbetet genom de relativt konkreta uppmaningar och råd som framkommer i litteraturstudiens resultat.

Kliniska implikationer som kan fås från arbetet är för det första kärnan i kommunikationen med ungdomen: relationen, förtroendet, respekt, förståelse, intresse, empati, ärlighet, samt vårdarens kompetens, ansvar och utveckling. För det andra finns det belägg för vårdaren att använda sig av verktyg, såsom visuella metoder, i kommunikationen. För det tredje framkommer ett behov av individualisering gällande information och delaktighet, och behov av reflektionsförmåga då det kommer till ungdomens ställning, mognad och beslutsmakt. För det fjärde får inte användning av teknologier i kommunikationen inom vården leda till att vårdrelationen försämras och en envägs-kommunikation uppstår. För det femte behöver man inom vården jobba mot utmaningar i kommunikationen – obekvämheter, dömande attityd, språk som är svårt att förstå – och försöka tackla de utmaningar som kan kännas utanför ens räckvidd för påverkan – resursbrist, faktorer hos ungdomen och närstående.

Litteraturstudien leder till att nya frågor väcks, och ger förslag på vidare forskning inom ämnet. Exempelvis skulle det vara intressant att med samma frågeställningar göra en intervju- eller enkätstudie – kvalitativ eller kvantitativ – för att se huruvida det empiriska resultatet skulle likna eller skilja sig från litteraturstudiens resultat, samt för att se om det finns regionala skillnader. I detta arbete har inte kommunikationen mellan vårdaren och en ungdom med funktionsvariation eller specialbehov undersökts specifikt, och det skulle vara intressant att undersöka hur kommunikationen ser ut mellan vårdaren och en ung vårdtagare med en funktionsvariation som påverkar kommunikationen. I litteraturstudien koncentrerades det inte på någon specifik vårdkontext där vårdtagaren kan vara en ungdom, och eventuella skillnader mellan olika vårdkontexter skulle kunna undersökas: t.ex. om det finns skillnader i kommunikationen inom förebyggande hälsovården och sjukvården.

Avslutningsvis, och liksom tidigare nämnt i arbetet, kan en omedvetenhet om hur kommunikationen påverkas, vara en orsak till en dålig kommunikation – detta innebär att en medvetenhet om hur man påverkar kommunikationen kan medföra en förbättring i kommunikationen (McCabe & Timmins 2015, s. 15-22). Ett första steg till att förbättra kommunikationen kan vara genom att väcka medvetenhet om den inverkan kommunikationen har i mellanmänniska relationer, dvs. läs på och reflektera över hur du påverkar kommunikationen med andra.

9 Källförteckning

Berg Kelly, K., 2014. *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Borup, I., 2012. Hälsosamtal och hälsokommunikation. i: E. Clausson & S. Morberg red. *Skolsköterskans hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Convention on the Rights of the Child, 1989. [Online] <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> [Hämtat: 17.5.2019].

Coyne, I., Amory, A., Gibson, F. & Kiernan, G., 2016. Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: More than a matter of information exchange. *European Journal of Cancer Care*. 25(1), s. 141-156.

Daley, A., Polifroni, C. & Sadler, L., 2017. "Treat Me Like a Normal Person!" A Meta-Ethnography of Adolescents' Expectations of Their Health Care Providers. *Journal of Pediatric Nursing*. 36, s. 70-83.

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K., 2014. Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. i: I. Ekman red. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), s. 107-115.

Eriksson, K., 2018. *Vårdvetenskap – Vetenskapen om vårdandet – Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.

Eriksson, M. & Winroth, J., 2015. Hälsa och hälsofrämjande. i: M. Eriksson red. *Salutogenes – om hälsans ursprung*. Stockholm: Liber.

Fakhr-Movahedi, A., Rahnavard, Z., Salsali, M. & Negarandeh, R., 2016. Exploring nurse's communicative role in nurse-patient relations: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences*. 5(4), s. 267-276.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. Uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. Uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

- Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012.* [Online] <https://www.tenk.fi/sv/tenks-anvisningar> [Hämtat: 16.5.2019].
- Fossum, B., 2019. Kommunikation och bemötande. i: B. Fossum red. *Kommunikation – samtal och bemötande i vården.* (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L., 2003. *Det vårdande samtalet.* Åbo: Åbo Akademis förlag. [Online] <https://www.doria.fi/handle/10024/43659> [Hämtat: 13.9.2019].
- Golsäter, M., 2014. Skolsköterskans samtal om hälsa med barn och unga i skolan. i: M. Söderbäck red. *Kommunikation med barn och unga i vården.* Stockholm: Liber.
- Henricson, M., 2017. Diskussion. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.
- Hwang, P. & Nilsson, B., 2011. *Utvecklingspsykologi.* (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Insulander, L. & Björvell, H., 2013. Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. i: B. Klang Söderkvist red. *Patientundervisning.* Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, A., 2019. Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. i: B. Fossum red. *Kommunikation – samtal och bemötande i vården.* Lund: Studentlitteratur.
- Josephson, U., 2013. Samtalsmetodik. i: B. Klang Söderkvist. *Patientundervisning.* Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, J., Keeley, R., Engel, M., Emsermann, C. & Brody, D., 2013. Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *Journal of the American Board of Family Medicine.* 26(4), s. 409-420.
- Ketikidis, P., Dimitrovski, T., Lazuras, L. & Bath, P., 2012. Acceptance of health information technology in health professionals: An application of the revised technology acceptance model. *Health Informatics Journal.* 18(2), s. 124-134.
- Kjellström, S., 2017. Forskningsetik. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L. & Khajehgoodari, M., 2019. Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*. 6(3), s. 1189-1196.

McCabe, C. & Timmins, F., 2015. *Grundläggande kommunikation – inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Medicinsk ordbok u.å. [Online] <http://medicinskordbok.se/> [Hämtat: 19.5.2019].

Ossebaard, H. & van Gemert-Pijnen, L., 2013. Introduction: the future of health care. in: J. van Gemert-Pijnen, O. Peters & H. Ossebaard red. *Improving eHealth*. Nederländerna: Eleven international Publishing.

Reynolds, C. & Maughan, E., 2015. Telehealth in the School Setting: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*. 31(1), s. 44–53.

Rosvall, P. & Nilsson, S., 2016. Gender-based generalisations in school nurses' appraisals of and interventions addressing students' mental health. *BMC Health Services Research*. 16(1).

SBU, 2017. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten – En handbok*. [Online] <https://www.sbu.se/sv/var-metod/> [Hämtat: 14.5.2019].

Social- och hälsovårdsministeriet, 2005. *Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Steinberg, L., 2017. *Adolescence*. (11. uppl.) New York: McGraw-Hill Education.

Svensk MeSH u.å. [Online] <https://mesh.kib.ki.se/term/D000293/adolescent> [Hämtat: 19.12.2019].

Tinnfält, A., 2012. Det hälsofrämjande samtalet ur elevens perspektiv. i: E. Clausson & S. Morberg red. *Skolsköterskans hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

van Velsen, L., Nijhof, N. & Kulyk, O., 2013. Introduction: the future of health care. in: J. van Gemert-Pijnen, O. Peters & H. Ossebaard red. *Improving eHealth*. Nederländerna: Eleven international Publishing.

Vinthagen, S., 2019. Kommunikation ur ett maktperspektiv. i: B. Fossum red. *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. [Online] <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [Hämtat: 2.7.2019].

World Health Organization, 2009. *The European Health Report 2009 – Health and health systems*. [Online] <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2009-the.-health-and-health-systems> [Hämtat: 11.5.2020].

Öhlén, J. & Friberg, F., 2019. Personcentrering – samtal och kommunikation. i: B. Fossum red. *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L., 2017. Informationssökning. i: F. Friberg. *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

9.1 Finlands författningssamling

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 6.4.2011/338. [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338#L1P3> [Hämtat: 19.5.2019].

Bilaga 1: sökvägar

Sökväg vid artikelsökningarna i MEDLINE och CINAHL.

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
CINAHL	Adolescence AND nurse-patient relations NOT adult	63	4
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND nurse-patient relations	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND communication	3	1
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND communication barriers	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND conversation	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND nonverbal communication	0	0
CINAHL	Nursing staff, hospital AND adolescence AND communication	13	1
CINAHL	Adolescence AND school health nursing AND communication	25	0
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND communication barriers	0	0

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND conversation	0	0
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND nonverbal communication	0	0
MEDLINE	Adolescent AND nurse-patient relations	21	2
MEDLINE	Pediatrics AND nurse-patient relations	0	0
MEDLINE	Adolescent AND communication NOT adult NOT parent-child relations	260	17
MEDLINE	Pediatrics AND communication AND adolescent	15	3
MEDLINE	Adolescent AND communication barriers	57	8
MEDLINE	Pediatrics AND communication barriers	7	0
MEDLINE	Adolescent AND Nonverbal communication	34	1
MEDLINE	Pediatrics AND nonverbal communication	0	0
CINAHL	School health nursing AND communication	59	4
CINAHL	School health nursing AND nurse-patient relations	30	2

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
CINAHL	Communication (Exact Major Subject Heading*) AND adolescence NOT adult NOT middle aged NOT parent-child relations NOT child NOT child, preschool NOT infant	159	18
CINAHL	Adolescence AND communication barriers NOT adult NOT child, preschool	27	1
CINAHL	School health nursing AND communication barriers	4	0
CINAHL	Adolescence AND conversation NOT adult NOT parent-child relations	57	3
CINAHL	School health nursing AND conversation	2	0
CINAHL	Adolescence AND nonverbal communication NOT adult NOT child, preschool	37	1
CINAHL	School health nursing AND nonverbal communication	0	0

*'Exact Subject Heading' gav för många träffar, därför valdes det att sökningen skulle specificeras genom att i stället välja 'Exact Major Subject Heading'. Alla övriga sökningar gjordes med 'Exact Subject Heading'.

Bilaga 2: exkluderade artiklar

Exkluderade fulltextartiklar, och anledning till exklusion.

Studie	Anledning till exklusion
Iwata, M., Saiki-Craighill, S., Nishina, R. & Doorenbos, A., 2018. "Keeping pace according to the child" during procedures in the paediatric intensive care unit: A grounded theory study. <i>Intensive & Critical Care Nursin.</i> 46, s. 70–79.	Åldersgruppen 3-5 åringar.
Johnson, K., 2019. Sharing Your Message: Every Student Counts! <i>NASN School Nurse.</i> 34(6), s. 340–344.	Inte vetenskaplig artikel, inte relevant för syftet.
Lee, L., Mulvaney-Day, N., Berger, A., Bhaumik, U., Nguyen, H. & Ward, V., 2016. The Patient Passport Program: An Intervention to Improve Patient–Provider Communication for Hospitalized Minority Children and Their Families. <i>Academic Pediatrics.</i> 16(5), s. 460-467.	Fokuset på familjen och inte på den unga vårdtagaren, åldersgruppen på vårdtagarna 0,16-19 år, endast närståendes synpunkt observerades.
O'Reilly, M., Kiyimba, N., & Karim, K., 2016. "This is a question we have to ask everyone": asking young people about self-harm and suicide. <i>Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing.</i> 23(8), s. 479–488.	Åldersgruppen i fokus är barn 6-17 år.

Studie	Anledning till exklusion
Dodd, C., 2017. Are text messaging services the new platform for communication with children and young people? <i>British Journal of School Nursing</i> . 12(1), s. 24–29.	Inte vetenskaplig artikel.
Sharkey, S., Lloyd, C., Tomlinson, R., Thomas, E., Martin, A., Logan, S., & Morris, C., 2016. Communicating with disabled children when inpatients: barriers and facilitators identified by parents and professionals in a qualitative study. <i>Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care And Health Policy</i> . 19(3), s. 738–750.	Åldersgruppen i fokus är barn 5-16 år.
Chandra, A., 2016. Social networking sites and digital identity: The utility of provider-adolescent communication. <i>Brown University Child & Adolescent Behavior Letter</i> . 32(3), s. 1–7.	Inte vetenskaplig artikel.
Zanon, B., Paula, C. & Padoin, S., 2017. Revealing an HIV diagnosis for children and adolescents: subsidy for the practice of care. <i>Revista Gaucha De Enfermagem</i> . 37(spe), e20160040.	Artikeln fokus är både på barn och ungdomar, åldersgruppen finns inte specifikt utsatt.
Ray, K., Ashcraft, L., Mehrotra, A., Miller, E. & Kahn, J., 2017. Family Perspectives on Telemedicine for Pediatric Subspecialty Care.	Fokuset i artikeln resultat är telemedicinens påverkan på vårdprocessen och vårdresultat, samt vilken inverkan designfaktorer och familjekontextfaktorer har på användningen av telemedicin. Fokuset är inte på

Studie	Anledning till exklusion
<p><i>Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association</i>. 23(10), s. 852-862.</p>	<p>kommunikationen mellan vårdpersonal och den unga vårdtagaren, och svarar således inte på syftet.</p>
<p>Brakman, A., Ellsworth, T. & Gold, M., 2016. Having Providers Talk with Adolescents About Condom Use Remains Essential. <i>Contraceptive Technology Update</i>. 37(9), s. 106–107.</p>	<p>Inte vetenskaplig artikel.</p>
<p>Zelazny, S., Chang, J., Burke, J., Hawk, M. & Miller, E., 2019. Adolescent and young adult women’s recommendations for establishing comfort with family planning providers’ communication about and assessment for intimate partner violence. <i>Journal of Communication in Healthcare</i>. 12(1), s. 32–43.</p>	<p>Åldersgruppen 18-29 år.</p>
<p>Kvamme, M., Wang, C., Waage, T. & Risør, M., 2019. Careful expressions of social aspects: How local professionals in high school settings, municipal services, and general practice communicate care to youth presenting persistent bodily complaints. <i>Health & Social Care in the Community</i>. 27(5), s. 1175–1184.</p>	<p>Förutom vårdpersonal intervjuades också socialarbetare, skolrådgivare och lärare.</p>

Studie	Anledning till exklusion
Kiyimba, N. & O'Reilly, M., 2018. Reflecting on what 'you said' as a way of reintroducing difficult topics in child mental health assessments. <i>Child & Adolescent Mental Health</i> . 23(3), s. 148–154.	Åldersgruppen i fokus 6-17 åringar.
Golsäter, M., Norlin, Å., Nilsson, H. & Enskär, K., 2016. School nurses' health dialogues with pupils regarding food habits. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> . 36(3), s. 136–141.	Fokuset ligger på elevernas matvanor och vad som påverkar dessa, fokuset är inte på hälsodialogen mellan skolhälsovårdaren och eleven, och resultatet svarar således inte på syftet.
Jamalimoghadam, N., Yektatalab, S., Momennasab, M., Ebadi, A. & Zare, N., 2019. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. <i>Nursing Ethics</i> . 26(3), s. 728–737.	Resultatet i sin helhet svarar inte på syftet.
Endicott, J. & Clarke, M., 2014. Nurses in Step with the Smartphone Generation. <i>Primary Health Care</i> . 24(8), s. 20–24.	Saknar strukturen av en vetenskaplig artikel, dvs. bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion.
Drennan, V., 2019. Taking about self-harm: improving consultations between nurses and young people. <i>Primary Health Care</i> . 29(2), s. 13.	Inte vetenskaplig artikel.
Forward, C., 2017. Healthy conversations: Are you making every contact count? <i>British Journal of School Nursing</i> . 12(10), s. 486–488.	Inte vetenskaplig artikel.

Studie	Anledning till exklusion
Hoopes, A., Benson, S., Howard, H., Morrison, D., Ko, L. & Shafii, T., 2017. Adolescent Perspectives on Patient-Provider Sexual Health Communication: A Qualitative Study. <i>Journal of Primary Care & Community Health</i> . 8(4), s. 332–337.	Låg kvalitet.
Cousino, M., Rea, K. & Mednick, L., 2017. Understanding the healthcare communication needs of pediatric patients through the My CHATT tool: A pilot study. <i>Journal of Communication in Healthcare</i> . 10(1), s. 16–21.	Låg kvalitet.
Mellblom, A. V., Korsvold, L., Ruud, E., Lie, H. C., Loge, J. H. & Finset, A., 2016. Sequences of talk about emotional concerns in follow-up consultations with adolescent childhood cancer survivors. <i>Patient Education & Counseling</i> . 99(1), s. 77–84.	Låg kvalitet.

Bilaga 3: artikelmatrix

Artikelmatrix; närmare beskrivning av alla inkluderade artiklar. Artiklarna redovisas utan inbördes ordning.

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Riese, A., Frank, A., Frederick, N., Dawson-Hahn, E., Bagley, S. & O'Connor, B., 2016. Adolescent Perspectives on Addressing Youth Violence in the Primary Care Setting. <i>Rhode Island Medical Journal</i> . 99(5), s. 18-21.	Att beskriva ungdomens syn på våld bland ungdomar som ett hälsoproblem, samt att förstå ungdomens perspektiv på hinder och underlättande faktorer till att diskutera våld inom primärvården.	28 stycken 12-24 åringar, alla med erfarenhet av våld.	Fokusgrupp intervjuer, med öppna frågor.	Våldet var en stor del av ungdomarnas liv, med konsekvenser på deras hälsa och beteende. Dock diskuterades sällan om våldet med vårdare inom primärvården. Alla ungdomar litade inte på läkare, pga. en tidigare negativ händelse eller rädsla för att läkaren ska sprida vidare personlig information. En longitudinell relation behövs för att tilltro ska utvecklas. Läkaren tar inte upp ämnet till diskussion, och ungdomarna gör troligtvis inte det heller pga. ämnets personliga natur. En del ungdomar tror inte läkaren kan hjälpa dem mot våldet, eller tycker att våld inte är ett psykiskt hälsoproblem. En stark vårdrelation är viktigt, och läkaren borde ta upp ämnet på ett icke-dömande sätt och låta det ta tid så att ungdomen känner sig bekväm.
Frederick, N., Campbell, K., Kenney,	Att utforska klinikers synpunkt	22 kliniker (läkare, läkar-	Semi-strukturerad	Alla deltagare ansåg att onkologiska kliniker har en speciell roll i att diskutera om sexualhälsa med ungdomarna och de unga vuxna, samt att diskussionerna i nuläget

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
L., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S., 2018. Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. <i>Pediatric Blood & Cancer</i> . 65(8), s. e27087.	på diskussioner kring sexualhälsa med ungdomar och unga vuxna som har cancer eller har överlevt cancer. Att urskilja hinder och underlättande faktorer till dessa diskussioner.	assistenter, sjukskötare) inom onkologi, med minst 20 % av sin arbetstid inom pediatrik/med ungdomar och unga vuxna, från 7 olika institutioner.	intervju, via telefonkontakt eller ansikte mot ansikte.	främst tangerar fertilitet samt säkert sex och preventivmedel, med några få undantag. Hinder för diskussioner om sexualhälsa var enligt deltagarna avsaknad av kunskap och erfarenhet av denna typ av diskussioner och möjliga resurser att erbjuda vårdtagaren, att diskussionerna var ingen prioritet i vården, att familjemedlemmar oftast var närvarande, att klinikern upplever att vårdtagaren är obekvämt med situationen, att klinikern själv är obekvämt med situationen, tidspress vid besök och en svag vårdrelation som orsakar brister i rapporten mellan kliniker och vårdtagare. Deltagarna ansåg att det behövs mer utbildning och stöd till kliniker för att förbättra kommunikationen runt sexualhälsa med ungdomar och unga vuxna.
Brand, S., Fasciano, K. & Mack, J., 2017. Communication	Att utforska hur unga med cancer upplever	16 stycken barn och ungdomar med	Semi-strukturerad	Deltagarna hade olika förväntningar på vad framtiden skulle bringa, och dessa förväntningar tangerade cancerbehandling och sjukdomens påverkan på det dagliga livet, framtida effekter av cancer och behandlingen, samt utfallet på

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
<p>preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. <i>Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer</i>. 25(3), s. 769-774.</p>	<p>kommunikationen runt deras sjukdom, och mer specifikt runt sjukdoms- och behandlingsprognos.</p>	<p>cancer i åldern 8,3-17,8 år.</p>	<p>intervju, med öppna frågor.</p>	<p>sjukdomen och behandlingen. Känslor som associerades med kommunikationen runt cancer och prognosen var bl.a. vanda, sorg, och känslor av chock. Angående informationsväxlingen om ämnet mellan vårdtagare och vårdpersonal, tyckte de flesta deltagarna att de har fått den information som de vill ha, men vissa tog först i ett senare skede upp att de skulle vilja veta mer. Vissa tyckte att det fanns information de inte ville ha, eller berättade att de försökt glömma information de fått. Deltagarna rapporterade att de fått information om prognosen av läkare eller sjukskötare, men därtill av föräldrar och andra källor såsom internet. Många deltagare föredrog att det finns en direkt kommunikation mellan vårdpersonalen och dem, men situationer där de inte först inkluderats i diskussionen kring diagnos upplevdes positivt av vissa och negativt av andra deltagare.</p>
<p>Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C., Weber, H., & Kiss, A., 2016. <i>Improving Communication in Adolescent Cancer</i></p>	<p>Att utforska åsikterna kring kommunikationen inom ungdoms-onkologin, både från tidigare</p>	<p>16 tidigare ungdomar med cancer, 8 föräldrar till ungdomscancer-överlevare,</p>	<p>11 stycken fokusgruppintervjuer, både med en viss deltagargrupp (t.ex.</p>	<p>Inom cancervård av ungdomar finns en ram inom vilken kommunikationen mellan vårdpersonal och vårdtagare sker: ungdomen 'går bakåt i utvecklingen' pga. sin sjukdom, ungdomens uppfattning och kunskap om sin sjukdom, konflikten mellan kognitiv och rättslig mognad, samt det att vården inte är ideal för ungdomen varken inom pediatrik eller vuxen onkologi. Vårdpersonal och vårdtagare och föräldrar tyckte att det finns svårigheter i kommunikationen med den andra parten;</p>

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Care: A Multiperspective Study. <i>Pediatric Blood & Cancer</i> . 63(8), s. 1423–1430.	ungdomar med cancer, föräldrar till dessa patienter, läkare och sjukskötare. Genom detta förbättra kommunikationen.	12 läkare och 18 sjukskötare inom pediatrik onkologi.	sjukskötare), och med mixad grupp (t.ex. sjukskötare och läkare).	vårdpersonalen hade svårt då ungdomen drog sig undan och var likgiltig, då ungdomen prioriterade annorlunda och då det fanns en konflikt i lojalitet till vårdtagare och förälder, och vårdtagare och föräldrar hade svårt då ungdomen behandlades som ett barn, då de inte blev tagna på allvar, och då de fick för mycket information och då väsentlig information utelämnades. Läkare och sjukskötare bör i kommunikationen vara ärliga, empatiska och ha yrkeskompetens, kunna förhandla med vårdtagaren och visa intresse, samt ge tid och bilda en tillitsfull relation. Läkare specifikt bör ta vårdtagaren på allvar, vara lojala och visa respekt, samt kunna hantera vårdens olika distraktioner under ett samtal och kunna kommunicera väl med övrig vårdpersonal. Sjukskötare specifikt bör vara goda medlare mellan läkare och vårdtagare, skapa glädje, kolla upp så vårdtagaren har allt hen behöver, balansera vårdrelationen med tanke på närhet och professionalism, respektera vårdtagarens autonomi, ha goda coping strategier, samt få en god kontakt till vårdtagaren, t.ex. genom att ta vara på lugna tillfällen på avdelningen.

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Ruhe, K., Badarau, D., Brazzola, P., Hengartner, H., Elger, B., & Wangmo, T., 2016. Participation in pediatric oncology: views of child and adolescent patients. <i>Psycho-Oncology</i> . 25(9), s. 1036–1042.	Att utforska vårdtagares synpunkter på deltagande i diskussioner och beslutsfattande rörande sin cancerdiagnos, inom pediatrik onkologi.	17 stycken vårdtagare som fick cancer-behandling vid 8 olika institutioner, i åldern 9-17 år.	Semi-strukturerad intervju.	Hur mycket vårdtagarna deltog i diskussioner kring diagnos och behandling varierade, men alla vårdtagare hade blivit informerade om sin diagnos, antingen förr eller senare. Flertalet vårdtagare var också aktiva deltagare vid diskussionerna. Gällande beslutsfattande varierade graden av deltagande; vårdtagarna rapporterade sig delta i mindre beslut, men vid större beslut rapporterades att beslutet fattades tillsammans med föräldrarna/läkaren. De flesta vårdtagarna ansåg sig nöjda med deras deltagande i sin vård, men vissa deltagare ansåg att informationen de fick inte alltid var förståelig eller att den inte helt beskrev vad som komma skulle. Vissa vårdtagare rapporterade också att det kan vara tungt och stressande att få information och fatta beslut. Vårdtagarna ansåg det viktigt och naturligt att de skulle få direkt information. Olika vårdtagare ville delta i olika grad – vissa var okej med att inte delta i diskussioner, medan andra kände sig förbisedda – men viljan att delta kunde också variera hos en och samma vårdtagare över tid; att ha möjlighet att välja graden av deltagande uppskattades.
van Rensburg, S., Klingensmith, K., McLaughlin, P., Qayyum, Z. & van	Utforska ungdomars åsikter om värdet av att kunna	20 stycken ungdomar som var vårdtagare vid ett	20 semi-strukturerade intervjuer,	Tre teman som innefattar varför kommunikation med mentalvårdspersonal via sociala medier kan vara värdefullt, samt eventuella risker med dessa teman. 1. En möjlighet till konstant tillgänglighet till vårdpersonalen sågs positivt eftersom ungdomarna då kunde få hjälp precis då de behöver den. Dock skulle detta

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Schalkwyk, G., 2016. Patient-provider communication over social media: perspectives of adolescents with psychiatric illness. <i>Health Expectations</i> . 19(1), s. 112–120.	kommunicera med mentalvårdspersonalen via sociala medier, hur denna sorts kommunikation kan ses som värdefull, och vilka bekymmer detta kommunikations-sätt kan väcka.	mentalvårds-sjukhus, i åldern 14-18.	med öppna frågor.	kommunikationssätt kunna orsaka ångest om inte ungdomen direkt får kontakt och respons från vårdaren. 2. Kommunikationssättet kunde göra det lättare för ungdomen att öppna upp sig, eftersom det kändes lättare att diskutera känsliga ämnen här än ansikte mot ansikte. Dock kunde kommunikationssättet, enligt vissa ungdomar, eventuellt leda till mindre givande samtal och till missförstånd. 3. Enligt ungdomarna kunde vårdpersonalen använda sociala medier, inte endast för kommunikation, utan också för att övervaka ungdomarna för att se hur det går, och vid behov ta kontakt. Dock kunde det kännas konstigt att vårdare övervakar via sociala medier, och det finns en risk för missförstånd då man inte vet kontexten till ett inlägg.
Ranney, M., Choo, E., Cunningham, R., Spirito, A., Thorsen, M., Mello, M. & Morrow, K., 2014. Acceptability, Language, and	Att utforska aspekter till en sms-baserad förebyggande intervention hos unga tjejer med riskfaktorer.	20 tjejer i åldern 13-17 år, som kom in till en akutavdelning och hade under det senaste året	20 semi-strukturerade intervjuer.	Det första temat tar upp aspekter angående interventionens genomförbarhet: ungdomarna var positivt inställda till en intervention som denna, de oroade inte sig över att interventionen skulle stigmatisera eller ta för mycket tid, men nog däremot över kostnaderna och eventuella problem med sekretessen. Ungdomarna skulle uppmuntras till att använda interventionen om den rekommenderades av jämnåriga. Det andra temat tar upp aspekter till språkbruket i interventionen: språket bör vara enkelt att förstå, klart och med en positiv underton, och det bör

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Structure of Text Message-Based Behavioral Interventions for High-Risk Adolescent Females: A Qualitative Study. <i>Journal of Adolescent Health</i> . 55(1), s. 33–40.	Aspekterna utforskas gällande interventionens genomförbarhet, språkbruk och struktur.	varit deltagare i våld bland jämnåriga och uppvisade depressiva symptom.		vara framfört i samtalston, dock utan slang och förkortningar. Det tredje temat tar upp aspekter till interventionens struktur: ungdomarna vill ha, förutom vanliga automatiserade meddelanden, också personligt skräddarsydda meddelanden som görs genom dialog, och meddelandena bör vara både förbestämda och 'vid-behov' meddelanden. I likhet med detta bör också vissa meddelanden komma regelbundet enligt ett schema, medan en del meddelanden bör komma vid slumpmässiga tillfällen, och längden på interventionen och mängden meddelanden bör kunna regleras individuellt. Multimedia ansågs vara till hjälp, men är inte en nödvändighet.
Córdova, D., Lua, F. M., Ovadje, L., Fessler, K., Bauermeister, J., Salas-Wright, C. & Vaughn, M., 2018. Adolescent Experiences of Clinician-Patient HIV/STI	Att utforska vilka erfarenheter ungdomar har av kommunikationen om könssjukdomar och HIV mellan klinikern och vårdtagaren, inom	29 stycken ungdomar som var vårdtagare vid en primärvårds-klinik, i åldern 13-18 år.	9 fokusgrupp intervjuer och 4 individuella intervjuer. Öppna frågor användes.	1. Ungdomarna kunde uppleva sig som dömda av vårdpersonalen, speciellt vid diskussioner om testresultatet av könssjukdomar, och känslan av att bli dömd påverkade deras vilja till att säga sanningen kring riskfyllt beteende. Vårdpersonalen uppfattades också som obekväma att prata om risk för könssjukdomar, vilket enligt ungdomarna var en anledning till att vårdpersonal inte påbörjade dessa diskussioner. Också ungdomarna kunde känna sig obekväma med diskussionerna, och de framförde att vårdpersonalen kan behöva träning för att bli mer bekväma. 2. Sekretess och tystnadsplikt är centralt för att kommunikationen mellan vårdtagare och vårdpersonal ska fungera, och

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
Communication in Primary Care. <i>Health Communication</i> . 33(9), s. 1177–1183.	ungdomsinriktad primärvård.			ungdomarna berättar inte alltid om sina riskbeteenden, och kan senare också ångra detta. 3. Ungdomarna medgav att vårdpersonalen var professionella och hade utbildning för att ta upp om hälsa och könssjukdomar, och detta i kombination med att ungdomarna gärna pratar om detta ämne med någon de inte känner, gör att vårdpersonal passar bra till att ta upp om ämnet. Personalism är viktigt för att ungdomarna ska involvera sig i kommunikationen kring könssjukdomar, och här bör vårdpersonalen vara öppna och förstående. Ungdomarna vill därtill att vårdpersonalen ska inleda samtalet om könssjukdomar, och detta kan understöda att ungdomen berättar om sina riskbeteenden.
Peterson, E., Fisher, C. & Zhao, X., 2018. Pediatric primary healthcare providers' preferences and perceived barriers to discussing electronic cigarettes with	Att identifiera vilka ämnen – inom ämnet e-cigarett – vårdarna tycker det är viktigt att ta upp under ett besök, och vilka kommunikationsstrategier de	25 stycken vårdare inom förebyggande hälsovården för ungdomar. Yrkesgrupperna läkare, familjeläkare,	25 semi-strukturerade intervjuer, 20 via Skype eller telefon, och 5 ansikte mot ansikte.	1. Ämnen som ansågs viktiga att ta upp till diskussion kring e-cigarett: riskerna med e-cigarett, e-cigarett och rökningen som en inkörsport till tobaksrökning och narkotikabruk, samt den icke-existerande regleringen av e-cigaretters innehåll, bruk och marknadsföring. 2. I diskussionerna med ungdomarna om e-cigarett kunde vårdarna använda sig av följande strategier. För det första kan man framhålla osäkerheten kring e-cigarett, t.ex. att man inom medicin inte ännu vet hälsoeffekterna, och jämföra denna kunskapsutveckling med den för tobaksrökning där det tog länge innan man kom fram till de stora negativa hälsoeffekterna; men här är det viktigt att vara ärlig och transparent med

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
adolescent patients. <i>Journal of Communication in Healthcare</i> . 11(4), s. 245–251.	använder under dessa samtal, samt att utforska vilka hinder vårdarna upplever till rådgivningen om e-cigaretter.	sjukskötare och läkar-assistent representerade s. Vårdarna var från olika enheter och områden i USA.		osäkerheten. För det andra kan man använda sig av motiverande samtal som samtalsmetod. För det tredje kan man tillhandahålla andra resurser, t.ex. pålitliga hemsidor eller broschyrer, där ungdomen på egen hand kan hitta pålitlig information om e-cigaretter. 3. Hinder för diskussioner kring e-cigaretter är medicinsk okunskap om ämnet – vårdarna skulle känna sig mer bekväma att ta upp ämnet till diskussion om de visste mer om ämnet – att man inte vet varför ungdomarna röker e-cigaretter och ovana med ungdomarnas vokabulär, samt otillräckliga verktyg för screening och för lite tid under besöket.
Golsäter, M., Fast, A., Bergman-Lind, S. & Enskar, K., 2015. School nurses' health dialogues with pupils about physical activity. <i>British Journal of</i>	Att utforska de hälsosamtal gällande fysisk aktivitet, som skolhälsovårdaren har med eleven vid en hälsokontroll.	15 skolhälsovårdare (endast kvinnor) och 24 elever i ålder 10, 14 och 16 år (8 elever per åldersgrupp,	24 icke-deltagande observationer; videofilmningar från 'naturliga' besök vid hälsovården,	1. Möjliggöra att hälsosamtalen om fysisk aktivitet framskrider. Hit hör att skolhälsovårdaren uppmuntrar eleven att prata, samt att skolhälsovårdaren upprepar det eleven sagt och genom detta bekräftar att hon lyssnar aktivt. Hit hör därtill att skolhälsovårdaren understöder elevens deltagande, samt att hon leder eleven genom dialogen. 2. Skapa en relation genom att få elevens förtroende. Hit hör att skolhälsovårdaren ger positiv feedback och betonar det som redan är bra i elevens hälsobeteende, samt att skolhälsovårdaren använder sig av småpratande för att visa äkta intresse, och känslomässig samhörighet genom att identifiera sig i elevens känslor. 3. Att samla information om fysiska aktiviteten och kartlägga

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
<i>School Nursing</i> . 10(7), s. 330–336.		lika fördelning mellan pojkar och flickor).	endast ljudfilerna användes i analysen.	elevens vanor. Här hjälpte skolhälsovårdaren eleven att minnas och använde sig av både öppna och slutna frågor, där de öppna frågorna ledde till längre och utförligare svar av eleven; frågor som reflekterade vårdarens åsikter kunde påverka elevens svar. Förutom detta använde skolhälsovårdaren också sig av sammanfattningar som hon framförde till eleven för bekräftelse, samt av instruktioner och förklaringar. 4. Skapa möjlighet till förändring i fysiska aktiviteten, genom att skapa medvetenhet om ohälsosamma vanor och motivera till förändring. Hit hör att skolhälsovårdaren kom med information – både negativa aspekter om stillasittande och positiva aspekter om fysisk aktivitet – samt att hon skapade medvetenhet om de negativa följderna av en stillasittande livsstil. Hit hör också att skolhälsovårdaren ökade elevens självförtroende för att klara av en förändring, samt att hon formulerade träningsplaner baserat på vad som diskuterats.
Laholt, H., Guillemin, M., Mcleod, K., Olsen, R. E. & Lorem, G. F., 2017. Visual methods in health dialogues: A	Att utforska hur dynamiken i hälsodialogen mellan skolhälsovårdare och	31 kvinnliga skolhälsovårdare från norra Norge, med	5 fokusgruppintervjuer, med semi-strukturerade frågor samt	1. Skolhälsovården som ett relationsbaserat och flexibelt arbete. Skolhälsovårdarens arbete utförs på olika sätt och i olika kontext. Dialogen och relationen med eleven framkom som en central del av arbetet. 2. En aktiv användning av visualisering för att stärka relationer när orden inte räcker till. Skolhälsovårdarna använde flertalet olika visuella metoder i hälsodialogen, och

Studie	Syfte	Urval	Data-insamlingsmetod	Resultat
<p>qualitative study of public health nurse practice in schools. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. 73(12), s. 3070–3078.</p>	<p>elev påverkas av visuella metoder, från skolhälsovårdarens perspektiv. Frågeställning: hur ser skolkolhälsovårdaren på sin roll i samtalet med den unga, och hur fungerar visuella metoder här?</p>	<p>yrkeserfarenhet mellan 0,4-34 år.</p>	<p>ett visuellt element där hälsovårdarna fick rita sig själva som skolkolhälsovårdare</p>	<p>de visuella metoderna kunde hjälpa till att skapa en ömsesidig förståelse mellan vårdaren och eleven, samt understöda hälsopromotionen och elevens egenmakt till att ta hand om sin egen hälsa. Teckningar kunde understöda relationen och hjälpa vårdaren att ta upp känsliga ämnen. 3. Visualisering användes för att hjälpa elever uttrycka sina upplevelser och känslor. Vårdaren kunde använda sig av t.ex. bilder, videoklipp, fysiska saker såsom en sten, bilder utklippta från tidningar och dockor. Dagens ungdom använder ofta visuell teknologi för att dokumentera sitt dagliga liv, och detta kunde också användas i hälsodialogen i och med att eleven visade bilder eller filmer med t.ex. sexuellt innehåll eller svåra hemförhållanden. Här kunde visualiseringen hjälpa till att starta viktiga samtal om känsliga ämnen – samtal som annars kanske inte skulle ha ägt rum pga. elevens svårighet att sätta ord på sina upplevelser eller känslor.</p>

Bilaga 4: översikt över resultatet

Översikt över kategorier och subkategorier, med ett tillhörande exempelcitat.

Kategori	Subkategorier	Exempelcitat
Centralt i kommunikationen med ungdomen	Vårdrelationen	<i>“participants emphasized the value of a strong patient-doctor relationship” (Riese et al., 2016)</i>
	Den professionella vårdaren med rum för utveckling	<i>“Participants expressed more of a willingness to engage in HIV/STI communication with someone who they are not personally connected to, but especially clinicians, because clinicians are professionally trained.” (Córdova et al., 2018)</i>
	Direkt kommunikation och vårdarens roll att ta till tals	<i>“many of the participants referenced the importance of direct communication between them and their physician.” (Brand & Fasciano & Mack, 2017)</i>
	Respektera ungdomen och uppmuntra vårdtagarens egna resurser	<i>“Doctors should take adolescents seriously, treat them respectfully” (Essig & Steiner & Kuehni & Weber & Kiss, 2016)</i>
	Förtroende och tystnadsplikt	<i>“Confidentiality is essential to foster clinician-adolescent communication” (Córdova et al., 2018)</i>
	Ge omsorg, intresse och tid	<i>“adolescents also observed that clinicians could improve clinician-adolescent HIV/STI communication by getting to know adolescents better.” (Córdova et al., 2018)</i>
	Ärlighet och transparens	<i>“Providers highlighted the need for transparency in clinical consultations, as patients are likely to corroborate the medical information they receive.” (Peterson & Fisher & Zhao, 2018)</i>

	Öppenhet och förståelse	<i>"a physician could approach the subject in a non-judgmental way" (Riese et al., 2016)</i>
--	-------------------------	--

Kategori	Subkategorier	Exempelcitrat
Information, beslut och delaktighet som en aspekt i kommunikationen	Vilja till information varierar och informationens egenskaper påverkar	<i>"One participant noted a change in attitude regarding a desire for information /.../ although many participants reported feeling that they had the information they wanted, during the interviews, some later brought up a desire for additional information" (Brand & Fasciano & Mack, 2017)</i>
	Informationskällan	<i>"providers found success with giving patients specific external resources to complement in-person counseling /.../. Providers used this strategy to direct patients to reliable websites and resources to inform their personal searches." (Peterson & Fisher & Zhao, 2018)</i>
	Att ge information i hälsosamtalet	<i>"The school nurse provided information about the health risks of sedentary lifestyle in order to motivate the pupil to change his/her lifestyle." (Golsäter & Fast & Bergman-Lind & Enskar, 2015)</i>
	Ungdomens ställning och beslutets tyngd påverkar beslutsfattande	<i>"Decision making for adolescents is less clear-cut. The legal age is 18, but some adolescents have an adult capacity for judgment." (Essig & Steiner & Kuehni & Weber & Kiss, 2016)</i>
	Variation i delaktighet och vilja till delaktighet	<i>"Participants reported preferring different levels of involvement. While some emphasized their wish to be always involved, others were fine with lesser participation." (Ruhe et al., 2016)</i>

Kategori	Subkategorier	Exempelcitrat
Visualisering som verktyg i kommunikationen	Som hjälp i ett arbete som bygger på relation	<i>"PHNs used visualization to establish relations and enhance mutual understanding." (Laholt & Guillemin & McLeod & Olsen & Lorem, 2017)</i>
	Som hjälp vid känsliga ämnen och till formulering	<i>"The use of visual methods enabled the PHNs to have important discussions about sensitive topics with pupils that might otherwise have been difficult for the pupils to verbalize." (Laholt & Guillemin & McLeod & Olsen & Lorem, 2017)</i>

Kategori	Subkategorier	Exempelcitrat
Kommunikation via sociala medier och sms	Effektivering av vården	<i>"Another advantage of being monitored would be that this would give providers a sense of how things had been going that could reduce the need for the patient to explain things during therapy" (van Rensburg & Klingensmith & McLaughlin & Qayyum & van Schalkwyk, 2016)</i>
	Lättare att ta kontakt och öppna upp	<i>"Participants described a sense in which it could be easier to open up to providers about their lives over social media" (van Rensburg & Klingensmith & McLaughlin & Qayyum & van Schalkwyk, 2016)</i>
	Sämlre kvalitet på vårdrelationen	<i>"in the case of therapy, communication over social media could be a less rich experience and potentially lead to misunderstandings" (van Rensburg & Klingensmith & McLaughlin & Qayyum & van Schalkwyk, 2016)</i>

	Kommunikationen måste vara individuellt anpassad	<i>"The message may be automated but must be individually tailored with some two-way communication." (Ranney et al., 2014)</i>
	Användning av positivt, vänligt och informellt språk	<i>"Interventions should use simple, conceptually straight forward, positive messages." (Ranney et al., 2014)</i>

Kategori	Subkategorier	Exempelcitrat
Utmaningar i kommunikationen	Obekvämheter	<i>"Participants described the reciprocal nature of both youth and clinicians 'holding back' with respect to HIV/STI communication as a result of feelings of discomfort." (Córdova et al., 2018)</i>
	En dömande vårdare och åsikters reflektion i kommunikationen	<i>"Adolescents reflected on the ways in which they experienced perceived judgment from clinicians and how this creates reluctance to disclose HIV/STI risk behaviors." (Córdova et al., 2018)</i>
	Språket	<i>"I think it's always easier to bring up something using their language, and I don't know their language at all on this subject /.../ So just [not] knowing how kids talk about it is a huge barrier." (Peterson & Fisher & Zhao, 2018)</i>
	Resursbrist	<i>"Time was a barrier for providers, as they typically were allotted 15-20 min with each patient to complete all portions of the appointment" (Peterson & Fisher & Zhao, 2018)</i>

	Vårdtagaren saknar tillit för sekretess och kompetens	<i>“Adolescents were particularly concerned about disclosing HIV/STI risk behaviors to their clinicians because clinicians could, in turn, inform the adolescents’ parents.” (Córdova et al., 2018)</i>
	Ungdomen med annorlunda motiv, prioriteringar och reaktioner	<i>“Doctors and nurses found it hard to communicate with adolescents who reacted to their predicament by withdrawing and showing indifference” (Essig & Steiner & Kuehni & Weber & Kiss, 2016)</i>
	Närstående	<i>“SRH discussions with AYAs can be challenging in the presence of parents and family members, who often accompany patients to visits.” (Frederick et al., 2018)</i>

Att kommunicera med ungdomar inom vården

- kunskap och reflektion genom ett informationsblad

Malin Österberg

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2021

UTVECKLINGSARBETE

Författare: Malin Österberg

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Att kommunicera med ungdomar inom vården – kunskap och reflektion genom ett informationsblad.

Datum 1.5.2021

Sidantal 9

Bilagor 3

Sammanfattning

Med syftet att sprida kunskap och starta en reflektionsprocess kring ämnet kommunikation med ungdomar inom vården, utformas en produkt i form av ett informationsblad riktat till vårdare som nu eller i framtiden kommer möta på ungdomar i sitt vårdarbete. Målsättningen med utvecklingsarbetet är att i det långa loppet understöda ett gott bemötande av ungdomar inom vården.

Innehållet i informationsbladet baserar sig på resultatet från litteraturstudien i examensarbetet av Österberg (2020), samt en kompletterande artikelsökning som utförs enligt samma datainsamlingsmetod som i litteraturstudien, med endast mindre undantag i urvalskriterierna. Den grafiska utformningen av informationsbladet baseras på en bok av Lars Melin (2011). Arbetet resulterar i ett informationsblad som kommer distribueras till målgruppen genom skribentens kontakt till hälso- och sjukvården och Yrkeshögskolan Novia.

Språk: Svenska

Nyckelord: kommunikation, ungdom, vårdrelation, informationsblad

DEVELOPMENT PROJECT

Author: Malin Österberg

Degree Programme: Public Health Nursing, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: To communicate with youth in healthcare – knowledge and reflection through a fact sheet.

Date 1.5.2021

Number of pages 9

Appendices 3

Summary

With the purpose of propagating knowledge and starting a reflectional process on the subject communication with youth in healthcare, a product in form of a fact sheet is made. The target audience of the fact sheet is healthcare personnel and students, who currently, or in the future will, meet youth in their occupation in healthcare. The goal in the long run is to promote good encounters between youth and healthcare personnel, through this development project.

The contents of the fact sheet are based on the results of the literature review in the bachelor's thesis made by Österberg (2020), and a complementary data collection, which is done with the same method of data collection as in the literature review, with a small exception in the selection criteria. The graphic presentation of the fact sheet is based on a book by Lars Melin (2011). The project results in a fact sheet that will be distributed to the target audience through the author's contact to healthcare and Novia University of Applied Sciences.

Language: Swedish

Key words: communication, adolescence, nurse-patient relations,

fact sheet

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte	2
3	Kompletterande artikelsökning.....	3
4	Processbeskrivning	4
4.1	Innehåll och textformulering.....	4
4.2	Layout och praktiskt utförande	5
5	Diskussion och avslutning	7
6	Källförteckning.....	9
	Bilaga 1: sökvägar för kompletterande artikelsökning.....	10
	Bilaga 2: exkluderade artiklar i artikelsökningen.....	13
	Bilaga 3: informationsbladet	14

1 Inledning

Detta utvecklingsarbete bygger vidare på skribentens examensarbete *Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext – en litteraturstudie*, vars syfte var att ”få en förståelse för kommunikationen inom kontexten unga inom hälso- och sjukvård, genom att se vad tidigare forskning säger om detta” (Österberg, 2020, s. 25). Med detta syfte utfördes en litteraturstudie där resultatet svarade på frågeställningarna hur kommunikationen mellan ungdom och vårdare beskrivs, samt vilka utmaningar som kan finnas i denna kommunikation. Målsättningen med utvecklingsarbetet är att sprida vidare den kunskap som erhöles i litteraturstudien, samt att få vårdpersonal och studerande inom vården att börja reflektera över hur de kommunicerar med ungdomar inom vården.

För att sprida kunskap och väcka till reflektion kommer ett informationsblad att skapas och spridas till målgruppen. Genom att sprida kunskap och väcka till reflektion vill skribenten i förlängningen förbättra kommunikationen med och bemötandet av ungdomar inom vården. Valet av ett informationsblad som sätt att sprida kunskapen kan motiveras av att ett informationsblad kan innehålla mycket information på en liten yta, och att kunskapen kan visualiseras och vara lätt att ta till sig för läsaren. Enligt Melin (2011, s. 38) ökar effektiviteten i en text som också har en väl genomtänkt grafisk utformning och bilder – t.ex. kan läsarens uppskattning för texten öka och läsaren minns bättre vad hen läst. Informationsbladet kommer att kunna ges ut till vårdpersonal som arbetar med ungdomar, och kommer också att kunna användas inom undervisningen av vårdstuderande som kan tänkas vara i kontakt med ungdomar i sitt framtida arbete. Detta innebär att informationsbladet främst riktar sig till hälsovårdare och hälsovårdarstuderande, men också till sjukskötare och läkare, samt studerande till dessa yrken, som kan tänkas arbeta med ungdomar inom hälso- och sjukvården.

För att bättre förstå utvecklingsarbetet rekommenderas att bekanta sig med den teoretiska bakgrunden och referensramen, samt litteraturstudiens resultat i *Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext – en litteraturstudie* (Österberg, 2020, s. 3-24 och 33-40).

2 Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att sprida kunskap och starta en reflektionsprocess kring ämnet kommunikation med ungdomen inom vården. För att uppnå syftet kommer ett informationsblad att skapas, riktat till yrkesverksamma och studerande inom hälso- och sjukvården, vilka kan tänkas möta unga i vårdarbetet. Innehållet i informationsbladet kommer baseras på det som framkom i litteraturstudien av Österberg (2020), samt en artikelsökning som kompletterar litteraturstudiens resultat med den eventuella forskning inom ämnet som uppkommit sedan litteraturstudiens datainsamling utfördes.

3 Kompletterande artikelsökning

Forskning är färskvara, och för att innehållet i informationsbladet ska hållas aktuellt görs en kompletterande artikelsökning, vars resultat kan komma att påverka informationsbladets slutliga innehåll. Artikelsökningen kommer till största del att utföras i enlighet med de urvals- och datainsamlingsmetoder som användes i litteraturstudien i Österberg (2020, s. 27-30). Artikelsökningen i litteraturstudien genomfördes 15-18.12.2019, och således är artiklar som nu är av intresse publicerade 19.12.2020 och framåt – urvalskriterierna är desamma med undantaget av publikationsdatum för artiklarna. Liksom i litteraturstudien kommer artiklarna att sökas i databaserna MEDLINE och CINAHL, och i form av en ämnesordssökning.

I utförandet av artikelsökningen används samma ämnesord i samma kombinationer som i litteraturstudien, vilka kan ses i *Bilaga 1: sökvägar* i Österberg (2020, s. i-iii). Den nya artikelsökningen genomförs 14.10.2020 och detaljerna kring artikelsökningen kan ses i tabellen i Bilaga 1. Avgränsningarna som används vid artikelsökningen är desamma som i litteraturstudien, med undantag av när artiklarna publicerats, som här är december 2019 till oktober 2020. Artikelsökningen genererar totalt 111 sökträffar, varav samtligas titlar läses genom. Här görs ett första urval baserat på titeln, varefter abstraktet läses. Antalet relevanta artiklar baserat på abstraktet är 4 till antalet, och i detta skede exkluderas artiklar bl.a. på grund av att de har fel åldersgrupp, inte är vetenskapliga artiklar och/eller väldigt tydligt inte är kvalitativa studier.

De 4 artiklarna söks fram i fulltext – samtliga fjärrlånas – och läses genom med tanke på inklusions- och exklusionskriterierna. Samtliga artiklar exkluderas; dessa studier och anledningen till exklusionen redovisas för i tabellen i Bilaga 2. Således resulterar den kompletterande artikelsökningen i noll relevanta artiklar, vilket betyder att den inte kommer påverka innehållet i informationsbladet.

4 Processbeskrivning

I planeringen och skapandet av informationsbladet används Lars Melins bok om text, bild och grafisk utformning som grund. Vid planeringen av informationsbladet är det fördelaktigt att till att börja med fundera genom vad det är man vill få fram och varför man vill få fram detta till läsaren. Detta på grund av att syftet bakom påverkar hur man sätter ihop texten och bilderna. Vidare är det också bra att tänka genom vem ens målgrupp är och vad denna målgrupp kan ha för förväntningar och tidigare kunskaper om ämnet, samt graden av formalitet på texten. (Melin, 2011, s. 12-17).

Syftet är att informera och väcka till reflektion, och i det långa loppet att ha en positiv inverkan på hur ungdomar bemöts inom vården och hur kommunikationen mellan vårdaren och ungdomen är. Målgruppen för informationsbladet är, liksom nämnt i kapitel 2, yrkesverksamma som möter ungdomar i sitt vårdarbete, samt studerande som kan tänkas möta ungdomar i sitt framtida vårdarbete. Ett eventuellt problem är här att dessa två målgrupper inte kan förväntas ha samma förkunskaper: yrkesverksamma kan genom sitt arbete ha samlat på sig många viktiga erfarenheter och kunskaper, medan en studerande inte kan förväntas ha samma erfarenhetsbas. Å andra sidan kan ändå den reflektionsväckande aspekten av informationsbladet tänkas vara till nytta för också yrkesverksamma, eftersom man som vårdare kontinuerligt behöver utveckla sina kunskaper och färdigheter. Att utvecklas som professionell är också en del av den goda kommunikationen med ungdomar inom vården (Österberg, 2020, s. 33-34).

4.1 Innehåll och textformulering

För att göra informationsbladet mer lättläst kommer det viktigaste innehållet att lyftas fram och innehållet anpassas enligt vad som kan tänkas vara mest användbart för läsaren (Melin, 2011, s. 121-122). Att uttrycka sig i formen av ett informationsblad innebär en begränsad yta – också därför är det viktigt att prioritera och lyfta fram endast det viktigaste. För att kunna prioritera det viktigaste har litteraturstudiens resultat lästs genom flera gånger, samt de sammanfattningar som gjorts i resultatdiskussionen i Österberg (2020, s. 33-43). Därefter har resultatet sammanfattats i punktform, och grupperats enligt hur det kan tänkas vara enklast för läsaren att följa med i resonemangen trots det begränsade textutrymmet, där man

inte kan sväva ut i omfattande brödtext. Under sammanfattningen av resultatet har också möjliga reflektionsfrågor funderats ut samtidigt.

Också med tanke på att läsbarheten i informationsbladet ska bibehållas, ska endast det viktigaste innehållet tas med och en prioritering göras. Texten ska alltså inte bli för kompakt i informationsbladet, utan för att göra texten lättläst ska det finnas tillräckligt med luft, t.ex. i form av tillräckliga radavstånd, passande typsnitt och storlek på bokstäverna, samt tillräckliga marginaler mellan textavsnitt. Annat som kommer göras, för att göra texten mer lättläst, är att se till så kontrasten mellan text och bakgrund är tillräcklig, samt att göra informationsbladets utformning välstrukturerad. (Melin, 2011, s. 42-43, 157 och 165).

Texten i informationsbladet kommer vara informerande, men också lätt persuasiv, eftersom syftet med informationsbladet är dels att sprida kunskap, dels att få en inverkan hos läsaren och starta en reflektionsprocess. I en informerande text är fokuset på ämnet, och texten berättar hur något är. Meningarna i en informerande text byggs upp av påståenden, och verben som används är i presensform. I den persuasiva texten finns direkta eller indirekta uppmaningar. Av de retoriska medel som kan användas i en persuasiv text, kommer främst läsarakivering att användas genom att tilltala och ställa frågor till läsaren, och genom uppmaningar. (Melin, 2011, s. 100-106, 108-118, 147 och 149).

På skalan mellan informell och formell text, kommer texten i informationsbladet ligga neutralt; texten ska vara rätt så opersonligt formulerad, dock så att skribenten kan ställa direkta frågor till läsarna, och språket ska vara lätt att förstå utan att textens trovärdighet minskar. Gällande hur strukturerad texten och utformningen kommer vara, kommer den i informationsbladet mer lita åt det hos informativa texter, dvs. struktureringen kommer i så stor grad som möjligt att vara tydlig för att det ska vara lättare för läsaren att ta sig genom texten. (ibid.)

4.2 Layout och praktiskt utförande

Under processens gång har både informationsbladets innehåll och layout fått vara med i tanken, sida vid sida; ”Idealet är att tänka multimedialt” (Melin, 2011, s. 146). Också i sammanfattningen av vilket innehåll som ska med i informationsbladet, och grupperingen

av innehållet har möjlig grafisk utformning funnits med i tanken. I utformningen av informationsbladet är det igen bra att gå tillbaka till vad som är syftet och vem som är målgruppen: hur ska alltså innehållet framföras och vilka förväntningar kan målgruppen tänkas ha på utformningen?

Vidare behöver man reflektera över användningen av bilder. ”Bilderna är precis som språk. De informerar oss, övertygar oss och väcker känslor” (Melin, 2011, s.77). Bilder har i allmänhet en större förmåga än språket att väcka olika känslor hos läsaren. Också bildanvändningen påverkas av målet och vilken stil man vill uppnå, t.ex. graden av formalitet på texten. Texten i informationsbladet kommer vara informerande, men också lätt persuasiv, vilket innebär att bilderna i texten kan gå från att vara neutrala till rätt så känslöväckande. Formaliteten i informationsbladet kommer ligga rätt neutralt, vilket ger utrymme för vissa friheter gällande bilderna, dock bör bilderna vara motiverade av innehållet. I informationsbladet kommer stiliserade bilder att användas. Bilderna kommer främst att vara dekorativa. (Melin, 2011, s. 89, 148, 150, 160 och 162).

I den praktiska utformningen av informationsbladet används gratisprogrammet Canva. Informationsbladet utformas i formatet A4, med fram- och baksida. Detta för att informationsbladet ska vara enkelt att kopiera upp från en fil. I utformningen av text och bild har textens innehåll fått ge vägledning. Olika färger, bakgrunder, bilder, typsnitt och storlekar har provats på, och slutligen resulterat i det färdiga informationsbladet. De olika typsnitten på första sidan av informationsbladet symboliserar de olika tankarna hur ungdomen vill att vårdaren ska kommunicera och bemöta denne. På andra sidan skiljs reflektionsfrågorna åt från övrig text genom att sätta frågorna i kursiv stil. För att öka tydligheten och för att leda läsaren genom informationsbladet används färger, pilar och avgränsade rutor och cirklar, samt mellanrum. Det färdigställda informationsbladet kan ses i Bilaga 3.

5 Diskussion och avslutning

Till följande görs en kritisk granskning av metoden och processen i utvecklingsarbetet, samt av den slutliga produkten, dvs. informationsbladet. Till att börja med motiveras valet av metod, i detta fall en kompletterande artikelsökning till litteraturstudien i Österberg (2020), bl.a. av den begränsade tidsresursen reserverad för utvecklingsarbetet. Det hade varit intressant att vidare undersöka ämnet kommunikation med ungdomar inom vården, och detta genom andra metoder, exempelvis fokusgrupp intervjuer av själva ungdomarna för att få deras perspektiv på ämnet och för att få ett lokalt perspektiv på ämnet. En annan möjlighet hade varit att fördjupa ämnet i någon viss vårdkontext, t.ex. kommunikationen med ungdomen inom mentalvården, eller samtal med ungdomen om levnadsvanor och övervikt.

Vidare kan valet av produkt motiveras av att ett informationsblad lättare når fler: det är lättläst och kan eventuellt locka fler till att bekanta sig med det, och det är lätt att distribuera. Syftet med utvecklingsarbetet är liksom tidigare nämnt, att sprida kunskap och starta en reflektionsprocess kring ämnet kommunikation med ungdomen inom vården. Detta syfte hade eventuellt kunnat uppnås bättre genom att välja en annan form av produkt, eftersom informationsbladets begränsningar lett till att ämnet tagits upp rätt ytligt. T.ex. hade en artikel eller ett reflektionsunderlag, eller någon annan produkt med mer utrymme för brödtext, kunnat erbjuda större möjligheter till djupare kunskap och reflektion. I valet av form av produkt vägde dock fördelarna i form av lättlästhet och lätthet till distribution, över nackdelarna i form av begränsat djup i texten.

Processen i utvecklingsarbetet har haft en vetenskaplig grund, men också gett utrymme för kreativitet och idéer. För att fördjupa kunskaperna i grafisk utformning har en bok av Lars Melin (2011) använts som grund; en fördjupning i detta ämne före och under utformningen av informationsbladet är motiverat av att detta ämne ligger utanför skribentens utbildningsområde. Också tillförlitligheten i utvecklingsarbetets process ökar av att det använts en bok med vetenskaplig grund till bas för utformningen av produkten.

Produktens användbarhet ökar av att informationsbladets format gör det lätt att distribuera: eftersom formatet är en A4 är informationsbladet enkelt att kopiera upp i många exemplar, och man är inte begränsad av att ett visst antal kopior av informationsbladet behöver beställas. Användningen av informationsbladet kan dessutom anpassas enligt behovet genom att informationsbladet kommer finnas som utprintade kopior, men också i digital form i en fil. Användbarheten av informationen i produkten för alla olika läsare i målgruppen

kan ifrågasättas, pga. att innehållet är lite ytligt på grund av den begränsade textytan. I utformningsprocessen har endast det viktigaste innehållet tagits med, och användbarhet och relevans för läsaren har genomgående funnits med i tankarna. Dock hade möjligen andelen reflektionsfrågor kunnat ökas, för att bättre svara på andra delen av syftet med utvecklingsarbetet, dvs. att starta en reflektionsprocess, samt för att öka relevansen av informationsbladet för yrkesverksam vårdpersonal som kan tänkas ha samlat på sig erfarenhetsmässig kunskap i ämnet.

Vidare har produktens tydlighet ökat genom struktureringen i informationsbladet, och genom att i den grafiska utformningen använda olika färger, former och pilar, samt punktuppställning. Läsbarheten i informationsbladet har därtill ökat bl.a. genom att det hållits tillräckligt med luft mellan textavsnitt, och tillräckligt radavstånd. Användningen av bilder har varit sparsam för att ge tillräckligt med utrymme för texten i informationsbladet. För att öka tydligheten hade informationsbladets huvudrubrik kunnat få mer plats och en mer synlig plats än i kanten på första sidan. Också ett följebrev till informationsbladet, där t.ex. en uppmaning om att fördjupa informationen genom att läsa resultatet från litteraturstudien i Österberg (2020) hade kunnat förmedlas, hade kunnat öka produktens tydlighet.

Avslutningsvis har det utformats ett informationsblad innehållande grundläggande kunskap om kommunikationen med ungdomen inom vården. Informationsbladet kommer att distribueras till vårdstuderande genom lärare inom vårdutbildning vid Yrkeshögskolan Novia, samt till yrkesverksamma vårdare via skribentens kontakt till hälso- och sjukvården. Genom utvecklingsarbetet sprids det kunskap och väcks till reflektion kring kommunikationen mellan vårdare och ungdom, med hopp om att detta kan understöda ett gott bemötande av ungdomarna inom vården, samt hälsa och välmående som följer med in i ungdomarnas framtid.

6 Källförteckning

Melin, L., 2011. *Texten med extra allt – Om text, bild och grafisk form – i samverkan*. Stockholm: Liber.

Österberg, M., 2020. *Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext – en litteraturstudie*. Vasa: Examensarbete för hälsovårdarexamen (YH). Yrkehögskolan Novia, Enheten för social- och hälsovård.

Bilaga 1: sökvägar för kompletterande artikelsökning

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
CINAHL	Adolescence AND nurse-patient relations NOT adult	8	1
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND nurse-patient relations	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND communication	1	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND communication barriers	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND conversation	0	0
CINAHL	Adolescent, hospitalized AND nonverbal communication	0	0
CINAHL	Nursing staff, hospital AND adolescence AND communication	3	0
CINAHL	Adolescence AND school health nursing AND communication	2	0
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND communication barriers	0	0
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND conversation	0	0
CINAHL	Adolescence AND nursing staff, hospital AND nonverbal communication	0	0
MEDLINE	Adolescent AND nurse-patient relations	0	0

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
MEDLINE	Pediatrics AND nurse-patient relations	0	0
MEDLINE	Adolescent AND communication NOT adult NOT parent-child relations	27	1
MEDLINE	Pediatrics AND communication AND adolescent	2	0
MEDLINE	Adolescent AND communication barriers	3	0
MEDLINE	Pediatrics AND communication barriers	0	0
MEDLINE	Adolescent AND Nonverbal communication	2	0
MEDLINE	Pediatrics AND nonverbal communication	0	0
CINAHL	School health nursing AND communication	11	0
CINAHL	School health nursing AND nurse-patient relations	0	0
CINAHL	Communication (Exact Major Subject Heading*) AND adolescence NOT adult NOT middle aged NOT parent-child relations NOT child NOT child, preschool NOT infant	28	1
CINAHL	Adolescence AND communication barriers NOT adult NOT child, preschool	4	0
CINAHL	School health nursing AND communication barriers	0	0
CINAHL	Adolescence AND conversation NOT adult NOT parent-child relations	15	1
CINAHL	School health nursing AND conversation	0	0

Databas	Söksträng (Exact Subject Heading)	Träffar totalt	Urvalda
CINAHL	Adolescence AND nonverbal communication NOT adult NOT child, preschool	5	0
CINAHL	School health nursing AND nonverbal communication	0	0

*Specifikt denna sökning gjordes med 'Exact Major Subject Heading', medan resterande gjordes med 'Exact Subject Heading'.

Bilaga 2: exkluderade artiklar i artikelsökningen

Studie	Anledning till exklusion
<p>Santos, J., Andrade, R., Silva, M. & Mello, D., 2020. Nurse to adolescent health communication process: approach to Event History Calendar. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, 73(3), s. 1–5.</p>	<p>Inte vetenskaplig artikel.</p>
<p>Carcone, A., Naar, S., Clark, J., MacDonell, K. & Zhang, L., 2020. Provider behaviors that predict motivational statements in adolescents and young adults with HIV: a study of clinical communication using the Motivational Interviewing framework. <i>AIDS Care</i>, 32(9), s. 1069–1077.</p>	<p>Inte kvalitativ studie.</p>
<p>Goethals, E., Jaser, S., Verhaak, C., Prikken, S., Casteels, K., Luyckx, K. & Delamater, A., 2020. Communication matters: The role of autonomy-supportive communication by health care providers and parents in adolescents with type 1 diabetes. <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i>, 163, s. 108153.</p>	<p>Inte kvalitativ studie.</p>
<p>Sonneville, K., Mulpuri, L., Khreizat, I., Nichols, L., Plegue, M. & Chang, T., 2020. Youth Preferences for Weight-Related Conversations. <i>Health Communication</i>, 35(11), s. 1328–1333.</p>	<p>Inte fullt kvalitativ studie (mixad metod).</p>

Bilaga 3: informationsbladet

Kommunikationen med ungdomen inom vården - för mer information vänligen se källa.

Baserat på examensarbetet av Malin Österberg (2020) "Kommunikationen med ungdomar i en vårdkontext - en litteraturstudie."

Skapa förtroende

Visa att du bryr dig

LÄR KÄNNA MIG

Ta mig på allvar

Visa förståelse

Skapa kontakt med mig

HÅLL TYSTNADSPLIKTEN

VISA MIG RESPEKT

Ge mig tid

Visa intresse

Kommunicera direkt med mig

Var ärlig

VAR TRANSPARENT

Behandla mig inte som ett barn

TA MINA ÅSIKTER I BEAKTANDE

Visa öppenhet

Skapa kontakt med mig

önskan från ungdomen till vårdaren



