



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Sektionen för hälsa och rehabilitering
Enheten för logopedi

298

Barns delaktighet och användning av bildstöd
- en pilotstudie av KomHIT-modellen i allmäntandvården

Jonna Gunnerek
Agnes Gustafsson

Examensarbete i logopedi
30 högskolepoäng
Vårterminen 2016

Handledare
Gunilla Thunberg
Lisa Bengtsson

Barns delaktighet och användning av bildstöd - en pilotstudie av KomHIT-modellen i allmäntandvård

Jonna Gunnerek
Agnes Gustafsson

Sammanfattning: Alla barn har rätt att få information, uttrycka åsikter och vara delaktiga i frågor som rör dem själva. Föreliggande studie undersöker genom två delstudier barns delaktighet i tandvård i relation till ökad kommunikativ tillgänglighet. I den första delstudien inhämtades åsikter från personal och föräldrar på två allmäntandvårdskliniker där personalen fått utbildning och stöd för att använda kallelser med bilder och enkel text till samtliga barn i åldrarna 0-13 år, samt ha tillgång till bildscheman och bildkartor under tandvårdsbesök. Enkäter visade att majoriteten av föräldrarna skattade att bildstöd främjade delaktighet. Personalen skattade att förförståelse och förståelse underlättades men att aktivt deltagande samt att prata och ställa frågor inte påverkades. I den andra delstudien intervjuades grupper med skolbarn. Barnen talade om att de vill bli lyssnade på och trodde att bildkallelsen kunde minska oro inför tandvårdsbesök. Resultaten indikerar att ökad kunskap och användning av bildstöd främjar barns delaktighet i tandvård, men att mer forskning behövs.

Nyckelord: barns delaktighet, bildstöd, alternativ och kompletterande kommunikation, universell utformning, allmäntandvård

Children's participation and use of pictorial support - a pilot study of the KomHIT-model in dental health care

Abstract: All children have the right to express their opinions and to be involved in issues and decisions that concern them. Through two sub studies, this study examines children's participation in dental care in relation to increased communicative accessibility. In the first sub study, opinions were collected from staff and parents at two general dental practices, where the staff had received education and support to send invitation letters with pictures to all children aged 0-13 years, as well as using picture schedules and communication maps in dental visits. Surveys showed that a majority of the parents thought that pictorial support could facilitate children's participation. The staff thought that pictorial support could help understanding before and during the visit but that, for instance, talking and asking questions was unaffected. In the second sub study school aged children was interviewed. They spoke about wanting to be listened to and they believed that the pictorial invitation letter could increase understanding and reduce anxiety regarding dental visits. The results indicate that increased knowledge and use of pictorial support may improve children's participation and communication rights, but more research is needed.

Keywords: children's participation, pictorial support, augmentative and alternative communication, universal design, dental health care

Enligt FN:s barnkonvention ska inget barn diskrimineras (SOU 1997:116). Alla stater som undertecknat konventionen ska se till att barns rätt gäller oavsett vårdnadshavarens kön, språk, religion, bakgrund, funktionsnedsättning eller liknande. Barn ska kunna uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem själva. Åsikterna ska sedan visas hänsyn utifrån barnets ålder och mognad (SOU 1997:116). Svensk lagstiftning för sjukvård och tandvård är utformade i enlighet med FN:s konventioner. Därför har vårdnadshavaren och barnet självt enligt svensk tandvårdslag rätt att få information om och ta ställning till barnets tandvård (SFS 1985:125 3b-4a§). Det är patienten själv som bestämmer om en behandling ska genomföras (Klingberg et al., 2004). En vuxen person har i regel tillräcklig autonomi för att bestämma själv, men när det kommer till små barn eller andra med lägre autonomi kan förälder eller vårdpersonal behöva ta barnets parti och fatta beslut med barnets bästa i fokus (Klingberg et al., 2004).

Barn med funktionsnedsättning ska likt andra barn kunna leva ett fullvärdigt liv genom möjlighet att delta och vara aktiva i samhället (SOU 1997:116). FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastslår att funktionshinder handlar om attityd- och miljömässiga hinder, vilka motverkar personen med funktionsnedsättnings möjligheter till delaktighet (DS 2008:23, FN). Grunden till funktionshinder är att samhället är utformat så att det inte passar alla (WHO, 2001). En illa anpassad omgivning kan alltså leda till att en funktionsnedsättning blir ett funktionshinder. Funktionshinder kan minskas eller elimineras genom ökad tillgänglighet (WHO, 2001). Den högsta nivån av allmän tillgänglighet är universell utformning (Hjälpmiddelsinstitutet, 2006). Det innebär att omgivningen ska vara tillgänglig för alla i största möjliga utsträckning utan att den behöver specialanpassas för enskilda individer. Universell utformning utesluter inte att individuella hjälpmedel används (DS 2008:23). Enligt diskrimineringslagen är verksamheter skyldiga att genomföra skäliga åtgärder för att öka sin tillgänglighet (SFS 2008:567). Tillräckliga åtgärder är när personer med funktionsnedsättning och personer utan funktionsnedsättning kommer i jämförbar situation och därmed ges samma möjlighet till delaktighet (SFS 2008:567). Den allmänna tillgängligheten kan öka genom användning av bildsymboler på offentliga platser. Idag används bildsymboler på flera ställen i samhället så som tåg, flygplatser och offentliga byggnader (Hjälpmiddelsinstitutet, 2010).

Alla barn rätt att uttrycka sina åsikter i vårdsituationer (SOU 1997:116; SFS 1985:125) och verksamheter är skyldiga att anpassa sig för att göra det möjligt för alla barn att ta ställning till sina egna vårdbehandlingar (SFS 2008:567). Två förutsättningar för att kunna ta ställning till information om en behandling är dels att känna sig trygg i situationen (Klingberg et al., 2004) och dels att förstå informationen som ges. Nedsatt förmåga att förstå och uttrycka åsikter med talat språk kan exempelvis bero på otillräckliga kunskaper i det aktuella språket, kommunikativ funktionsnedsättning eller ålder, så som för ett litet barn som ännu inte kommit så långt i sin språkliga och kognitiva utveckling. Ju yngre barnet är desto viktigare är det att tillräckligt med tid ges för att barnet ska känna tillit och komma till rätta i situationen (Klingberg et al., 2004). Barn som har nedsatt förmåga att förstå och uttrycka sig av olika anledningar kan ses som kommunikativt sårbara. Eftersom funktionshinder är något som skapas av omgivningen (WHO, 2001) kan både typiskt utvecklade barn och barn med funktionsnedsättning räknas som kommunikativt sårbara i vissa vårdsituationer (Coyne, 2006).

Typiskt utvecklade barn som behandlats på sjukhus har i flera studier tillfrågats om sina upplevelser (Carney et al., 2003; Coyne, 2006; Rindstedt, 2013). Barnen beskrev att de måste informeras, konsulteras och få utrymme att diskutera för att kunna känna sig delaktiga, förstå sin sjukdom och för att kunna förbereda sig inför behandlingar (Coyne, 2006; Rindstedt, 2013). God kommunikation förknippade barnen med att personalen var vänlig, hjälpsam och lugnande (Carney et al., 2003). När interaktionen beskrevs som dålig tyckte barnen istället att personalen var kontrollerande. Barnen uppskattade att få behandlingar beskrivna i förväg och kunde uppleva rädsla när de inte fick det. De ville också att personalen skulle vara ärlig om en behandling skulle göra ont och uppskattade att få belöning om de varit modiga. I de fall barnen pratade om oro handlade det oftast om förväntningar och oro inför besöket. Enligt Carney et al. (2003) bör vikt därför läggas vid att förbereda barn inför sjukhusvistelse för att minska oro. Samma författare visade att ett informationsblad särskilt riktat till barn var framgångsrikt för att minska oro hos både barn och föräldrar (2003).

I studier rörande barn med funktionsnedsättning som av olika orsaker vårdats på sjukhus har det framkommit att kommunikation är en avgörande faktor för barnens upplevelse (Shilling, Edwards, Rogers & Morris, 2012). Personer med kommunikationssvårigheter och deras närstående har beskrivit att sjukhusvistelser är stressande och svåra (Hemsley & Balandin, 2014) och att sjukvårdspersonal har bristande kunskaper vad gäller kommunikationssvårigheter samt alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) (Hemsley et al., 2013; Thunberg, Buchholz & Nilsson, 2015). På grund av personalens bristande kunskaper om AKK används föräldrar ofta som tolkar åt sina barn (Thunberg et al., 2015). Både barn med kommunikationssvårigheter och deras föräldrar anser att det är mycket viktigt att möjliggöra direkt kommunikation mellan barnen och sjukvårdspersonalen (Hemsley & Balandin, 2014; Thunberg, Buchholz & Nilsson, 2015). För att möjliggöra direkt kommunikation bör personalen få kunskap om AKK och sjukhusen bör ha tillgång till kommunikationsstödjande hjälpmedel, inte minst för att följa FN:s konventioner (Thunberg et al., 2015). Pilebro (2006) beskriver liknande resultat för tandvård där föräldrar till barn med autism betonade vikten av kontinuitet och struktur vid tandvårdsbesök. De ville också bli bemötta av personal med medvetenhet och kunskap om kommunikationssvårigheter (Pilebro, 2006). Forskning har visat att bilder som stöd i scheman och för kommunikation kan sänka ångest och oro hos barn med autism (Chebuhar Mccarthy, Bosch & Baker, 2013; Pilebro, 2006).

Ett projekt vars övergripande syfte är att ta fram arbetssätt och redskap för att bättre tillgodose barns rätt till kommunikation i enlighet med FN:s barnkonvention och konventionen för personer med funktionsnedsättning är "Kommunikationsstödjande Hjälpmedel och IT i barnsjukvård och specialisttandvård" (KomHIT) . Arbetssätten och redskapen riktar sig främst till barn med funktionsnedsättning men också till andra kommunikativt sårbara barn och deras närstående (KomHIT, 2016). Målet är att öka tillgängligheten och barns möjligheter till aktivitet och delaktighet i vård och tandvård genom att använda AKK som universell utformning. En nationell webbresurs, www.kom-hit.se, har utvecklats. Den tillhandahåller information och kunskap samt videoklipp där arbets-sätt demonstreras. Genom KomHITs bildstödsresurs, www.bildstod.se, kan föräldrar och personal hitta, tillverka och lagra eget kommunikationsstödjande bildmaterial (Thunberg et al., 2015). KomHIT-modellen kan

implementeras på flera olika sätt. Dels tillhandahålls fritt utbildningsmaterial på webbresursen och dels erbjuds en utbildning till kommunikationsvägledare för personal inom vårdverksamheter. Utbildningen innefattar information och kunskap om kommunikation, kommunikativa rättigheter, kommunikationsnedsättning och kommunikationsstödande hjälpmedel samt användning av webbresurserna. Kommunikationsvägledarna för sedan kunskapen vidare i sina respektive verksamheter (KomHIT, 2016; Thunberg et al., 2015).

En pilotutvärdering av KomHIT-insatsen inom barnsjukvård visade att användning av bildstöd underlättade barnets förståelse i situationen och för vad som skulle hända, att oro och stress minskade och att bildstödet underlättade för barnet att prata och ställa frågor (Johansson & Wikholm, 2014). Personalen ställde sig också positiv till att använda bildstöd, även om de tyckte att vissa barn inte förstod eller inte var intresserade av bilderna (Johansson & Wikholm, 2014). På en dagkirurgisk enhet för barn föreföll oro minska hos barn med kommunikationssvårigheter och färre barn behövde premedicineras (Thunberg, Törnehage & Nilsson, 2016). Barns oro minskade även inför nårelaterade vårdprocedurer efter att KomHIT implementerats (Vantaa Benjaminsson, Thunberg & Nilsson, 2015).

KomHIT-insatsen introducerades 2014 i specialisttandvård i samordning med Mun-H-Center vid Folktandvården i Västragötalandsregionen (KomHIT, 2016). Specialisttandvården, som är till för personer med särskilda vårdbehov, utgör tillsammans med allmäntandvård och sjukhustandvård delar av folktandvården (Folktandvården, 2015). Folktandvården ansvarar för att alla barn och ungdomar till och med 19 år ska få regelbunden och fullständig tandvård (SFS 1985:125) vilket innebär att kontakten med tandvården är kontinuerlig och långvarig. Därför är det viktigt att mötet blir så bra som möjligt och inte förknippas med obehag. Det finns dock många aspekter av tandvård som gör situationen konstig och stressande för en person som har svårt att kommunicera (Pilebro, 2006). Bristande förmåga att samarbeta, eller kooperera som det uttrycks i tandvården, leder till ökad risk för sämre tandhälsa (Pilebro, 2006). En pilotutvärdering av KomHIT-insatsen i specialisttandvård undersökte delaktighet och oro hos barn inför och under tandvårdsbesök. Resultaten indikerade att bildstöd i kallelse underlättar barns delaktighet och minskar både barns och föräldrars oro inför tandvårdsbesöket (Bengtsson & Mogren, 2014). Till allmäntandvården kommer personer med olika bakgrund och erfarenheter. Både typiskt utvecklade barn och barn med vissa typer av funktionsnedsättning omfattas av verksamheten (Pilebro, 2006). KomHIT-insatsen implementerades för första gången 2016 på två kliniker inom allmäntandvården i Göteborgsområdet, vilket utgjorde grunden till föreliggande studie.

Tandvårdsverksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och patienten ska vara delaktig när behandling utformas (SFS 1985:125). International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) tar avstamp i universell utformning och beskriver delaktighet som "engagemang i en livssituation" samt att delaktighet är något som kan påverkas av omgivningsmiljö och personlighet (WHO, 2001). I föreliggande studie har engagemang i en livssituation definierats att innefatta aktivt deltagande, förförståelse, förståelse i situationen samt möjlighet att kommunicera och ställa frågor. Enligt en nationell utvärdering av svensk tandvård upplevde en stor andel personer som fått omfattande tandvårdsbehandling att de fått

otillräcklig information om behandlingen (Socialstyrelsen, 2013). Bristande information leder till minskade möjligheter att vara delaktig i behandlingsbeslut. Utvärderingen gäller främst vuxna och behandlar inte barns uppfattning av sin delaktighet i tandvården (Socialstyrelsen, 2013). Videodagböcker förda av brittiska barn före och efter extraherande av tänder indikerade att barnens förförståelse varierade mycket och att de inte kände sig helt delaktiga i behandlingsbeslutet men att de kunde välja till exempel bedövningsmetod (Rodd et al., 2013). Ytterligare forskning om hur barn skulle vilja bli mer delaktiga i sin vård och tandvård behövs.

Barnfokuserad forskning kan ha två olika perspektiv (Nilsson et al., 2015). Å ena sidan återfinns forskning om barns utveckling samt vuxnas uppfattning av barns upplevelser, alltså som "har ett barnperspektiv". Å andra sidan finns forskning där barnen talar för sig själva, det vill säga som "tar barns perspektiv" (Hansen Orwehag, 2013; Nilsson et al., 2015). Barn har egna erfarenheter som skiljer sig från vuxnas och är därför de bästa informanterna om sina egna liv (Rindstedt, 2013). Båda perspektiven behövs dock för att tolka forskningsdata som rör barn (Hansen Orwehag, 2013; Nilsson et al., 2015). I intervjuer med barn finns risk för en maktobalans mellan en intervjuande vuxen och barn (Carey & Asbury, 2012; Hansen Orwehag, 2013). Vissa forskare menar att i intervjuer med barn kan en gruppintervju, exempelvis fokusgrupp, jämna ut maktobalansen samt underlätta ett mer avslappnat delande av tankar och åsikter (Carey & Asbury, 2012). Barn som har fyllt 7 år klarar att delta i semistrukturerade gruppintervjuer (Christensen & James, 2000).

Sammanfattningsvis kan sjukvårds- och tandvårdssituationer vara svåra att förstå för alla barn (Rodd et al., 2013). Även typiskt utvecklade barn kan vara kommunikativt sårbara, till exempel för att de är små och befinner sig i en ovan miljö. Föreliggande studie undersöker genom två delstudier barns delaktighet i tandvård i relation till ökad kommunikativ tillgänglighet. I den första delstudien inhämtades åsikter från föräldrar och personal på två allmäntandvårdskliniker där KomHIT-modellen implementerats. I den andra delstudien intervjuades grupper med barn om delaktighet i tandvård och om information med bildstöd.

Frågeställningar

1. Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt föräldrar?
2. a. Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt tandvårdspersonal?
b. Vilka orsaker anges om bildstöd inte används och vad är personalens uppfattning om bildstöd efter fyra veckors användning?
c. Hur fungerar bildstöd i kommunikation med kommunikativt sårbara barn enligt personalen?
3. Vilka åsikter har barn i skolåldern om sina rättigheter, tandvårdssituationer och om bildstöd i kallelse?

Metod

Föreliggande undersökning hade en mixad design och frågeställningarna behandlades genom två delstudier med olika metoder. Data samlades in dels genom olika enkäter där föräldrar och tandvårds personal skattade barns delaktighet och dels genom fokusgruppsintervjuer med barn i årskurs två (tabell 1).

Tabell 1

Deltagare och insamlingsmetod som använts för att besvara respektive frågeställning

Frågeställning	Deltagare	Insamlingsmetod
1. Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt föräldrar?	Föräldrar	Föräldraenkät
2. a. Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt tandvårdspersonal?	Tandvårdspersonal	Personalenkät
2. b. Vilka orsaker anges om bildstöd inte används och vad är personalens uppfattning om bildstöd efter fyra veckors användning?	Tandvårdspersonal	Personalenkät Utvärderingsenkät
2. c. Hur fungerar bildstöd med kommunikativt sårbara barn enligt personalen?	Tandvårdspersonal	Utvärderingsenkät
3. Vilka åsikter har barn i skolåldern om sina rättigheter, tandvårdssituationer och om bildstöd i kallelse?	Barn i årskurs 2	Fokusgrupper

Deltagare

Enkätresponenter. Fem tandvårdskliniker inom allmäntandvården i en storstadsregion i Västsverige tillfrågades om de ville starta upp KomHIT-projektet i sin verksamhet. Två av dem tackade ja. Enkätresponenterna utgjordes av två grupper. Den ena gruppen bestod av föräldrar till barn mellan 0-13 år som besökt en av de två klinikerna där KomHIT-insatsen hade implementerats (se *Tillvägagångssätt*). Åldersspannet valdes för att barn upp till högstadiet ofta besöker tandvården ihop med sina föräldrar. Tandvårdspersonalen delade ut enkäter till de föräldrar som ville delta i studien i samband med barnets tandvårdsbesök. Den andra gruppen enkätresponenter utgjordes av tandhygienister och tandläkare som arbetade på någon av de två klinikerna. De besvarade både personalenkäter efter varje besök med barn samt varsin utvärderingsenkät vid utvärderingsperiodens slut.

Fokusgruppsdeltagare. Under de fyra veckor som bildstödet utvärderades genom enkäter lämnade tandvårdspersonalen kontinuerligt ut fokusgruppsinbjudningar till

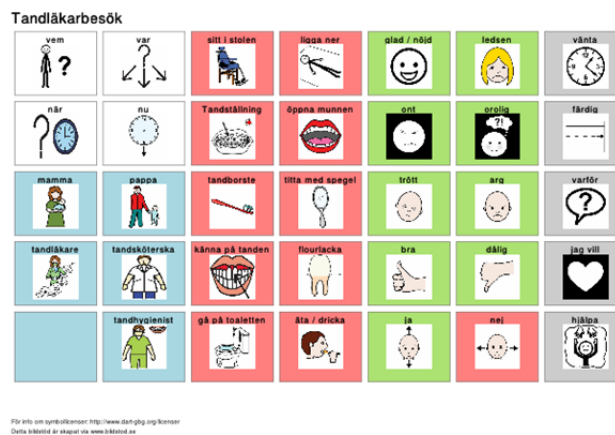
föräldrar och barn som besökte kliniken. Inbjudningarna delades ut till barn som fått en kallelse med bildstöd och som gick i årskurs 1-3. Valet av barnens ålder baserades på att typiskt utvecklade barn i de tidiga skolåren kan hantera flera aspekter av ett problem samtidigt. I den åldern kan barn generalisera från en situation till en annan samt på ett konkret sätt beskriva sitt eget tänkande (Hwang & Nilsson, 2011). Inbjudan innehöll information om fokusgruppens syfte, den aktuella studien samt om KomHIT-projektet. Där informerades om hur personuppgifter skulle behandlas, vad det innebar att delta i fokusgruppen, vad den skulle handla om samt att barnen skulle få fika och en biobiljett som tack för sitt deltagande. Det fanns också ett samtyckesformulär som föräldrarna skulle skriva på för att barnen skulle få delta. Samtycket fungerade som en intresseanmälan genom att föräldern fyllde i kontaktuppgifter som lämnades på kliniken och samlades in av författarna till föreliggande studie. Endast ett barn rekryterades i tid genom den här processen, vilket gjorde det omöjligt att genomföra fokusgrupp med den tänkta urvalsgruppen. Inklusionskriteriet att barnen skulle ha fått kallelse med bildstöd samt besökt någon av de aktuella klinikerna frånsågs. Vikt lades istället vid att rekrytera barn i motsvarande ålder för att få deras uppfattningar om allmäntandvård, barns rättigheter samt kallelse med bildstöd utifrån en visuell jämförelse med en traditionell kallelse utan bilder. Rekryteringen enligt de nya inklusionskriterierna gjordes genom ett bekvämlighetsurval vilket innebar att några grundskolor i Göteborgsområdet inbjöds att medverka i fokusgruppsintervju. En klass i en skola med internationell profil och engelska som undervisningsspråk tackade ja. Detta ansågs vara en fördel eftersom barnen på denna skola antogs ha erfarenhet av svårigheter med kommunikation samt av att reflektera kring språk. Klassföreståndaren vidarebefordrade fokusgruppsinbjudningar till föräldrarna till barnen i den aktuella klassen. Inbjudan var på engelska men innehöll samma information som den ursprungliga inbjudan. Det ledde till att 17 engelskspråkiga barn med olika modersmål i årskurs 2 deltog i fokusgrupperna.

Material

Bildstödsmaterial. Klinikerna fick ta del av färdigt material för att snabbt komma igång med användning av bildstöd. Materialet bestod av bildkallelser, bildkartor och bildscheman. Bildkallelsen hade en tydlig struktur och ett enkelt skriftspråk med tecknade bilder eller foton till varje informationsfras (figur 1). Kallelsen började med information om tid och plats för besöket. Vidare beskrevs undersökningen med bilder på bland annat stolen, lampan och en öppen mun. Bildkartor för stöd i samtal delades ut för att finnas tillgängliga i väntrum och behandlingsrum (figur 2). Bildkartorna hade tecknade bilder relaterade till tandläkarbesöket och fanns i A4 och A3-format och med olika bilder. Personalen fick också tillgång till en schemabok i A5-format, med kardborreremsa och en tillhörande uppsättning lösa bilder som illustrerade olika moment, så som tandlagning. Genom att välja aktuella bilder kunde personalen förse barn och föräldrar med specifik, kronologisk information om det aktuella besöket. Bilderna togs bort allt eftersom det moment de illustrerade hade genomförts. Barnen fick därmed en konkret uppfattning om tidsförloppet och var i processen de befann sig. Tandvårdspersonalen avgjorde själva vilket bildstöd som var aktuellt att använda under besöket.



Figur 1. Exempel på bildkallelse



Figur 2. Exempel på bildkarta

Föräldraenkät. Påståendena i både föräldra- och personalenkäterna besvarades på en femgradig skala med alternativen *stämmer inte alls*, *stämmer ganska dåligt*, *stämmer varken bra eller dåligt*, *stämmer ganska bra*, *stämmer helt*. Det var också möjligt att svara med ? om respondenten var osäker eller om frågan inte var aktuell. Föräldra- och personalenkäterna utformades med utgångspunkt i tidigare utvärdering av KomHIT-modellen och i samarbete med ett annat delprojekt inom KomHIT. Föräldraenkäten bestod av totalt 21 påståenden om användning av bildstöd i kallelse samt under tandvårdsbesök. Av dem bedömde författarna till föreliggande studie att sju påståenden berörde barns delaktighet och således var relevanta att behandla i denna studie (tabell 2). I enkäten besvarades också frågor om barnets ålder, om barnet hade ett annat modersmål än svenska, vilken tandvårdsklinik som besöktes samt den vuxna anhörigas relation till barnet.

Personalenkät. Personalenkäten bestod av 20 påståenden som, likt föräldraenkäten, berörde användning av bildstöd i kallelse och under tandvårdsbesök. Av dem bedömdes fyra vara kopplade till delaktighet och därmed intressanta för studien (tabell 2). Eftersom personalen inte var med när barnen fick kallelsen hade de färre påståenden att besvara om kallelsen än föräldrarna. Frågor om barnets ålder, personalens yrke samt vilken klinik personen arbetade på besvarades också.

Om barnet inte hade fått bildstöd i kallelsen besvarades bara påståenden om bildstödsanvändning vid besöket och vice versa. Om personalen inte använt bildstöd under besöket fanns det utrymme att motivera varför.

Tabell 2

Påståenden kopplade till delaktighet i föräldraenkät och personalenkät

	Föräldraenkät	Personalenkät
Bilder i kallelsen	<p>Jag tror att bilderna i kallelsen underlättade för mitt barn att förstå vad som skulle hända.</p> <p>Jag tror att bilderna i kallelsen gjorde det lättare för mitt barn att ställa frågor och prata om besöket.</p> <p>Jag tror att bilderna i kallelsen underlättade för mitt barn att delta aktivt under besöket.</p> <p>Jag tror att bilderna gjorde att mitt barn var bättre förberett inför besöket jämfört med tidigare vårdbesök.</p>	<p>Bildkallelsen verkade underlätta för barnet att förstå vad som skulle hända under besöket.</p>
Bilder vid besöket	<p>Jag tror att bildstödet vid besöket underlättade för mitt barn att förstå.</p> <p>Jag tror att bildstödet vid besöket gjorde det lättare för mitt barn att ställa frågor och prata.</p> <p>Jag tror att det blev lättare för mitt barn att delta aktivt när personalen använde bildstöd.</p>	<p>Jag tror att bildstödet underlättade för barnet att förstå.</p> <p>Jag tror att bildstödet gjorde det lättare för barnet att ställa frågor och prata vid besöket.</p> <p>Jag tror att bildstödet underlättade för barnet att delta aktivt vid besöket.</p>

Utvärderingsenkät. En sammanfattande utvärderingsenkät utformades av författarna utifrån riktlinjer av Trost (1997), för att undersöka personalens åsikter om hur bildstödet hade fungerat för barn på gruppnivå. Utvärderingsenkäten bestod av 12 frågor som behandlade personalens generella uppfattning om KomHIT och användandet av bildstöd under hela perioden. Vissa frågor besvarades med fritext och berörde främst personalens egen attityd till användning av bilder. Frågor rörande hur bildstödet påverkade Kooperation, delaktighet och kommunikation med tre grupper av kommunikativt sårbara barn, skattades på en femgradig skala med svarsalternativen *försämrades mycket, försämrades lite, påverkades inte, förbättrades lite* och *förbättrades mycket*.

Intervjuguide. Genom fokusgrupper framkommer en rik samling spontana, expressiva och emotionella synpunkter om det aktuella ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014) eftersom deltagarnas tankar och idéer bryts mot varandra och utvecklas (Wibeck, 2010). Fokusgrupper genererar en skala av idéer snarare än djup och individualitet. Data som utvecklats i sociala processer, som i en fokusgrupp, är mer ekologiskt valida än data som samlas in individuellt (Wibeck, 2010). Fokusgrupperna i studien var semi-strukturerade och en intervjuguide, skapad av författarna till föreliggande studie,

användes. Intervjuguiden utgjordes av frågor rörande tre samtalsämnen, *barns rättigheter*, *tandläkarbesök* samt *bildstöd*. Frågorna ämnade att locka barnen till diskussion samt att dra egna slutsatser och baserades på rekommendationer om hur diskussionsfrågor bäst formuleras för att passa fokusgrupper (Krueger, 1998; Kvale & Brinkmann, 2014; Wibeck, 2010). Hansen Orwehag (2013) beskriver att det i intervjuer med barn kan finnas ett skevt maktförhållande mellan moderatorn och barnet till följd av att barn är mycket lyhörda och inställsamma för vuxnas förväntningar och därför gärna svarar vad de tror förväntas av dem. Med hänsyn till det utformades intervjufrågor så att det inte skulle finnas rätt och fel svar eller något som barnen skulle kunna uppfatta som önskade reaktioner på frågorna. Exempelvis ombads barnen berätta om egna erfarenheter och uppmuntrades att tänka hypotetiskt. Kanske kan ni ge två konkreta exempel på hur frågorna såg ut? Barns rättigheter behandlades som ett kortfattat, inledande samtalsämne i fokusgrupperna eftersom barns rättigheter är grundläggande för deras delaktighet. Det samtalsämnet fungerade också som en uppvärmning till de andra ämnena. Relevant för studiens syfte var också att fråga barnen om deras erfarenheter hos tandläkaren och vad de tycker om det aktuella bildstödet. För att skapa viss struktur och för att visa vad fokusgruppen skulle handla om användes ett bildschema med bilder tillhörande intervjuens tre samtalsämnen. Samma bilder utgjorde samtalskort och användes som visuellt stöd under samtalet, vilket gjorde det lättare för barnen att prata om det som var relevant för studien. Fokusgrupperna spelades in med ZOOM Handy Recorder H2 respektive ZOOM Handy Recorder H4N. Inspelningsapparaterna stod på ett bord och barnen satt maximalt på 1,5 meters avstånd i halvcirkel på stolar.

Tillvägagångssätt

Bildstöd. Personalen på klinikerna fick en cirka tre timmar lång föreläsning i enlighet med KomHIT-modellen. Föreläsningen gavs av en logoped som fått utbildning till kommunikationsvägledare inom KomHIT, samt arbetar inom tandvård. I samband med utbildningen informerades tandvårdspersonalen om bakgrunden till föreliggande studie samt vad som skulle undersökas i den. Personalen instruerades att under en period av fyra veckor skicka bildkallelser till alla barn från 0-13 år som skulle kallas till regelbunden undersökning, samt att använda bildstöd under besök med barn.

Föräldraenkät. Under fyra veckor delade tandvårdspersonalen ut enkäter till föräldrar som besökte klinikerna. Föräldrarna fyllde i en enkät per barn. Enkäterna fylldes i på plats under eller efter besöket och lämnades i en svarsbox på kliniken. Möjlighet fanns även att posta ifylld enkät i ett föradresserat svarskuvert.

Personalenkät. Personalenkäten fylldes i under fyra veckor efter undersökning av barn. Det innebar att varje person i personalen fyllde i flera enkäter var men bara en per barn. Personalens enkäter var inte matchade med föräldrarnas och personalen kunde fylla i enkäten även om föräldern avstod. Personalen lämnade sina enkäter i samma svarsbox som föräldrarnas enkäter lämnades i.

Under de fyra veckor som föräldraenkäter och personalenkäter samlades in besökte författarna vardera klinik vid tre tillfällen för att tömma svarsboxen, svara på frågor

angående KomHIT samt för att uppmuntra personalen att använda bildstöd och att fylla i enkäter.

Utvärderingsenkät. Efter fyra veckor delades en sammanfattande utvärderingsenkät ut till tandvårdspersonalen. Utvärderingsenkäten berörde inget specifikt barn utan behandlade barn på gruppnivå, till exempel små barn och barn med funktionsnedsättning. Personalen fyllde i en utvärderingsenkät vardera och lämnade även den i svarsboxen på kliniken.

Fokusgrupper. Studiens författare var moderatorer för fokusgrupperna och bedömdes vara likvärdiga med hänsyn till utbildning, ålder och kön. Enligt rekommendationer bör samma moderator hålla i alla intervjuer (Wibeck, 2010) men på grund av moderatorernas likhet bedömdes inte reliabiliteten påverkas. Moderatorerna tränade på moderatorrollen genom att både leda och observera varsin träningsintervju. I dem instruerades en respektive två studenter som gick termin 8 på logopedprogrammet att svara på intervjufrågorna och sedan ge kommentarer angående intervjuguiden. Synpunkterna som framkom togs i beaktande vid bearbetning av intervjuguiden.

Fokusgruppsdeltagarna ($N=17$) delades in i fyra grupper som bestod av 4 till 5 barn. Fyra intervjuer á cirka 45 minuter genomfördes under två dagar i mindre rum i anslutning till barnens klassrum. Barnen fick vindruvor under samtalen och varsin biobiljett efteråt. Intervjun inleddes med att moderatören kortfattat berättade om intervjuens syfte, nämligen att ta reda på barns olika åsikter om olika saker. Moderatören förmedlade explicit att det inte fanns några rätt eller fel svar på frågorna (Kvale & Brinkmann, 2014), och att de som barn besitter kunskap som inte vuxna har (Rindstedt, 2013). Vidare informerades om barnens anonymitet och frivillighet att delta. De tre samtalsämnen presenterades med bildschemat, därefter introducerades varje nytt ämne med samtalskortet. Barn i de tidiga skolåren förstår logiska principer men eftersom förmågan att resonera abstrakt är begränsad behöver de den konkreta verkligheten framför sig (Hwang & Nilsson, 2011). För barn under 11 år kan visuell stimuli vara särskilt användbart i intervjun eftersom bilder gör frågan mer konkret (Christensen & James, 2000). En traditionell kallelse till tandläkaren samt den bildkallelse som använts av tandvårdsklinikerna användes som stimulusmaterial för att ge deltagarna en jämnare kunskapsnivå om framförallt bildstöd (Wibeck, 2010). Moderatören fungerade som ordfördelare när barnen pratade i munnen på varandra eller hamnade utanför samtalsämnet. Moderatören fördelade även tiden och sa till när det var dags att byta samtalsämne. Anteckningar fördes under intervjun och i slutet sammanfattade moderatören det som sagts om varje ämne. Barnen kunde då direkt reagera på tolkningen vilket blev en kontroll av att tolkningen var tillförlitlig (Wibeck, 2010). Sammanfattningen gav även utrymme för barnen att komma med nya idéer och ytterligare kommentarer (Kvale & Brinkmann, 2014).

Databearbetning och analysmetoder

Enkäter. Enkätdata bearbetades i IBM SPSS 23. Deskriptiv statistik togs fram för att besvara hur föräldrar och personal skattar barns delaktighet. Eftersom insamlad data var på ordinalskalenivå användes inte medelvärden utan istället median och typvärden. I

personalenkäten fanns en fritextfråga som personalen fyllde i om de inte använt bildstöd. Fritextsvaren räknades och analyserades med fokus på innehåll och delades in i kategorier. I resultatet syntes en tendens till att personalen använde bildstöd mest till små barn. Därför undersöktes med Kruskal Wallis om det fanns en signifikant korrelation mellan vilka barn som fått bildstöd och deras ålder. Medelåldern mellan barnen som fått bildstöd och barnen som inte fått det jämfördes med ett oberoende T-test. För att besvara hur tandvårdspersonal uppfattade användning av bildstöd och för att få deras samlade bedömning av bildstödet inverkan på barnens delaktighet togs deskriptiv statistik fram från utvärderingsenkäten. Dessutom beräknades förekomsten av olika fritextsvar. Icke-parametriska test användes i den inferentiella statistiken eftersom datamängden var liten. Signifikansnivå $p=,05$ valdes vid alla statistiska analyser.

Tvetydiga svar, så som när respondenten fyllt i att bildstöd *inte* hade använts men ändå hade skattat hur det fungerade i situationen, behandlades i tabeller etc. som ogiltiga och uteslöts ur analys.

Fokusgrupper. För att beskriva barns delaktighet genom deras eget perspektiv gjordes en deskriptiv innehållsanalys. Det innebär att analysen är en sammanfattning av rådata snarare än en tolkning av den (Wibeck, 2010, s. 109). Det inspelade intervjumaterialet överfördes till dator. Först lyssnades inspelningarna igenom och varje intervju transkriberades enskilt av den författare som varit moderator under respektive intervju. Intervjutranskriptionerna genomfördes på en skriftspråklig nivå med bibehållen talstruktur för att tydligt visa vad som faktiskt sades. Största fokus var på samtalsinnehåll snarare än interaktion (Wibeck, 2010). Sedan sammanställdes alla fyra transkriptioner till tre texter utifrån de tre samtalsämnen som användes under intervjuerna. Samtalsämnena analyserades ett i taget (Wibeck, 2010, s. 101). Eftersom de skiljde sig åt, och ämnets namn och bild låg framme som stöd för barnen under intervjuerna fick barnens uttalanden en kontext som inte gick att bortse ifrån i analysen (Wibeck, 2010, s.105). Transkriptionerna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att skapa en god helhetsuppfattning. Därefter skrevs texterna ut och klipptes isär till mindre meningsbärande enheter. Vid uppdelningen av de meningsbärande enheterna visades kontexten stor hänsyn. Därför bestod enheterna i vissa fall av längre sekvenser, som när tankar framförts i dialog, för att innehållet inte skulle fragmenteras. I andra fall bestod enheterna av enstaka meningar, för att de var tillräckligt tydliga utan längre kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Enheterna gavs textnära koder som grupperades i underkategorier (Wibeck, 2010). I de fall författarna hade olika åsikter om indelningarna av underkategorier nåddes konsensus genom diskussion och reflektion. Underkategorierna grupperades slutligen i mer övergripande kategorier. Analysen var dynamisk snarare än linjär och kategorier och underkategorier lades till, togs bort eller bytte namn under analysprocessen. Den språkliga nivån i titlarna på underkategorier och kategorier är avsiktligt nära rådata för att bevara närhet och äkthet i presentationen nedan, till exempel användes begreppet "gå till tandläkaren" istället för "besöka tandvården". Genom att redovisa citat från intervjuerna i resultatet påvisas att kategorierna stämmer överens med insamlad data, vilket ger transparens (Graneheim & Lundman, 2004). Citaten behölls i originalspråk för att inte förlora äkthet och nyanseringar.

Etiska överväganden

KomHIT-projektet är etikprövat och godkänt, D-nr 241-10. Tandvårdsklinikernas medverkan i studien godkändes av verksamhetschefen. De som samtyckte till att delta i enkätstudien fick information om studien, om frivilligheten att delta, om att de kunde avsluta fortsatt deltagande när som helst, om att alla som deltog är anonyma samt om att uppgifterna behandlas enligt personuppgiftslagen. Personalen fick muntlig och skriftlig information när de gav sitt skriftliga samtycke. Föräldrarna informerades skriftligt genom ett informations- och samtyckesblad som bifogades med enkäten. Föräldrarna till intervjudeltagarna informerades och samtyckte skriftligt. Barnen informerades muntligt om studien och frivilligheten att delta. Ljudupptagningen från intervjuerna sparades på ett externt minne som endast författarna hade tillgång till och raderades efter färdigställandet av analyserna.

Resultat

Enkäter

Föräldraenkäter. Totalt 46 föräldraenkäter samlades in. Av dem var 27 respondenter mammor och 16 pappor. Övriga tre respondenter hade inte besvarat anhörigfrågan i enkäten. Barnen var 3 - 12,5 år ($M = 7,2$, $s = 2,96$). Av totalt 46 enkäter hade sex respektive sju föräldrar inte skattat alla påståenden om bilstöd i kallelsen och 13 respektive 14 föräldrar hade inte skattat alla påståenden om bildstödsanvändning under besöket, därför varierar antalet svar. Den främsta anledningen till att en betydande andel inte har besvarat vissa påståenden är att någon del av bildstödet inte använts, antingen bildstödet i kallelsen eller vid besöket, och därför inte kunde skattas. Relativt många har också använt svarsalternativet ?, vilket betydde att respondenten antingen var osäker eller att påståendet inte bedömdes vara aktuellt. Svarsfördelningen tenderade genomgående att vara positivt snedfördelad i föräldrarnas skattningar men hade en mer bimodal fördelning på påståendena om kallelsen (tabell 3).

Medianen räknades ut för skattningar mellan 1-5 och var 4, *stämmer ganska bra* på samtliga påståenden. Av föräldrarna tyckte 56-69% att påståendena stämde (summering av alternativ 4, *stämmer ganska bra* samt 5, *stämmer helt*). Det var 9-28% av föräldrarna som tyckte att påståendena inte stämde (alternativ 2, *stämmer ganska dåligt* samt 1, *stämmer inte alls* summerade). Flest höll med om att det stämde helt att bildstödet i kallelsen underlättade för barnet att förstå vad som skulle hända, se tabell 3. Trots att typvärdena för påståendena om kallelsen var att det stämmer helt så skattade 10% att samma påståenden inte stämde alls.

Tabell 3

Resultat från föräldraenkäten

Påstående	Svarsalternativ					
	1	2	3	4	5	?
Jag tror att bilderna i kallelsen underlättade för mitt barn att förstå vad som skulle hända (N=40)	3 8%	4 10%	2 5%	10 25%	16 40%	5 13%
Jag tror att bilderna i kallelsen gjorde det lättare för mitt barn att ställa frågor och prata om besöket (N=40)	4 10%	3 8%	5 13%	12 30%	11 28%	5 13%
Jag tror att bilderna i kallelsen gjorde det lättare för mitt barn att delta aktivt under besöket (N=40)	4 10%	3 8%	2 5%	10 25%	12 30%	9 23%
Jag tror att bilderna i kallelsen gjorde att mitt barn var bättre förberett inför besöket jämfört med tidigare vårdbesök (N=39)	4 10%	1 3%	5 13%	9 23%	13 33%	7 18%
Jag tror att bildstödet vid besöket gjorde det lättare för mitt barn att ställa frågor och prata (N=32)	2 6%	1 3%	6 19%	8 25%	10 31%	5 16%
Jag tror att bildstödet vid besöket underlättade för mitt barn att förstå (N=33)	2 6%	1 3%	4 12%	10 30%	13 39%	3 9%
Jag tror att det blev lättare för mitt barn att delta aktivt när personalen använde bildstöd under besöket (N=32)	2 6%	1 3%	7 22%	7 22%	11 34%	4 12%

1 = stämmer inte alls, 2 = stämmer ganska dåligt, 3 = stämmer varken bra eller dåligt

4 = stämmer ganska bra, 5 = stämmer helt, ? = vet inte/ej aktuellt

I den övre raden presenteras antal gånger varje svarsalternativ fyllts i. I den undre raden presenteras svarsandelen i procent. Typvärdet är fetmarkerat.

Personalenkät. Personalenkäterna besvarades främst av tandhygienister eftersom de oftare undersökte barn. Av totalt 51 personalenkäter hade 44 besvarats av tandhygienister och tre av tandläkare. I fyra av enkäterna saknades uppgifter om yrke. För de 51 barn som skattades i personalenkäterna fick personalen i 25 fall (49%) intrycket av att barnet hade sett bildkallelsen innan besöket. De svarade att 31 barn (61%) fick bildstöd under besöket. På påståendena om att bildstödet i både kallelsen och under besöket underlättade för barnets förståelse skattade flest 5, *stämmer helt*. Medianen för dessa påståenden var 4, *stämmer ganska bra*. De påståenden som handlade om barnets förmåga att ställa frågor och prata samt att delta aktivt under besöket skattades lägre än övriga påståenden, se tabell 4. Medianen för dessa två påståenden var att de stämde varken bra eller dåligt. I enkäterna hade personalen skattat att påståendena stämde i 35-67% av fallen (summering av alternativ 4, *stämmer ganska bra*, samt 5, *stämmer helt*). I 6-22% av enkäterna skattade personalen att påståendena inte stämde (summering av alternativ 1, *stämmer inte alls* samt 2, *stämmer ganska dåligt*).

Tabell 4
Resultat från personalenkäten

Påstående	Svarsalternativ					
	1	2	3	4	5	?
Bildkallelsen verkade underlätta för barnet att förstå vad som skulle hända under besöket (<i>N</i> = 25)	2 8%	1 4%	3 12%	8 16%	11 44%	0 0%
Jag tror att bildstödet underlättade för barnet att förstå (<i>N</i> = 31)	1 3%	1 3%	7 23%	9 29%	12 38%	1 3%
Jag tror att bildstödet gjorde det lättare för barnet att ställa frågor och prata vid besöket (<i>N</i> = 31)	1 3%	6 19%	9 29%	5 16%	6 19%	4 13%
Jag tror att bildstödet underlättade för barnet att delta aktivt (<i>N</i> = 31)	2 6%	3 10%	8 26%	7 23%	6 19%	5 16%

1 = stämmer inte alls, 2 = stämmer ganska dåligt, 3 = stämmer varken bra eller dåligt

4 = stämmer ganska bra, 5 = stämmer helt, ? = vet inte/ej aktuellt

I den övre raden presenteras antal gånger varje svarsalternativ fyllts i. I den undre raden presenteras svarsandelen i procent. Typvärdet är fetmarkerat.

Personalen hade i 20 av 51 fall besvarat fritextfrågan om varför de inte använt bildstöd. Vid en kvantitativ innehållsanalys av de angivna orsakerna framkom tre kategorier, 1) Det passade inte, 2) Barnet var inte intresserat av bilderna samt 3) Det behövdes inte. Exempelvis angavs att det inte fanns behov eftersom patienten koopererade bra ändå.

Utvärderingsenkät. Totalt 22 utvärderingsenkäter samlades in. Av dem uteslöts åtta som inte var fullständigt besvarade på grund av att respondenterna inte hade använt bildstöd alls i verksamheten. I utvärderingsenkäten skattade 12 i personalen hur kooperationen påverkades av bildstöd. Av dem skattade tre personer att kooperationen inte påverkades och nio skattade att den förbättrades.

Personalen uppgav att bildstöd inte passade för äldre barn. Vid en icke-parametrisk jämförelse av barnen som fått bildstöd (*N*=31) och barnen som inte fått bildstöd (*N*=20) fanns en klart signifikant skillnad mellan barnens åldrar ($p < .05$). Medelåldern på barnen som fått bildstöd var 7 år och medelåldern på de som inte fått bildstöd var 9 år. Ett oberoende T-test visade en signifikant skillnad även mellan gruppernas medelålder ($p < .05$, $f = 4,94$, $df = 47$).

I de 14 giltiga utvärderingsenkäterna svarade 10 att de skulle använda bildkallelsen även i fortsättningen medan fyra svarade att de inte skulle det. Endast en person av 14 svarade att hen inte skulle fortsätta ha bildstöd tillgängligt under besök med barn. I utvärderingsenkäten efterfrågades en sammanvägd skattning av bildstödens påverkan på barns delaktighet. Av totalt 12 personer skattade tre att bildstödet inte påverkade delaktigheten medan nio skattade att den förbättrades. Personalen beskrev med egna ord negativa erfarenheter av bildstöd. Tidsaspekten var då ett återkommande svar. Under de tillfällen författarna besökte klinikerna framkom det att personalen upplevde det tids-

ödande att skriva ut och posta bildkallelser. Om den negativa tidsaspekten även handlar om effektivitet under besöken framkom inte.

Personalens uppfattning om kommunikation med barn som kunde ses som kommunikativt sårbara behandlades genom tre frågor i utvärderingsenkäten (tabell 5). Personalen som träffat kommunikativt sårbara barn ur följande grupper skattade att bildstödet förbättrade kommunikationen. Många hade inte träffat någon ur de grupperna under den aktuella perioden eftersom enkäten bara fylldes i under fyra veckor.

Tabell 5

Kommunikation med kommunikativt sårbara barn skattad i utvärderingsenkäten (N= 13)

Hur påverkades kommunikationen vid användning av bildstöd...	Svarsalternativ					Träffade inget barn inom gruppen
	1	2	3	4	5	
...med små barn?	0	0	0	5	5	3
...med barn med begränsade kunskaper i svenska?	0	0	0	4	2	7
...med barn med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism?	0	0	0	2	0	11

1= Kommunikationen försämrades mycket, 2= Kommunikationen försämrades lite, 3= Kommunikationen påverkades inte, 4= Kommunikationen förbättrades lite, 5=Kommunikationen förbättrades mycket, Typvärdet är fetmarkerat.

Personalen svarade i fritext vilka de trodde skulle ha nytta av bildstöd. Där återkom barn ur grupper som kan vara kommunikativt sårbara men även andra patientgrupper så som tandvårdsrädda personer, personer med demenssjukdomar samt personer med afasi.

Fokusgrupper

I innehållsanalysen framkom tre kategorier och totalt åtta underkategorier (tabell 6).

Tabell 6

Analys av gruppintervjuer

Kategori	Underkategori
Barns rättigheter	Vuxna ska se till att barn mår bra Rättigheter i samhället
Gå till tandläkaren	Rädsla hos tandläkaren Bestämma hos tandläkaren Kommunikation hos tandläkaren
Kallelser	Bildkallelse Textkallelse Båda kallelserna

Barns rättigheter

Barnen visade att de hade pratat om rättigheter i skolan och gav exempel på vilka rättigheter de har i samhället. De pratade också om hur de ville bli behandlade av vuxna.

Vuxna ska se till att barn mår bra. Det framkom att barn tycker att vuxna ska behandla barn på ett lugnt och snällt vis och att vuxna bär ansvar för att se till att barnen har det bra.

“-The parent should make sure that kind of all the time that the children are happy.”

Rättigheter i samhället. Barnen berättade om olika rättigheter de har, så som att gå i skolan, att ha en familj, att få sjukvård, att leka och att få göra vad man vill.

Gå till tandläkaren

Barnen berättade om vilka procedurer de varit med om i tandvården. De pratade mycket om olika aspekter av tandvårdsrädsla och vad det kan bero på. De beskrev att de kunde fatta beslut om små saker, både i tandvården och i andra sammanhang, men att vuxna bestämmer i slutändan.

Rädsla hos tandläkaren. Barnen pratade om att man kan vara rädd för tandläkare men resonerade om att det oftast inte var så farligt som de själva eller andra trodde. Vissa av barnen var inte rädda för tandläkare för att de inte hade några smärtsamma erfarenheter. Några hade varit rädda tidigare men var det inte längre, eftersom det inte varit så farligt som de trott. De flesta var överens om att tandläkaren vill dem väl.

“Sometimes you see dentists in scary movies and that makes children scared to go there but it is actually not true ‘cause they do their best not to hurt you.”

På en följdfråga om vad tandläkaren gör om man är rädd svarade barnen att tandläkaren brukar försöka vara försiktig och lugn. Tandläkaren kunde även testa instrumenten utanför munnen för att visa att det inte gjorde ont.

“It’s like when you see it you feel it’s scary and when you try it on your teeth it feels like nothing and if you feel too much scared they usually try it on your nail or something. To feel.”

Inom fokusgrupperna fanns det olika erfarenheter om vilken förkunskap de hade haft innan de gick till tandläkaren. Vissa av barnen hade inte vetat vad som skulle hända, något som de kopplade samman med rädsla. De resonerade om att man är mindre rädd om man har varit hos tandläkaren flera gånger eftersom man då har erfarenhet och kan bilda sig en uppfattning om vad som kommer att hända. Om de visste vad som skulle hända berodde det på att de hade varit där förut eller att deras föräldrar berättat för dem.

*“Maybe the first time you get a little scared, because you don’t know how...
If you’re cleaning your teeth and you don’t know how the thing that cleans
your teeth looks like and then you can get a little scared.”*

Ett barn beskrev att första gången hen skulle till tandläkaren visste varken barnet eller föräldrarna vad som skulle hända. En annan berättade att föräldrarna inte alltid berättar, även om de vet och att det kan göra att man blir rädd. Flera av barnen pratade också om att de inte hade vågat berätta för tandläkaren att de var rädda, eftersom de trodde att tandläkaren skulle bli ledsen då.

När det talades om rädsla inför att gå till tandläkaren talade barnen också om smärta vid tandvårdsrelaterade insatser.

*“Once I had an x-ray and they had these things, like photo cameras, inside
this pads and you have to put them in your mouth and it really hurts because
you have to bite on them. It hurts.”*

Flera av dem hade upplevt att det gjorde ont att gå till tandläkaren men de flesta var överens om att hela proceduren var för deras eget bästa. De pratade också om att det var svårt att säga ifrån när det gjorde ont, eftersom man har saker i munnen.

*“-/.../ it hurted a lot but I didn’t know how to say ‘stop it’ at that time when
something was in your mouth but I just recently learned how and it’s like
this: You just have to put your hand ...
-(moderator) Ah, like a stop sign?
-Yeah.”*

Bestämna hos tandläkaren. Barnen var överens om att de ibland kunde fatta egna beslut om små saker som till exempel vad de ville leka. Hos tandläkaren tyckte de att de kunde bestämma lite, till exempel om de ville ha bedövning i form av kräm eller spruta, vilken smak flourlacket skulle ha eller vilken färg de skulle få på tandborsten. De fick också välja bland leksaker eller klistermärken som belöning efteråt.

*“I got to make a decision that I didn’t want to have an injection, I wanted to
have cream ‘cause the dentist said ‘Do you want cream or do you want an
injection’ and I said ‘I would like cream.’”*

Det framkom att barnen tyckte att vuxna måste lyssna på och respektera deras åsikter eftersom barn kan ta illa upp och bli arga om de tvingas göra saker de inte vill.

*“They should like, they need to make sure if they want to do what they think
they should do because that thing might upset the children”*

I intervjuerna diskuterades vem som bestämmer, både hemma och hos tandläkaren. Barnen tyckte att det oftast var föräldrarna som bestämde hemma och att barn måste lyssna, eftersom vuxna oftast visste bäst.

*“When parents tell you what to do, they do it for your own good, not for
them.”*

Barnen tyckte dock att de ibland kunde veta bättre än vuxna.

“But sometimes you know more than them like you learn stuff in school and they’re saying the wrong thing”

En del barn upplevde att föräldrarna bestämde även hos tandläkaren.

*“(moderator) Can you decide if you don’t want to pull out a tooth?
- No, you can not.
-(moderator) Who makes that decision?
-Mum and dad.”*

Barnen var överens om att tandläkaren frågar efter deras åsikter under tandvårdsbesök men att det i slutänden är tandläkaren som fattar besluten i samråd med föräldrarna. De tyckte att tandläkaren måste bestämma eftersom det är hen som vet vad som måste göras.

“The dentist. ‘Cause they have to decide and they ask you questions to see if it’s okey and then they decide what to do with your teeth.”

Kommunikation hos tandläkaren. När barnen samtalade om hur tandläkaren brukar prata med dem upplevde de att tandläkaren mest ställer frågor om hur ofta de borstar tänderna och liknande. De uppgav att tandläkaren även pratade med deras föräldrar mer än med dem. Alla barnen utom en tyckte att det kändes okej att tandläkaren pratade om dem med deras föräldrar. Majoriteten av barnen i intervjuerna hade inte svenska som förstaspråk och därför kom det upp i diskussionen att tandläkare ibland pratade med dem på ett språk som de förvisso mestadels förstod (svenska) men som de inte var helt bekväma med. Något av barnen sa också att tandläkaren pratade engelska med föräldern men svenska med barnet.

“I think it’s annoying with so many questions. It’s so many swedish words that I don’t know.”

Kallelser

När bildstöd diskuterades fick barnen stimulusmaterial i form av en bildkallelse och en textkallelse. Båda kallelserna intresserade dem och de kommenterade och sträckte sig fram för att se. Alla var överens om att de som barn helst skulle vilja få en bildkallelse, om de fick välja.

Bildkallelse. När en vanlig kallelse med text och bildkallelsen jämfördes och diskuterades tyckte alla barnen att bildkallelsen var roligare, gjorde dem gladare och framförallt var lättare att förstå, tack vare bilderna. Den hade också mycket mer information om vad som skulle hända än vad textkallelsen hade.

“Yeah, but like, this one is easier for us to understand ‘cause there’s pictures.”

Barnen trodde att det skulle vara bra för barn att få mer utförlig och lättförståelig information om vad som kommer att hända hos tandläkaren och tänkte sig att

informationen som fanns i bildkallelsen kunde lindra eventuell oro.

*“-If you have the picture you understand what it is
-Yeah and then you’re not like worried what it’s going to be.”*

Att bildkallelsen kunde vara bra för både barn och vuxna diskuterades. Någon tyckte att både barn och vuxna kunde få bildkallelse.

“For parents and children the picture one”

Textkallelse. Flera trodde att föräldrar skulle välja textkallelsen. En anledning var att de ansåg att föräldrar inte vill ha för mycket information.

*“And this paper I think it just say what the parents want to know (pekar på textkallelsen)
...or here I think the parents would think it’s a little too much information and they don’t really want too much information...”*

Åsikten att den vanliga kallelsen med text var tråkig delades av flera barn. Vissa av barnen menade att den tråkiga egenskapen kunde vara något positivt för föräldrar.

*“-That one is boring
-Yeah that’s boring! And for parents that’s better”*

Båda kallelserna. Många åsikter fanns representerade gällande vem som skulle föredra vilken kallelse. Barnen diskuterade vilken av kallelserna som passade för gamla personer. Någon sa att gamla personer ibland inte klarar av att läsa och i så fall måste få hjälp att läsa eller få hjälp av bilder. Det rådde delade meningar om huruvida färgerna i bildkallelsen störde äldre läsare eller om det var lättare för äldre att se bilder än att se text.

Ett barn menade att de kunde vara bra att få hem båda kallelserna, en till barnet och en till föräldrarna, när ett barn blev kallat till tandläkaren.

“I would like to have both of them, one for you and one for the kid... Kids are actually kind of nervous when they go to the dentist. You can read and see what is going to happen. For kids I would recommend this one and for adults the text one.”

Även här sammankopplas förförståelse med lindring av barns oro inför tandläkarbesöket. Föräldrarna, som kanske redan visste vad som ska hända, uppfattades i det här fallet inte ha lika stort behov av informationen som fanns i bildkallelsen.

En del barn trodde att tonåringar, eller de själva när de blev lite äldre, inte skulle bry sig om vilken sorts kallelse de fick.

*“-I think you wouldn’t really care like about when you’re 20
-when you’re a teenager
- ... like from 14 to 20 you wouldn’t really care which one you get.”*

Anledningar till varför tonåringar inte skulle bry sig var bland annat att de varit hos tandläkaren många gånger och redan visste vad som skulle hända. Någon annan poängterade att äldre barn kanske måste dra ut tänder och göra nya saker som man inte gjort förut och som kunde kännas läskiga.

“- Because then we have been to the dentist and we won't be scared and we don't need like that much information.

- But when you're older sometimes usually when you're a teenager, the doctors pull out your teeth”

Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka hur ökad kommunikativ tillgänglighet, i strävan mot en universellt utformad miljö, kan påverka barns delaktighet i allmän-tandvården. För att ta reda på det gjordes en delstudie där föräldrar till barn 0-13 år och tandvårdspersonal fick skatta barns delaktighet efter användande av bildstöd. I den andra delstudien intervjuades barn i årskurs 2 om rättigheter, tandvårdssituationer samt hur de trodde att det skulle vara att få bildstöd i kallelse till tandvårdsbesök. För att kunna göra en uppskattning av delaktighet användes definitionen engagemang i en livs-situation (WHO, 2001) som i enkäterna undersöktes genom frågor om förförståelse, förståelse i situationen samt möjlighet att kommunicera.

Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt föräldrar?

Resultaten i den här pilotstudien indikerade att föräldrarna tyckte att vissa aspekter av barns delaktighet ökade vid användning av bildstöd i kallelsen och under besöket. I föräldrarnas skattning sågs tendenser till att bildstöd underlättar barnets förståelse för vad som ska hända under tandvårdsbesök. Samma tendens har setts i tidigare studier av bildstödsanvändning i sjukvård (Johansson & Wikholm, 2014). Hälften av föräldrarna svarade att bildstödet kunde underlätta barnens delaktighet. Detta gällde för samtliga påståenden. Några föräldrar svarade dock att det inte stämde. För påståendena som handlade om kallelsens inverkan på att ställa frågor och prata om besöket, vara aktiv under besöket och att vara bättre förberedd inför besöket, var det något fler som svarat att bildstödet inte hade någon underlättande effekt för barnet. Det är oklart varför fördelningen såg ut på det sättet. En förklaring skulle kunna vara att barnen kunde prata och ställa frågor även utan bildstöd och att föräldrarna därför bedömde att bildstödet inte hade någon effekt, men det skulle också kunna vara så att barnet inte kunde ställa frågor och prata trots att bildstöd användes. Forskning har visat att barn uppskattar att få behandling beskrivna i förväg och att de kan uppleva rädsla när de inte får det (Carney et al., 2003). Att bildstödet i föreliggande studie gjorde det lättare för barn att förstå vad som skulle hända skulle därmed kunna innebära att barnen kände sig tryggare i tandvårds-situationen. Det skulle i sin tur kunna skapa en positiv spiral, eftersom trygghet i situationen är en förutsättning för att förstå och ta till sig information om behandling (Klingberg et al., 2004), vilket barnet har rätt till (SFS 2008:567).

Hur påverkas barns delaktighet av bildstöd före och under tandvårdsbesök enligt tandvårdspersonal?

Personalens skattningar indikerade också att bildstöd underlättade för vissa aspekter av barns delaktighet i tandvård. Även här gällde det främst barns förståelse före och under tandvårdsbesök. För övriga påståenden skattade personalen som grupp lägre än föräldrarna, trots att färre hade svarat att påståendena inte stämde. Det innebär att de höll sig mer i mitten av svarsskalan. En orsak till mer neutrala svar skulle kunna vara att det är svårare för personal att veta vilken effekt bildstödet hade för ett enskilt barn eftersom de inte vet hur barnet brukar bete sig i liknande situationer. Tidigare studier har dock indikerat att personal ställer sig positiva till användande av bildstöd (Johansson & Wikholm, 2014). Likt föräldrarna skattade personalen lägst på påståendena som handlade om att ställa frågor och prata samt att delta aktivt under besöket. Orsaken till resultatet är oklar även här men det kan spekuleras i om personalens skattningar beror på att bildstödet kanske inte användes för att barnen skulle få prata och ställa frågor utan fungerade mer i informativt syfte. En annan fråga som kan ställas är om 'aktivt deltagande' är ett för brett begrepp som är svårt att förstå och att respondenterna på grund av det tenderade att skatta i mitten av skalan.

Vilka orsaker anges om bildstöd inte används och vad är personalens uppfattning om bildstöd efter fyra veckors användning?

Personalen angav att de inte använde bildstöd när det inte passade, barnet inte var intresserat eller när det inte behövdes. Detta stämmer delvis överens med en tidigare studie. Undantaget var att personalen i den studien angav anledningen att barnet inte förstod bilderna och att de inte angav anledningen att det inte behövdes (Johansson & Wikholm, 2014). Skillnader i resultatet kan bero på att bildstödet i föreliggande studie använts främst till barn utan kommunikationssvårigheter som inte hade svårigheter med att förstå bildstödet, medan tidigare studier huvudsakligen innefattat barn som haft kommunikativa svårigheter (Johansson & Wikholm, 2014). Personalen i föreliggande pilotundersökning angav att de tyckte att bildstödet var onödigt när barnet förstod utan bilder. Det är naturligt att välja det mest effektiva sättet att kommunicera, ibland innebär det användning av kommunikationsstöd, ibland inte. En orsak som gavs till att bildstöd inte behövdes var att barnet koopererade bra ändå. En fråga som väcks utifrån detta är om de, mer än hälften av barnen, som fick bildstöd under besöket inte koopererade utan bildstöd eller om personalen använde bildstöd även om det inte fanns ett behov. Om alla barn som fick bildstöd faktiskt hade behov av ökad kommunikativ tillgänglighet indikerar det att det finns stora vinster med att använda bildstöd i allmäntandvården. Utvärderingsenkäten indikerade att personalen tyckte att bildstöd under besöket förbättrade Kooperationen med barn som grupp, vilket är positivt för barns tandhälsa eftersom Kooperation är en förutsättning för att genomföra undersökning och behandling (Pilebro, 2006).

Personalen använde oftare bildstöd under besök med små barn. Äldre barn fick i lägre utsträckning ta del av bildstöd under besök, vilket kan tolkas som att personalen ansåg att de inte hade behov av bildstöd eller att det var mest effektivt att kommunicera med talat språk. Det kan spekuleras i om det finns en rädsla för att kommunikativa

anpassningar skulle vara kränkande för individer som inte behöver dem (1177 vårdguiden, 2015). Om alla erbjöds bildstöd i så stor mån som möjligt skulle den allmänna tillgängligheten öka och kanske skulle även acceptansen angående kommunikationsstödjande insatser öka. Ett exempel där bilder som stöd redan förekommer i universellt format är i IKEAs monteringsmanualer (1177, vårdguiden, 2015).

Enkätstudien genomfördes under de fyra första veckorna av KomHIT-modellens implementering på klinikerna. Bildstödsanvändning var därför helt nytt för personalen, vilket antagligen påverkade hur de besvarade enkäterna. En stor andel av enkäternas påståenden var obesvarade. Det berodde på att enkäter fylldes i vid så många besök som möjligt och oavsett om barnet fått bildstöd endast i kallelsen eller endast under besöket. Andelen som inte svarat gav på så sätt en indikation på hur bildstöden användes i praktiken. När personalen nämnde tid som en negativ aspekt av bildstödsanvändning föreföll det handla om att skriva ut och posta bildkallelser. Det skulle också kunna handla om att de upplevde att bildstöd gjorde besöket mindre effektivt, men en undersökning av hur mycket tid bildstödsanvändningen tagit rymdes inte inom aktuell studie. Personalen verkade ändå vara nöjda med bildstödetts effekt och de flesta svarade att de kommer att fortsätta använda bildkallelsen och ha bildstöd tillgängligt vid besök.

Hur fungerar bildstöd i kommunikation med kommunikativt sårbara barn enligt personalen?

Av insamlad data rörde endast en liten del kommunikativt sårbara barn,. Många i personalen hade inte hunnit träffa några barn ur denna grupp under tiden som enkäterna fylldes i. Datamängden var därför för liten för att göra några stora generaliseringar. Personalen uppgav i utvärderingsenkäterna att de trodde att bildstöd skulle kunna vara bra till kommunikativt sårbara grupper med både barn och vuxna. Tidigare studier indikerade att kommunikativt sårbara barn hade svårigheter även när den kommunikativa tillgängligheten ökade, till exempel genom användning av AKK (Johansson & Wikholm, 2014). Det kan bero på att deras behov av ökad tillgänglighet var stor och att det kan krävas mer omfattande anpassningar för att deras delaktighet ska bli likställd med andra barns. Det är dock viktigt att tänka på att även till synes små framsteg i kommunikationen med kommunikativt sårbara barn kan göra stor skillnad för den personens upplevelse av situationen. Även om föreliggande studie inte kunnat utvärdera bildstödetts effekt för barn med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism så har tidigare forskning visat att barn med autism har stor nytta av bilder som stöd (Chebuhar et al., 2013; Pilebro, 2006). Med tanke på att kontakten med tandvården är långvarig kan en anpassad kommunikativ miljö vara det som avgör om tandvårdssituationen fungerar vid nästa tillfälle eller inte (Pilebro, 2006). Några ur personalen gav som förslag att bildstöd skulle kunna vara bra också för äldre patienter med demenssjukdomar eller afasi. Det framkom även i intervju med vårdpersonal i Johansson & Wikholm (2014).

Vad är skolbarns åsikter om sina rättigheter, tandvårdssituationer och om bildstöd i kallelse?

I fokusgrupperna med barn användes inte begreppet delaktighet eftersom det är ett abstrakt begrepp och författarna ville undvika att styra barnens tankar genom att förklara begreppet. Trots det kom barnen själva in på ämnen som anknyter till delaktighet som en känsla av engagemang i en livssituation.

Det framgick i fokusgruppen att barnen tyckte att vuxna bär ansvar för barns välmående och att barn behöver vuxna. De resonerade om att vuxna vill dem väl och måste bestämma över dem ibland men att det är deras rättighet att få välja vissa saker själva och att få säga ifrån när de inte vill något. Beskrivningen som framkom i fokusgrupperna om hur barn vill att vuxna ska vara liknar beskrivningen som Carney et al. (2003) fick när barn beskrev god kommunikation i sjukvårdssituationer.

Barnen uttryckte att tandläkarbesök kunde göra dem och andra barn oroliga och rädsla. Även Pilebro (2006) menar att det finns många aspekter av tandvårdssituationen som kan vara stressande. Det framkom att barn inte alltid berättar när de är rädda eller när de inte förstår. Det är ytterligare ett argument för att med hjälp av universell utformning öka alla barns förståelse i tandvårdssituationer eftersom man inte kan veta vem som behöver extra stöd. Forskning har visat att förförståelsen inför tandvårdsbehandlingar varierar (Rodd et al., 2013; Socialstyrelsen, 2013), detta framkom även i föreliggande studies fokusgrupper. Barnen i intervjuerna menade att de blev oroliga av att inte veta riktigt i förväg vad som skulle hända, till exempel inför första tandvårdsbesöket eller om de skulle vara med om något nytt. Barnen uttryckte att förförståelse och familjaritet kunde förebygga och minska oro. Flera av barnen hade upplevt att det gjorde ont att gå till tandläkaren och att det var lite skrämmande, men de hade också förståelse för att de måste lyssna på vuxna eftersom de vill väl och tandläkaren gör sitt bästa. Resultatet från fokusgrupperna angående vikten av förförståelse, att vuxna ska vara snälla samt om rädsla går i linje med tidigare forskning där barn tillfrågats om sin vård (Shilling et al., 2012; Carney et al., 2003).

Barnen verkade värdesätta att bli lyssnade på och uttryckte att de trodde på sin egen förmåga att fatta beslut som rör dem själva samt att de ibland kan veta bättre än vuxna. Det stämmer överens med vad Coyne (2006) kom fram till i sin studie, där barn själva beskrev att de måste få känna sig delaktiga genom att få information, att tillfrågas och få utrymme att diskutera för att kunna förbereda sig inför behandlingar. Barn och deras föräldrar har rätt till information om barnets tandvård och tandhälsa (SFS 1985:125 3b-4a§) och tandvårdsverksamheter måste enligt lag värna om patientens integritet och själv-bestämmande (SFS 1985:125 3-3a§). I tidigare studie har man sett att barn inte känner sig helt delaktiga i behandlingsbeslut i tandvården men att de kan få välja vid mindre beslut (Rodd et al., 2013). Barnen i fokusgrupperna hade en liknande uppfattning om beslutsfattande. De tyckte även att vuxna fattade besluta för barnens eget bästa. Klingberg et al. (2004) benämner detta som vikarierande autonomi, vilket innebär att föräldrar och vårdpersonal ibland måste fatta beslut, men med barnets integritet i fokus.

Barnen i fokusgrupperna var positiva till bildkallelsen. De skulle själva föredra att få en sådan kallelse om de hade möjlighet att välja. Vissa av barnen tyckte att den även skulle passa till tonåringar, vuxna och äldre medan andra barn tyckte att bildkallelsen endast var för barn. Bildkallelsen ansågs ge mer information om besöket än en traditionell kallelse. Barnen uppmärksammade detta som något positivt för barn. Informationsblad särskilt riktade till barn har i tidigare studier visat sig minska oro hos både föräldrar och barn (Carney et al., 2003).

Sammanfattningsvis kan sägas att resultatet i den här studien pekar mot att användning av bildstöd i allmäntandvården kan öka barns delaktighet, om än mer tveksamt i vissa avseenden. Barnen i fokusgrupperna tycktes förvisso inte uppleva stora problem med kommunikation, och såg sig själva som ganska delaktiga trots att de ansåg att det är vuxna som bestämmer. Det finns dock inga basdata för hur barns delaktighet var utan bildstöd och därför ingen mätning på hur mycket delaktigheten ökade med bildstöd. Även om inte alla barns delaktighet ökade av bildstödsanvändning försämrade det inte delaktigheten för någon. En insats för att öka tillgängligheten, så som punktskrift eller rullstolsramper, i strävan mot universell utformning behöver inte innebära en positiv effekt för alla. De flesta påverkas inte alls av den sortens insatser men det gör stor skillnad för de personer som faktiskt behöver det. Verksamheter är skyldiga att öka sin tillgänglighet så att alla kan vara lika delaktiga (SFS 2008:567; Diskrimineringsombudsmannen, 2015). Även tandvårdslagen slår fast att tandvård ska ske på lika villkor för alla (SFS 1985:125 2§). Då behövs en ökad kommunikativ tillgänglighet.

Studiens styrkor och svagheter

Studien hade en mixad design vilket innebar att två delstudier med olika metod genomfördes för att granska barns delaktighet i allmäntandvård genom barns perspektiv och genom barnperspektiv (Nilsson et al., 2015). Hur man forskar om barn är beroende av och påverkar synen på barn (James & Prout, 1997). I den aktuella studien var det viktigt att låta barn själva komma till tals eftersom barn har rätt att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem själva (SOU 1997:116).

Påståendena i personal- och föräldraenkäten var positivt laddade och skattades från *1, Stämmer inte alls* till *5, Stämmer helt*. Det gick därmed inte att skatta att bildstödet skulle ha en negativ effekt. Utifrån vad tidigare forskning visat är det rimligt att anta att bildstöd påverkar barns delaktighet positivt men formuleringen av enkäterna kan ses som en begränsning i den aktuella studiens utförande. Det blir också något tvetydigt att svarsalternativ *3, stämmer varken bra eller dåligt* kan tolkas som att bildstödet inte hade någon effekt samtidigt som alternativ *1, stämmer inte alls* inte behöver betyda att bildstödet var negativt utan helt enkelt att det positivt laddade påståendet inte stämde. För att kontrollera eventuell negativ påverkan utformades skattningsskalan i personalens utvärderingsenkät så att alternativet gick från *1, Försämrades mycket* till *5, Förbättrades mycket*. Ingen skattade att bildstödet hade haft en negativ påverkan, vilket är en viktig upplysning.

I enkäterna fanns en fråga om vilket som var barnets modersmål. Syftet med frågan var att få in data om barn som var kommunikativt sårbara på grund av för lite kunskaper i

svenska språket. Frågan var dock bara ifylld ett fåtal gånger. En anledning till det kan ha varit att personalen inte visste vilket som var barnets modersmål eller att föräldrar med begränsade kunskaper i svenska inte fyllde i enkäten. Frågan kunde dessutom ha ställts så att fokus låg på barnets språkkunskaper istället för vilket språk som var barnets modersmål. Även föräldrarnas svensk-kunskaper hade kunnat efterfrågas eftersom brister i föräldrarnas kommunikation med tandvården kan göra barnet kommunikativt sårbart.

Deltagarna i fokusgrupperna hade inte tagit del av KomHIT-implementeringen på klinikerna. I första hand rekryterades barn som hade besökt klinikerna och tagit del av bildkallelsen eller bildstöd vid besöket men på grund av för få intresseanmälningar kunde ingen fokusgrupp genomföras med de barnen. Däremot kunde man ha gjort en djupintervju med det enda barn som anmälde intresse, men vi var intresserade av att få ta del av många barns åsikter om rätten att kommunicera... Med deltagarna från den internationella skolan kunde diskussioner föras kring barns rättigheter, hur de vill bli behandlade och generellt om hur barn upplever att delaktighet fungerar under tandläkarbesök utan bildstöd samt spekulativt om hur det skulle vara att få en bildkallelse. De hade också ett flerspråkigt perspektiv på kommunikation, vilket vi bedömde skulle bidra till insikter om vad det innebär att vara i en kommunikativt sårbar situation.

Den aktuella studiens resultat stämmer överens med tidigare forskning och kan ur den aspekten antas vara överförbara. Från fokusgrupper kan man dock inte dra breda, generella slutsatser om populationer utan metoden handlar snarare om att få förståelse för människors världsbild och tolkning av ett problemområde (Wibeck, 2010).

Kliniska implikationer och vidare forskning

Tandvårdspersonalen i den aktuella studien ville fortsätta att använda bildkallelsen men upplevde att det var tidsödande att skriva ut och posta kallelsorna jämfört med att skicka kallelser via mejl. Det skulle kunna ordnas genom att bildkallelser läggs in i elektroniska system så att de enkelt och snabbt kan skickas via mejl. Personalen märkte att många föräldrar inte hade gått igenom bildkallelsen med barnen. En uppmaning i kallelsen till föräldrarna skulle kunna göra skillnad för barnets delaktighet.

Personalens åsikter och deras praktiska användning av KomHIT-modellen kan vara en viktig vägledning i hur den fungerar. Därför bör kliniker där KomHIT-modellen har använts under en längre period utvärderas. Hur personalen använder bildstödet i praktiken kan säga något om var och när det är mest effektivt. Det kan också säga något om stigman som finns kring hjälpmedel för kommunikation och förståelse. Att ytterligare undersöka uppfattningar och fördomar som finns angående användning av bildstöd skulle kunna förtydliga hur stort behovet egentligen är och vilka hinder som finns i spridningen av universella tillgänglighetsåtgärder. Vidare bör det utvärderas hur KomHIT-modellen fungerar för exempelvis äldre med demens eller afasi.

Att föräldrar har begränsade kunskaper i svenska kan indirekt göra barn kommunikativt sårbara i en vårdssituation. I vidare forskning kan enkäter på flera språk öka möjligheten för föräldrar med begränsade kunskaper i svenska att delta och bidra till mer kunskap

om barn som är kommunikativt sårbara. Personalen såg också ett behov hos gruppen asylsökande som de trodde kunde hjälpas av bildstöd. De önskade i utvärderingsenkäterna att bildstödet skulle finnas tillgängligt med text på flera språk eftersom vissa patienter med begränsade kunskaper i svenska hade haft svårt att förstå bilderna. De personer som är nya i landet kan förutom språket ha en annan vårdkultur och helt andra erfarenheter av vårdsituationer. Inom KomHIT-projektet har bildstöd skapats för kommunikation med människor på flykt. De bildkartorna finns tillgängliga på flera språk (KomHIT, 2016).

Sammanfattningsvis indikerar studien att bildstöd kan öka delaktigheten för vissa barn i allmäntandvården. Resultatet replikerar tidigare forskning som visar att bildstöd har en positiv effekt för personer i vårdsituationer (Pilebro, 2006; Johansson och Wikholm, 2014; Chebuhar et al., 2013; Thunberg et al., 2015; Thunberg et al., 2015; Vantaa Benjaminsson et al., 2015). Därför bör KomHIT-modellen implementeras vidare. Det är viktigt att barn som känner oro, har nedsatt förståelse eller på ett eller annat vis är kommunikativt sårbara får de åtgärder som behövs för att uppnå den delaktighet de har rätt till (SOU 1997:116; DS 2008:23 FN).

Referenser

- Bengtsson, L., & Mogren, Å. (2014) Using pictorial support to prepare children with communicative disability for dental care. *Journal of Disability and Oral Health*, 15, 73. Hämtad från http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/10/JDOH_15-3_FINAL.pdf
- Carey, M, A., & Asburey, J, E. (2012). *Focus Group Research*. Kalifornien: Left Coast Press.
- Carney, T., Murphy, S., McClure, J., Bishop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., Shields, C., & Wilson, L. (2003). Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 7, 27-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12665339>
- Chebuhar, A., McCarthy, A-M., Bosch, J., & Baker, S. (2013). Using picture schedules in medical settings for patients with an autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 125-134.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x
- Christensen, P., & James, A. (2000). *Research with children. Perspectives and practices* (2:a upplagan). Oxon: Routledge.
- Diskrimineringsombudsmannen. (2015). *Bristande tillgänglighet*. Hämtad 2015-11-27, från <http://www.do.se/om-diskriminering/vad-ar-diskriminering/#bristande-tillganglighet>
- DS (2008). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. (DS 2008:23). Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Folktandvården. (2015). *Om Folktandvården*. Hämtad 2015-11-27, från <http://www.folktandvarden.se/om-folktandvarden/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.

- Hansson Orwehag, M. (2013). Barnintervjun -ur barnperspektiv och barns perspektiv. I S. Erlandsson, & L. Sjöberg (red.), *Barn- och ungdomsforskning. Metoder och arbetssätt* (ss. 157-174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hemsley, B., & Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 329–343. doi: 10.3109/07434618.2014.955614
- Hemsley, B., Kuek, M., Bastock, K., Scarinci, N., & Davidson, B. (2013). Parents and children with cerebral palsy discuss communication needs in hospital. *Developmental Neurorehabilitation*, 16, 363–374.
- Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2014). Views of allied health and nursing staff on communication with children with cerebral palsy and complex communication needs in hospital. *Developmental Neurorehabilitation*, 17, 156–166.
- Hjälpmiddelsinstitutet. (2006). *Test av befintliga bildsymboler - utifrån konceptet design för alla*. Hämtad 2015-11-27, från [http://www.sis.se/PageFiles/2336/Test_av_befintliga_bildsymboler\[1\].pdf](http://www.sis.se/PageFiles/2336/Test_av_befintliga_bildsymboler[1].pdf)
- Hjälpmiddelsinstitutet. (2010). *Testresultat - bildsymboler för många fler 2007/2008*. Hämtad 2015-11-27, från <http://www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2010/10313-pdf-testresultat-bildsymboler-for-manga-fler-2007-2008.pdf>
- Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Johansson, M., & Wikholm, J. (2014). *Pilotutvärdering av KomHIT: Hur uppfattar vårdpersonal och föräldrar bilder som kommunikationsstöd i barnsjukvård?* (Magisteruppsats). Göteborgs universitet: Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborg.
- James, A., & Prout, A. (1997). *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (2:a upplagan). London: Falmer.
- Klingberg, G., Lundin, S-Å., Dahllöf, G., Erlandsson, A-L., Grindefjord, M., Hallström, U., Koch, G., & Stecksén-Blicks, C. (2004). Etik i barn- och ungdomsvården. Värdegrund och rekommendation från pedodontiföreningen. *Tandläkartidningen*, 96, 58-62.
- KomHIT. (2016). *Kommunikationsstöd i vårdsituationer*. Hämtad 2016-04-08, från www.kom-hit.se
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den Kvalitativa Forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Krueger, R. (1998). *Focus Group Kit 3. Developing questions for focusgroups*. California: SAGE Publications.
- Nilsson, S., Björkman, B., Almqvist, A-L., Almqvist, L., Björk-Willén, P., Donohue, D., “...” & Hvit, S. (2015). Children’s voices – Differentiating a child perspective from a child’s perspective. *Developmental Neurorehabilitation*, 18, 162-168.
- Pilebro, C. (2006). *Children with autism in dental care -Visual pedagogy and parents’ views of dental health care*. Licentiatavhandling, Umeå universitet: Medicinska fakulteten, Umeå.
- Rindstedt, C. (2013). *Barn möter vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Rodd, H. D., Hall, M., Deery, C., Gilchrist, F., Gibson, B., & Marshman, Z. (2013). Video diaries to capture children’s participation in the dental GA pathway. *European Academy of Paediatric Dentistry*, 14, 325–330. Doi: 10.1007/s40368-013-0061-4

- SFS (1985). *Tandvårdslag*. (SFS 1985:125) Stockholm: Socialdepartementet
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125
- SFS (2008). *Diskrimineringslag*. (SFS 2008:567). Stockholm: Kulturdepartementet
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013-Tandvård-Indikatorer och underlag för bedömningar*. Hämtad 2016-05-12, från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-4-2>
- Shilling, V., Edwards, V., Rogers M., & Morris, C. (2012). The experience of disabled children as inpatients: a structured review and synthesis of qualitative studies reporting the views of children, parents and professionals. *Child: care, health and development*, 38, 778-788. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01372.x
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. California: SAGE Publications
- SOU (1997) *FN:s konvention om barnets rättigheter*. (SOU 1997:116)
- Thunberg, G., Buchholz, M., & Nilsson, S. (2015). Strategies that assist children with communicative disability during hospital stay: Parents' perceptions and ideas. *Journal of Child Health Care*, 19, 1–10.
- Thunberg, G., Johansson, M., & Wikholm, J. (2015). Meeting the Communicative Rights of People with Autism - Using Pictorial Supports During Assessment, Intervention and Hospital Care. I M. Fitzgerald (red.), *Autism Spectrum Disorder - Recent Advances*. doi: 10.5772/59838
- Thunberg, G., Törnhage, C.-J., & Nilsson, S. (2016). Evaluating the impact of AAC interventions in reducing hospitalization-related stress: Challenges and possibilities. Accepted for publication in *Augmentative and Alternative Communication*
- Trost, J. (1997). *Metodik för framtagande av enkäter*. Ängelholm: Kommunlitteratur.
- Vantaa Benjaminsson M., Thunberg, G., & Nilsson, S. (2015) Using Picture and Text Schedules to Inform Children: Effects on Distress and Pain during Needle-Related Procedures in Nitrous Oxide Sedation. *Pain Research and Treatment*, 2015, doi:10.1155/2015/478503
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper - om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve: World Health Organization.
- 1177 Vårdguiden, Västra Götalandsregionen. (2015). *Reportage: Bilder lugnar och förklarar för barn inom vården*. Hämtad 2016-04-08, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Bildstod-i-varden/>