HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är 8 månader

- En intervjustudie.

Anna Stolt Sara Sjöholm

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2019

Barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är 8 månader.
- En intervjustudie

Childcare nurse's experiences of home visits when the child is 8 months old.
- An interview study

Författare: Sara Sjöholm och Anna Stolt

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Distriktsköterskeprogrammet med inriktning mot folkhälsa

Handledare: Pia Alsen

Examinator: Anette Ekström-Bergström

Sidor: 22

Månad och år: Maj, 2019

Sammanfattning

Bakgrund: Hembesök till alla nyblivna föräldrar är grundläggande inom svensk barnhälsovård (BHV). Enligt det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet ska alla familjer erbjudas två hembesök från barnhälsovården, det första när barnet är nyfött och det andra när barnet är åtta månader. Barnhälsovårdssjuksköterskan har en central roll inom barnhälsovården som genom ett nationellt program erbjuder insatser till alla barn och deras föräldrar men också riktade insatser till barn med särskilda behov i syfte att främja barns hälsa, välbefinnande och utveckling. Få svenska studier finns som beskriver BHV-sjuksköterskans erfarenheter av hembesök då barnet är 8 månader.

Syfte: Syftet med föreliggande studie var att belysa BHV- sjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är åtta månader.

Metod: En kvalitativ deskriptiv innehållsanalys med induktiv ansats har använts som analysmetod och nio BHV-Sjuksköterskor inom Västragötalandsregionen har intervjuats.

Resultat: BHV-sjuksköterskorna var positiva till att vara i barnets och familjens hemmiljö. I hemmiljön kunde information, råd och stöd tydligare ges samt kopplas till barnet och familjens miljö lättare än vid mötet på BVC. Hembesöket gav BHV-sjuksköterskan möjlighet skapa sig en helhetsbild av familjen samt relationen till familjen upplevdes djupare.

Slutsats: Hembesöket när barnet är åtta månader upplevdes värdefullt och gav ett mervärde till BVH -sjuksköterskornas hälsofrämjande arbete. Även en bättre förståelse för familjen skapades när BHV sjuksköterskan såg familjen i sin hemmiljö. Hinder för att utföra hembesöken skildrades även som brist på tid och personal.

Nyckelord: Barnhälsovård, BHV-sjuksköterska, Hembesök, åtta-månaders ålder, Familjefokuserad omvårdnad, Intervjuer.

Abstract

Background: Home visits to all new parents are fundamental in Swedish child health care. According to the new National Child Health Program, all families must be offered two home visits from the child health care service, the first when the child is newborn and the other when the child is eight months. Child health nurses (CHN) has a central role in child health care, which through a national program offers initiatives to all children and their parents but also directed efforts to children with special needs in order to promote children's health, well-being and development. Few Swedish studies are available that describe the CHN´s experience of home visits when the child is 8 months old.

Aim: To highlight child health nurses experience of home visits when the child is 8 months old.

Method: A qualitative descriptive content analysis with inductive approach has been used as an analysis method and nine CHN´s within the Province of Västra Götaland (Sweden) have been interviewed.

Result: The result showed that the child health nurses were positive to be in the child's and family's home environment. In the home environment, information, advice and support could be given more clearly and directly connected to the child and the family's environment, this more easily than during the meeting at the Child Health Centre. The home visit gave the CHN´s the opportunity to create an overall picture of the family and the relationship with the family was deeper.

Conclusion: The Child Health Nurses' of this study describe the home visit when the child is 8 months as valuable and that it provided added value to the CHN´s health promotion work. Also, a better understanding of the family was created when the CHN´s saw the family in their home environment. Obstacles to performing home visits were also portrayed by the CHN´s as lack of time and practical obstacles.

Keywords: Child health care, child health nurse, eight month -old child, home visits, family-focused nursing care, interviews

Populärvetenskaplig sammanfattning

Hembesök till alla nyblivna föräldrar är grundläggande inom svensk barnhälsovård (BHV). Alla föräldrar ska erbjudas att ta del av barnhälsovårdsprogrammet där barnhälsovårdssjuksköterskan har en central roll inom barnhälsovården vars syfte att främja barns hälsa, välbefinnande och utveckling.

Hembesöket när barnet är 8 månader är ett utmärkt tillfälle att studera barnet och familjen i sin naturliga miljö vilket ger BHV-sjuksköterskan en värdefull inblick i familjens vardagliga liv.

Enligt det nyligen införda barnhälsovårdsprogrammet ska alla familjer erbjudas två hembesök från barnhälsovården, det första när barnet är nyfött och det andra när barnet är åtta månader.

Under vår verksamhetsförlagda utbildning och i diskussioner med kollegor inom Barnhälsovården uppmärksammade vi att hembesöken inte alltid genomfördes på grund av tidsbrist. Vi fann det därför angeläget att studera detta hembesök utifrån distriktsköterskans hälsofrämjande perspektiv.

Syftet med studien var att belysa BHV- sjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är åtta månader. Vi intervjuade nio erfarna BHV-sjuksköterskor i Västragötalandsregionen som var verksamma både på privata och offentliga mottagningar på Barnavårdscentral (BVC). Metoden vi använda oss av för att analysera intervjumaterialet var en kvalitativ innehållsanalys.

I vår studie framkom att BHV-sjuksköterskorna var positiva till att besöka familjen i deras hemmiljö. I hemmiljön kunde information, råd och stöd tydligare ges och lättare kopplas till barnet och familjens miljö än vid mötet på BVC. Hembesöket gav BHV-sjuksköterskan möjlighet skapa sig en helhetsbild av familjen och relationen till familjen upplevdes djupare. Det fanns en vilja hos BHV-sjuksköterskorna att utföra hembesöken då barnet är åtta månader dock upplevdes det tidskrävande och ibland att resurserna inte riktigt fanns.

Genom att belysa BHV-sjuksköterskans erfarenheter av hembesök när barnet är åtta månader hoppas vi påvisa betydelsen av att hembesöket vid åtta månades ålder införts i barnhälsovårdprogrammet och att det genomförs. Studiens resultat visar att hembesöket vid åtta månader är värdefullt då det ger bättre förutsättningar att se hela familjen och anpassa råd och stöd, en bättre förståelse för familjen uppnås och ger ett mervärde till BHV- sjuksköterskornas hälsofrämjande arbete.

Studiens resultat visar att BHV -sjuksköterskor i vissa fall upplever svårigheter med att genomföra hembesöken och en tveksamhet kring att alla familjer skulle erbjudas hembesöken. Med studiens resultat hoppas vi kunna bidra till att hembesöken prioriteras och genomförs då hembesöken gynnar familjerna och BHV-sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

Tillkännagivande

Vi vill börja med att uttrycka ett stort tack till BHV-sjuksköterskorna som deltagit med sina erfarenheter i studien. Därefter vill vi tacka vår handledare Pia Alsen för fint stöd och god handledning.

Innehåll

Inledning **1**

Bakgrund **1**

Barnhälsovårdens funktion 1

Hembesökets roll och betydelse 3

Familjefokuserad omvårdnad som teori 4

Problemformulering **5**

Syfte **5**

Metod **5**

Design 5

Kontext 6

Urval 6

Datainsamling 6

Analys 6

Etiska övervägande **8**

Resultat **9**

Att kunna utgå från hemmiljön 10

Relationen utvecklas vid hembesöket 11

Hela familjen ses i hembesöket 12

Att kunna erbjuda stöd 12

Hinder för att kunna genomföra hembesöket 143

Diskussion **14**

Resultatdiskussion 14

Metoddiskussion 16

Slutsats **19**

Förslag till klinisk tillämpning **19**

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling **19**

Referenser **200**

Bilagor

I Informationsbrev verksamhetschef

II Informationsbrev Barnhälsovårdssjuksköterskor

Inledning

Hembesök från BHV (barnhälsovården) och besök på barnavårdscentralens mottagning är grundläggande och erbjuds till alla nyblivna föräldrar inom svensk barnhälsovård. Många gånger är detta det första mötet mellan Barnhälsovårdens sjuksköterska (BHV), barnet och föräldrarna. Alla föräldrar ska bli erbjudna att ta del av barnhälsovårdsprogrammet som inkluderar tiden fram till att barnet börjar skolan. BHV-sjuksköterskan har en central roll inom barnhälsovården som genom ett nationellt program erbjuder insatser till alla barn och deras föräldrar men också riktade insatser till barn med särskilda behov i syfte att främja barns hälsa, välbefinnande och utveckling (Socialstyrelsen, 2014).

År 2010 startades den så kallade Evelinagruppen i Sverige. Den bestod av företrädare från barnhälsovårdens olika professioner som samlats på uppdrag från Socialstyrelsen för att identifiera förbättring samt utvecklingsmöjligheter inom barnhälsovården. Teamet slutförde en kartläggning utifrån våra nordiska grannländer och England, som resulterade i vissa reformer i det svenska barnhälsoprogrammet. Enligt det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet ska alla familjer erbjudas två hembesök från barnhälsovården, det första när barnet är nyfött och det andra när barnet är åtta månader. Fokus i hembesöket till barn vid åtta månaders ålder ska läggas på samtal med föräldrarna om barnets hälsa och utveckling samt föräldrarollen, barnsäkerhet och familjens vardagsliv. Dessutom utförs en språklig bedömning, en kontroll av barnets utveckling och en kontroll av att barnet uppfattar ljud enligt föräldern (Lindfors, 2019). Hembesöket till barn som är åtta månader infördes nyligen i barnhälsovårdsprogrammet och vi finner det därför angeläget att studera detta område ur distriktsköterskans hälsofrämjande perspektiv. Vi har under praktik och i diskussioner med kollegor inom Barnhälsovården uppmärksammat att man har svårt att genomföra hembesöken på grund av tidsbrist och därför avstår trots att det står med som en del i den allmänna vägledningen från Socialstyrelsen (2014). Denna studie belyser BHV-sjuksköterskans erfarenheter av hembesök när barnet är vid åtta månaders ålder.

Bakgrund

Barnhälsovårdens funktion

Enligt Socialstyrelsen (2014) vänder sig barnhälsovården till barn från 0–6 år. En BHV-sjuksköterska skall vara legitimerad sjuksköterska med en specialistkompetens som distriktsköterska eller barnsjuksköterska. Alla föräldrar skall bli erbjudna att ta del av barnhälsovårdsprogrammet men det är upp till föräldern att tacka ja eller nej till erbjudandet. Målet för barnhälsovården är att bidra till bästa möjliga fysiska och psykiska och sociala hälsa för barn. Det handlar om att främja barns hälsa och deras utveckling, förebygga ohälsa samt bidra till att åtgärda problem kopplade till barns utveckling, hälsa och uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2014). För att barnhälsovårdens mål skall uppnås behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar och insätta förstärkta insatser till barn och föräldrar när det finns behov av dessa. Dessa insatser finns beskrivna i det nationella barnhälsovårdsprogrammet (Reuter, 2018). Uppgifter för barnhälsovården är att främja hälsosamma relationer i familjen, förebygga riskförhållanden och tidigt uppmärksamma och åtgärda situationer där barn misstänks fara illa eller riskerar att fara illa genom att vara uppmärksam på förhållanden i barns närmiljö. De specifika målen för barnhälsovården är

främja barns utveckling och hälsa samt att förebygga ohälsa genom tidiga insatser. Professionsföreträdare inom barnhälsovården har tagit fram en nätbaserad, nationell Rikshandbok som beskriver innehåll, metoder och kunskapsunderlag för arbetet inom barnhälsovården. Målet med handboken är att uppnå nationellt likvärdig barnhälsovård (Socialstyrelsen, 2014). Det är Socialstyrelsens vägledningsdokument som skapar ramar för barnhälsovården medan det nationella barnhälsovårdsprogrammet ger konkreta råd för hur arbetet skall utföras. Det nationella barnhälsovårdsprogrammet finns presenterat i rikshandboken (Reuter, 2018).

Förebyggande och hälsofrämjande arbete
Barnhälsovårdens arbete utgörs till stor del av ett förebyggande och hälsofrämjande arbete. Det kan handla om att ge stöd och stärka föräldrar i sin föräldraroll samt att uppmärksamma barnet i familjen som helhet. BHV-sjuksköterskan behöver ha en god kunskap om risker och riskfaktorer som rör barnsäkerhet, fysisk aktivitet, sömn, amning, mat och miljö. Risker i barns hemmiljö kan också handla om föräldrars tobak och alkoholvanor. Arbetet med barn och familj kan beskrivas som ett partnerskap där det till stor del handlar om att bygga en god relation mellan BHV-sjuksköterskan och familjen (Socialstyrelsen, 2014).

Kommunikation med föräldrar och barn
Att kunna kommunicera med föräldrar och barn i olika situationer är en betydelsefull del av BHV-sjuksköterskans dagliga arbete. Det kan tex handla om råd och stöd vid vaccinering, frågor om sömn och allmän osäkerhet kring sitt barn. Enligt kompetensbeskrivningen för distriktsköterska från svensk sjuksköterskeförening (2008) skall sjuksköterskan ha goda färdigheter i att kunna kommunicera, vara lyhörd och visa empati.

En god kommunikation mellan vårdpersonal, föräldrar och barn är nödvändig för att skapa en god relation. Kommunikationen kan ses som ett partnerskap, dock behöver ofta vårdpersonal utveckla färdigheter inom just kommunikation. Kommunikativa färdigheter kan utvecklas genom övning. Hinder kan handla om bristande tid, språkförståelse eller personligt engagemang (Lawrence et al, 2016).

En svensk empirisk studie visade att frågor gällande barnets utveckling, måltidsituationer samt dagliga rutiner var de ämnen som diskuterades mest frekvent vid kontakt med BVC. Andra vanligt förekommande ämnen rörde frågor om barnets kropp såsom utslag, eksem, kolik, växtvärk samt kräkningar. Mindre förekommande ämnen var de som gällde mamma-barn samt pappa-barn interaktionen som samspel och anknytning till barnet (Baggens, 2004).

Barnhälsovårdens arbete enligt riktlinjer och lagar
Barnhälsovården arbetar utifrån barnkonventionen där det främsta målet är att barnets bästa alltid ställs i centrum. Barnkonventionen består av 54 artiklar som innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Dessa artiklar innehåller fyra huvudområden: alla barn har samma rättigheter och lika värde, barnets bästa skall alltid komma först i alla beslut som rör barn, alla barn har rätt till liv, utveckling samt att alla barn har rätt att utrycka sin mening och bemötas med respekt (Förenta Nationerna,1989).

I hälso- och sjukvårdslagens (HSL) 1§, 3 kap. definieras vad som är målet för all hälso- och sjukvård och därmed också barnhälsovården: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Vården ska ges med hänsyn för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (HSL, 2017;30).

Barnhälsovården skall enligt patientsäkerhetslagen (PSL) utföra sitt arbete och sina insatser i överenstämmelse med vetenskap och beprövad forskning ett så kallat evidensbaserat arbetssätt skall råda på arbetsplatsen (Patientsäkerhetslagen, 2010;659).

Barnhälsovården skall följa det nationella barnhälsovårdsprogrammet innehållande föräldrastöd, tillväxtundersökning, vaccinationer och hälsoövervakning (Reuter, 2018).

Hembesökets roll och betydelse

Information om strukturerade hembesök finns redan från år 1901 i Sverige. Hembesöket ger ofta en mer jämlik relation mellan föräldrar och BHV- sjuksköterska än besöken på BVC. Att barnhälsovårdens insatser erbjuds till alla är en medveten strategi som är central för barnhälsovården. Genom att erbjuda alla insatser, utan att föräldrar sökt hjälp eller att någon har identifierat att barnet har speciella problem så undviks risken för att en insats upplevs som stigmatiserande. Genom att utgå från familjens situation kan råd och stöd utformas utifrån familjens och det enskilda barnets behov. Hembesöken ger en möjlighet att identifiera risk – och skyddsfaktorer i barnets hemmiljö. Barnhälsovården skall erbjuda alla föräldrar hembesök när barnet är nyfött samt vid åtta månaders ålder. Så kallade riktade hembesök kan också förekomma när personal på BVC av någon anledning uppfattar att barnet och/eller familjen är i behov av extra stöd (Socialstyrelsen, 2014).

Tidigare studier visar dock att föräldrar ibland kan ha svårt att uppfatta vad själva syftet med hembesöket kan vara (Rautio, 2013).

Att stärka föräldrarna i föräldrarollen

Det är inte ovanligt att många föräldrar känner sig osäkra och ovana i sin föräldraroll. Hemma är det mycket som skall fungera och känslor som otillräcklighet kan uppkomma hos föräldrar. Omtumlande och blandade känslor är vanligt förekommande. I familjens hem är det viktigt att vara varsam och lyhörd så att inte mötet känns som en övervakande situation utan att det förta möte blir gynnsamt då det kan lägga grunden till en förtroendefull fortsatt kontakt (Lindfors, 2017). Vidare menar Almqvist-Tangen (2010) att hembesöken kan vara såväl känslomässigt som informativt stödjande.

Enligt Mc Naughton (2000) är hembesöket en betydelsefull del av barnhälsovårdens arbete där BHV- sjuksköterskan har en betydande funktion i att stärka föräldrarna i sin föräldraroll samt att inbringa känslan av egenkontroll. Det kan handla om att skapa en känsla av egenkontroll samt förmågan till beslutstagande gällande sitt barn. Samarbetet mellan föräldrar och BHV-sjuksköterskan handlar till stor del om relationsskapande som bygger på tillit och respekt. Hembesöken framställes om ett givande och tagande där man kan se mötet som ett informationsutbyte där BHV-sjuksköterskan förmedlar kunskaper och föräldrarna delger upplevelser och tankar kring sitt barn. Föräldrarna bör ses som experter på sina barn och att det är föräldrarnas och barnens behov som skall styra innehållet i det stöd som erbjuds.

BHV-sjuksköterskans roll i att stärka familjen bör ses ur tre synvinklar kring barnets miljö; mödra-barn interaktionen, pappa-barn interaktionen samt föräldrarnas relation och samspel. BHV-sjuksköterskan bör därför uppmuntra båda föräldrarna till att delta vid hembesöket (Barboza, Kulane, Burström, Marttila, 2018).

En amerikansk studie visade att hembesök där BHV- sjuksköterskan fokuserade på frågor kring att bli förälder och föräldraskapet minskade stress och oro hos föräldrarna. Under besöken var det centralt att diskutera föräldrarnas psykiska hälsa samt, anknytning till barnet och stöd i föräldra-barn relationen. BHV-sjuksköterskan visade sig ha en viktig funktion i att bygga upp föräldrarnas självförtroende med att vara en god förälder för sitt barn. Fler antal hembesök till

hög-risk-föräldrar bör införas då det visade sig ha en god inverkan på att reducera stress kopplat till föräldraskapet (Nygren, Green, Winters, Rockhill, 2018).

Det kan vara utmanande att bli förälder och studier har visat att föräldrar har ett behov av stöd, både socialt samt professionellt för att kunna bemästra utmaningar i sin föräldraroll. Vårdpersonalens attityd spelar en betydande roll i omhändertagandet och stöd till nyblivna föräldrar (Ekström & Thorstensson, 2015).

Relationsskapande
En del föräldrar kan känna sig ambivalenta till och obekväma inför hembesök. Ibland finns svårigheter att genomföra ett naturligt samtal, då handlar det om att långsamt bilda en relation till föräldern. Det visar sig att föräldrar har lättare att öppna upp och delge information i sin egen hemmiljö och att risker för vanvård lättare kan uppmärksammas i barnets hemmiljö. BHV-sjuksköterskan bör vara flexibel och försiktigt skapa en god relation med föräldrarna (Cowley et al, 2014).

I en svensk studie av Almqvist-Tangen (2010) skildrades BHV-sjuksköterskans attityder till hembesök. Det framkom att de allra flesta ansåg att hembesöken hade en betydande roll i relationsskapandet mellan familjen, barnet och BHV- sjuksköterskan och att det gagnade den fortsatta relationen med familjen. I hembesöken framkom ofta viktig information som inte kommer fram under besök på BVC. Samtalen upplevdes mer fördjupande och informationsbringande i hemmet där föräldrarna kände sig trygga.

Hembesökets innehåll vid 8 månaders ålder
Reuter & Lindblom (2017) beskriver målsättningar för hembesök hos familjen till barn vid 8 månaders ålder. Vid besöket bör frågor om barnets kommunikation och lek beröras samt samspelet mellan föräldern/ föräldrarna. Andra frågor handlar om matvanor, levnadsvanor i familjen sömn samt barnsäkerhet. Samtal kring nätverk samt familjesituationen bör klarläggas som hur sysslor kan delas upp i familjen och vem arbetar eller är föräldraledig. En allmän undersökning av barnets tillväxt samt hörsel och språkscreening beskrivs vidare i riktlinjer vid 8 månaders besöket.

Familjefokuserad omvårdnad som teori
Ett sätt att arbeta i team med familjer är genom med Familjefokuserad omvårdnad, som är ett paraplybegrepp som omfattar familjecentrerad omvårdnad och familjerelaterad omvårdnad (Benzein et al.,2012). Utgångspunkten i familjefokuserad omvårdnad är att familjemedlemmarnas hälsa och ohälsa inverkar på varandra. (Wright & Leahey, 2013).

Den familjecentrerade omvårdnaden belyser en systemisk syn på familjen där familjen ses som ett system där alla delar inverkar på varandra. Familjerelaterad omvårdnad innebär att patienten eller familjen sätts centrum för omvårdnaden. Familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad bör ses komplementärt och att dessa tillsammans bildar familjefokuserad omvårdnad (Benzein et al., (2012).

Begreppet familj kan beskrivas som en enhet, eller som ett systemiskt förhållande, där personer inverkar på varandra genom att de på något sätt är sammanlänkade genom bland annat känslan av gemenskap, engagemang i varandras liv och starka emotionella band. Familjefokuserad omvårdnad är en modell med syfte att identifiera resurser inom familjen och utifrån ett salutogent hälsoperspektiv stötta familjen i att lösa problem, möjliggöra förändringar och utveckla nya idéer för att klara av sin vardag (Wright & Leahey, 2013).

Begreppet familjefokuserad omvårdnad har olika teoretiska utgångspunkter i form av systemteori, postmodernism, cybernetik, kommunikationsteori, förändringsteori och salutogenes. Vi har valt att framförallt belysa systemteorin, som bidrar till att förklara synen på familjen som en enhet vilket är väsentligt för att bedriva familjefokuserat arbete (Wright & Leahey, 2013). Systemteorin uppfattar familjen som ett system som består av individer. Tillsammans utgör individerna en helhet som är större än de enskilda delarna var och en för sig (Öquist, 2008). Familjesystemet i sig betraktas som en del i ett större system, bestående av subsystem som arbete, organisationer och grannar (Wright & Leahey, 2013). I teorin anses att en del i systemet påverkar hela systemet (Öqvist, 2008). Man kan förklara teorin som när en familjemedlem mår dåligt eller känner sig osäker påverkas hela systemet, alltså alla familjemedlemmar och familjen hamnar i obalans. När en familjemedlem mår bra får detta en positiv inverkan på hela familjen, systemet. (Benzein et al., 2012; Rolland, 1990).

Genom att arbeta med ett familjefokuserat arbetssätt tillåts familjens behov styra där alla familjemedlemmar komma till tals. Det handlar således om att vårdpersonalen med familjen skapar en vård tillsammans där alla komponenter i familjen ses som en resurs (Benzein et al.,2018).

Problemformulering

Barnhälsovårdens roll är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation samt att förebygga ohälsa och att åtgärda problem kopplade till barns utveckling, hälsa och uppväxtmiljö. BHV-sjuksköterskan har en central roll inom barnhälsovården och hembesök är en grundläggande del i det hälsofrämjande arbetet som barnhälsovården bedriver. Hembesök när barnet är åtta månader är nyligen infört i barnhälsovårdsprogrammet och bör framhållas som ett utmärkt tillfälle att bland annat studera barnsäkerhet och hälsosamma levnadsvanor i barnet och familjens miljö. Få svenska studier finns som beskriver BHV- sjuksköterskans erfarenheter av hembesök då barnet är 8 månader. Ökade kunskaper i detta område kan därför medverka till att lyfta fram betydelsen av hembesöket då barnet är åtta månader, för att bidra till att skapa en så god och jämlik vård till alla barn och familjer på bästa sätt.

Syfte

Syftet är att belysa BHV- sjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är åtta månader.

Metod

Design

Eftersom syftet med studien är att beskriva BHV- sjuksköterskors erfarenheter valdes en kvalitativ induktiv ansats. Kvalitativ metod är användbart när mänskliga upplevelser ska studeras. En kvalitativ ansats kan även medverka till att belysa mer detaljerad och djupare information samt variation i innehållet och ärlighet från intervjupersonen (Polit & Beck, 2017).

En induktiv ansatts innebär en förutsättningslös observation av mönster och sammanhang kring ett fenomen som framkommer genom exempelvis intervjuer (Polit & Beck 2017). Data samlades sin genom semistrukturerade intervjuer, vilket är lämpligt när människors berättelser/erfarenheter ska tolkas (Lundman & Hällgren Granheim, 2012).

Kontext

BHV-sjuksköterskor som arbetade på olika vårdcentraler i västra Sverige tillfrågades om deltagande i studien. Vårdcentralerna var belägna både i storstad och mindre städer och socioekonomisk status varierade liksom att de var både privat och offentligt drivna. Vårdcentralerna började genomföra hembesök vid åtta månaders ålder under år 2017 eller 2018 och man arbetade utifrån ett familjecentrerat arbetssätt.

Urval

Urvalet av informanter gjordes utifrån ett strategiskt urval vilket innebär att informanter med varierande erfarenheter av det studerande fenomenet valdes (Wihlborg, 2017). Inklusionskriterier var att BHV-sjuksköterskan var distriktssköterska eller barnsjuksköterska som utfört minst tre hembesök hos barn vid åtta mån ålder. Totalt deltog nio informanter i studien. Tre var utbildade som barnsjuksköterskor och sex var utbildade distriktsköterskor. Erfarenhet i yrket på BVC varierade mellan sju månader till tio år. Deltagarnas ålder varierade från 31 till 53 år. Antal utförda hembesök vid åtta månaders ålder varierade mellan 25stycken till 110. Tre av BHV-sjuksköterskorna arbetade i privat driven vårdcentral och sex arbetade i offentligt styrd vårdcentral.

Datainsamling

Verksamhetscheferna för de utvalda vårdcentralerna kontaktades via mail där det bifogades ett informationsbrev om studien och dess syfte. Efter att samtycke givits från verksamhetscheferna kontaktades BHV-sjuksköterskorna antingen via e-mail eller telefon för förfrågan om deltagande i studien. Samtidigt fick de information om studien samt dess syfte. Tid och platsför intervjuerna bestämdes. I Göteborgsområdet skickades förfrågan till verksamhetschef ut från FOU- enheten (Forskning och utvecklingsenheten i Västra Götalandsregionen). Insamling av data genomförs via intervjuer. Varje intervju började med att intervjuaren gav en kortare sammanfattning av studiens syfte, bakgrund samt att samtycke om deltagande i studien åter lästes upp och godkändes muntligt och skriftligt. En intervjumall användes under intervjuerna där semistrukturerade frågor skapats. Mallen bestod av tre inledande områden med öppna frågor såsom ” Kan du berätta hur ett 8 månaders hembesök kan se ut”? Inom varje frågeområde ställdes följdfrågor som ” Hur kände du då”, ” På vilket sätt”? Intervjuerna spelades in via mobiltelefon. BHV-sjuksköterskorna informerades om att intervjuerna ordagrant transkriberas och att inspelningen därefter raderas. Intervjuerna genomfördes på BHV-sjuksköterskornas arbetsplats på avskild plats. Ingen av BHV-sjuksköterskorna avbröt intervjun. Intervjuerna varade mellan 30–45 minuter i tid. Totalt nio intervjuer genomfördes.

Analys

Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Granheim och Lundman, 2004). Texten transkriberades ordagrant av den författaren som genomfört intervjun. Det

transkriberade innehållet lästes igenom och granskades därefter grundligt flera gånger av båda författarna. Därefter markerades meningsbärande enheter meningar i texten som belyste något som svarade mot syftet i studien. Senare kondenserades dessa meningsbärande enheter vilket innebar att onödiga ord och talspråk plockades bort utan att innebörden förlorades. De meningsbärande enheterna försågs med en kod som kortfattat beskrev innehållet. Två intervjuer kodades av båda författare tillsammans och sedan kodade respektive författare sina intervjuer. Där olikheter eller frågor uppstod kring kodningen diskuterades detta mellan författarna och bättre förståelse för innehållet i intervjuerna och kodningen uppnåddes. För att kunna följa transkriberad text från intervjuerna till meningsbärande enhet och vidare till kod så färgmarkerades varje intervju med tillhörande meningsbärande enhet och kod med en egen färg. Koderna klipptes ut och lades på ett bord och sorterades sedan utifrån gemensamma faktorer som sedan bildade en huvudkategori. Dessa lades i olika kuvert. Varje kuvert fick representera en huvudkategori. Innehållet i varje kuvert sorterades sedan till olika underkategorierna. Författarna arbetade gemensamt med att diskutera kodningen och komma fram till kategoriseringen.

I denna studie strävades det till att hålla en låg abstraktions och tolkningsgrad. Det manifesta innehållet, det som är uppenbart, synligt var vad som främst analyserades i studien, (Graneheim & Lundman, 2004, Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Tabell 1. Exempel på tillämpning av analysmetoden.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsbärande enhet**	**Koder**	**Kategorier**
Jag tittar hur hemmiljön ser ut om den känns som en säker plats för barnet att röra sig i.	Jag ser om hemmiljön är en säker plats för barnet.	observerar hemmiljön	Att kunna utgå från hemmiljön
Man är ju i deras hem då får man vara respektfull och försiktig. Det handlar ju om en vidare relation sen som man är rädd om.	I deras hem får man vara respektfull och försiktig. Jag är rädd om den vidare relationen.	Respekt ger en god relation	Relationen utvecklas vid hembesöket

Jag försöker skaffa mig en bild i hembesöket då kan man också se här funkar det inte. Relationen i hela familjen är viktig, den formar barnet.	Jag försöker se hela familjen i hembesöket och skapa mig en bild. Relationen i familjen formar barnet.	Familjen är en helhet	Hela familjen ses i hembesöket
Ett sätt att stärka i föräldrarollen är att göra det på är i situationen, att liksom bekräfta vad jag ser och detta är väldigt bra, bekräfta helt enkelt stärka det som är bra.	Stärka föräldrarollen genom att bekräfta vad jag ser, att det är bra. Att stärka det som är bra.	Bekräftelse stärker föräldrarollen.	Att kunna erbjuda stöd
Tidskrävande är det med hembesök, det kräver väldigt mycket tid och så, det är ett hinder.	Hembesök är tidskrävande det är ett hinder.	Hembesök tar tid.	Hinder för att kunna genomföra hembesök

Förförståelse

Förförståelse handlar enligt Lundman & Hällgren- Graneheim (2017) om forskarens bild av det fenomen som undersöks. Vid kvalitativ forskning är det viktigt att forskaren är vaksam gällande egna föreställningar för att inte färga informanternas påståenden av värderingar som är författarens egna (Polit & Beck, 2017). Båda författarna hade en föreställning om att hembesök när barnet är åtta månader var positivt för besökets genomförande, för barnet och familjen. Genom att vara medvetna om detta under hela forskningsprocessen, kunde författarna vara mer vaksamma på vad som var egna föreställningar och vad som var informanternas. Lundman och Hällgren-Graneheim (2017) anser dock att resultatet av en kvalitativ intervjustudie inte kan ses som oberoende av forskaren, eftersom forskaren är med och skapar data. Författarna anser att användandet av semistrukturerade intervjuer bidrog till att hålla intervjuerna så objektiva som möjligt.

Etiska övervägande

Det är forskarna som genomför studien har det övergripande ansvaret för att studiens kvalitet är god samt är etiskt korrekt. Etiska överväganden gjordes utifrån de etiska principerna om: informations-, samtyckes-, nyttjande- och konfidentialitetskrav. När forskning involverar människor skall de beröra personerna informeras om studien samt dess syfte. Deltagandet skall också vara frivilligt samt att personerna informeras om att deltagandet går att avbryta. Forskningen får ej utföras om samtycke ej givits av deltagaren (Vetenskapsrådet, 2017).

Omvårdnadsforskning ska även vägledas av principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (Polit & Beck 2017). I studien informerades BHV-sjuksköterskorna både muntligt och skriftligt om att det var frivilligt att delta och att det fanns möjlighet att avbryta utan att ange skäl, samt att materialet behandlades konfidentiellt genom att det avidentifierades och försågs med koder. De informerades om att forskarna endast avsåg att använda materialet i denna uppsats och att materialet förvarades enligt gällande regler, att ingen obehörig kommer kunna ta del av materialet. BHV-sjuksköterskorna gav sitt samtycke genom att skriva under informationsbladet. Ingen ansökan om etikprövning har gjorts, eftersom det inte finns krav på det då studien görs under utbildning på högskolenivå (SFS 1993:100).

Resultat

Efter analysfasen skapades fem kategorier *”Att kunna utgå från hemmiljön”, ”Relationen utvecklas vid hembesöket”, Hela familjen ses i hembesöket”* samt *”Att kunna erbjuda stöd,* men också *att det fanns hinder”* och 14 underkategorier som presenteras var för sig (se, tabell 2) vilket även stärks med citat från informanterna.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategori	**Underkategori**
Att kunna utgå från hemmiljön	Anpassa informationen om barnsäkerhet Träffa familjen där den är trygg Barnet hamnar i centrum Tysta observationer uppstår
Relationen utvecklas vid hembesöket	En djupare relation skapas Ett respektfullt möte

Hela familjen ses i hembesöket	Nu har familjen landat Mötet blir familjefokuserat
Att kunna erbjuda stöd	Samtala om områden som skapat oro Att ge konkreta råd Att stärka föräldrarollen Att inbringa hopp
Hinder för att kunna genomföra hembesök	Praktiska hinder ses Resurser saknas

Att kunna utgå från hemmiljön

Anpassa informationen om barnsäkerhet

Det framkom i intervjuerna att barnsäkerhet och giftinformation togs upp under besöket samt att muntlig och skriftlig information gavs. BHV-sjuksköterskorna framhävde det positiva med att vara i barnets och familjens hemmiljö. Det blev ett naturligt samtal och en mer individanpassad information till familjen. BHV-sjuksköterskorna beskrev vidare att då besöket genomfördes i familjens hem så ställdes frågor om säkerhet utifrån hur det faktiskt såg ut i hemmet. Dessa frågor hade inte kommit upp om besöket genomförts på BVC. Genom att utgå ifrån golvet i barnets höjd kunde barnsäkerhet lättare studeras då föremål sågs ur barnets perspektiv. Även gifter i barnets miljö kunde observeras som kemikalier eller giftiga växter. BHV-sjuksköterskorna beskrev samtalet kring barnsäkerhet som mer naturligt i hemmiljön tillskillnad från att rada upp information under ett BVC besök.

”Vi är alltid på golvet typ, där är ju barnen oftast barnen är ju så rörliga vid denna ålder. Jag tycker det är bäst att se barnet ur deras perspektiv. Både för att skapa en go kontakt och för att faktiskt se det så som barnet gör ur ett säkerhetsperspektiv.”

Träffa familjen där den är trygg

BHV-sjuksköterskorna upplevde både barnet och föräldern som tryggare i hemmiljön vilket skapade en mer rättvis bild av både barnet och föräldern jämfört med på BVC. Barnet rörde sig mer fritt och utvecklingen av barnets motorik sågs lättast i hemmiljön då barnet upplevdes vara tryggt. BHV-sjuksköterskorna framhöll att förtroliga och djupa samtal lättare skapades i en trygg miljö där föräldern kände sig avslappnad. Det beskrevs som att anknytning mellan barnet och föräldern lättast observeras i en trygg hemmiljö. Ibland upplevde BHV-sjuksköterskorna barnets blyghet på BVC som ett hinder för observation av barnets utveckling både motoriskt

och socialt. Eftersom barnet var i sin trygga miljö upplevdes mötet mellan barnet och BHV-sjuksköterskan vara mer naturligt och avslappnat jämfört med mötet på BVC.

”På BVC sitter de ju ofta i knät och då ser man inte direkt eller kan se barnets motoriska utveckling och kontakten blir också en annan. Ja i hemmet blir det mer naturligt.”

Barnet hamnar i centrum
BHV-sjuksköterskorna beskrev att barnet hamnade i centrum vid hembesöket och att besöket utgick från barnets perspektiv. Vidare beskrev BHV- sjuksköterskorna att mötet oftast blev bäst på golvet där barnet befann sig. Kommunikationen mellan BHV-sjuksköterskan och barnet upplevdes mer genuin då man var i barnets nivå. BHV-sjuksköterskorna beskrev det som att barnet styrde besöket och samtal och frågeställningar knöt an till vart barnet befann sig både motoriskt och utvecklingsmässigt.

”Jag upplever i stort att 8 månaders hembesöket är unikt från det första nu är barnet i fokus mer då liksom spädbarnstiden är över och allt kretsar kring kanske mamman amning.”

Tysta observationer uppstår
Flera av BHV-sjuksköterskorna berättade om en slags tyst observation i hembesöket. Det beskrevs som att mycket ses som inte sägs, man tittar lyssnar och känner in. BHV-sjuksköterskorna framhöll att det var betydelsefullt att få vara i familjens miljö för att observera föräldra-barn samspel som blev mer naturligt i deras miljö. I hemmet kunde en helhetsbild av familjen skapas och BHV-sjuksköterskorna kunde få en känsla om barnet har det tryggt eller inte. I hemmets miljö kunde ibland brister ses som inte kunde upptäckas på BVC.

”Sen observerar jag och tittar, lyssnar, känner in liksom. Här kan man se, se mycket som inte sägs liksom.”

Relationen utvecklas vid hembesöket

En djupare relation skapas
BHV-sjuksköterskorna beskrev att relationen blev djupare när man träffades i hemmet och att något förändras i mötet när besöket genomfördes i hemmiljön. BHV-sjuksköterskorna beskrev att en genuin kontakt skapades under det första hembesöket som sedan blev ännu djupare efter det andra hembesöket. Någon av BHV-sjuksköterskorna berättade att de inte fått komma hem till familjen på hembesök när barnet var nyfött men att de nu var välkomna. BHV sjuksköterskan trodde att det berodde på att de vid detta laget hade etablerat en kontakt och kände tillit. Vidare beskrev BHV-sjuksköterskorna att då denna tillit skapats och då mötet kändes naturligt kunde känsliga ämnen och djupare samtalsämnen beröras. Det kunde handla om psykiskt mående och/eller känslor till barnet eller parrelationen.

”*Jag tycker att det är väldigt positivt att komma hem till dem på något sett blir relationen något djupare när man träffas hemmet*.”

Ett respektfullt möte
BHV-sjuksköterskorna beskrev att de upplevde ett behov av att visa respekt i familjens hem. Det upplevdes en stor gästfrihet hos familjerna och uppskattning av hembesöket. Gästfriheten kunde uttryckas i form av en inbjudan till fika. Besöket i hemmiljö upplevdes ha andra premisser jämfört med besök på BVC mottagning och det var viktigt att försöka respektera familjen på dess villkor. I hemmet var det mer på familjens villkor. BHV-sjuksköterskorna beskrev det som att rollerna hade suddats och att relationen blev mer likvärdig i jämförelse med mötet på BVC.

”Man är i deras hem då får man vara respektfull och försiktig.”

BHV-sjuksköterskorna beskrev att de inte går runt i familjernas hem från rum till rum om inte detta sker på föräldrarnas initiativ, att de kanske vill visa något. Detta för att undvika att uppfattas som övervakare. Majoriteten av BHV sjuksköterskorna upplevde sig inte som övervakare utan mötet upplevdes naturligt och att ett gott samspel uppstod.

”Vi börjar med att prata jag tittar runt och så…. Jag vill inte att de skall känna att jag kommer med pekpinnar som en övervakare och så.”

Bland BHV-sjuksköterskorna nämndes att familjen/ en förälder skulle kunna känna sig mer övervakad på BVC när mötet sker på BVC´s villkor då BHV-sjuksköterskan är klädd i vårdens formella kläder.

Hela familjen ses i hembesöket

Nu har familjen landat

BHV-sjuksköterskorna berättade om att de flesta föräldrar hade landat i sin föräldraroll vid 8 månaders besöket. Det beskrevs som att familjen har kommit längre, mycket har fallit på plats och att BHV sjuksköterskorna såg hur familjen fungerade. En känsla av att det hade vuxit fram en familj beskrevs, att det var något mer än föräldrar och ett barn, de såg en familj.

” Mycket har hänt sedan första besöket nu borde många bitar fallit på plats.”

Mötet blir familjefokuserat

BHV-sjuksköterskorna beskrev att i hembesöket diskuterades inte bara barnets hälsa utan ”familjehälsan” var ett uttryck som användes. Vid hembesöket var det vanligast att en förälder deltog. Ofta var det mamman som var hemma men ibland bara pappan. BHV-sjuksköterskorna beskrev dock att det vore värdefullt om båda föräldrarna hade varit med men förstod även att det inte alltid var möjligt pga. arbete. Fördelarna med att ha båda föräldrarna med vid hembesöket beskrevs som att då får de båda samma information, ett naturligt samtal om fördelning i hemmet samt samarbete kring barnet kunde ske. Någon upplevelse skildrades som att man ser familjen som en helhet där varje del påverkar varandra. Familjen sågs som en helhet som formar barnet. Under besöket kunde samspelet mellan föräldrar, barn och syskon observeras när alla var hemma. Det betonades att familjen bör ses som en helhet men att även föräldrarna kan ha skilda åsikter och tankar kring föräldrarollen. BHV-sjuksköterskorna beskrev att föräldrarna ibland har bytt eller snart skall skifta mellan föräldraledighet och arbete och att tankar kring detta kunde uppkomma. Samtal om vardagen och rutiner kom ofta upp under hembesöket. En informant beskrev att hon såg sig som en företrädare till barnet och vid 8 månaders besöket hade det utvecklats en relation till barnet självt men också till hela familjen. Detta till skillnad från att ha en relation till föräldrarna i första hand.

”Jag vill kunna se i hembesöket nu när familjen kommit längre hur fungerar familjen i stort? Försöker skaffa mig en bild i hembesöket..kan man också se, här funkar det inte. Relationen i hela familjen är viktig, formar barnet.”

Att kunna erbjuda stöd

Samtala om områden som skapat oro

BHV-sjuksköterskorna beskrev på olika sätt att föräldrarna kunde ha frågor och funderingar kring föräldrarollen under hembesöket. Frågor som att räcka till som förälder när det fanns syskon, att få vardagen att flyta när det fanns flera barn. Upplevd stress över mängden råd och information som finns tillgängliga via appar och andra medier. Oro kring barnet och dess

utveckling när föräldern uppfattade barnets utveckling som avvikande från andra barn eller att något inte var normalt. De vanligaste frågorna under hembesöket handlade om mat och sömn.

En del skapar sig ett problem för att dom hör hur andra har det fastän de egentligen inte tycker att det är ett problem att barnet sover hos dom men kompisarnas barn sover minsann själva så får de höra, ska dom verkligen sova hos er?"

Att ge konkreta råd

Att ge konkreta råd under hembesöket var ett sätt att stödja som BHV-sjuksköterskorna beskrev. Det kunde tex. handla om att i en konkret situation visa hur man kan leka och interagera med sitt barn till exempel genom att ta barnet i sitt knä och visa föräldern/föräldrarna hur man kan läsa boken "knacka på" som delades ut under hembesöket. I hemmets miljö kunde egenvårdsråd kring barnet lättare ges då man tillsammans kunde se över ett husapotek eller tala kring vad som kan vara bra att ha i hemmet om barnet skulle skada sig eller bli sjukt. Samtalet blev då individanpassat och formades utifrån familjens situation.

"... jag brukar vara ett exempel genom att visa, det kanske inte är så att jag säger rakt ut så här skall du göra utan jag visar i min egen handling hur man kan eller ska interagera med barnet på ett bra sätt. Det blir lite mer konkret."

Att stärka föräldrarollen

I intervjuerna framkom återkommande vikten av att bekräfta till föräldrarna att de är de som är experter på sitt barn. Det beskrevs i intervjuerna som att BHV-sjuksköterskan kommer med rekommendationer men att det är föräldrarna som bestämmer. Resultatet visar att föräldrar kunde vara osäkra och att de jämförde mycket med andra tex i barnets utveckling. Det var då viktigt att bekräfta deras oro och samtidigt informera om att utvecklingen kan se så olika ut och att det är normalt. Bekräfta föräldern att deras barn följer en normal utveckling. BHV-sjuksköterskorna stärkte ofta föräldrarna genom att lyfta fram det positiva och bekräfta det som är bra. BHV-sjuksköterskorna beskrev att de flesta föräldrarna visade en vilja om att vara en duglig förälder men också en oro över att inte vara det. Att ge och vara ett stöd för familjen upplevdes som positivt. Det beskrevs viktigt bekräfta föräldrarna i upplevelsen att barn är krävande och att det är ok att känna så.

"Liksom säga: bra det här tycker barnet om. Stärker det som är bra, liksom bekräfta Det känns bra, betydande liksom som man kan stärka och hjälpa att det bara kan bli bättre. Att man kan vara viktig för dem liksom."

Att inbringa hopp

BHV-sjuksköterskorna påpekade vikten av att vara en god och förstående lyssnare under hembesöket. Det var väsentligt att låta föräldrarna komma till tals och ge dem utrymme att utrycka sig. BHV-sjuksköterskorna beskrev den stödjande funktionen som en följd av aktiviteter som bestod av lyssnande och avdramatisering som därigenom inbringande hopp. Exempelvis bemöttes frågor om mat och utveckling ofta genom avdramatisering. Avdramatiseringen kunde bestå av att BHV- sjuksköterskan framhävde att motorisk utveckling samt utvecklingen av barnets intresse för mat kan se olika ut och att detta är normalt. Det framkom att sömnlöshet kunde inbringa känslan av hopplöshet och frustration hos föräldrarna. I dessa samtal om sömnbekymmer framförde flera av BHV- sjuksköterskorna att hopp kunde skapas genom att lyfta fram att detta är en period, en fas för barnet och att detta kommer att gå över och det kommer att bli bättre. Ett annat sätt kunde vara att skapa perspektiv på tillvaron genom att relatera till nyföddhetstiden eller till äldre syskon.

”Jag lyssnar mest men säger också att det kommer inte alltid vara såhär småbarnsåren går så fort även om det inte känns så nu men också tillåta dem att uttrycka det jobbiga – det är viktigt.”

Hinder för att kunna genomföra hembesöket

Praktiska hinder ses

Resultatet visar att det finns en vilja hos BHV sjuksköterskorna att genomföra hembesök vid 8 månaders ålder men att det fanns en del praktiska svårigheter och bekymmer. De beskrev att de hade praktiska problem som att det var tungt att bära på material som användes under besöket, exempelvis våg. Att det saknades bilar för att ta sig till besöken när det var lång resväg till familjen.

”Bära mycket praktiska saker…vi har ingen bil jag får ta min egen bil och det får jag egentligen inte då får man göra det fast man inte får det är lite jättetokigt och kånkandet av en ting väska och så det är lite jobbigt för axlar och så.”

Resurser saknas

Resultatet visar att hembesöken tar mycket tid, främst på grund av tiden som läggs på resan till och från besöket. I vissa fall saknades resurser för att utföra besöken. BHV-sjuksköterskorna beskrev även en dubbelhet/tveksamhet till att alla familjer erbjuds hembesöken. De var tveksamma till detta utifrån en tanke om begränsade resurser. BHV- sjuksköterskorna resonerade kring att de hade en önskan att kunna rikta mer resurser till de familjer som verkligen behövde deras hjälp och stöd och att de kunde lägga mindre tid på de familjer som inte hade så stort behov av stöd och hjälp. BHV-sjuksköterskorna upplevde ibland att hembesöken kunde göra större nytta och att det fanns ett större behov av dem i socialt utsatta områden. Dock beskrevs fördelar med att rikta erbjudandet till alla familjer då ingen familj pekades ut.

”Det jag känner är att jag skulle vilja lägga mer fokus på dom familjer som behöver det, och mindre på dem som inte behöver det, nu blir det mer att man lägger tid på alla, tid som kunde användas bättre till enskilda familjer så men det är väll det att man ska ge alla samma möjligheter så klart. Man får nog antingen erbjuda alla eller ingen, eller om man erbjuder alla förstagångsföräldrar men ändå att man har liksom, att man inte pekar ut någon.”

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa BHV- sjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är åtta månader. Resultatet visade att det var positivt att vara i familjens hemmiljö. Dessa erfarenheter beskrivs i de första fyra kategorierna*: ”Att kunna utgå från hemmiljön”, ”Relationen utvecklas vid hembesöket”, Hela familjen ses i hembesöket”* samt *”Att kunna erbjuda stöd,* men också *att det fanns hinder”.*

Under kategorien ”*Att kunna utgå från hemmiljön”* visade resultatet att hembesöket gav en god möjlighet till att studera barnet och familjen i dess hemmiljö. Observationen av barnet och familjen blev betydligt lättare och mer genuin än vid möte på BVC. Även observationer av barnsäkerhet och samtal om exempelvis gifter kunde lättare genomföras i familjens hem då samtalen kunde relateras till vad som observerades i hemmiljön. Liknande resultat har

beskrivits i tidigare studier som framställer fördelarna med att vara i familjens hem där lättare individanpassad information kan ges till föräldrar samt att vanvård lättare kan upptäckas i hemmiljö (Cowley et al, 2014).

Under kategorin *”Relationen utvecklas vid hembesöket”* framkom att BHV-sjuksköterskorna upplevde det värdefullt att vara en god lyssnare som bekräftade föräldern vid hembesöket. I enighet med kompetensbeskrivning för distriktsköterskan från svensk sjuksköterskeförening (2008) bör goda färdigheter i kommunikation samt ett empatiskt förhållningssätt eftersträvas. Hembesöket upplevdes också andra förutsättningar än på BVC. BHV-sjuksköterskorna beskrev det som att rollerna hade kastats om i jämförelse med mötet på BVC. Författarna menar att detta har att göra med att relationen blev mer jämlik, mer som ett partnerskap där man var experter på olika områden. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att ”partnerskapet innebär ömsesidig respekt för varandras kunskap, å ena sidan patientens och närståendes kunskap om hur det är att leva med sjukdomen, och å andra sidan professionernas kunskap om vård, behandling eller rehabilitering” (s.3). Resultatet visar vidare att BHV- sjuksköterskorna beskrev ett behov av att vara respektfull. Det handlade om att visa respekt och hänsyn mot familjen då man var i deras hem och att detta var viktigt för att undvika att uppfattas som en kontrollant. Enligt Lindfors (2017) är det viktigt att vara respektfull och lyhörd i mötet med familjen då hembesök görs i familjens hem och att situationen under hembesöket kan uppfattas som kontrollerande av föräldrarna om inte varsamhet och lyhördhet visades. BHV-sjuksköterskorna uppfattade inte att föräldrarna såg dem som kontrollanter och trodde att detta berodde på hur besöket lades upp. Det beskrevs som att man ej bör gå runt i familjens hem som en inspektör. BHV-sjuksköterskorna beskrev att den fortsatta relationen med familjen upplevdes starkare efter hembesöket och att djupa och förtroliga samtal ofta uppstod ofta under hembesöket. Motsvarigheter kan kopplas till en studie av Almqvist-Tangen (2010) där hembesöket visade sig resultera i fördjupade och informationsbringande möten samt spela en betydande roll i den fortsatta kontakten med familjen.

Resultatet visade att BHV-sjuksköterskorna gärna såg att båda föräldrarna deltog under hembesöket men det var vanligast att modern deltog. I kategorin *”Hela familjen ses i hembesöket*” beskriver BHV-sjuksköterskorna att föräldrasamspel, samtal om rutiner och uppdelning i hemmet lättare kunde diskuteras om båda föräldrarna deltog. Barboza et al, ;(2018) visar på fördelarna med att se hela familjen under hembesöket då samspel mellan barnet och föräldrarna och samspelet mellan föräldrarna sinsemellan är en viktig observation för att kunna stärka hela familjen som en enhet. Det framkommer att BHV-sjuksköterskorna beskriver att vid hembesöket sågs inte bara barnet utan familjen som en helhet där de olika delarna påverkade varandra. Detta synsätt överensstämmer med ett familjefokuserat arbetssätt. Författarna anser att systemteorin inom familjefokuserat arbetssätt här stämmer väl in på BHV-sjuksköterskornas beskrivning. Inom Systemteorin uppfattas familjen som ett system som består av olika delar (familjemedlemmar) som tillsammans utgör en helhet (Öqvist, 2008).

Under kategorin *”Att erbjuda stöd”* visade resultatet att BHV-sjuksköterskor lättare kunde ge individanpassade råd då man utgick ifrån situationen i hemmet. BHV-sjuksköterskorna beskrev att de gav föräldrarna råd och stöd gällande sitt barn i en trygg miljö. Enligt Thorstensson och Ekström (2012) är omgivningen där stödet ges till föräldrarna en viktig aspekt på hur kvalitén av stödet blir. Stöd kan handla om en känslomässigt stödjande funktion, samt ett informativt stöd. Författarna till denna studie menar att den trygga miljön kunde vara en bidragande orsak till att föräldrarna verkade vara nöjda med de råd de fick av BHV-sjuksköterskorna och visade på fördelar med hembesök. BHV-sjuksköterskorna gav ofta uttryck att de kunde ge stöd till föräldrarna genom att bekräfta dem i deras upplevelser eller tankar och genom att förmedla känslan av att de som föräldrar är experter på sitt barn. Nygren et al, (2018) framhåller att det

visade sig betydelsefullt att bygga upp föräldrarnas självförtroende om att de är goda föräldrar till sitt barn. Detta sätt att stärka föräldrarna visade sig skapa mindre stress och oro hos föräldrarna. Vidare visade resultatet att föräldrarna vid hembesöket kunde ha frågor och funderingar kring sitt barn och påpekade vikten av att ge konkreta råd. Råden kunde exempelvis vara egenvård gällande barnet om det skulle skada sig eller bli sjukt. Att ge råd borde enligt författarna på sikt bidra till att ge både ge tryggare och mer förutseende föräldrar. Även Dodge et al, (2014) har visat att hembesök gav tryggare föräldrar. Antalet besök på sjukhus relaterat till barnets hälsa minskade när fler hembesök genomfördes. Oro kring föräldraskapet sågs också minska efter införandet av fler hembesök till föräldrar. Enligt Mc Naughton (2000) har just BHV en viktig och betydande funktion i att stärka föräldrarna och skapa en tryggare förälder som kan ta egna beslut och initiativ kring sitt barn vilket även resultatet visar på.

I kategorin ”*Hinder för att kunna genomföra hembesöket”* visade resultatet att BHV-sjuksköterskorna ansåg hembesöket vara resurskrävande. Det framkom att ibland kunde hembesöken göra större nytta i socialt utsatta områden. Författarna ser här paralleller med Nygren et al, (2018) som beskriver fördelarna med att fördela fler hembesök till högriskmödrar. Cowley et al, (2014) beskriver att många föräldrar visade en viss tveksamhet till hembesök. Dessa resultat framkommer ej i föreliggande studie. BHV-sjuksköterskorna upplever att hembesöket vid 8 månaders ålder mottogs väldigt positivt hos majoriteten av föräldrarna.

BHV- sjuksköterskor träffar majoriteten av alla nyblivna föräldrar och har då en stor inverkan på föräldrarna och deras föräldraskap. Sveriges Kommuner och landsting menar att Barnhälsovården är normerande för föräldraskapet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Genom att stödja föräldrar och diskutera frågor kring föräldraskapet, lyfta frågor om vardagen bidrar BHV sjuksköterskorna till ett jämställt föräldraskap. Enligt Stattin (2015) har föräldrastöd positiva effekter som minskade svårigheter hos barn, minskad stress hos föräldrar och ökad tillfredsställelse i föräldraskapet.

Metoddiskussion

Enligt Hällgren Graneheim & Lundman (2017) är begreppen giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet, aspekter som trovärdigheten i en studie kan utvärderas utifrån. Som design för studien valdes en induktiv kvalitativ ansats vilket ansågs vara ett lämpligt metodval utifrån studiens syfte. Metoden är lämplig att använda för att beskriva hur ett fenomen ter sig i verkligheten för gruppen man valt att studera (Polit & Beck, 2017).

Bekräftande

Bekräftande handlar om hur väl data representerar den information som deltagarna har uppgett Polit och Beck (2017). Att den tolkning som forskarna gjort av data och presenterar inte är uppdiktad, att det är deltagarnas röst som hörs. För insamling av kvalitativ data valdes inspelade intervjuer vilket är en lämplig metod att använda för att säkerställa att datan som insamlas är informantens berättelse (Polit och Beck, 2017). Semistrukturerade intervjuer användes och öppna följdfrågor ställdes vilket ledde till fylligare intervjuer och att mer information framkom. Detta kan ses som en styrka i studien då informanternas röst är den som framhålls under intervjuerna och mer information kunde fångas när följdfrågor ställdes. I syfte att säkerställa att få svar på samtliga frågeområden som studien syftade till, användes en intervjuguide. Denna bedömdes av handledare innan intervjuerna genomfördes och ansågs inte behöva någon ändring. Guiden kan också anses vara till fördel för datainsamlingen då alla intervjuer fick samma struktur och upplägg.

Inom kvalitativ forskning anses det viktigt att forskaren får informanternas förtroende och samtidigt ger förutsättningar för att informanterna ska känna sig så bekväma som möjligt i intervjusituationen (Polit & Beck, 2017). Vi ser det som en styrka med, att intervjuerna genomfördes på en plats som informanterna fick välja själva vilket skapade bra förutsättningar för att intervjuerna kunde genomföras. Informanterna fick inte tillgång till intervjuguiden vid förfrågan om att delta i studien. Däremot fick de information i form av informationsbrev om studiens syfte.

Intervjuerna varade mellan 30 och 45 minuter. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är 30 minuter den minimala tiden för en kvalitativ intervju. Tiden för intervjuerna upplevdes tillräcklig och information framkom som behövdes för att kunna sammanställa ett resultat som svarade mot studiens syfte. Efter nio genomförda intervjuer upplevdes att liknande svar gavs av informanterna och så mycket nya fakta tillkom inte längre. Vi anser att detta bidrar till trovärdighet i studien då urvalet kan anses vara tillräckligt för studien när liknande svar återkommer bland informanterna och ingen ny information tillkommer.

En begränsad erfarenhet av att genomföra intervjuer kunde ses som en svaghet i studien då följdfrågor som kunde ha ställts, för att få mer utvecklade och uttömmande svar, kanske inte alltid ställdes. Detta gäller framför allt de första intervjuerna. Därmed kan information ha missats som var viktig för studien. Allt eftersom fler intervjuer genomfördes upplevde dock författarna att de utvecklade sin förmåga att genomföra intervjuer.

Giltighet

Giltighet handlar om tilliten till, och tolkningen av datan som presenteras (Polit och Beck 2017). Resultatets giltighet är beroende av om det karaktäristika som är typiska för det som var avsett att beskrivas, lyfts fram (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2017). Det handlar om huruvida själva forskningsprocessen kan ha påverkat studiens resultat. Omsorgsfull beskrivning av strategier för urval ökar läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). I studien har dessa forskningssteg belysts.

I Urvalet av de nio informanter som deltog i studien representerades olika åldrar, däremot var alla kvinnor. Samtliga var specialistutbildade till distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Få män har specialistutbildning till distriktssköterska, vilket innebär att könsfördelningen i studien kan anses representativ. Då yrkeserfarenheten bland informanterna var lång, mellan 7 månader och 10 år ansågs detta vara är en styrka för studiens som bidrar till resultatets giltighet.

Vårdcentralerna var av varierande storlek och representerade både storstad och glesbygd i Västra Sverige. En fördel för studiens resultat var att både privata och landstingsdrivna mottagningar inkluderades. Att studien genomfördes i ett enda län, kan ha påverkat resultatet. Det kan inte uteslutas att BHV-sköterskor i andra län skulle kunna uppleva sitt arbete annorlunda, då organisationen och ekonomisk ersättning ser olika ut i länen.

Tillförlitlighet

Tillförlitlighet hänvisar till stabiliteten i data och resultat. En noggrann beskrivning av kontext och val av strategi ökar resultatets tillförlitlighet enligt Polit och Beck (2017) samt Lundman & Hällman Graneheim (2004). Kontext och strategier för urval av informanter är beskrivna i studien. Enligt Hällgren Graneheim & Lundman, (2017) är kvalitativ innehållsanalys en lämplig metod att använda när syftet är att granska och tolka texter som exempelvis transkriberade intervjuer. Utifrån studiens syfte var en kvalitativ innehållsanalys ett lämpligt metodval.

En bredd av geografisk täckning ansågs viktigt för trovärdigheten i studien. Därför valdes intervjupersoner ut från olika orter i västra Sverige. Spridningen av privata och offentligt drivna vårdcentraler styrdes ej medvetet.

På grund av långt geografiskt avstånd mellan informanternas arbetsplatser gjordes inga intervjuer av författarna tillsammans, vilket kan innebära en nackdel. Enligt Polit och Beck (2017) behöver forskaren säkerställa att transkriberingen är korrekt och speglar informanternas erfarenheter, därför rekommenderas verbatim transkribering som innebär att pauser och talat språk utskrives. Transkribering av intervjutexterna skedde därför i nära anslutning till intervjuerna. Detta för att informationen skulle vara aktuell i minnet vid transkriberingen. Även pauser och talat språk skrevs ut för att bidra till fördjupad förståelse av vad informanterna berättade. En svårighet som uppmärksammandes under dataanalysen var att visst material kunde passa under flera olika kategorier vilket gjorde det svårt att avgöra den mest lämpliga koden. Andra svårigheter var att förstå den underliggande meningen i det aktuella intervjumaterialet. För att försöka hantera dessa svårigheter gicks materialet igenom flera gånger av båda författare. Enligt Polit & Beck (2017) bidrar upprepad genomgång av insamlade data till att öka förståelsen av de nyanser som finns i materialet. Författarna läste, kondenserade och kodade intervjuerna var och en för sig. Ett vanligt tillvägagångssätt för att strukturera kodning är att skapa ett kodningsschema (Polit och Beck, 2017). En första intervju kodades gemensamt för att försöka skapa ett gemensamt sett att strukturera kodningen. Därefter jämfördes det kodade materialet för att tillsammans komma fram till vilken kategori och underkategori koderna kunde bilda utifrån studiens syfte. Vid sammanställning av koder framkom det att kodningen var likartad. Vid skillnader i kodningen diskuterades dessa och en gemensam kod hittades. Detta styrker resultatets tillförlitligt. Enligt Granheim et al. (2017) kan tolkningsgraden variera i djup och abstraktionsgrad och låg abstraktion och låg tolkningsgrad ses när resultatet är nära texten. För att ytterligare stärka tillförlitlighet eftersträvades en textnära tolkning och citat från intervjuerna angavs då resultatet presenterades.

Då trovärdigheten ökar om materialet granskas ur flera olika synvinklar Polit och Beck (2017) har diskussioner tillsammans med handledare förekommit om materialet, val av underkategorier samt kategorier.

Överförbarhet

Med överförbarhet avses i vilken utsträckning studiens resultat går att överföra till andra grupper och sammanhang (Polit & Beck, 2017). I studien ses en tydlig beskrivning av urval, kontext, datainsamlingsmetod och analysprocess. Lundman (2012) menar att noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analys underlättar läsarens bedömning av studiens överförbarhet. Resultatet är presenterat på ett tydligt sätt och det har använts citat från materialet för att belysa de olika kategorierna som framkommit under analysprocessen.

Forskningsetiska principer och etiska ställningstaganden

Etiska aspekter diskuterades utifrån de etiska principerna om informations-, samtyckes-, nyttjande- och konfidentialitetskravet, samt principerna om autonomi, att göra gott, att inte skada och principen om rättvisa (Vetenskapsrådet, u.å; Beauchamp & Childress, 2013). Utifrån konfidentialitetskravet reflekterade författarna över att det var viktigt att vårdcentralerna och deras lokalisation inte avslöjas närmare för att undvika identifiering av informanter och att det kan vara svårt att vara diskret på en mindre arbetsplats. Författarna ansåg att kravet på konfidentialitet uppfylldes. Alla BHV-sjuksköterskor på vårdcentralerna som tillfrågades om deltagande i intervju var medvetna om att en studie skulle genomföras på arbetsplatsen och att

deltagande var godkänt av arbetsgivaren. Det ansågs ej finnas ett behov av att deltagande i studien skulle vara konfidentiell gentemot medarbetare eller arbetsgivare. Informations- och nyttjande kravet tillgodosågs genom att informanterna informerades om studiens syfte, att eventuella personuppgifter hanteras konfidentiellt och enbart till genomförd studie och genom att samtycke om deltagande i studien inhämtades.

Principen om att inte skada uppfylldes då informanterna själva fick välja tidpunkt och lokalisation för intervjun för att minimera stress och arbetsbelastning. Principerna om rättvisa och autonomi uppfylldes genom att BHV sjuksköterskor inom privat och offentligsektor intervjuades och att informanterna informerades om att deltagandet var frivilligt och när som helst får avbrytas. Principen om att göra gott uppfylldes då nyttan med examensarbetet är att resultatet kan bidra till kunskapsutveckling om hembesök inom Barnhälsovården och att deltagandet i studien inte förväntas medföra något stort lidande för deltagarna.

Slutsats

Att bli förälder är en av livets stora händelser. Att stödja familjer är en stor del av BHV-sjuksköterskornas arbete. Hembesöket vid åtta månader är värdefullt och ger ett mervärde till BHV sjuksköterskornas hälsofrämjande arbete. Hembesöket ger bättre förutsättningar att se hela familjen och anpassa råd, stöd och barnsäkerhetsinformation. Då observationer utgår från den enskilda familjens hemmiljö skapas individanpassade råd till familjen som på sikt kan ge hälsovinster både för barnet samt familjen. Även risken för olycksfall i hemmet kan förhindras. En bättre förståelse för familjen uppnås när BHV -sjuksköterskan ser familjen i dess hemmiljö. Att båda föräldrarna deltar vid hembesöket ses som en vints ur ett jämställdhetsperspektiv då båda föräldrarna anses lika betydelsefulla. Familjen sågs som en enhet där alla delar (familjemedlemmar) spelar roll. Detta andra hembesök bidrar även till en god relation mellan BHV sjuksköterskan och hela familjen. BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna generellt såg hembesöket som positivt.

Förslag till klinisk tillämpning

Resultatet visade att BHV sjuksköterskor i vissa fall upplever svårigheter med att genomföra hembesöken och en tveksamhet kring att alla familjer skulle erbjudas hembesöken, detta i vissa fall på grund av bristande resurser. För att säkerställa att hembesöken genomförs i enlighet med gällande riktlinjer är det viktigt att dessa prioriteras på arbetsplatserna och att resurser tillsätts. Hembesöken är en viktig och etablerad arbetsmetod som ger BHV sjuksköterskan bättre möjligheter att se hela familjen samt identifiera risker i barnets miljö. Genom att arbeta med hembesök har BHV-sjuksköterskan möjlighet att arbeta hälsofrämjande och förebygga ohälsa. Resultatet av föreliggande studie kan användas till att öka medarbetares och chefers förståelse till att hembesök då barnet är åtta månader bör prioriteras och se över verksamhetens resurser.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Förslag till fortsatta studier inom området kan vara att undersöka hur BHV- sjuksköterskor som arbetar i socialt utsatta områden upplever utförandet av hembesök. Detta för att belysa hembesökens betydelse specifikt i dessa områden. Vidare kunskapsutveckling kan vara att studera föräldrarna upplevelser av hembesöket då barnet är 8 månader.

Referenser

Almquist-Tangen, G., Bergström, M., Lindfors, A., Holmberg, L. & Magnusson, M. (2010). Minskat antal hembesök inom barnhälsovården: Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen,* 47(107), 2968–2971. Hämtad 19 maj, 2019, från: www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15451/LKT1047s2968_2971.pdf

Baggens, C.A.L. (2004). The institution enters the family home: Home visits in Sweden to new parents by the Child Helath Care Nurse. *Journal of Community Health Nursing,* 21(1), 15–27. doi: 10.1207/s15327655jchn2101_2

Barboza, M., Kulane, A., Burström, B., Marttila, A. (2018). A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *International Journal for Equity in Health, 17*(42), 2–9. doi 10.1186/s12939-018-0756-6

Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics.* 7ed. New York: Oxford University press.

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B. (red.) (2012). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., Donetto, S., Grigulis, A., Maben, J. (2015) Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the litterature. *International Journal of Nursing Studies, 52*(1), 465–480.

Dodge, A.K., Goodman, W. B., Murphy, A.R., O´Donell, K., & Sato, J. (2014). Implementation and randomizes controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American journal of Public health. 104(S1), 136–143.*

Ekström, A., & Thorstensson, S. (2015). Nurses and midwifes professional support increases with improved attitudes-designand effects of a longitudianl randomizes controlled process oriented intervention. *BMC Pregnancy & childbirth*, *15*(275), 2–9.

Granheim, U. H., Lindgren B-M, & Lundman, B. (2017) Metodological challanges in qualitative content analysis: A diskussion paper. *Nurse Education Today,* (56), 29–34.

Unicef. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 19 Maj-2019. från *https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full*

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24). 105–112.

Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lawrence, W., Black, C., Tinati, T., Cradock, S., Bergum, R., Jarman, M., Barker, M. (2016). Making every contact count; Evulation of the impact of an intervention to train health and social care practitoners in skills to support health behaivor change. *Journal of Health Psychology, 21*(2) 138–151, DOI:10.1177/1359105314523304

Lindblom, K., Reuter, A. (2017). *Hälsobesök 8 månader.* Rikshandboken. Hämtad 23 maj 2019, från https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/8-manader/

Lindfors, A. (2019) *Hembesök- bakgrund och syfte*. Rikshandboken. Hämtad 20 maj 2019, från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder-riktlinjer/hembesok/hembesok---bakgrund-och-syfte/

Lundman, B., & Hällgren- Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

McNaughton, D. B. (2000). A Synthesis of Qualiative Home visiting research. *Public Health Nursing, 17*(6), 405–414.

Nygren, P., Green, B., Winters, K., Rockhill, A. (2018). What´s happening during home visits? Exploring the relationship of home visiting content and dosage to parenting outcomes. *Maternal and Child Health Journal, 22*(1), 52–61. doi: 10.1007/s10995-018-2547-5

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning om forskning som avser människa.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Ratio, S. (2013). Parent´s experience of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (27), 927–934.

Reuter, A. (2018). *Riktlinjer/barnhölsovårdens nationella program*. Rikshandboken. Hämtad 20 Maj-2019,*https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/*

SFS 2014:821. *Patientlag.* Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården.* Hämtad 19 maj -2019 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf

Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1069-1084. http://dx.doi.org/10.1037/a0039328

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning- Legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen, distriktsköterska.* Hämtad 19 Maj -2019, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård. Hämtad 23 Maj 2019 från*https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Maskulinitet och jämställt föräldraskap. Arbete för pappors ökade delaktighet.* Åtta: Advant Produktionsbyrå. Hämtad 24 maj från https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-673-5.pdf

Thorstensson, S., & Ekström, A. (2012). Support as a Concept and with a Focus on Childbearing. *Journal Nursing & Care, 1*(4) 1–2. doi:10.4172/21671168.1000e109

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Codex. Regler och riktlinjer för forskning.* Hämtad från: http://www.codex.vr.se/

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskarens etik. Forskning som involverar människan. Nurnbergkoden.* Hämtad 15 Maj-2019 från http://www.codex.vr.se/forskningsetik.shtml

Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

Wright, L. M., & Leahey, M. 2013. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention.* 6. ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Öqvist, O. (2008) *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat.* Stockholm: Gothia Förlag.

Bilaga I

Information och förfrågan om deltagande i studie av barnsjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är 8 månader

Vi vill fråga dig om du vill delta i en intervjustudie som ska ligga till grund för ett examensarbete på magisternivå. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta

Tidigare forskning visar på att hembesök är en mycket central del av barnhälsovårdens (BHV) arbete och att BHV-sjuksköterskans funktion bland annat omfattas av att stärka föräldrarna i sin föräldraroll. Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet från 2015, ska alla familjer erbjudas två hembesök från barnhälsovården. Det första när barnet är nyfött och det andra när barnet är åtta månader. Vi finner det angeläget att belysa BHV-sjuksköterskors erfarenheter av hembesöket vid 8 månaders ålder och på vilket sätt föräldrar kan stärkas i sin föräldraroll i samband med dessa besök.

Vi tillfrågar specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården och har erfarenhet av hembesök vid 8 månaders ålder om deltagande i denna intervjustudie.

Vi riktar detta informationsbrev till totalt 20 vårdcentraler i Fjällbacka, Göteborg, Uddevalla, Trollhättan och Vänersborg. Forskningshuvudman för projektet är Högskolan Väst.

Hur går studien till?

Ditt deltagande innebär att du deltar i en intervju på 30-60 minuter vid ett tillfälle. Denna intervju kommer att spelas in. Frågorna kommer främst att handla om din erfarenhet av hembesök vid åtta månader. Intervjun kommer att genomföras på din arbetsplats eller annan avskild plats som du väljer under arbetstid eller i nära anslutning till arbetstid.

Vad händer med mina uppgifter?

Materialet från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt och kodas vilket innebär att informationen du lämnar inte kan kopplas tillbaka till dig. Utöver intervjudata behöver vi information om din ålder, hur länge du arbetat, utbildning samt täckningsgrad. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det. Inga enskilda personer eller vårdcentraler kommer att kunna identifieras. Materialet kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd och registrerad.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Materialet kommer att publiceras i form av ett examensarbete och redovisas vid examinationstillfälle på Högskolan Väst samt efter godkännande publiceras på DIVA (Digitala vetenskapliga arkivet).

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Anna Stolt, Leg Sjuksköterska
Telefon nr: xxxxxxxxx
E-post: anna.stolt@student.hv.se

Sara Sjöholm, Leg sjuksköterska
Telefon nr: xxxxxxxxxx
E-post: sara.sjoholm@student.hv.se

Handledare: Pia Alsen Leg.Ssk. Fil Dr docent i Vårdvetenskap vid Högskolan Väst.
E-post: pia.alsen@hv.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐ Jag samtycker till att delta i studien BHV-sjuksköterskors erfarenheter av hembesök vid 8 månader ålder.

☐ Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift/Namnförtydligande

BilagaII

Till dig som verksamhetschef:

Information och förfrågan om deltagande i studie av barnsjuksköterskors erfarenheter av hembesök när barnet är 8 månader

Vi vill fråga dig om du godkänner att BHV- sjuksköterskor på din arbetsplats tillfrågas om deltagande i en intervjustudie som skall ligga till grund för ett examensarbete på magisternivå. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför ber ni om deltagande

Tidigare forskning visar på att hembesök är en mycket central del av barnhälsovårdens (BHV) arbete och att BHV-sjuksköterskans funktion bland annat omfattas av att stärka föräldrarna i sin föräldraroll. Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet från 2015, ska alla familjer erbjudas två hembesök från barnhälsovården. Det första när barnet är nyfött och det andra när barnet är åtta månader. Vi finner det angeläget att belysa BHV-sjuksköterskors erfarenheter av hembesöket vid 8 månaders ålder och på vilket sätt föräldrar kan stärkas i sin föräldraroll i samband med dessa besök.

Vi tillfrågar specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården och har erfarenhet av hembesök vid 8 månaders ålder om deltagande i denna intervjustudie.

Vi riktar detta informationsbrev till totalt 20 vårdcentraler i Fjällbacka, Göteborg, Uddevalla, Trollhättan och Vänersborg. Forskningshuvudman för projektet är Högskolan Väst.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att BHV sjuksköterskan deltar i en intervju på 30–60 minuter vid ett tillfälle. Denna intervju kommer att spelas in. Frågorna kommer främst att handla om erfarenhet av hembesök vid åtta månader. Intervjun kommer att genomföras på arbetsplatsen eller annan avskild plats som deltagaren väljer under arbetstid eller i nära anslutning till arbetstid.

Vad händer med deltagarnas uppgifter?

Materialet från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt och kodas vilket innebär att informationen som lämnas inte kan kopplas tillbaka till deltagaren. Utöver intervjudata behövs information om ålder, hur lång erfarenhet i yrket, utbildning samt täckningsgrad. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det. Inga enskilda personer eller vårdcentraler kommer att kunna identifieras. Materialet kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd och registrerad.

Hur får deltagaren information om resultatet av studien?

Materialet kommer att publiceras i form av ett examensarbete och redovisas vid examinationstillfälle på Högskolan Väst samt efter godkännande publiceras på DIVA (Digitala vetenskapliga arkivet).

Deltagandet är frivilligt

Deltagandet är frivilligt och man kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om man väljer att inte delta eller vill avbryta deltagandet behöver man inte uppge varför.

Ansvariga för studien

Anna Stolt, Leg Sjuksköterska
Telefon nr: xxxxxxxxx
E-post: anna.stolt@student.hv.se

Sara Sjöholm, Leg sjuksköterska
Telefon nr: xxxxxxxxxx
E-post: sara.sjoholm@student.hv.se

Handledare: Pia Alsen Leg. Ssk. Fil Dr docent i Vårdvetenskap vid Högskolan Väst.
E-post: pia.alsen@hv.se

Samtycke till att berörd personal deltar i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐ Jag samtycker till att min personal deltar i studien BHV-sjuksköterskors erfarenheter av hembesök vid 8 månader ålder.

☐ Jag samtycker till att uppgifter om min personal behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift/namnförtydligande

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se