



SAHLGRENSKA AKADEMIN  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# BARNHÄLSOVÅRDSSJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER VID HEMBESÖK HOS FAMILJER MED BARN SOM ÄR ÅTTA MÅNADER GAMLA

En kvalitativ intervjustudie

**Maria Mörling**

**Liubov Vasilieva**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel (svensk):	Barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter vid hembesök hos familjer med barn som är åtta månader gamla
Titel (engelsk):	Child health care nurses' experiences during home visits to families with eight months old children
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	Hembesök, erfarenhet, BHV-sjuksköterska, BVC, empowerment, etisk stress.

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska barnvårdscentraler erbjuda hembesök till alla familjer när deras barn är åtta månader gamla. I dagsläget erbjuder endast enstaka barnvårdscentraler hembesöket. Tidigare forskning visar att barnhälsovårds- (BVH) sjuksköterskornas inställning till hembesök som arbetsmetod påverkar metodens utveckling. Forskning kring BVH-sjuksköterskors erfarenheter i samband med hembesöket är bristfällig. Den här studien skulle kunna öka kunskapen och förståelsen för BHV-sjuksköterskornas erfarenheter och eventuellt kunna bidra till fortsatt dialog i ämnet.

**Syfte:** Att belysa BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att genomföra hembesök för barn vid åtta månaders ålder.

**Metod:** Kvalitativ metod med induktiv ansats valdes för studien. Datainsamlingen bestod av tio semistrukturerade intervjuer. Analysen genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Fyra kategorier och åtta subkategorier identifierades. Den första kategorin belyser att barnets och familjens bedömning i hemmiljön blir mer autentiskt. I den andra kategorin beskrivs erfarenheter om att utföra barnsäkerhetsarbete i barnets hemmiljö tillsammans med föräldrarna. Därefter redovisas erfarenheter som har samband med att förflytta sin arbetsplats till familjens hem. Till sist beskrivs BHV-sjuksköterskornas erfarenheter som har samband med de organisatoriska förutsättningarna för genomförandet av hembesök.

**Slutsats:** Hembesök till barn vid åtta månaders ålder upplevdes utgöra en möjlighet att genomföra en tillförlitlig bedömning av både familjesituationen och barnets utveckling.

Föräldrarna kunde lättare engageras i barnsäkerhetsarbetet i hemmiljön. Negativa erfarenheter av hembesök var svårigheter att få arbetsro, en känsla av att komma som kontrollant samt svårigheter att tydligt se värdet av hembesöket jämfört med dess tidsåtgång. Syftet med hembesöket upplevdes vara otillräckligt underbyggt. BHV-sjuksköterskorna uttryckte behov av mer vägledning i metoden. Studien kan bidra till vidare samtal kring hembesökets utformning och syftets förtydligande.

Nyckelord: Hembesök, erfarenhet, BHV-sjuksköterska, BVC, empowerment, etisk stress.

## Abstract

**Background:** According to the new child health care program child health care centers should offer home visits to all families when the child is eight months old. However only few child health care centers offer these home visits today. Previous research shows that child health care nurses' attitudes to the home visit as a method affects its development and improvement. Little is known about child health care nurses' experiences about the new home visits. This study could increase the knowledge and understanding of their experiences and hopefully contribute to a dialogue in this area.

**Aim:** To describe child health care nurses' experiences of home visits when the child is eight months old.

**Method:** The study is conducted according to the inductive qualitative method. The data material consists of ten semi structured interviews. The data are analyzed according to qualitative contents analysis.

**Results:** Four categories and eight subcategories were identified: A home visit makes it possible to conduct an authentic evaluation of family interactions and the child's development. The experiences of performing child safety activities at home environment and parent's involvement in this issue is shown in the second category. Experiences related to the home environment are described afterwards. The final category shows nurses' experiences related to the organizational possibilities for the implementation of the home visits.

**Conclusion:** Home visits when the child was eight months old gave an opportunity to conduct a reliable evaluation of the family relationship and the child's development. Parents could easier be engaged in child safety activities. The negative experiences were difficulties to have a satisfying working environment, a feeling to come as an inspector and difficulties to identify clear benefits of the method. The purpose of the home visit perceived to be insufficiently clarified. Child health care nurses need further guidance of home visits. This study hopefully can contribute to further discussions to improve the method.

**Key words:** Home visit, experience, child health care nurse, child health care, empowerment, ethic stress.

## Förord

Stort tack riktas till de BHV-sjuksköterskor som medverkade i den här studien.

Vi vill även tacka vår handledare Stefan Nilsson för gott handledarskap.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Specialistsjuksköterskans roll vid hembesök inom barnhälsovården.....	1
BHV-sjuksköterskans perspektiv på hembesök .....	2
Hembesök - en evidensbaserad omvårdnadshandling .....	3
Statistik kring hembesök .....	3
Teoretiska perspektiv.....	4
Empowerment .....	4
Etisk stress .....	4
Problemformulering .....	5
Syfte .....	5
Metod .....	6
Design.....	6
Urval .....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys .....	7
Etiska överväganden .....	8
Resultat.....	10
Att bedömning i barnets hemmiljö blir mer korrekt.....	10
Att få en mer autentisk bedömning av barnets motorik, beteendet och anknytning.....	10
Att få en mer autentisk bild av familjen.....	11
Att skydda barnet från faror.....	11
Att uppleva sig som kontrollant.....	11
Att engagera föräldrarna i barnsäkerhetsarbete .....	13
Att förflytta sin arbetsplats till familjens hem.....	13
Att uppleva syskon som ett hinder.....	13
Att inta rollen som gäst i familjen.....	14
Att uppleva att barnhälsovården generellt inte är rustad för det nyinförda hembesöket.....	14
Att uppleva tiden som hinder eller möjlighet. ....	14
Att uppleva syftet och värdet med hembesöket som oklart. ....	15
Diskussion .....	17

Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion .....	19
Slutsats.....	21
Kliniska implikationer .....	21
Vidare forskning .....	22
Referenser.....	23

Bilaga 1. Samtyckesformulär verksamhetschef

Bilaga 2. Forskningspersonsinformation

Bilaga 3. Intervjuguide

# Inledning

Information om införandet av nya nationella riktlinjer för barnhälsovården kom till författarnas kännedom under specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot distriktssköterska hösten 2015. En av de betydande förändringarna var att ytterligare ett hembesök skulle erbjudas till samtliga familjer när barnet var åtta månader gammalt. Under de verksamhetsförlagda studierna uppmärksammades att barnhälsovårdssjuksköterskorna hade många funderingar kring den nya riktlinjen. Det här väckte intresse hos författarna att söka forskning kring det nya hembesöket som fenomen. Genomgång av det aktuella kunskapsläget visade att forskning om BHV-sjuksköterskors erfarenheter i området var bristfällig, vilket gav en idé för den här magisteruppsatsen.

## Bakgrund

Dagligen utförs hembesök av specialistsjuksköterskor till familjer inom barnhälsovården. Det har tidigare varit hembesök till alla nyfödda och utökade hembesök till familjer med behov av extra stöd i sitt familjelivande. I januari 2015 infördes en ny nationell riktlinje som innebär att alla familjer med barn som var åtta månader gamla skulle erbjudas ett hembesök. Det här besöket hade tidigare skett på barnvårdscentralen (BVC) men skulle flyttas till barnets hemmiljö (1). Vetenskaplig forskning visar på nyttan för familjerna med hembesök (2) men specifik forskning kring hembesöket som skall ske när barnet är åtta månader gammalt är bristfällig. Även det statistiska materialet inom området är både nationellt och lokalt bristfälligt (3-5).

### Specialistsjuksköterskans roll vid hembesök inom barnhälsovården.

Inom barnhälsovården (BHV) i Sverige arbetar sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom (1). I den här studien benämns dessa specialistsjuksköterskor gemensamt barnhälsovårdssjuksköterskor (BHV-sjuksköterskor). En specialistsjuksköterska med utbildning på avancerad nivå arbetar utifrån så kallade kärnkompetenser varav evidensbaserad kompetens är en kompetens. Att arbeta evidensbaserat innebär, enligt Johansson och Wallin, att specialistsjuksköterskan i praktiken grundar sina omvårdnadshandlingar på bästa tillgängliga vetenskapliga bevis ihop med sin kliniska erfarenhet och vårdtagarens önskemål (6). Specialistsjuksköterskan tar ett löpande ansvar för att vården som erbjuds barnet och dess familj harmoniserar med aktuella riktlinjer och forskning (7).

Vikten av att personal som arbetar med barn och ungdomar har adekvat specialistutbildning för att möta barn och familjers psykiska och fysiska behov betonas även i nordisk standard för barn och unga (NOBAB) (8) som baseras på Förenta Nationernas konvention om barns rättigheter (9). BHV-sjuksköterskan fungerar enligt Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården som en nyckelperson inom barnhälsovården och samarbetar med andra professioner såsom läkare, psykolog, socionom, dietist, logoped

samt pedagoger. Tillsammans utgör de ett tvärprofessionellt team kring barnet och dess familj (10).

Enligt Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården är målet med BHV-sjuksköterskans arbete att främja hälsa och utveckling för barnet och att förebygga, eller tidigt uppmärksamma och åtgärda, problem i barnets utveckling, hälsa eller närmiljö (1).

## BHV-sjuksköterskans perspektiv på hembesök

För ett effektivt samarbete med familjen krävs en förtroendefull relation mellan BHV-sjuksköterskan och familjen (11). Hembesök är en mycket viktig arbetsmetod för etablering av en långvarig och tillitsfull relation mellan föräldrarna och BHV-sjuksköterskan (2). Under det första hembesöket lär BHV-sjuksköterskan och familjen känna varandra och en ömsesidig relation etableras. BHV-sjuksköterskorna anser att det första mötet med familjen och relationens kvalitet är avgörande för fortsatt samspel mellan dem och familjen. Det är därför viktigt att det första mötet faller ut väl. (12).

Vidare menar Jansson et al att BHV-sjuksköterskorna ansåg att fördelen med mötet var att det skedde i en avslappnad miljö utan stress och tidspress. Hembesöket planerades noga och tillräckligt mycket tid bokades in. Hembesöket innebar att mötet mellan familjen och BHV-sjuksköterskan skedde på en plats där föräldrarna kände sig bekväma, som i sin tur ledde till att mötet mer kunde ske på lika villkor (12). Baggens menade däremot att relationen mellan BHV-sjuksköterskorna och familjen var asymmetrisk även vid hembesök. Det framkom i hans studie att mötet i hemmet styrdes av BHV-sjuksköterskan, att hon var mer framträdande än familjen. BHV-sjuksköterskan kom till familjen med en förbestämd agenda och var framförallt uppgiftsorienterad (13).

BHV-sjuksköterskorna har i tidigare forskning uppfattat sig som betydelsefulla i familjens sociala stöd, framförallt i familjer där föräldrarna kände osäkerhet inför sin förmåga att ta hand om barnet (12, 14). BHV-sjuksköterskorna ansåg att stödjande klimat kunde etableras genom att föräldrarna fick bekräftelse (12). Vid en jämförelse mellan hembesök och besök på barnavårdscentral gav hembesöket en större inblick i familjens sociala situation, livsstil, intressen och relationen mellan föräldrarna (2). BHV-sjuksköterskorna kunde få ett helhetsperspektiv på familjesituationen, familjens kulturella skillnader och egenskaper. Kunskap inom de här områdena var värdefull för fortsatt kontakt med familjen och möjliggjorde individuellt anpassad information och rådgivning för familjen (12).

I en studie där Almquist-Tangen et al undersökte BHV-sjuksköterskornas attityder till hembesök visade resultatet att fyra av fem BHV-sjuksköterskor tyckte att hembesök var mycket viktigt och att 90 % av de tillfrågade BHV-sjuksköterskorna menade att hembesöket hade betydelse för fortsatt kontakt med familjen. Kartläggningen av antal hembesök visade däremot att antal hembesök minskade kraftigt mellan 2002–2007. Främsta orsaken till uteblivet hembesök var enligt BHV-sjuksköterskorna att föräldrarna tackade nej till hembesök, andra orsaker som framkom var tidsbrist och lång resväg. Enstaka BHV-sjuksköterskor menade att det inte fanns någon skillnad mellan hembesök eller barnavårdscentralbesök. Almquist-Tangen et al kom fram till slutsatsen att BHV-



sjuusköterskornas attityder till hembesök var den avgörande faktorn för fortsatt utveckling av hembesök som arbetsmetod inom barnhälsovården (2).

## Hembesök - en evidensbaserad omvårdnadshandling

Almquist-Tangen et al lyfte i sin studie fram att det fanns en stark evidens för hembesök som metod med god effekt på lång sikt (2). Vid en genomgång av tidigare forskning gällande hembesökets effekter påvisade både svenska och internationella studier att de flesta föräldrarna uppskattade hembesöket. Föräldrarna menade att hembesöket gav dem möjlighet att utvecklas i sin roll som förälder och att de fick bättre kontakt med BHV-sjuusköterskan (12, 15). Hembesöket kunde även leda till att mödrars stress minskade och att de kände sig säkrare på hur de skulle ta hand om sina barn genom att de fick bekräftelse från BHV-sjuusköterskorna. Likaså ökade säkerheten för barnet och dess normala utveckling främjades. Föräldrarnas tilltro till sin egen förmåga att vara förälder stärktes av hembesök (16). Hembesöket påverkade relationen mellan barnet och föräldrarna och den sociala miljön i hemmet (14). Både internationella och svenska studier har visat att amningen främjades av hembesök (12, 17-20). En annan viktig aspekt med hembesöket var att BHV-sjuusköterskan hade möjlighet att upptäcka barn som befann sig i riskzonen till att fara illa (12, 20, 21). En studie kunde också påvisa att hembesöket gav möjlighet att etablera en mer jämlik relation mellan BHV-sjuusköterskan och föräldrarna vilken främjade den fortsatta kontakten och föräldrarna kände att BHV-sjuusköterskan var lyhörd och visade sig tillgänglig för dem (15).

Besök i hemmiljö har varit en långvarig tradition inom barnhälsovården. Redan år 1901 i Katarina församling i Stockholm genomfördes första hembesöket (22). I Sverige specificerar Socialstyrelsen att hembesök skall erbjudas alla familjer inom barnhälsovården och får därmed anses vara en naturlig del i verksamheten. Hembesök skall även erbjudas till familjer med fler än ett barn. Riktade hembesök skall enligt Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovård erbjudas till familjer med behov som inte täcks inom det vanliga basprogrammet för barnhälsovård. Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovård ligger till grund för innehållet i Krav- och Kvalitetsboken som styr primärvårdens arbete (1, 23).

## Statistik kring hembesök

Vid en sökning på statistiska centralbyråns webbsida hittades ingen nationell sammanställd statistik över hembesök inom barnhälsovården, varken för nyfödda eller för barn vid åtta månaders ålder. I en nationell studie visade dock Almquist-Tangen et al att antal hembesök i Sverige minskade mellan 2002-2007 (2). Vissa landsting och regioner har gjort lokala sammanställningar av statistik kring hembesök för nyfödda och för barn vid åtta månaders ålder där de har genomförts (3-5).

Vid en överblick av regionala statistiska data kunde ett mönster urskiljas där fler förstagsföräldrar än omfödernskor erhöll hembesök då barnen var nyfödda. Region Halland utmärkte sig genom att ha höjt andelen hembesök upp till 97 % år 2013 för både förstfödernskor och omfödernskor med hjälp av särskilda målinriktade insatser (4). En liknande tendens kunde ses i Uppsala län. Ingen specifik statistik hittades för åttamånadershembesök i länet, men i genomsnitt fick 82 % av alla ettåringar minst ett hembesök under sitt första

levnadsår (5). I region Sörmland fick 79 % av alla nyfödda barn hembesök år 2015. Det rådde dock stora skillnader i hembesöksfrekvens i olika kommuner, allt mellan 5–100 %.

Åttamånadershembesöket infördes i regionen 2012, men statistik visar att endast 5 % av alla barn födda 2013 och 6 % av alla barn födda 2014 fick ett hembesök vid åtta månaders ålder. Variationen i antal hembesök vid åtta månaders ålder var 0-87 % i länet (3).

När det gäller Göteborgs kommun, kunde ingen statistisk information hittas på Centrala barnhälsovårdens hemsida.

## Teoretiska perspektiv

### **Empowerment**

Forskning visar att begreppet empowerment har samband med individens förtroende till sina inre resurser att påverka sitt liv. Genom empowerment skapas förutsättningar för individen att delta i och fatta egna beslut om till exempel sig själv och sin familj (24). Upplevelsen av empowerment i en familjesituation kan enligt Koren et al visa sig som en inre tillit till sin egen förmåga att klara föräldraskapet, hantera problem, be om hjälp och skaffa kunskap i situationer då egna färdigheter inte är tillräckliga för att främja barnets utveckling (25). En upplevelse av empowerment kan även ge minskad stress i föräldraskapet (26) och öka engagemanget i barnets omvårdnad (27). En forskningsanalys av begreppet empowerment bekräftar ovanstående beskrivningar (28).

Effekten av barnhälsovårdens utveckling mot hälsofrämjande och förebyggande uppgifter innebär bland annat att relationen mellan föräldrar och professionella går från kontroll och övervakning till att baseras på ett partnerskap. När BHV-sjuksköterskan utför hembesök är syftet att främja relationen mellan hemmet och BVC och att öka föräldrarnas tilltro till sin förmåga att vara goda föräldrar (29). Det kan även innebära en process som möjliggör för individen att ta kontroll över beslut som rör dess hälsa (30, 31). I det här partnerskapet och den här processen är BHV-sjuksköterskan en nyckelperson som kan fungera som en länk mellan familjen och barnhälsovården (1, 10).

### **Etisk stress**

Vid införande av nya riktlinjer följer effekter i den berörda verksamheten, vilket i det här fallet innebär att BHV-sjuksköterskan får ett nytt arbetsmoment i form av hembesök till barn när de är åtta månader gamla att förhålla sig till. Vid förändringar, som av individen upplevs som nya utmaningar, startar en process där de egna resurserna mäts mot den nya utmaningen eller kravet. Upplevs utmaningen eller kravet inte hanterbart utifrån de resurser individen förfogar över kan en känsla av stress uppstå. I situationer då resurserna inte är tillräckliga för att genomföra det individen anser som etiskt rätt uppstår ett slags etiskt dilemma eller en etisk stress (32). Olika etiska principer ställs mot varandra och kan inte uppfyllas samtidigt (33). Internationella studier visar på behovet av stöd till BHV-sjuksköterskor vid organisatoriska förändringar för att BHV-sjuksköterskornas känsla av tillfredsställelse med sin arbetsinsats inte skall gå förlorad och att deras hälsa skall bevaras (34-36).

## Problemformulering

I januari 2015 infördes nya riktlinjer gällande hembesök på BVC. Utöver nyföddhetsbesöket skulle ett hembesök för barn vid åtta månaders ålder erbjudas alla familjer enligt rutin.

Hembesök inom barnhälsovård har som företeelse stark vetenskaplig evidens och har visat på positiva effekter på hälsa för familjer i både svenska och internationella studier. Det finns däremot bristande forskning där hembesöket för barn vid åtta månaders ålder är i fokus.

Enligt befintlig statistik har det visat sig att en mindre andel av BHV-sjuksköterskorna har börjat arbeta efter den nya riktlinjen. Forskning har visat att BHV-sjuksköterskornas inställning till hembesök som arbetsmetod är nära sammanlänkad med fortsatt utveckling inom området. Det är problematiskt att inte åttamånaders hembesök är infört som rutin på samtliga BVC och det är därför betydelsefullt att beskriva vilka erfarenheter BHV-sjuksköterskor har av hembesök för barn vid åtta månaders ålder. Den här studien skulle eventuellt kunna finnas med som ett bidrag i den fortsatta dialogen kring det här hembesöket.

## Syfte

Syftet med den här studien var att belysa BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att genomföra hembesök för barn vid åtta månaders ålder.

# Metod

## Design

Kvalitativ metod valdes för att beskriva BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av att genomföra hembesök till barn vid åtta månaders ålder. För att besvara syftet för studien valdes datainsamling genom intervjuer. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (37).

## Urval

Under april månad 2016 kontaktades kvalitetssamordnare för Göteborg och Södra Bohuslän för att kartlägga vilka BVC som genomförde hembesök till barn vid åtta månaders ålder. Det visade sig då att det inte fanns någon statistik över det. Kvalitetssamordnaren kunde dock nämna ett par BVC som utförde hembesöken (38). Enhetscheferna på dessa tre BVC, samt ytterligare fyra BVC som vid rundringning uppgivit att de utförde hembesöket, kontaktades sedan i september 2016 och tillfrågades om medverkan i studien. Tre enhetschefer godkände medverkan. En gav inget svar. Tre avböjde på grund av hög arbetsbelastning. Av de elva tillfrågade BHV-sjuksköterskorna var det tio som medverkade i studien. Fem hade specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska varav en även hade två andra specialistsjuksköterskeinriktningar (vilka var kirurgisk vård och operationssjuksköterska), fyra hade specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och unga och en hade både specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och unga och distriktssköterska. De medverkande BHV-sjuksköterskorna var mellan 38–53 år (M=45) och hade arbetat från 6 månader till 16 år (M=7 år) som BHV-sjuksköterskor.

Ambitionen var att använda ett strategiskt urval, men utifrån de tidsmässiga och ekonomiska omständigheterna blev det ett bekvämlighetsurval då någon aktuell statistik ej fanns hos kvalitetssamordnaren över vilka och hur många BVC som utförde hembesök till barn vid åtta månaders ålder i Göteborg och Södra Bohuslän (39). Forskningspersonerna tillfrågades utifrån inklusionskriterierna att de skulle ha genomfört minst ett hembesök för barn vid åtta månaders ålder inom de senaste sex månaderna, att de arbetade som BHV-sjuksköterskor och att de hade en specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom och/eller distriktssköterska (40).

## Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes under perioden 2016-09-20 - 2016-09-26 på informanternas arbetsplatser. Informanterna fick själva välja rum för intervjun och alla intervjuer utom tre genomfördes enskilt. Vid en intervju fanns en sjuksköterskestudent med i rummet efter överenskommelse med sin handledare som var informant och vid de två andra satt båda författarna med vid intervjun men endast en av författarna höll i intervjun. Författarna utförde fem intervjuer vardera. En semistrukturerad intervjuguide användes (Bilaga 3). De fyra första intervjuerna fick genomföras vid ett och samma tillfälle eftersom det var den tid BVC lämnade till förfogande. Den första av de fyra intervjuerna fick fungera som provintervju och

analyserades och diskuterades innan datainsamlingen fortsatte. Provintervjun medförde att intervjuguiden justerades på så sätt att följdfrågor om hur det var att möta syskon och familjer med andra modersmål än svenska under hembesöket lades till. Samtliga BHV-sjuksköterskor erhöll öppningsfrågan om att berätta om sina erfarenheter av att genomföra hembesök för barn vid åtta månaders ålder. Därefter ställdes följdfrågor om erfarenheter av att komma in i familjens hem, att möta föräldrar, barn och syskon i sin hemmiljö, att möta familjer med annat modersmål än svenska och vad för möjligheter och hinder (svårigheter) de upplevde med hembesöket. Samtliga informanter ombads lämna konkreta exempel för att belysa sina erfarenheter. Intervjuerna varade mellan 11–30 minuter (M=21,5 min) och spelades in med ett ljudupptagningsprogram till smartphone. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades i nära anslutning till intervjutillfällena för att analysen av informanternas erfarenheter skulle ske korrekt.

Intervjuerna namngavs S1-S10 och utfördes i kronologisk ordning. Författarna blev dock under studiens gång medvetna om att det här kunde leda till att informanten blev identifierad utifrån citaten. För att minska den här risken valdes att på nytt namnge de olika intervjuerna i slumpvis ordning med koderna SS1-SS10.

## Dataanalys

För att analysera intervjuerna valdes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (37). De transkriberade intervjuerna lästes flera gånger i sin helhet för att få ett helhetsintryck av texten. Därefter lyftes meningsbärande enheter ut som svarade an på studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter kondenserades och tilldelades koder som abstraherades till subkategorier, vilka efter ytterligare analys och diskussion kunde delas in i kategorier som svarade an på studiens syfte. I tabell 1 redogörs för ett exempel på hur dataanalysen gick till. Under analysens gång jämfördes delarna mot helheten för att få en så god samstämmighet som möjligt med textens latenta och manifesta budskap. I resultatdelen redogjordes för de olika kategorier som framkommit och för att stärka trovärdigheten i resultatet lyftes citat fram ur de olika intervjuerna som bekräftade respektive kategori (37).

Tabell 1. Dataanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Ofta går ju föräldrarna iväg, de ska hämta någonting, och man ser hur barnet reagerar liksom. Blir det ledset, tittar efter föräldern, blir de gladare när manna eller pappa kommer tillbaka (...) så man ser anknytningen på ett annat sätt. (SS10)</i>	Kan se anknytningen mellan barnet och föräldrarna.	Bedöma anknytningen	Att få en mer autentisk bedömning av barnets motorik, beteendet och anknytning	Att bedömning i barnets hemmiljö blir mer korrekt
<i>(...) vi tittar ju på barns utveckling om de kryper, de sitter stadigt, hur de tar i saker, rent utvecklingsmässigt, och det är nog mycket enklare att se hemma där de känner sig trygga än att de kommer hit. (SS4)</i>	Kan se motoriken hemma bättre.	Bedöma motoriken		
<i>(...) man får ju liksom alltid en helt annan syn, eller en helt annan bild av föräldrarna och familjen när man får träffa dem på hemmaplan. Man kommer ihåg de föräldrarna mycket bättre kan jag tycka. (SS3)</i>	Hembesöket ger större kännedom om familjen än mottagningsbesök.	Göra helhetsbedömning av familjen	Att få en mer autentisk bild av familjen	
<i>(...) ibland är ju syskonen med här också och sen så frågar man ju föräldrarna hur det funkar med syskonen och sånt, men det är en annan sak att se, tycker jag, alltså särskilt när de är hemma, när de är där de är vana och så (...) (SS7)</i>	Ser hur familjen fungerar ihop, hur det fungerar mellan syskon hemma.	Se kvaliteten på interaktionen i familjen		

## Etiska överväganden

Forskningsetik har, enligt Cöster, två syften. Det första är att skydda människans integritet och det andra är att skydda tilltron till vetenskapssamhället (41).

Studien har genomförts i enlighet med Svenska Vetenskapsrådets forskningsetiska principer gällande informations-, konfidentialitets-, samtyckes- och nyttjandekravet (42).

Enhetschefer vid de deltagande barnavårdscentralerna kontaktades via mail och telefon. De erhöll skriftlig information om studien i form av ett samtyckesformulär till verksamhetschefen (Bilaga 1). Deltagarna erhöll därefter skriftlig forskningspersonsinformation (FPI) (Bilaga 2) om studien samt muntlig information i samband med intervjun. I FPI:n framgick det att deltagandet i studien var frivilligt och att medverkan när som helst kunde avbrytas utan att något skäl angavs. Ingen ersättning utlovades för medverkan. Skriftligt informerat samtycke

inhämtades i enlighet med riktlinjer från etikprövningsnämnden (43). Ingen av deltagarna i studien stod i beroendeställning till författarna, varken professionellt eller privat. Deltagarna upplystes om tystnadsplikten och att materialet enbart skulle hanteras av författarna, deras handledare och eventuellt examinator. Materialet skulle förstöras efter att studien var godkänd av examinator. För att inte lämna ut någon BHV-sjuksköterska valdes fler än en BVC. För att försäkra de medverkande BHV-sjuksköterskornas konfidentialitet under processen kodades de inspelade intervjuerna slutligen med koderna SS1-SS10. Koder och kodnycklar förvarades separat under analysarbetet och förstördes då studien var färdigställd och godkänd av examinator. All insamlad data behandlades enligt personuppgiftslagen (44). Ingen etikprövning är gjord då det inte krävs enligt lagen om etikprövning avss forskning för studier inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (45).

En risk- och nyttoberdömning har gjorts enligt Helsingforsdeklarationen (46). Risken för BHV-sjuksköterskorna vid medverkan i studien kunde vara att de skulle återuppleva eventuella negativa tankar som de hade i samband med tidigare hembesök. Eftersom intervjuerna genomfördes på BVC kunde det även upplevas som en svårighet om det framkom i arbetsgruppen att någon hade en negativ attityd till hembesöket. Vinsterna med studien kan bli en djupare kunskap om, och ökad förståelse för, BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av hembesök. Därmed har studien en potentiell möjlighet att finnas med i den framtida dialogen kring utveckling av hembesök som metod. Förutsättningen för godkännande av ett forskningsprojekt är att vinsten med forskningen ska väga mycket tyngre än riskerna och att forskningen ger svar på en viktig fråga (42).

## Resultat

Genom att analysera datamaterialet utifrån syftet med studien genererades fyra kategorier samt åtta underkategorier. I tabell 2 presenteras en beskrivning av de intervjuade BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av hembesöket för barn vid åtta månaders ålder. Den första kategorin beskriver att bedömning av barnet och familjen i hemmiljön blir mer nyanserad och autentiskt. I den andra kategorin redovisas BHV-sjuksköterskornas erfarenhet av att utföra barnsäkerhetsarbete i hemmiljön. Den tredje kategorin beskriver erfarenheter som är förknippade med att byta ordinarie arbetsplats till familjens hem. I den fjärde kategorin redovisas erfarenheter som har samband med hembesökets värde och syfte.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Att få en mer autentisk bedömning av barnets motorik, beteendet och anknytning Att få en mer autentisk bild av familjen	Att bedömning i barnets hemmiljö blir mer korrekt
Att uppleva sig som kontrollant Att engagera föräldrarna i barnsäkerhetsarbete	Att skydda barnet från faror
Att uppleva syskon som ett hinder Att inta rollen som gäst i familjen	Att förflytta sin arbetsplats till familjens hem
Att uppleva tid som hinder eller möjlighet Att uppleva syftet och värdet med hembesöket som oklart	Att uppleva att barnhälsovården generellt inte är rustad för det nyinförda hembesöket

### Att bedömning i barnets hemmiljö blir mer korrekt

I den här kategorin ingår två subkategorier: att få en mer autentisk bedömning av barnets motorik, beteendet och anknytning och att få en mer autentisk bild av familjen. Dessa subkategorier beskriver BHV-sjuksköterskornas bedömning av barnet och familjen i en hemsituation.

#### **Att få en mer autentisk bedömning av barnets motorik, beteendet och anknytning**

BHV-sjuksköterskorna beskrev att en fördel med hembesök var att de kunde få en bättre bild av barnens motorik, beteende och anknytning. Barnen uppfattades vara tryggare i sin hemmiljö jämfört med vid besök på BVC, där barnen var mer reserverade. Hemma hade BHV-sjuksköterskorna själva möjlighet att observera barnens motoriska utveckling medan barnen lekte på golvet.

*De kanske är mer på golvet och leker (...), de är inte så aktiva här på BVC som de är hemma. (SS7)*



Barnen bedömdes vara i sitt habitualtillstånd i hemmiljön. Detta gav BHV-sjuksköterskorna möjlighet att genomföra en mer korrekt utvecklingsbedömning. Även anknytningen kunde med fördel bedömas i hemmet genom interaktionsobservationer mellan barnet och föräldern under trygga förhållanden.

*Man ser lite mer kontakt mellan barn och förälder. Ofta går ju föräldrarna iväg, de ska hämta någonting, och man ser hur barnet reagerar liksom. Blir det ledset, tittar efter föräldern, blir de gladare när mamma eller pappa kommer tillbaka? Så man ser anknytningen på ett annat sätt. (SS10)*

### **Att få en mer autentisk bild av familjen**

Fokus vid hembesöken var både på barnen och familjerna. En helhetsuppfattning av familjesituationen kunde erhållas vilket upplevdes extra viktigt för familjer där orostankar fanns.

*Jag fick se i alla fall hur de hade det hemma (...) det var inte så som jag trodde. (SS5)*

Vid det första hembesöket upplevdes föräldrarna ha ett mycket större behov av stöd i föräldraskapet jämfört med vid besöket vid åtta månaders ålder. Vid hembesöket vid åtta månaders ålder upplevdes föräldrarna ha större självförtroende i föräldrarollen. Barnets framsteg i utvecklingen uppmuntrade dem. De flesta föräldrarna upplevdes må bra och vara positiva. Familjerna uppfattades ha hunnit etablera rutiner i vardagen. Barnen sov enligt BHV-sjuksköterskorna ofta ganska bra och de hade ofta inga större problem kring matsituationen. Barnens samspel med sina äldre syskon kunde också observeras vid hembesöken. Syskonen beskrevs som chockade och avvaktande till det nya barnet vid nyföddhetsbesöket, men upplevdes ha hunnit anpassa sig till den nya familjesituationen vid hembesöket vid åtta månaders ålder. Vid samtal med syskonen och genom observation kunde syskonens utveckling och välmående bedömas.

*Syskon (...) de vill leka med en gång med en, visar alla grejer de har, (...) det är roligt att se de tillsammans också. (SS9)*

### **Att skydda barnet från faror**

I kategorin ingår två underkategorier: att uppleva sig som kontrollant och att engagera föräldrarna i barnsäkerhetsarbete. Här redovisas BVH-sjuksköterskornas erfarenheter relaterat till olyckspreventionsarbete med föräldrarna i hemmet.

### **Att uppleva sig som kontrollant**

Olyckspreventionsarbete vid hembesöken väcker många känslor hos BHV-sjuksköterskorna och en av dessa känslor var att uppleva sig som kontrollant. En uppfattning av syftet med hembesöket var att göra tillsyn i bostaden för att hjälpa familjen uppmärksamma hur de kunde anpassa den för barnet. Det här innebar att hembesöken blev en stor utmaning för BHV-sjuksköterskorna, eftersom de förväntades uppfylla det upplevda syftet med hembesöket utan att förlora familjernas tillit.

Hembesöket vid åtta månaders ålder hade enligt BHV-sjuksköterskorna inte hunnit bli en rutin för familjerna så som nyföddhetsbesöket är. Syftet med hembesöket var enligt BHV-sjuksköterskorna inte heller helt känt för allmänheten vilket gjorde att en del föräldrar upplevdes misstänksamma inför orsaken till besöket. De flesta tackade ändå ja, men en del tackade nej till hembesöken eller avbokade dem i ett senare skede. Andra föräldrar skämtade om att BHV-sjuksköterskan skulle komma och kontrollera bland annat städningen.

*Jag har liksom uppmärksammat att vissa föräldrar, eh, blir lite förvånade när vi frågar. Eh, när vi föreslår det här hembesöket. Att de tror att det är något fel de gör. Eller att, eh, vi går hem och kontrollerar. (SS6)*

BHV-sjuksköterskorna var medvetna om att föräldrarna hade begränsad information om hembesökets syfte och försökte därför vara mer tydliga. BHV-sjuksköterskorna betonade vikten av att hembesöket erbjöds alla för att undvika onödiga frågor och utpekande av enstaka familjer. Vid tidsbokningen upplystes föräldrar om syftet för hembesöket, själva hembesöket och olycksfallspreventionsarbetet beskrevs på ett positivt sätt. Det poängterades att besöken var allmänna. Vid hembesöken visade det sig dock att vissa föräldrar inte mindes delen om barnsäkerhet och blev överraskade. Själva besöket uppfattades då som ett kontrollbesök.

BHV-sjuksköterskorna var måna om att bibehålla föräldrarnas förtroende och en god relation. Därför genomfördes hembesöken med försiktighet och på ett respektfullt och ödmjukt sätt.

*Att man får göra det på ett respektfullt vis. Att det inte blir, eh, just en inspektionsupplevelse. (SS1)*

BHV-sjuksköterskorna berättade att de trodde att det skulle kännas negativt för familjen om de gick runt och kontrollerade. Därför initierades sällan rundvandring i bostaden från BHV-sjuksköterskornas sida. Besöken var på föräldrarnas villkor och de fick själva bestämma över om de behövde en mer noggrann genomgång av bostaden. Hembesöket gav BHV-sjuksköterskorna möjlighet att upptäcka risker som föräldrarna inte var medvetna om och kunde göra föräldrarna uppmärksamma på dem. I familjer där barnet var det första barnet upplevdes familjerna behöva en grundligare genomgång av olycksfallspreventionsinsatser då bostaden ofta inte var barnanpassad. I stora familjer med flera syskon hittades små leksaker på golvet som kunde leda till att barnet kvävdes. Föräldrarna upplevdes behöva undervisning i olycksprevention och instruktioner om hur bostaden kunde anpassas för barn. Föräldrarna upplevdes dock vara emot genomgång av bostaden och ville enbart få muntlig information från BHV-sjuksköterskan om barnsäkerhet.

*Att de känt lite att man kanske inkräktar på deras integritet (...) att man tittar och vill förklara liksom i lägenheten (...) då kanske har de inte den här stickkontakten och känner de sig (...) Lite dåliga föräldrar ibland. (SS5)*

BHV-sjuksköterskorna upplevde sig som påträngande om de ville titta och att det skapade en känsla av misstänksamhet hos föräldrarna. Det här gav en känsla av att vara en kontrollant, socialarbetare eller polis. Att uppleva sig som en kontrollant kändes obekvämt och BHV-sjuksköterskorna ville helst undvika den känslan.

*Jag jobbar inte på BVC för att gå omkring med pekpinningar och säga hur det ska va! Det tycker inte jag att min roll! (SS9)*

### **Att engagera föräldrarna i barnsäkerhetsarbete**

BHV-sjuksköterskorna ansåg att olycksprevention var mycket viktig. De upplevde att det var lättare att prata om barnsäkerhet i hemmiljön. Där hade de möjlighet att förklara och visa på plats.

*Så kan man visa på ett mycket lättare sätt vad som skulle kunna inträffa om man inte åtgärdar de här riskerna. (SS10)*

BHV-sjuksköterskorna uppgav att föräldrarna engagerades i olycksprevention genom att ombes demonstrera barnsäkerhetsutrustning och gå igenom broschyrer och checklistor för barnsäkerhet. BHV-sjuksköterskorna poängterade att det var viktigt att anpassa innehållet i samtalet utifrån föräldrarnas kunskapsnivå. De flesta föräldrar upplevdes vara väl insatta i barnolycksprevention, de berättade att de läste på från nätet och åtgärdade farorna med hjälp av checklistan i hälsoboken. BHV-sjuksköterskorna berättade att föräldrarna ville visa genomförda barnanpassningar i hemmet men att de även tog upp sina funderingar och frågor. Föräldrarna uppfattades ställa mer frågor och att de tänkte efter mer om barnsäkerhet vid hembesök.

Föräldrar med icke-svensk härkomst uppfattades att ha behov av en mer anpassad information med demonstration och detaljerad genomgång av barnolyckspreventionsinsatserna. De upplevdes ha svårigheter både med att förstå innehållet av informationen och även att de hade skillnader i sätt att förhålla sig till barnsäkerhet jämfört med personer som vuxit upp i Sverige. Även om föräldrarna kunde prata svenska lämnades broschyrer på föräldrarnas modersmål för att försäkra sig om att föräldrarna verkligen kunnat ta till sig informationen.

*(...) det är bra att de finns på olika språk, även om de kan svenska, om man kan prata svenska med de, så ändå tagit med mig en broschyr, så att de får. (SS5)*

### **Att förflytta sin arbetsplats till familjens hem**

Kategorin innefattar två subkategorier: att uppleva syskon som ett hinder och att inta rollen som gäst i familjen. Dessa subkategorier beskriver BHV-sjuksköterskornas erfarenheter relaterat till upplevelsen av att vara och arbeta i familjens hemmiljö.

### **Att uppleva syskon som ett hinder**

Syskon upplevdes försvåra genomförandet av hembesöket genom att uppta föräldrarnas uppmärksamhet. Föräldrarna var oftast ensamma med flera barn hemma. Vissa föräldrar uppfattades som duktiga på att sysselsätta barnen medan det i andra familjer var svårt att få arbetsro. Föräldrarna upplevdes vara stressade på grund av syskonen och ha svårt att koncentrera sig. Detta ledde till att hembesöken uppfattades vara ostrukturerade och bristfälliga. Syskonen krävde även BHV-sjuksköterskans uppmärksamhet, då de ville vara med vid undersökningarna, vilket gjorde att besöken tog längre tid. För att undkomma problemen med syskonen försökte BHV-sjuksköterskorna boka besöken när syskonen inte var

hemma. När barnet inte hade några syskon hemma upplevdes hembesöket mer likna det på BVC.

*Det är klart att är det två barn som pockar på mammas uppmärksamhet så (...) det bli mindre fokus på kanske de frågorna man skulle komma ihåg att ställa. (SS3)*

### **Att inta rollen som gäst i familjen**

BHV-sjuksköterskorna upplevde att de för det mesta var mycket välkomna till familjerna och att de kände sig som en gäst. BHV-sjuksköterskorna hade kontakt med de flesta familjerna sedan nyföddhetshembesöket och de hade hunnit etablera en relation med varandra. Men att besöka familjen för första gången när barnet var åtta månader gammalt upplevdes kännas lite speciellt.

Hembesöket gav möjlighet att lära känna hela familjen, inklusive syskon, under avslappnade förhållanden då längre tid bokades för hembesöken jämfört med besök på BVC. Att BHV-sjuksköterskorna klädde sig i privata kläder upplevdes skapa personligare kontakt vilket främjade relationen.

*Ja, det blir lite mer personligt kanske, att de upplever det, när man kommer hem till dem, och det blir lite mer avslappnat, de märker att man inte har (...) så bråttom liksom. (SS4)*

BHV-sjuksköterskorna poängterade vikten av att visa sin tillgänglighet för familjen och att vara flexibel med besökets utformning för att relationen skulle kunna främjas. Ibland fick föräldrarna även hjälp med frågor som inte hade med barnhälsovården att göra vilket uppskattades av föräldrarna. De flesta familjerna upplevdes må bra och var positiva till hembesöken. Som följd var BHV-sjuksköterskorna nöjda med hembesöken och beskrev dem som roliga och lättsamma.

*Mm, trevligt att vi kommer hem och skönt att slippa ge sig ut med barnen och är positiva till det. (SS2)*

Att uppleva att barnhälsovården generellt inte är rustad för det nyinförda hembesöket.

Kategorin består av två subkategorier: att uppleva tiden som hinder eller möjlighet och att uppleva syftet med och värdet av hembesöket som oklart. Kategorin belyser BHV-sjuksköterskornas erfarenheter som har samband med organisatoriska förutsättningar för genomförandet av hembesök.

### **Att uppleva tiden som hinder eller möjlighet.**

Erfarenheten av tidsbrist var genomgående i BHV-sjuksköterskornas berättelser om sina upplevelser av hembesök vid åtta månaders ålder. En känsla av att inte räkna till i sin roll som BHV-sjuksköterska för familjerna generellt när extra tid skulle avsättas till ett hembesök även vid åtta månaders ålder. De lyfte fram ett par olika aspekter av tidsbristen såsom att ett hembesök i genomsnitt ofta tog lika mycket tid som tre besök på mottagningen samt att den nya riktlinjen med hembesök vid åtta månaders ålder borde leda till att varje BHV-sjuksköterska fick färre barn för att hinna med de nya hembesöken. På samma gång framkom

också upplevelsen av att ha tillräckligt med tid för att utföra hembesöken då enhetschefen hade tillfört mer personal sedan införandet av hembesök för barn vid åtta månaders ålder

*Man behöver ju faktisk ha lite mindre barn än vad man har om man tar besöket på mottagningen för att hinna, för att det tar mycket tid. (SS10)*

BHV-sjuksköterskorna belyste skillnader i tidsåtgång mellan hembesök för spädbarn och äldre barn och att de behövde avsätta längre tid för förstföderskor eftersom de ofta hade fler frågor.

BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av hur de bemötte upplevelsen av tidsbrist varierade från tid till tid. I de flesta fallen resonerade de som så att de bara fick ta tid för besöket och i vissa fall att det helt enkelt inte var praktiskt genomförbart på grund av tidsbrist. De uttryckte även att tidsbristen orsakade stress hos dem och att det försvårade för dem att uppleva att de utförde ett bra arbete.

*Den här stressen att man ska dit och man ska tillbaka och man har en ny tid här som väntar, ett nytt barn och, så det nog det som är stressande i så fall att göra allt på den tiden bra. (SS5)*

### **Att uppleva syftet och värdet med hembesöket som oklart.**

BHV-sjuksköterskorna upplevde oklarhet kring syftet med hembesöket och ställde sig frågande till på vilket sätt det skulle vara mer värdefullt än ett besök på barnavårdscentralen. Upplevelsen av vad familjen och BHV-sjuksköterskan vann på det var obetydlig vid en jämförelse med den tid hembesöket krävde.

*Vad är det som de förväntar sig egentligen att vi ska upptäcka som vi inte kan upptäcka här? Eller vad vi kan förmedla till föräldrarna som inte kan förmedlas på mottagningen? (...) ger det så mycket mer än att komma hit på BVC undrar man ju? (SS9)*

BHV-sjuksköterskorna berättade att de upplevde att föräldrarna inte förstod syftet med ytterligare ett hembesök i basprogrammet framförallt i familjer där barnanpassning av bostaden redan var genomförd relaterat till att familjen hade barn sedan tidigare. BHV-sjuksköterskorna upplevde svårigheter att hitta rätt argument för att motivera föräldrarna och tyckte att det var onödigt att föreslå ett hembesök. Tankegångarna landade i att BHV-sjuksköterskorna i många fall utförde hembesöken helt enkelt för att det var inlagt i basprogrammet för barnhälsovård.

*Nu har jag ju jobbat här så länge. Så vissa familjer har jag ju känt i (...) kanske åtta, tio år och det är klart att de vet ju hur jag brukar vara och jag kan säga att nu gör vi det för att vi ska. Ja, säger de då. (SS2)*

BHV-sjuksköterskorna jämförde värdet av åtta månaders hembesök med upplevelsen av värde gällande nyföddhetsbesöket. Vid nyföddhetsbesöket var BHV-sjuksköterskorna överens om att det fanns ett stort värde för familjen och att besöket även främjade relationen mellan familjen och BHV-sjuksköterskan. Däremot upplevdes det svårare att se vinsten med

hembesöket vid åtta månaders ålder. BVH-sjuksköterskorna uttryckte viss oro över att deras värde devalverade i allmänhetens ögon på grund av de omotiverade hembesöken.

*Men, jag känner som att vi devalverar våran, vårat värde lite grann. Eh, när vi gör saker, anstränger oss väldigt mycket för att göra nåt som kanske inte riktigt var värt det besväret. (SS1)*

Det togs upp att en del familjer uppfattades vara i större behov av hembesöken och därmed skulle prioriteras istället för generella hembesök samt att besöken kunde erbjudas enbart till förstagångsföräldrar.

En annan erfarenhet var att hembesöken hade ett stort värde för familjerna. I och med att det är en ny rutin krävs det tid att etablera den och nya rutiner tenderar att möta motstånd. Även om nya arbetsuppgifter kan innebära svårigheter betonades att arbetet med barnhälsovård skall ha barnet i fokus.

*Vi är här för barnens skull och familjernas skull och man ska kanske se detta i första hand och inte till att det blir lite jobbigare att man får promenera på ett hembesök och så. Jag tror att det, det blir ofta motstånd mot nya saker. (SS10)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att en kvalitativ studie skall ha hög trovärdighet menar Graneheim och Lundman att tre aspekter bör lyftas fram och redogöras för gällande studiens genomförande. Dessa är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (37).

*Giltigheten* i den här studien stärktes genom en variationsrikedom i urvalet i fråga om ålder, antal år i yrket, sort av specialistsjuksköterskeutbildning samt den socioekonomiska nivån i de olika geografiska områdena där informanterna var verksamma. Det hade varit en fördel med variation även gällande kön på informanterna men då statistik över könsfördelningen för sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen mot distriktssköterska respektive hälso- och sjukvård för barn och ungdom visar på en mycket liten andel män är ändå urvalet relaterat till kön relativt representativt (47). Det blev dock en positiv överraskning att de medverkande informanterna utgjorde en relativt heterogen grupp.

Författarna stötte på vissa svårigheter vid sökandet efter BHV-sjuksköterskor att intervjua. Eftersom studiens syfte var att belysa erfarenheter av hembesök vid åtta månaders ålder och att det här hembesöket, vid närmare undersökning, inte utförs av samtliga BVC blev det svårt att hitta de som infört det. Ett strategiskt urval skulle ur vetenskapligt perspektiv varit det bästa men urvalet blev på grund av studiens tidsram mer likt ett bekvämlighetsurval. Tio BHV-sjuksköterskor medverkade i studien, vilket gav variationsrika data att analysera. Författarna kunde skönja likheter i informanternas berättelser vilket styrker att materialet tenderade att uppfattas som mättat. Det kan däremot ha varit en svaghet att intervjuerna inte var så långa, och kanske därför inte har belyst fenomenet på djupet som vore önskvärt. Längden på intervjuerna kunde troligtvis kopplas till författarnas begränsade erfarenhet av att intervjua och om de haft mer erfarenhet skulle eventuellt fenomenet kunnat belysas på fler sätt.

Samtliga intervjuer genomfördes på informantens arbetsplats. Det hade varit önskvärt att informanterna själva haft möjlighet att välja plats för intervjun. Författarna utförde fem intervjuer vardera. Vid två intervjuer var båda författarna med i rummet men en utförde intervjuerna. Vid en intervju lät informanten en sjuksköterskestudent vara med vilket skulle kunna ha påverkat vad informanten valde att berätta i intervjun. Kvale och Brinkmann menar att resultatet av en kvalitativ intervju påverkas av miljön i vilken den utförs. Att det är viktigt att informanten befinner sig i en så trygg miljö som möjligt. Det är även viktigt att intervjun sker i ett avskilt rum för att få en så autentisk berättelse som möjligt (48).

De första fyra intervjuerna fick genomföras under samma dag på grund av att de från BVC inte hade fler tider att erbjuda för att medverka i studien. Det hade varit önskvärt att redan i början av datainsamlingen utföra en provintervju där en av författarna satt med och lyssnade för att kunna diskutera intervjuteknik och ge varandra direkt återkoppling inför de kommande intervjuerna. Dock menar Kvale och Brinkmann att det i en intervjusituation är av stort värde

att intervjuaren har förståelse för den maktposition den innehar gentemot informanten. Det kan påverka informantens svar om det är mer än en intervjuare i rummet (48).

En kvalitativ metod valdes för att den, enligt Kvale och Brinkmann, lämpar sig för studier som har till syfte att belysa erfarenheter hos människor (48). Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys vilken, enligt Graneheim och Lundman, både kan lyfta fram textens manifesta och latenta innehåll. I den här studien valdes enbart analys av det manifesta budskapet i texten i form av skillnaderna mellan de olika koderna, och likheterna inom de olika kategorierna. Graneheim och Lundman menar att det kan vara en bra startpunkt för ovana forskare (37). Tolkning av de meningsbärande enheterna och gruppering till subkategorier och kategorier genomfördes av författarna gemensamt för att undvika feltolkning av materialet.

Graden av resultatets *tillförlitlighet* avgörs av hur inhämtandet av data har skett, att analysprocessen inte har varit för utdragen över tid vilket kan leda till att forskarna inte är konsekventa i hur datainsamlingen utförs. Graneheim och Lundman betonar värdet av att täcka in samma frågeområden i intervjuerna, men på samma gång belyser de att forskaren utvecklas under studiens gång och att exempelvis följdfrågor kan färgas av nya erfarenheter om fenomenet som forskarna erhållit i tidigare intervjuer (37). Under datainsamlingen växte en rikare bild kring det studerade fenomenet fram. För att försäkra sig om att samtliga intervjuer täckt in alla områden användes en för studien framtagen intervjuguide med semistrukturerade frågor samt förslag på följdfrågor. Det är trots det mycket troligt att intervjuerna skiljer sig i kvalitet på grund av att författarna succesivt blev mer vana vid att intervjua.

För att möjliggöra *överförbarhet* till liknande kontext av resultatet i studien belyses de olika kategorierna och subkategorierna med citat ifrån de olika intervjuerna. Det här möjliggör, enligt Graneheim och Lundman, för läsaren att tolka resultatet på ett alternativt sätt då forskningsresultat aldrig enbart kan tolkas på ett sätt (37).

Båda författarna hade en viss förförståelse inom området som studien berörde. Kännedom inom området som studeras kan vara positivt för att få ett mer uttömmande resultat. Det är också viktigt att ha kännedom om sin egen förförståelse för att inte påverka informanternas svar vid intervjutillfället och vara objektiv vid analysarbetet (37). Båda författarna hade erfarenhet av att vara student på BVC. Båda är sjuksköterskor och en av författarna har själv fått hembesök till sina barn när de var nyfödda. Däremot hade författarna själva inte utfört hembesök och visste inte hur ett hembesök vid åtta månaders ålder genomfördes.



## Resultatdiskussion

Huvudresultatet av den här studien kan sägas vara den upplevda nyttan ställd mot den extra kostnad i form av tidsåtgång som hembesöket tar och att BHV-sjuksköterskorna inte upplever att det är uppenbart att nyttan väger tyngst. Både BHV-sjuksköterskorna och tidigare forskning kommunicerar att det finns tydliga fördelar med hembesök (15, 20, 49, 50). Det är därför av intresse att söka efter troliga anledningar till att nyttan inte uppenbart upplevs överväga kostnaden. BHV-sjuksköterskorna kommunicerar själva om både fördelar och nackdelar med hembesöket, vilket genast i sig gör bilden oklar. En möjlig förklaring är att det även kan finnas andra underliggande dilemman som inte kommuniceras lika explicit.

Barnhälsovårdens arbete skall stärka föräldrars självkänsla och kompetens och utveckla ett partnerskap mellan föräldrar och personal (29). Det här kan sammanfattas i begreppet empowerment (28). Resultatet kan tolkas i ljuset av empowerment. Som start behöver frågan om vad det är som styrker empowerment respektive försvagar empowerment i BHV-sjuksköterskornas arbetsinsatser bearbetas.

I resultatets kategori *att skydda barnet från faror* berättar BHV-sjuksköterskorna att de upplever sig som kontrollanter. BHV-sjuksköterskorna går i vissa fall runt i bostaden och kontrollerar risker för barnsäkerheten. Upplevelsen av att vara en kontrollant framkommer tydligt i BHV-sjuksköterskornas berättelser och i dessa fallen är känslan knuten till att BHV-sjuksköterskan tar initiativ till att gå runt och kontrollera barnsäkerheten i bostaden. BHV-sjuksköterskorna menade till och med att det upplevdes vara som socialarbetare, vilket ännu mer förstärker bilden av en känsla av att kontrollera om hemmet, och i förlängningen familjen, är lämplig och säker för barnet. De uttrycker alltså att de upplevs kommunicera kritik. De uttrycker att kontrollen inte sker av illvilja utan för att BHV-sjuksköterskorna uppfattar att behov av en kontroll finns. Att kontrollera och ge kritik innebär en motsats till hur begreppet empowerment beskrivs i litteraturen (28) och kan därmed antas minska överföringen av empowerment från BHV-sjuksköterskan till föräldrarna.

De BVC som de medverkande BHV-sjuksköterskorna hade som arbetsplatser är spridda över områden med olika socioekonomisk bakgrund (51). Tidigare forskning visar på att barn i familjer med lägre socioekonomisk bakgrund hade en högre olycksfallsfrekvens än barn i familjer med en högre socioekonomisk bakgrund (52, 53). BHV-sjuksköterskorna uttrycker att familjer med icke-svensk bakgrund upplevs ha behov av en mer detaljerad genomgång av barnolycksfallspreventionsinsatserna. I Göteborg sammanfaller områdena med låg socioekonomisk bakgrund och en hög andel med utländsk bakgrund (51). De BHV-sjuksköterskor som upplevde att kontroll av bostaden kunde vara nödvändig för barnets säkerhet arbetade på BVC i områden med lägre socioekonomisk bakgrund.

Å ena sidan visar alltså forskning på behov av handfasta råd och hjälp med kontroll av bostaden men å andra sidan behöver dessa familjer få empowerment av BHV-sjuksköterskan för att kunna utvecklas och styrkas i sin föräldraroll. Här ställs BHV-sjuksköterskan inför ett etiskt dilemma. Hon kan inte både göra gott och samtidigt bevara föräldrarnas autonomi (33). BHV-sjuksköterskan behöver få till stånd både kontrollen av bostaden och föräldrarnas

kunskapsnivå och på samma gång förmedla empowerment till föräldrarna så att de stärks i sin föräldraroll och på så sätt blir bättre föräldrar till barnet i fråga.

Vidare kan orsaker som förstärker överföringen av empowerment till familjerna problematiseras. BHV-sjuksköterskorna upplever att de i de fall då de inte initierar en kontroll av bostaden, i samband med samtal om barnsäkerhet i hemmet, upplever att en sådan kontroll inte behövs. BHV-sjuksköterskorna lät föräldrarnas behov och frågor styra genomgången av barnsäkerhet vid de här hembesöken och bekräftar föräldrarna i sitt föräldraskap genom att BHV-sjuksköterskorna uttrycker en känsla av att föräldrarna redan kan det mesta som de hade att informera om. BHV-sjuksköterskorna som uttrycker det här arbetar på BVC i områden med högre socioekonomisk bakgrund (51). BHV-sjuksköterskorna litade på att föräldrarna hade kunskap och förståelse nog för att de skulle fråga om hjälp om det var något som de inte förstod eller upplevde att de behövde hjälp med från BHV-sjuksköterskan. Vid de här besöken kan det antas att BHV-sjuksköterskorna överför empowerment till föräldrarna genom att bekräfta dem i deras roll som föräldrar. BHV-sjuksköterskorna berättade om erfarenheter om att de upplevde att de föräldrarna uttryckte att hembesöket var trevligt men att de ifrågasatte varför hembesöket utfördes, vilket även tyder på att föräldrarna själva upplever sig ha stor kunskap om bland annat barnsäkerhetsfrågor (28). BHV-sjuksköterskorna upplevde de här besöken som onödiga. De uttryckte även att deras värde som BHV-sjuksköterskor devalverades genom att utföra en omvårdnadshandling som uppfattades som onödig av föräldrarna.

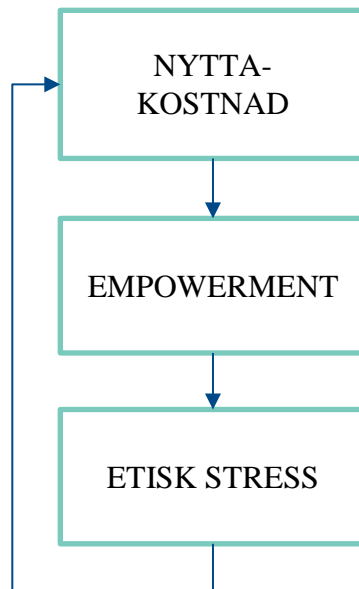
Det underliggande resonemanget leder fram till att de familjer som upplevs vara i behov av empowerment, de erhåller inte empowerment och de familjer som inte upplevs vara i behov av empowerment de erhåller empowerment av BHV-sjuksköterskan. I båda fallen uppstår en otillfredsställelse hos BHV-sjuksköterskorna. BHV-sjuksköterskorna ställs inför ett etiskt dilemma (33) när de under hembesök till familjer med barn som är åtta månader gamla försöker följa den generella riktlinjen om att barnhälsovården skall erbjuda hembesöket till alla familjer och att barnhälsovården skall genomsyras av att överföra empowerment till föräldrarna och på samma gång skall säkerställa att barnet har en säker miljö att växa upp i (29).

I studiens kategori *att uppleva att barnhälsovården generellt inte är rustad för det nyinförda hembesöket*, lyfter BHV-sjuksköterskorna fram upplevelsen av tidsbrist i relation till hembesöket för barn vid åtta månaders ålder. BHV-sjuksköterskorna uttrycker att bristen på tid försvårar för dem att göra ett bra jobb. Vilket innebär att BHV-sjuksköterskorna upplever en etisk stress. Viljan att utföra ett bra arbete ställs mot bristen på tid (32, 54).

Om den etiska stressen i relation till tidsbrist läggs samman med den etiska stressen i relation till överförande av empowerment kontra kontroll av barnsäkerhet ger det en förstärkt etisk stress (32). En tanke är att den här förstärkta etiska stressen stärker BHV-sjuksköterskornas ifrågasättande om nyttan överväger kostnaden med hembesöket. Resonemanget leder oss tillbaka till huvudresultatet (Figur 1).

Sweet och Appelbaum lyfter fram de goda effekterna hembesöket har för familjer med små barn men kommer fram till att en analys av nytta och kostnad är relevant innan

hembesöksprogram införs (55). Almquist-Tangen et al menar att den fortsatta utvecklingen av hembesök som metod till stor del beror på BHV-sjuksköterskornas attityder till hembesöket (2). Studiens resultat kan därför bidra till samhällsnytta och hållbar utveckling genom att det förtydligar eventuella orsaker till BHV-sjuksköterskornas tvevhågsenhet om nyttan uppväger kostnaden för hembesöket.



Figur 1. När resultatets huvudfynd, att BHV-sjuksköterskorna ifrågasätter om nyttan uppväger kostnaden för hembesök för barn vid åtta månaders ålder, diskuteras i ljuset av begreppet empowerment förtydligas bilden av att BHV-sjuksköterskorna upplever en etisk stress. Den här etiska stressen leder resonemanget tillbaka till frågeställningen om nyttan uppväger kostnaden.

## Slutsats

Hembesök till barn vid åtta månaders ålder upplevdes utgöra en möjlighet för BHV-sjuksköterskorna att genomföra en tillförlitlig bedömning av barnets utveckling. Det upplevdes även främja relationen mellan föräldrarna och BHV-sjuksköterskan.

BHV-sjuksköterskorna upplevde det svårt att se hur nyttan vägde upp tidsåtgången när det gäller hembesök och syftet med att besöket skulle utföras i hemmet upplevdes otillräckligt underbyggt ifrån centrala barnhälsovårdsmyndigheten. BHV-sjuksköterskorna upplevde det även svårare att utföra besöket i hemmet än på mottagningen eftersom föräldrarna ofta upplevdes bli distraherade. Hembesöket kunde lättare motiveras till förstagångsföräldrar, eftersom det vid besök i familjer med flera barn ofta visade sig att bostaden redan var barnanpassad. En negativ upplevelse av att komma som kontrollant in i familjens hem lyftes också fram.

## Kliniska implikationer

Studios resultat visar på erfarenheter hos BHV-sjuksköterskor som utför hembesök till barn vid åtta månaders ålder. Utifrån resultatet av studien rekommenderas nedanstående implikationer:

- Färre antal barn per BHV-sjuksköterska för att få tid för hembesök.
- Dialog inom barnhälsovården om orsaken till införandet av hembesök för barn vid åtta månaders ålder.
- Samtal kring en samsyn gällande hur hembesöket utformas.

## Vidare forskning

Det här är en liten studie som har sina begränsningar i överförbarhet. Det skulle därför vara intressant att göra en nationell utvärderande studie gällande hembesök för barn vid åtta månaders ålder. Det skulle ge evidens för hembesöket vilket efterfrågas från BHV-sjuksköterskorna. Intressant också att se hur mycket det kostar för barnhälsovården att införa detta hembesök eller om personalen fått betala med ökad arbetsbelastning till stor del. Vad är det som prioriteras bort för att hinna med det här?

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården Falun: Edita Bobergs; 2014 [citerad 2016-10-23]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>.
2. Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A, Holmberg L, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården -Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. Läkartidningen. 2010;107(47):2968-71.
3. Barnhälsovård i Sörmland -Årsrapport 2015. 2015 [citerad 2016-09-15]. Barnhälsovården Sörmland]. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Regelbok/%C3%85rsrapport%202015%20Barnh%C3%A4lsov%C3%A5rd%20i%20S%C3%B6rmland%20150602%20slutgiltig.pdf>.
4. Barnhälsovård i Halland 2013 -Barnrapport. 2013 [citerad 2016-09-15]. Barnhälsovårdsenheten Region Halland]. Hämtad från: [http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Regelbok/Halland\\_Barnrapport%202013.pdf](http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Regelbok/Halland_Barnrapport%202013.pdf).
5. Magnusson M, Wallby T, Lucas S, Engström M. Barnhälsovård i Uppsala län -Årsrapport 2015. 2015 [citerad 2016-09-15]. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Regelbok/ARSRAPPORT%202015%20webben.pdf>.
6. Johansson E, Wallin L. Evidensbaserad vård. In: Edberg A-K, redaktör. Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. 1:3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 103-46.
7. Kompetensbeskrivning -Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska 2008 [Distriktssköterskeföreningen i Sverige]. Hämtad från: [www.distriktsskoterska.se](http://www.distriktsskoterska.se).
8. NOBABs standard. Stockholm2014 [citerad 2016-09-19]. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård]. Hämtad från: <http://www.nobab.se/index.php/om-nobab/produkter>.
9. FN. FN's konvention om barns rättigheter. 1989 [citerad 2015-10-27]. Hämtad från: <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/>.
10. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV). Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare i Sverige; 2015 [citerad 2016-09-18]. 12]. Hämtad från: [http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20m%C3%A5lbeskrivningar/Nationell%20m%C3%A5lbeskrivning%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6tersketj%C3%A4nstg%C3%B6ring%20inom%20barnh%C3%A4lsov%C3%A5rden%20\(bhv\).pdf](http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20m%C3%A5lbeskrivningar/Nationell%20m%C3%A5lbeskrivning%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6tersketj%C3%A4nstg%C3%B6ring%20inom%20barnh%C3%A4lsov%C3%A5rden%20(bhv).pdf).
11. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R, Brown J. Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. Journal of Advanced Nursing. 2006;55(3):291-300.
12. Jansson A, Peterson K, Udén G. Nurses' first encounters with parents of new-born children - public health nurses' views of a good meeting. Journal of Clinical Nursing. 2001(10):140-51.
13. Baggens C. The institution enters the family home: home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. Journal of Community Health Nursing. 2004;21(1):15-27.
14. Fägerskiöld A, Ek A. Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. International Nursin Review. 2003;50(2):119-28.
15. Zapart S, Knight J, Kemp L. "It Was Easier Because I Had Help": Mothers' Reflections on the Long-Term Impact of Sustained Nurse Home Visiting. Maternal and Child Health Journal. 2016;20(1):196-204.
16. Byrd M. Social exchange as a framework for client-nurse interaction during public health nursing maternal-child home visits. Public Health Nursing. 2006;23(3):271-6.
17. Brodribb WE, Miller YD. The Impact of Community Health Professional Contact Postpartum on Breastfeeding at 3 Months: A Cross-Sectional Retrospective Study. Matern Child Health Journal. 2014(18):1591-8.

18. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors; A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 2012;29(4):289-301.
19. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Ach Dis Child*. 2000;82:443-51.
20. Jansson A, Sivberg B, Larsson B, Udén G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatrica*. 2002;91(571-7).
21. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(9):1127-49.
22. Stenhammar A-M, Ohrlander K. *Mjölkdroppen : filantropi, förmynderi eller samhällsansvar?* Stockholm: Carlsson; 2001.
23. VästraGötalandsregionen. *Krav- och kvalitetsbok -VG Primärvård 2016* [citerad 2016-09-22]. Hämtad från: <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/KoK/KO%20KBOk%20VGPV%202017%20-%20till%20tryck.pdf>.
24. Vuorenmaa M, Halme N, Perälä ML, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parentalempowerment: a cross-sectional study of parents with young children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016;30(2):290-302.
25. Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose members have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psykology*. 1992;37:305-21.
26. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40:149-57.
27. Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2011;128:510-8.
28. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23:305-13.
29. Håkansson A, Sundelin C. *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. A State of the Art Document*. 1999.
30. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998;13:349-64.
31. Coleman CL. Empowered by Nurses. *Pediatric Nursing*. 2016;42(4):193-6.
32. Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical Climate, Ethics Stress, and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States. *Social, Science and Medicine*. 2007;65(8):1708-19.
33. Tschudin V. *Ethics in nursing: the caring relationship*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1992.
34. Mary K, Panagiotis K, Diamanto A, Chrisoula L. Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(21/22):3246-55.
35. Teo S, Pick D, Newton CJ, Yeung ME, Chang E. Organisational change stressors and nursing job satisfaction: the mediating effect of copingstrategies. *Journal of Nursing Management* 2013;21(6):878-87.
36. Nordang K, Hall-Lord M, Farup P. Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nursing*. 2010;9(8):7.
37. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
38. Wijk S. *Telefonkontakt med Verksamhetsutvecklare Centrala barnhälsovården Göteborg och Södra Bohuslän*. 160418.
39. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 uppl.: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
40. Trost J. *Kvalitativa intervjuer*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.

41. Cöster H. Forskningsetik och ömsesidighet -vård, social omsorg och skola. 1 uppl. Stockholm: Liber; 2014.
42. Svenska Vetenskapsrådets forskningsetiska principer.: Vetenskapsrådet; [citerad 2016-09-15]. Svenska Vetenskapsrådet]. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
43. Etikprövningsnämnden. Vägledning till forskningspersonsinformation. 2004 [citerad 2016-09-13]. Hämtad från: <http://www.epn.se/media/1025/vaegledning-till-forskningspersoninformation.doc>.
44. Personuppgiftslagen, 1998:204 (1998).
45. Lag om etikprövning av forskning som avser människor., 2003:460 (2003).
46. Helgesson G. Forskningsetik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2015.
47. Yrkesregistret med yrkesstatistik 2013 Yrkesstrukturen I Sverige The Swedish Occupational Register with statistics 2013: Statistiska centralbyrån; [citerad 2016-10-23]. Hämtad från: [http://www.scb.se/Statistik/AM/AM0208/2013A01/AM0208\\_2013A01\\_SM\\_AM33SM1501.pdf](http://www.scb.se/Statistik/AM/AM0208/2013A01/AM0208_2013A01_SM_AM33SM1501.pdf).
48. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2014.
49. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996;35(12):1665-72.
50. Janson H, Squires J. Parent-completed developmental screening in a Norwegian population sample: a comparison with US normative data. Acta Paediatrica. 2004;93(11):1525-9.
51. Databas för långvarigt försörjningsstöd 2007-2013: Göteborgs Stad; 2014 [citerad 2016-10-22]. Hämtad från: <http://goteborg.se/wps/wcm/connect/34c40e2c-2fea-4867-954a-4a6f022fe505/Skillnader-i-livsvillkor-och-h%C3%A4lsa-2014-Huvudrapport1.pdf?MOD=AJPERES>.
52. Downswell T, Towner E. Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. Education Research. 2002;17:221-37.
53. Regeringen. Sociala skillnader i skaderisker. En rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige [citerad 2016-10-22]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/960b631121d845c6820606f02cdd5503/sociala-skillnader-i-skador-bland-barn-och-ungdom>.
54. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. Nursing Ethics. 2015;22:5-14.
55. Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. Child Development. 2004;75(5):1435-56.

# Bilaga 1. Samtyckesformulär verksamhetschef



## Samtyckesformulär verksamhetschef

Till verksamhetschef för vederbörande vårdcentral.

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Göteborgs Universitet som under hösten 2016 genomför vårt examensarbete i omvårdnad på magisternivå. Studien som vi planerar att genomföra har som syfte att belysa barnhälsovårdssjuksköterskans (BHV-sjuksköterskans) erfarenheter av det hembesök som erbjuds när barnet är åtta månader gammalt.

Vi söker därför BHV-sjuksköterskor som har genomfört åttamånaders hembesök under de senaste sex månaderna och som vill medverka i en intervjustudie.

Intervjutillfället beräknas ta ca 60 minuter. Intervjun spelas in med digital diktafon. Materialet kommer endast att hanteras av författarna till den här magisteruppsatsen, handledare och eventuellt examinator. De intervjuade personerna kommer inte kunna identifieras vid publicering av resultatet. Det insamlade materialet förstörs efter att examensarbetet är godkänt och klart.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst under studiens gång avbrytas utan att ge några skäl till det. Vid intresse gällande studiens resultat kan kontakt tas med studenterna via mail. Ingen ersättning utgår för medverkan i studien.

Vid frågor eller funderingar gällande studien kan kontakt tas med oss eller vår handledare, var god se kontaktinformation nedan.

Med vänliga hälsningar/

Maria Mörling distriktssköterskestuderande, legitimerad sjuksköterska.

Epost: [gusmorlima@student.gu.se](mailto:gusmorlima@student.gu.se)

Mob: xxxxxxxxxxxx

Liubov Vasilieva distriktssköterskestuderande, legitimerad sjuksköterska.

Epost: [gusvasli@student.gu.se](mailto:gusvasli@student.gu.se)

Mob: xxxxxxxxxxxx

Handledare: Stefan Nilsson, docent och universitetslektor.

Epost: [stefan.nilsson.4@gu.se](mailto:stefan.nilsson.4@gu.se)

Tel: 031- 786 60 36



Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medarbetare på  
vårdcentralen/barnvårdscentralen är fria att delta i studien:

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## Bilaga 2. Forskningspersonsinformation



### Forskningspersonsinformation.

Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademin, 2016-09-07.

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Göteborgs Universitet som under hösten 2016 genomför vårt examensarbete i omvårdnad på magisternivå.

#### **Bakgrund och syfte**

Den första januari 2015 infördes en ny riktlinje om att åttamånadersbesöket som tidigare skett på BVC nu med fördel kan göras i barnets hemmiljö.

Syftet med denna studie är att belysa BHV-sjuksköterskans erfarenheter av hembesök för barn vid åtta månaders ålder.

#### **Förfrågan om deltagande**

Studien vänder sig till dig som BHV-sjuksköterska som har utfört hembesök till barn vid åtta månaders ålder inom de senaste sex månaderna.

#### **Hur går studien till?**

Varje deltagare får medverka i en intervju som genomförs på barnavårdscentralen på avtalad tid. Det kan vara lämpligt att avsätta 60 minuter för hela besöket. Intervjun spelas in med en digital diktafon.

#### **Finns det några fördelar?**

Du får möjlighet att dela med dig av dina erfarenheter och dessa kan vara till hjälp för andra att få inblick i arbetet som BHV-sjuksköterska.

#### **Vilka är riskerna?**

Det finns inga förväntade risker med deltagandet.

#### **Hantering av data och sekretess**

Materialet kommer endast att hanteras av författarna till den här magisteruppsatsen, handledare och eventuellt examinator. De intervjuade personerna kommer inte kunna identifieras vid publicering av resultatet. Det insamlade materialet förstörs efter att

examensarbetet är godkänt och klart. Hantering av era uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204).

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Vid intresse gällande studiens resultat kan kontakt tas med studenterna, var god se kontaktuppgifter nedan.

### **Frivillighet**

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst under studiens gång avbrytas utan att ge några skäl till det. Ingen ersättning utgår för medverkan i studien.

### **Ansvarig för studien**

Ansvarig för studien är Göteborgs universitet, Institution för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien. Vid frågor eller funderingar gällande studien kan kontakt tas med oss studenter eller vår handledare på mail eller telefon, var god se nedan.

Med vänliga hälsningar/

Maria Mörling distriktssköterskestuderande, legitimerad sjuksköterska.

Epost: [gusmorlima@student.gu.se](mailto:gusmorlima@student.gu.se)

Mob: xxxxxxxxxxx

Liubov Vasilieva distriktssköterskestuderande, legitimerad sjuksköterska.

Epost: [gusvasli@student.gu.se](mailto:gusvasli@student.gu.se)

Mob: xxxxxxxxxxx

Handledare: Stefan Nilsson, docent och universitetslektor.

Epost: [stefan.nilsson.4@gu.se](mailto:stefan.nilsson.4@gu.se)

Tel: 031-786 60 36



Informerat samtycke till deltagande i studien om BHV-sköterskans erfarenheter av hembesök då barnet är åtta månader gammalt.

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information gällande magisterstudien.

Jag är informerad om att medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas när som helst och utan att särskilt skäl till detta behöver ges.

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

Namn: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

# Bilaga 3. Intervjuguide



## Intervjuguide semistrukturerad intervju

### Öppningsfrågor

Ålder?

Vad har du för specialistutbildning/ar?

Hur länge har du jobbat som BHV-sjuksköterska?

Hur många hembesök har du gjort för barn vid 8 månaders ålder under de senaste sex månaderna?

### Ämnesfrågor

1. Jag undrar om du kunde berätta hur du genomför ett hembesök vid 8 månaders ålder?

Vilka moment innefattar ett hembesök?

Kan du berätta om ett specifikt hembesök?

2. Kan du berätta hur du upplever att utföra åttamånadershembesöket?

-goda erfarenheter?

-dåliga erfarenheter?

3. Berätta om dina erfarenheter av att möta:

-föräldrarna vid hembesöket?

-barnet vid hembesöket?

-syskon vid hembesöket?

-familjer med annat modersmål än svenska vid hembesöket?

4. Berätta om dina erfarenheter av att komma in i deras hem när barnet är 8 månader?

-positivt/negativt?

5. Vad upplever du som:

- möjligheter med hembesöket vid åtta månaders ålder?

-hinder/barriärer/svårigheter med hembesöket?

6. Vad är det som gjorde att du kunde genomföra dessa hembesök?

**Stödfrågor:**

Kan du berätta mer?

Hur menar du?

Konkreta exempel?