

Barn är oslagbara

BVC-sjuksköterskors erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö

Sahlgrenska akademien

FÖRFATTARE	Catharina Sjölund Diana Sörlin
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska 75 hp Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård OM5310 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Stefan Nilsson
EXAMINATOR	Helena Wigert

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



FÖRORD

Vi vill tacka BVC-sjuksköterskorna som ställde upp på kort varsel och gjorde vår studie möjlig. Stort tack till vår handledare, Stefan Nilsson, för all vägledning och tiden du har ägnat åt att läsa vår uppsats om och om igen.

Till sist vill vi även tacka organisationen Barnens rätt i samhället för att de tillåter oss att ha orden *Barn är oslagbara* i vår uppsatstitel.

Titel (svensk):	Barn är oslagbara – BVC-sjuksköterskors erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö
Titel (engelsk):	Children are unbeatable – Experiences of primary prevention by the child health nurse to avoid domestic child maltreatment
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska 75 hp
	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård/OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Catharina Sjölund och Diana Sörlin
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Helena Wigert

SAMMANFATTNING

Inledning: Att barn far illa, där förövaren är en vårdnadshavare, är ett stort problem för barnets hälsa. Barnet lider inte bara i den stund misshandeln eller övergreppet sker, utan konsekvenser kvarstår oftast upp i vuxenlivet. Specialistsjuksköterskan i barnhälsovården, som arbetar på barnavårdscentralen (BVC), möter nästintill alla barn som växer upp i Sverige vilket innebär att BVC-sjuksköterskan har möjlighet att arbeta primärpreventivt med familjen under barnets första levnadsår. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö. **Metod:** I studien har fyra BVC-sjuksköterskor intervjuats. Insamlat datamaterial har analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Tre kategorier presenteras; i *Att medvetandegöra om barnets omgivning* beskrivs vikten av att BVC-sjuksköterskan talar med föräldrarna om plötslig spädbarnsdöd, skakvåld och barnsäkerhet, samt vågar ställa obekväma frågor om våld och alkohol i familjen. I *Att vara en stödjande person* betonas vikten av att bygga en bra relation till familjen, samt att utföra föräldrastöd både individuellt och i grupp för att främja en bra anknytning mellan föräldrar och barn. I *Att samarbeta med andra professioner* lyfts BVC-sjuksköterskans erfarenheter av samverkan med andra professioner och möjligheter till förbättringar i samarbetet fram. **Diskussion:** BVC-sjuksköterskan har en viktig funktion i att stödja och utbilda föräldrarna, för att stärka föräldrarna i sin föräldraroll. För att BVC-sjuksköterskan ska kunna ha en helhetssyn på barnet behövs en familjecentrerad omvårdnad. **Slutsats:** Mycket av BVC-sjuksköterskans arbete syftar till att barn inte ska fara illa och få en så trygg uppväxt som möjligt. BVC-sjuksköterskorna i studien uppger inte om de ger muntlig information om att aga är förbjudet i Sverige, men en storskalig studie behöver utföras för att kunna dra några slutsatser. I vidare forskning skulle föräldrarnas upplevelser av BVC-sjuksköterskans primärpreventiva arbete kunna studeras.

ABSTRACT

Introduction: Child maltreatment, perpetrated by a caregiver, is a major health problem. The child suffers not only at the instance the abuse or maltreatment occurs, the consequences may persist into adulthood. The specialist nurse in child health (CHN), who works at a child health care unit, comes across almost every child growing up in Sweden. The CHN has an opportunity to implement primary prevention with the family during the child's first years. **Aim:** The aim of this study is to describe the CHN experiences regarding primary prevention to avoid domestic child maltreatment. **Method:** Four CHN's were interviewed. Collected data material has been analyzed based on a qualitative content analysis with an inductive approach. **Results:** Three categories are presented; *To raise awareness about child environment* focusing on the importance of talking about SIDS (sudden infant death syndrome), abusive head trauma and child safety with the parents and also the importance of asking uncomfortable questions about violence and alcohol in the family. In *To be a supportive person* the CHN's emphasizes the importance of establishing a good relationship with the family, to perform support both individually and in groups and to promote a good attachment between parents and child. *To cooperate with other professions* emphasizes the CHN experience of collaboration with other professionals and opportunities for improvement in cooperation. **Discussion:** The CHN plays an important role to educate and support the parents to help them grow in their parenting role. To have a holistic view of the child necessities, a family-centered care is required by the CHN. **Conclusion:** A lot of the CHN's work is aimed to prevent child maltreatment and for the child to get as safe upbringing as possible. The CHN's in the study doesn't declare if they give verbal information about corporal punishment being forbidden by law, but the large-scale study needs to be performed in order to draw any conclusions. In further research parents' experiences of the CHN's primary preventive work may be interesting to study.

Keywords: child health nurse, health promotion, primary prevention, experience, child maltreatment, child abuse

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV	2
Känsla av sammanhang	2
Familjecentrerad omvårdnad	2
Ansvar	2
BARNS RÄTTIGHETER	3
BARNHÄLSOVÅRD	3
BARN SOM FAR ILLA	4
Skyddsfaktorer.....	5
Riskfaktorer	5
Konsekvenser av att ett barn far illa.....	5
Antal barn som far illa i sin hemmiljö i Sverige.....	6
TIDIGARE FORSKNING	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE.....	8
METOD.....	8
URVAL	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS.....	9
PILOTSTUDIEN.....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	11
ATT MEDVETANDEGÖRA OM BARNETS OMGIVNING	12
Att ta upp preventiva åtgärder mot olycksfall	12
Att samtala om våld.....	13
Att upplysa om barnets perspektiv på tobak och alkohol.....	14
ATT VARA EN STÖDJANDE PERSON	15
Att bygga en relation	15
Att ge individuellt föräldrastöd	15

Att utföra föräldrastöd i grupp.....	17
ATT SAMARBETA MED ANDRA PROFESSIONER.....	18
Att se fördelar med samverkan.....	18
Att se möjlighet till förbättringar.....	19
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION.....	21
Att medvetandegöra om barnets omgivning.....	21
Att vara en stödjande person	23
Att samarbeta med andra professioner	25
Slutsats.....	25
Fördelning av examensarbetet.....	25
REFERENSER.....	26
BILAGOR	
Bilaga 1. Forskningspersonsinformation	
Bilaga 2. Intervjuguide	

INLEDNING

Den 30 september 2014 går det att läsa i Göteborgs-Posten att lagen ”Lex Bobby” som trädde i kraft 2008 inte skyddar utsatta barn såsom det var tänkt. Det var år 2006 som Bobby, 10 år, misshandlades till döds av sin mor och styvfar, vilket fick stor uppståndelse i media och ledde fram till ”Lex Bobby”. Lagen säger att en utredning ska startas av Socialstyrelsen när ett barn dött till följd av våld eller annat brott. Syftet med lagen är att få fram konkreta förslag på åtgärder som ska förebygga att barn far illa. Nu, sex år efter införandet, så har lagen haft mycket liten effekt (1).

Att fara illa i sin hemmiljö orsakar oftast ett stort lidande för barnet. Barnet blir sviket av den person som ska stå för trygghet. Barnet lider inte bara i den stund misshandeln eller övergreppet sker, utan konsekvenser som psykisk och fysisk ohälsa och psykosociala problem kvarstår oftast även upp i vuxenlivet. Detta sker i vårt samhälle trots att alla barn har rätt att få växa upp under trygga förhållanden (2).

I barnhälsovården, på barnavårdscentralen (BVC), möter BVC-sjuksköterskan nästintill alla barn som växer upp i Sverige, vilket innebär att BVC-sjuksköterskan har möjlighet att arbeta preventivt med familjen under barnets första levnadsår (2).

Att inga barn ska behöva fara illa och att alla barn har rätt att få en så trygg uppväxt som möjligt lade grunden för denna studie.

BAKGRUND

I litteraturen framgår en begreppsförvirring som rör hälsofrämjande arbete och primärprevention. Basprogrammet på BVC var tidigare inriktat på primärprevention men under 1990-talet ändrades arbetssättet på BVC. BVC-sjuksköterskan började arbeta med en hälsofrämjande ansats för att stärka föräldrarna i föräldraskapet (3). BVC gör både hälsofrämjande och primärpreventiva insatser. Hälsofrämjande arbete är inriktat på att främja hälsa och välbefinnande (4). Socialstyrelsens definition av hälsofrämjande åtgärd lyder *”åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande”* (5, sid 1).

Definitionen av primärprevention skriven av Socialstyrelsen lyder *”förebyggande åtgärd för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem”* (6, sid 1). Här menas åtgärder för att öka barnets välbefinnande och motverka skador och sjukdomar. Alltså de åtgärder som görs för att undanröja orsaker till att ett barn far illa eller riskerar att fara illa, exempelvis att BVC-sjuksköterskan ger information till föräldrar för att förebygga olycksfall i hemmet (7). Primärprevention är inriktat på att förhindra att ohälsa uppkommer (4). Att fara illa innebär ohälsa för barnet. Begreppet primärprevention kommer därför att användas i uppsatsen. Författarna är medvetna om att vissa insatser på BVC är hälsofrämjande, exempelvis föräldragrupp, de insatserna är i uppsatsen inkluderade i begreppet primärprevention.

Med barn avses varje människa under 18 år (8). Då denna studie handlar om BVC-sjuksköterskans primärpreventiva åtgärder kommer studien att inriktas på barn 0-6 år. Äldre barn som far illa samt barn som far illa utanför sin hemmiljö tas inte upp i denna studie.

VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Dahlberg och Segesten (9) beskriver begreppet hälsa som;

”Hälsa innebär att må bra och att vara i stånd till att genomföra det man avser vara av värde i livet, både i stort och smått” (9, sid 52).

Känsla av sammanhang

Hälsa upplevs när människan har en känsla av sammanhang. Antonovsky (10) har utvecklat begreppet som innebär att hög känsla av sammanhang (KASAM) kan uppnås genom att uppleva sin tillvaro som *meningsfull*, att livet har en känslomässig mening, *begriplig*, att kunna förklara det som sker och *hanterbar*, att ha resurser att möta det som sker. Känsla av sammanhang kan ge en förklaring till varför vissa människor upplever hälsa trots stora påfrestningar. Det är viktigt att människan har resurser och förmåga att hantera stora händelser i sin omgivning (10), och BVC-sjuksköterskan kan stödja föräldrarna i att hantera och begripa sin nya situation som föräldrar, då föräldraskapet kan vara en stor påfrestning (11).

Familjecentrerad omvårdnad

För att ha en helhetssyn på barnet i sitt arbete krävs det att BVC-sjuksköterskan utövar familjecentrerad omvårdnad. En familj är de personer som barnet har en emotionell utgångspunkt till. Det behöver inte finnas några blodsband mellan personerna, utan i en familj ingår de personer som känner sig som en familj. Familjen ses i ett systematiskt förhållande, där alla personer i familjen utgör en del av systemet och tillsammans blir en helhet. Det innebär, att sker en förändring hos en individ i familjen, påverkas alla övriga personer som ingår i familjen. Denna förändring kan vara både positiv och negativ. När det gäller barn så behöver inte barnet själv utsättas för våld, utan barnet påverkas till exempel av att mamman blir misshandlad. Familjehälsa är ett övergripande begrepp för familjers funktion och välbefinnande och innebär hälsa hos familjen som enhet, samt hos de olika individuella familjemedlemmarna (12). För att främja familjehälsan behöver BVC-sjuksköterskan se varje enskild familjemedlem och stödja dem till en känsla av sammanhang (10, 12).

Ansvar

”Att stå till svars” är en ungefärlig betydelse av ansvar enligt Nationalencyklopedin (13). Människor har en skyldighet att stå till svars för sina val och handlingar gentemot sina medmänniskor. Ansvar i vården innebär att ta ett professionellt ansvar för sina arbetsuppgifter och ge ett löfte om engagemang. BVC-sjuksköterskan har ansvar för att möta sina egna känslor och för sin egen personliga utveckling, vilket underlättar för BVC-sjuksköterskan att ta ansvar för andra personer (14).

BVC-sjuksköterskan har ett ansvar att vara både fysiskt och psykiskt närvarande i mötet med familjen. Genom en familjecentrerad omvårdnad kan BVC-sjuksköterskan beakta både barnet och föräldrarna och skapa en ömsesidighet. Istället för att BVC-sjuksköterskan tar hela

ansvaret genom att tala om för föräldrarna vad de ska göra, gör ömsesidigheten att BVC-sjuksköterskan och föräldrarna är vi med varandra, vi delar på ansvaret för barnets hälsa. Då kan föräldrarnas egenansvar stärkas, föräldrarna växer i sin föräldraroll och blir ansvarstagande (14).

BARNS RÄTTIGHETER

Sverige har skrivit under Förenta Nationernas barnkonvention (8) som är ett avtal om barns rättigheter. Artikel 19 tar upp barns rätt att skyddas mot våld;

”Varje barn har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld, övergrepp, vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller annan som har hand om barnet” (8).

Enligt föräldrabalken (15, kapitel 6 § 1) har alla barn rätt till trygghet, omvårdnad och en god fostran. Alla barn ska behandlas för den person den är och får inte utsättas för kränkande behandling eller kroppslig bestraffning. Det är vårdnadshavaren till barnet som är ansvarig för att barnets behov blir tillgodosett (15). När vårdnadshavaren inte kan ta ansvar, är det enligt socialtjänstlagen (16, kapitel 5 § 1) socialnämndens ansvar att skydda och stödja barnet. Socialnämnden ska även arbeta med förebyggande arbete för att barn inte ska fara illa (16).

Anställda som arbetar inom myndigheter och verksamheter som riktar sig mot barn och unga har enligt socialtjänstlagen (16, kapitel 14 § 1) skyldighet att omedelbart göra en orosanmälan, om de misstänker eller får kännedom om att ett barn far illa (16).

När det gäller barnsäkerheten för barn upp till sex år, står det i, Statens offentliga utredningar (17), att de flesta barnolyckor sker i hemmet och i bostadsområdet. I hemmet finns flera skaderisker för små barn och för föräldrarna kan det vara svårt att se farorna i tid. Därför ska lättillgänglig och trovärdig information ges till föräldrar, som skadeförebyggande åtgärd (17).

BARNHÄLSOVÅRD

Barnhälsovård för barn 0-6 år bedrivs på BVC och där arbetar en sjuksköterska som är specialistutbildad, antingen till distriktssköterska eller inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. BVC-sjuksköterskan är den person som utför den största delen av barnhälsovårdens arbete. BVC-sjuksköterskan möter barnet med familj regelbundet och är den person som konsulterar och samordnar övriga yrkesprofessioner inom barnhälsovården. Andra yrkesprofessioner på BVC är läkare, psykolog, logoped, dietist och socionom (18). För en fungerande samverkan, krävs ett gemensamt mål och att alla professioner är införstådda i sina insatser (19). Familjecentral är ett exempel på en samverkansform. På en familjecentral finns mödravårdscentral (MVC), BVC, förebyggande socialtjänst och öppen förskola (11).

Barnhälsovården arbetar utefter följande mål från Hälso- och sjukvårdslagen (20);

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (20, § 2).

Socialstyrelsen beskrev mål och delmål för BVC i allmänna råd från 1991, men dessa upphävdes 2009. Sedan dess finns inga nationella styrdokument för barnhälsovården. Dock återkommer dessa mål, om än med olika formuleringar, i lokala och regionala riktlinjer för BVC (11).

Socialstyrelsen tar upp följande mål och insatser i Vägledning för barnhälsovården (11): att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn och att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. För att på ett framgångsrikt sätt nå upp till dessa mål kan barnhälsovården erbjuda hälsoövervakning, erbjuda stödjande insatser till alla barn och deras föräldrar, observera barnens närmiljö och ge individuell hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa (11).

De primärpreventiva insatser som ingår i verksamhetsbeskrivningen för barnhälsovården inom Västra Götalandsregionen är hembesök, föräldrautbildning, metoder för att främja samspelet mellan föräldrar och barn, information om risker med tobaksrök och alkohol, hälsoupplösning om barn, till exempel skadeprevention och utveckling samt stöd till mödrar med risk att utveckla depression (18). För att kunna stödja nyblivna mammor som riskerar att utveckla en depression, måste BVC-sjuksköterskan tidigt kunna identifiera nedstämdhet hos den nyblivna mamman. Som stöd har BVC-sjuksköterskan hjälpmedlet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS är en självskattningsskala som den nyblivna mamman får fylla i sex till åtta veckor efter barnets födsel. Sedan har BVC-sjuksköterskan ett samtal med den nyblivna mamman där de tillsammans går igenom svaren (11).

BVC-sjuksköterskan ska så långt det är möjligt arbeta evidensbaserat. Det innebär att arbeta efter metoder som har vetenskapligt underlag, för att barnet ska få den vård som gör störst nytta och är mest kostnadseffektiv (21). Idag finns det insatser på BVC som mer bygger på erfarenhet och traditioner. Stora delar av det primärpreventiva arbetet är inte ordentligt forskat på, men trots brist på evidens är det angeläget att utföra hälsovårdsinsatser efter bästa tillgängliga kunskap (11).

Grunden för BVC är att primärpreventiva åtgärder görs för alla barn och deras familjer, för att kunna minska den grupp av individer som senare skulle kunna få problem. Att BVC erbjuder alla familjer samma insatser beror på att det är svårt att identifiera den grupp av barn som skulle kunna få problem om de inte erbjuds insatser. En fördel är också att åtgärderna inte blir stigmatiserande om alla familjer får samma insatser (11).

BARN SOM FAR ILLA

Det är svårt att göra en heltäckande definition av ”barn som far illa” då det finns så många sammanhang ett barn kan fara illa i (2). En definition enligt Socialstyrelsen lyder;

”Att fara illa innebär alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling. Detta oavsett om det är avsiktligt eller oavsiktligt, har kulturella bakgrundsfaktorer eller beror på okunskap om barns behov” (2, sid 28).

Barn kan bli utsatta för *fysisk misshandel*. Abusive head trauma, skakvåld, är ett exempel på fysisk misshandel som framförallt drabbar spädbarn. Skakvåld har tidigare kallats för shaken baby syndrome. Detta våld är sällan överlagt utan sker av den vuxnes frustration och trötthet, ofta när barnet skriker (22). Barn kan bli *sexuellt utnyttjade* vilket innebär alla former av sexuella handlingar eller situationer med sexuell innebörd som påtvingas ett barn av en annan människa (2). Barn kan bli utsatta för *psykisk misshandel* som att bli hotad, skrämmd eller bortstött (23). Även barn som bevittnar våld, till exempel att pappa slår mamma, utsätts för en form av psykiskt våld. Att bli utsatt för *försummelse* eller *omsorgssvikt* är också att fara illa. Det kan innebära att barnets vårdnadshavare har en bristande omsorgsförmåga så att barnet inte får sina grundläggande behov tillgodosedda (2).

Att ett barn far illa kan orsaka en otrygg anknytning. Exempel på vad som kan orsaka otrygg anknytning kan vara att en förälder ägnar alltför lite tid åt barnet, undviker att trösta barnet, är ambivalent i sitt umgänge med barnet eller om anknytningspersonen samtidigt är en person som orsakar rädsla hos barnet (2). Spädbarn och förskolebarn befinner sig i en mer utsatt situation då de är mer beroende, sårbara och mer socialt osynliga än äldre barn. De yngsta barnen kan heller inte berätta om sina upplevelser (23).

Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer ökar barnets motståndskraft mot påfrestningar och gör barnet mindre påverkat av riskfaktorer. Skyddsfaktorer kan finnas i familjen eller omgivningen och kan kompensera för de problem som eventuellt finns. Egna skyddsfaktorer hos barnet kan vara hög begåvning, god social kompetens och gott självförtroende. Andra exempel på skyddsfaktorer är att modern har god hälsa, god familjesammanhållning, välutbildade föräldrar, ett socialt nätverk och en positiv tillvaro i förskolan. Att barnet har en trygg anknytning till minst en vuxen fungerar också som en skyddsfaktor. Anknytningen byggs upp i samspelet mellan föräldrar och barn. Hur trygg anknytningen blir avgörs av föräldrarnas förmåga att vara en trygg bas för barnet både fysiskt och psykiskt (2).

Riskfaktorer

Det finns ingen faktor som ensam kan stå för förklaringen varför en förälder misshandlar eller försummar sitt barn, men riskfaktorer kan öka sannolikheten för att ett barn ska fara illa. Utsätts ett barn för flera riskfaktorer kan det få en kumulativ effekt, alltså att risken för att barnet ska fara illa ökar (2, 23). Exempel på riskfaktorer kan vara familjer med våld i hemmet sedan tidigare, förståndshandikappade föräldrar, föräldrar som haft en svår uppväxt, föräldrar med psykiska problem, föräldrar med missbruk, föräldrar med utländsk bakgrund, asylsökande familjer, familjer med svår socioekonomisk situation, föräldrar till handikappade barn och föräldrar till barn med kolik. Även bristande kunskap om barns utveckling kan vara en riskfaktor hos föräldrarna, då de kan ha överskattade förväntningar på barnets förmåga. En annan riskfaktor är brist på trygg anknytning (2, 11).

Konsekvenser av att ett barn far illa

Att fara illa får oftast stora konsekvenser för barnets fysiska och psykiska hälsa och utveckling. Senare i livet finns det en ökad risk för fetma, rökning, droger, överkonsumtion av alkohol, våldsbänagenhet och riskfyllt sexuellt beteende. Dessa riskfaktorer kan i sin tur leda

till för tidig död och sjukdomar såsom hjärtsjukdomar, könssjukdomar, depression och cancer (23). Skakvåld kan orsaka svåra hjärnskador, spasticitet, nedsatt begåvning, koncentrationssvårigheter eller död (2). Att ett barn far illa kan leda till livslångt lidande, till en hög kostnad både för individen och för samhället (23). En studie visar på att bli utsatt för försummelse kan orsaka lika stora konsekvenser i vuxenlivet som fysiskt våld och sexuella övergrepp kan göra (24).

En amerikansk studie från 2012 (25) visar att den totala kostnaden för samhället när ett barn far illa är ca 1,5 miljoner kronor. I denna siffra ingår kostnader för hälsovård, sjukvård och mediciner, produktivitetsförlust, barnskyddskostnader, straffrättsliga kostnader och kostnader för specialundervisning. Totala samhällskostnaden när ett barn far illa är väsentligt högre än vid andra hälsoproblem, till exempel fetma. Detta ger en ytterligare dimension på hur viktigt det är att förebygga att barn far illa (25).

Antal barn som far illa i sin hemmiljö i Sverige

I Sverige finns ingen övergripande statistik att tillgå över hur många barn som far illa, eller riskerar att fara illa. Den statistik som finns är från Socialstyrelsen, som fick in ungefär 140 000 anmälningar 2012, om barn som misstänktes fara illa. Hälften av dessa anmälningar var anmälningar angående oro om barnets omgivande miljö. Mörkertalet förmodas vara stort, särskilt när det gäller mindre barn som far illa i sin hemmiljö (2).

När det gäller förekomst av fysiskt våld, visar en svensk studie (26) att 15 % av de barn som tillfrågades, hade blivit utsatta för våld av en vårdnadshavare. Studien visade även att 11 % av barnen bevittnat våld inom familjen. Av de barn som bevittnat våld, uppgav 58 % att de själva blivit slagna (26). År 2013 polisanmäldes 3260 misshandelsbrott mot barn 0-6 år. Det är svårt att veta den totala omfattningen, då våld mot små barn inte alltid anmäls till polisen (27).

Socialstyrelsen redogör för studier där unga vuxna har tillfrågats om sexuella övergrepp under barndomen. Det var 7-8 % av tjejerna och 1-3 % av pojkarna som svarade att de varit utsatta för sexuella övergrep i barndomen (2). Av de polisanmälda våldtäkterna år 2008 mot barn 0-11 år, var drygt 70 % av förövarna en släkting, oftast inom närmaste familjen (28).

TIDIGARE FORSKNING

Studier har sökts i databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus, för att kartlägga tidigare forskning. Sökorden *primary prevention, prevention, health promotion, child health care, child protection, public health nurse, nurse experience, child abuse, child maltreatment* och *shaken baby syndrome*, har använts i olika kombinationer. Studier har även sökts manuellt utifrån andra studiers referenslista. Studier äldre än 10 år har uteslutits. Sju studier valdes ut, de är utförda i Kanada, Storbritannien, Sverige och USA.

En studie från 2012 genomförd i USA (29) har studerat om hembesök har positiv effekt hos familjer som har barn mellan 0-5 år. En systematisk litteraturoversikt identifierade 32 hembesöksprogram. Tolv program identifierades vara evidensbaserade och är grunden till studiens resultat. Studien visade att evidensbaserade hembesöksprogram har positiv effekt på barns välbefinnande. Som exempel sågs minskad risk för barnmisshandel och färre besök på sjukhus (29).

I Sverige har en studie (30) undersökt BVC-sjuksköterskans attityd till hembesök. En deskriptiv kvalitetskontrollstudie genomfördes i 20 landsting och 1834 BVC-sjuksköterskor svarade på en enkät. Det var 80 % av BVC-sjuksköterskorna som tyckte att hembesök var väldigt viktigt. Hela 98 % av BVC-sjuksköterskorna uppgav att de kände sig bekväma med att göra hembesök. Det var 90 % som tyckte att hembesök hade stor betydelse för en fortsatt kontakt mellan BVC och familjen. De upplevde att hembesök skapade en bra relation, då föräldrarna var på hemmaplan och kände sig trygga. BVC-sjuksköterskorna tyckte även att hembesöket gav bra information om föräldrarnas livsstil och inblick i samspelet mellan föräldrarna. Det främsta skälet att BVC-sjuksköterskan inte genomförde hembesök var när familjen tackade nej. Andra skäl till att hembesök inte utfördes, var tidsbrist och lång resväg (30).

I Kanada utfördes en studie 2009 (31) som studerade ett program för att förebygga skakvåld. Sextionio sjuksköterskor utbildades i ett preventionsprogram för att i sin tur kunna utbilda nyblivna föräldrar i hur och varför bebisar gråter, strategier att hantera föräldriska och risker och konsekvenser med att skaka sitt barn. Föräldrarna fick både muntlig och skriftlig information och fick tänka ut och skriva ner personliga strategier för att hantera bebisens gråt. Sjuksköterskorna besvarade enkäter och intervjuades om sin uppfattning om programmet. I stort sett alla deltagarna var mycket positiva till interventionen och rekommenderade att den skulle fortgå. De medverkande föräldrarna, som också svarade på en enkät, uppskattade den muntliga informationen, då de upplevde en risk att missa informationen om de bara fick den skriftligt. Interventionen skedde på sjukhuset dagarna efter förlossningen, en del föräldrar tyckte att informationen kunde vänta till hembesöket även om de flesta tyckte att tidpunkten var bra (31).

En svensk studie från 2013 (32) har studerat hur BVC-sjuksköterskor upplevde att leda en föräldragrupp. Det var 156 BVC-sjuksköterskor som svarade på en webbaserad enkät. Resultatet visade att trots att BVC-sjuksköterskorna var erfarna, kände flera att gruppleaderskapet kunde vara utmanande och svårt. BVC-sjuksköterskorna uppgav att det fanns ett behov av föräldragrupper som riktade sig mot unga mödrar, ensamstående föräldrar och föräldrar som inte hade svenska som modersmål (32).

I Storbritannien har en systematisk litteraturstudie på 29 studier utförts 2013 (33). Studien studerade effektiviteten hos olika utbud av insatser som finns för att förebygga fallolyckor hos barn. Studiens resultat visade att det effektivaste sättet att förbygga fallolyckor var att ge föräldrarna utbildning i ämnet. Utbildningen kunde ske både muntligt och skriftligt i form av broschyrer. Även hembesök där någon besiktigade barnsäkerheten var en effektiv metod för att förhindra fallolyckor (33).

En studie från 2012 (34) har studerat hur primärvården i Storbritannien organiserar och hanterar sitt ansvar att beskydda barnen. Kvalitativa intervjuer via telefon genomfördes med 60 sjuksköterskor geografiskt fördelade över hela Storbritannien. Sjuksköterskorna arbetade med barnskydd, där bland annat barnsäkerhet och föräldrastöd ingick. Att främja barnens hälsa och välbefinnande sågs som en viktig folkhälsouppgift. De uppskattade att alla barn skulle omfattas av preventivt arbete med inriktning på säkerhet, inte bara de barn som

befinner sig i riskgrupper. Sjuksköterskorna var positiva till samarbete med andra instanser, då det ökar sannolikheten för ett bättre resultat för barnet. Dock framkom utmaningar i samarbetet med socialtjänsten, det som sjuksköterskorna ansåg var ett bekymmer och gjorde en orosanmälan över, nekades ofta av socialtjänsten (34).

En studie från 2004 genomförd i Skottland (35) har undersökt sjuksköterskans förståelse för deras professionella ansvar för att skydda barn. I studien intervjuades 99 sjuksköterskor, en tredjedel arbetade inom barnhälsovård. Kvalitativa intervjuer utfördes, både individuellt och i fokusgrupp. Studien resulterade i fem teman: identifiering, övervakning, stödja familjer, föräldrautbildning och utveckling av sjuksköterskans yrkesprofession. Två teman lyfte fram sjuksköterskans förståelse för sitt ansvar av primärpreventivt arbete. Att stödja familjen, både genom regelbunden kontakt med familjen och att utföra remiss till andra stödjande professioner. Även att ha föräldrautbildning sågs som ett tillfälle där föräldrarna får information och möjlighet att diskutera frågor (35).

PROBLEMFORMULERING

Varje barn som far illa är ett barn för mycket. Konsekvenserna när ett barn far illa i sin hemmiljö leder ofta till ett livslångt lidande och samhällskostnaderna kan bli väsentligt högre än vid andra hälsoproblem. Spädbarn och små barn är särskilt utsatta då de är sköra och beroende av sina vårdnadshavare. Dessutom är de osynliga i samhället och de yngsta barnen kan inte berätta om sina upplevelser.

BVC-sjuksköterskan möter näst intill alla barn och deras föräldrar regelbundet under barnets första levnadsår. Det finns evidens på att primärpreventiva åtgärder som föräldrautbildning, föräldrastöd och hembesök utfört av BVC-sjuksköterskan har en positiv effekt på barnets hälsa. Med familjecentrerad omvårdnad kan BVC-sjuksköterskan utföra primärpreventiva åtgärder vilket kan leda till minskad risk för att barnet ska fara illa i sin hemmiljö.

Trots att BVC-sjuksköterskan arbetar primärpreventivt för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö, far barn illa i Sverige idag. Det är därför viktigt att utforska om BVC-sjuksköterskan kan göra något ytterligare för att förhindra att barn far illa. För att påbörja den forskningen måste det primärpreventiva arbete som BVC-sjuksköterskan utför idag studeras. Det saknas idag studier som beskriver BVC-sjuksköterskans erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö. Därför är denna studie relevant att utföra. I ett större perspektiv skulle resultatet kunna leda till att BVC-sjuksköterskans primärpreventiva arbete utvecklas och får större evidens.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö.

METOD

Då syftet med studien är att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter används kvalitativ forskningsintervju som metod. Metoden lämpar sig väl för att beskriva informantens

erfarenhet och ett sådant fenomen förstås lättast i sitt sammanhang (36). Insamlat datamaterial analyseras med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ innehållsanalys är användbart för att tolka och granska transkriberade texter. Skillnader och likheter i texten kan identifieras och kategorier med tillhörande underkategorier skapas. Induktiv ansats innebär att analysen av texterna sker förutsättningslöst (37).

URVAL

För studien planeras att intervjua 10-15 BVC-sjuksköterskor. Kvalitativa intervjuer ska fortgå tills mättnad uppstår, när fler intervjuer inte ger mer kunskap. För att nå en mättnad med kvalitativ intervju, är det vanligt att 5-25 intervjuer behöver utföras (36). Kriterier för att ingå i studien är minst ett års erfarenhet av att arbeta som BVC-sjuksköterska. För att få en önskvärd spridning i demografi samt BVC i både privat regi och i landstingets regi, görs ett strategiskt urval. Önskvärt är att inkludera BVC-sjuksköterskor som arbetar på familjecentral. Enligt Chekol (38) görs ett strategiskt urval för att få en variation hos informanterna (38).

Informationsbrev skickas ut till verksamhetschefer för 30 BVC i Göteborg med omnejd. Om verksamhetschefen godkänner intervjun skickas informationsbrev med förfrågan om deltagande till BVC-sjuksköterskorna. Till de informanter som tackar ja till att delta i studien lämnas forskningspersonsinformation (bilaga 1). Informanterna får även lämna skriftligt samtycke till att medverka i studien, enligt lag om etikprövning av forskning (39).

DATAINSAMLING

Semistrukturerad intervju, med öppna intervjufrågor och utforskande följdfrågor, används för att få en mer detaljerad information. Genom att ställa öppna intervjufrågor ges informanten möjlighet att fritt prata om sina erfarenheter med egna ord (40). Informanten får själv välja tid och plats för intervjun som beräknas ta ungefär 60 minuter. Forskaren utgår från en intervjuguide (bilaga 2). Inledningsvis ställs bakgrundsfrågor och därefter intervjufrågor. Intervjun spelas in som ljudfil på mobiltelefon.

DATAANALYS

Analysprocessen inleds med att intervjuerna transkriberas ordagrant. Därefter utförs en kvalitativ innehållsanalys (37) med hjälp av en analysmall. Textmassan delas in i lagom stora textstycken, meningsbärande enheter. Blir de för stora kan de bli svårhanterliga och viktig information kan försvinna, blir de för små kan resultatet bli alltför splittrat. De meningsbärande enheterna kondenseras, det vill säga görs kortare och mer lätthanterliga, utan att viktig information förloras. Vidare förses enheterna med varsin kortfattad kod och sedan sorteras liknande koder in i kategorier och underkategorier. Kategorierna bör vara uttömmande, ingen information som svarar på syftet får utelämnas för att det inte finns en lämplig kategori, de meningsbärande enheterna ska heller inte passa in i två olika kategorier (37).

PILOTSTUDIEN

För att testa studiens genomförbarhet utfördes en pilotstudie. På så sätt kontrollerades om vald metod ger ett tillförlitligt svar på det fenomen som önskas studera (40).

Urval

Bekvämlighetsurval användes och genom personliga kontakter kontaktades fyra BVC-sjuksköterskor. Verksamhetscheferna kontaktades på respektive BVC via e-post, bifogat fick de information om studien som ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs universitet. Alla godkände att intervjuer genomfördes. Fyra BVC-sjuksköterskor tackade ja, varav två arbetade på familjecentral. Två BVC-sjuksköterskor lämnade skriftligt samtycke via e-post och två lämnade muntligt samtycke. Samtliga arbetade inom den offentliga sektorn och uppfyllde urvalskriteriet att ha arbetat minst ett år som BVC-sjuksköterska. Forskningspersonsinformation skickades till alla via e-post. BVC-sjuksköterskorna valde själva tid och plats för intervjun, som genomfördes på respektive BVC-sjuksköterskas arbetsrum under arbetstid.

Datainsamling

Kvalitativa semistrukturerade intervjuer utfördes med öppna frågor samt utforskande följdfrågor. Intervjuerna utgick från en intervjuguide. Inledningsvis ställdes bakgrundsfrågor och sedan spelades resten av intervjun in som ljudfil på mobiltelefon. Intervjuerna pågick mellan 32-52 minuter. Författarna genomförde två intervjuer var.

BVC-sjuksköterskorna var alla kvinnor mellan 45-59 år och hade arbetat som BVC-sjuksköterska mellan 8-16 år. De ansvarade för ca 320-360 barn var och i ansvaret ingick 55-60 nyfödda barn varje år. Tre av BVC-sjuksköterskorna arbetade på mindre orter där det i upptagningsområdet fanns hyreshus, bostadsrätter, villor och gårdar med god socioekonomisk standard överlag. En BVC-sjuksköterska arbetade i storstad med mest hyreshus och bostadsrätter och familjer med varierande socioekonomisk standard.

Dataanalys

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av den författare som genomfört intervjun. Intervjuerna lästes sedan igenom i sin helhet av bägge författarna, därefter togs meningsbärande enheter ut och sattes in i analysmallen. De meningsbärande enheterna kondenserades och försågs med varsin kortfattad kod. Dessa sorterades sedan in i kategorier och underkategorier, se Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Och att dom är bra, alltså det är jätteviktigt att vi talar om – vad fint du höll henne, - titta va fort hon tystnade när du tog upp henne, eller – åh vad glad hon blir när du lutade dig över henne vid mitt skötbord. Hela tiden uppmuntra dom och lyfta dom.</i>	Uppmuntra och lyfta föräldrarna i det dom gör med sitt barn.	Uppmuntra anknytning	Att ge individuellt föräldrastöd	Att vara en stödjande person

<p><i>Vid åtta månader har vi ett större sånt anpassat besök. Där vi ger ut lite material om vad som kan hända och lite informationsbroschyrer och checklista där man kan pricka av hemma hur det ser ut och vad man kan tänka på.</i></p>	<p>Anpassat besök för barnolycksfall. Broschyrer och checklista lämnas ut.</p>	<p>Anpassat besök efter barnets utveckling</p>	<p>Att ta upp preventiva åtgärder mot olycksfall</p>	<p>Att medvetandegöra om barnets omgivning</p>
--	--	--	--	--

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ett studentarbete inom högskola/universitet i Sverige behöver inte genomgå etisk prövning, då det inte anses vara forskning så länge materialet inte är tänkt att omarbetas till en vetenskaplig artikel (41). Trots det har hänsyn tagits till de etiska krav som ställs på en studie. Lagar att följa är *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) som skyddar den enskilda människan och ser till att människovärdet respekteras vid forskning (39) och *Personuppgiftslagen* (1998:204) vars syfte är att skydda människors integritet (42).

Det finns fyra forskningsetiska principer att rätta sig efter; *informationskravet*, som innebär att informanterna blir informerade om studiens syfte. *Samtyckeskravet* går ut på att informanten själv får bestämma om medverkan och när som helst kan avsluta sin medverkan utan att ange anledning. *Konfidentialitetskravet* innebär att alla informanter är anonyma och personuppgifter förvaras så att inga obehöriga kan komma åt dem. *Nyttjandekravet* innebär att de insamlade uppgifterna endast får användas till det uppgivna syftet (43). I forskningspersonsinformation (bilaga 1) fick samtliga informanter information om studiens syfte, vad samtycke innebär och att de är anonyma. För att säkerställa anonymitet kodades intervjuerna under arbetets utförande. För att ytterligare stärka anonymiteten har inga kodningar tagits med vid presentationen av citaten i resultatet. Det insamlade datamaterialet används endast för magisteruppsatsen och kommer sedan att förstöras.

Nyttan med en studie ska vara större än de risker som informanterna utsätts för (41). Ambitionen i studien är att informanterna inte skulle uppleva något obehag av att delta. Informanterna får information om att de själva får avgöra vad de tar upp under intervjun. Informanterna intervjuas i sin yrkesroll, inte som privatpersoner, det gör att risken minskar för att informanterna ska känna sig utnyttjade eller sårade. Nyttan för informanterna kan vara att sätta ord på vad yrkesprofessionen faktiskt utför och att hjälpa en blivande kollega (41).

RESULTAT

Under analysprocessen framkom tre kategorier med tillhörande underkategorier, se Tabell 2. Samtliga kategorier beskriver BVC-sjuksköterskans erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö.

Tabell 2. Presentation av kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Att medvetandegöra om barnets omgivning	Att ta upp preventiva åtgärder mot olycksfall Att samtala om våld Att upplysa om barnets perspektiv på tobak och alkohol
Att vara en stödjande person	Att bygga en relation Att ge individuellt föräldrastöd Att ha föräldrastöd i grupp
Att samarbeta med andra professioner	Att se fördelar med samverkan Att se möjligheter till förbättringar

ATT MEDVETANDEGÖRA OM BARNETS OMGIVNING

En stor del av BVC-sjuksköterskornas arbete handlar om att göra föräldrarna medvetna om barnets omgivning. Den här kategorin uppstod ur tre underkategorier som rör barnets omgivning och säkerhet.

Att ta upp preventiva åtgärder mot olycksfall

BVC-sjuksköterskorna betonade hur viktigt det är att ta upp plötslig spädbarnsdöd vid hembesöket. Hembesöket är första mötet med BVC efter att familjen kommit hem med sitt nyfödda barn. BVC-sjuksköterskorna informerar föräldrarna både skriftligt och muntligt om vilka åtgärder föräldrarna kan göra för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. BVC-sjuksköterskorna upplevde att både muntlig och skriftlig information hjälper föräldrarna att ta till sig informationen på ett bättre sätt.

”Bland annat det här med att försöka förhindra plötslig spädbarnsdöd. Då har vi ju vissa rekommendationer, att de ska sova på rygg och att de inte ska vara för varma, om man kan amma så är det en fördel, och rökning ska man ju helst undvika.”

BVC-sjuksköterskorna tar upp barnsäkerhet vid sitt hembesök hos familjen, de ansåg det viktigt att börja tidigt, vissa barn kan rulla runt när de bara är någon vecka gammal. BVC-sjuksköterskorna uttryckte att de uppmanar föräldrarna att aldrig lämna sitt barn där barnet kan ramla ner, varken på skötbordet eller i soffan. Genom att de tar upp barnsäkerheten i hemmiljön, upplevde BVC-sjuksköterskorna att föräldrarna har lättare för att ta informationen till sig.

BVC-sjuksköterskorna uttryckte vikten av att tala om barnsäkerhet med föräldrarna vid upprepade tillfällen, då barnet ständigt får nya färdigheter. När barnet är runt åtta månader planerar BVC-sjuksköterskorna in ett större anpassat individuellt besök om barnsäkerhet, vilket även är ett tema i föräldrgruppen vid ungefär samma ålder. De upplever att mycket händer i barnets utveckling vid den åldern. BVC-sjuksköterskorna betonade hur viktigt det är att alltid ligga steget före, plötsligt så kan barnet något nytt, och barn behöver inte alls följa några standardmallar, utan utvecklas individuellt.

”Vid åtta månader har vi ett större sånt anpassat besök. Där vi ger ut lite material om vad som kan hända och lite informationsbroschyrer, och checklista där man kan pricka av hemma hur det ser ut och vad man kan tänka på..... Man kan väl aldrig prata tillräckligt tror jag, det händer ju ändå.”

Att samtala om våld

BVC-sjuksköterskorna framhöll hur viktigt det är att förebygga skakvåld. Föräldrarna ska tidigt få information om skakvåld. BVC-sjuksköterskorna som arbetar på familjecentral informerar föräldrarna om skakvåld redan på mödravården, när mödravården har föräldragrupp. BVC-sjuksköterskorna upplevde att det är lättare att ge föräldrarna informationen i grupp för då undviks att enskilda föräldrar känner sig utpekade. BVC-sjuksköterskorna får då även lättare att ta upp skakvåld igen vid hembesöket.

”Vi går ju ner där till mödravården och träffar grupperna, också redan i det stadiet när de är gravida, prata lite, då brukar jag ta upp shaken baby.”

Vid hembesöket är muntlig och skriftlig information om skakvåld en viktig del, enligt BVC-sjuksköterskorna. De ger föräldrarna strategier för att hantera när barnet skriker och ingenting hjälper och anser det viktigt att föräldrarna pratar med varandra och att föräldrarna får lov att känna att de inte orkar, men då måste de be om hjälp.

BVC-sjuksköterskorna nämnde en strategi för att tala om skakvåld, utan att föräldrarna känner sig utpekade som föräldrar som troligtvis kommer skaka sitt barn. Strategin innebär att be föräldrarna att skriva upp sina mobilnummer på informationsbladet om skakvåld, så att eventuella barnvakter kan ringa föräldrarna om de inte klarar av situationen. På det sättet kan BVC-sjuksköterskan framföra att detta kan hända vem som helst som tar hand om ett spädbarn.

”... så vet de att de själva måste läsa det, skriva sina telefonnummer, och se till att de som passar barnet då läser den här lappen och vet vad de ska göra, så att det inte händer något med deras lilla guldklump.”

BVC-sjuksköterskorna beskrev våld i nära relationer under intervjuerna. De berättade om en ny riktlinje som innebär att de ska fråga alla mammor på rutin om det förekommer våld i relationen. Denna fråga ska väckas redan på hembesöket och följas upp när barnet är 6-8 veckor. Det är inte implementerat överallt ännu. Deras tidigare erfarenheter av att fråga om våld är när magkänslan säger dem att det är något. BVC-sjuksköterskorna såg positivt på att fråga alla om våld i nära relationer, då det inte syns på familjen.

”Och sedan pratar man ju om våld mer om man märker någonting, eller att man vet att det har varit någonting. Så kan man ju fråga, hur går det nu, hur har ni det hemma och det som hände då, är det något som är aktuellt idag, eller. Men inte annars, nä.”

BVC-sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att våga ställa fler obekväma frågor, men uttryckte en ängslan för vilka konsekvenser vissa frågor kan få.

”Jag önskar att jag hade lite mer skinn på näsan. Så att jag vågade fråga ännu mer om allt på ett så där enkelt och naturligt sätt som bara gör att dom vågar svara. Och inte känner sig obekväma, och inte att jag känner mig obekvämt. Att man kan ta det så på ett sånt naturligt sätt, för det behövs..... Jag är snarare rädd för och jag inte vet riktigt hur jag ska hantera – vem tror du att jag är, tror du att min man slår mig, det var det dummaste! När som reser sig upp och går härifrån och inte vill se mig, det vet jag inte hur jag ska hantera.”

Att upplysa om barnets perspektiv på tobak och alkohol

BVC-sjuksköterskorna betonade vikten av att tala om rökning och alkohol med föräldrarna. Detta gör de redan vid sitt hembesök hos familjen. Informationen ges både muntligt och skriftligt och alla nyblivna föräldrar får en hälsobok där det står om risker vid rökning, alkohol och barn. BVC-sjuksköterskorna talade om vikten att försöka få föräldrarna att se utifrån barnets perspektiv på rök och onykterhet. De berättar för föräldrarna att det inte är lämpligt att ha barnet i sängen när de har druckit alkohol, då det finns risk att rulla på barnet. De väcker även tanken om att det är bra om det alltid finns en vuxen som kan köra bil om något akut skulle hända.

”Men jag vill få föräldrarna att förstå att barnet tycker inte om när föräldrarna luktar annorlunda, vilket dom gör när dom dricker. Dom tar i sina barn på ett annat sätt när dom dricker, och dom pratar på ett annat sätt. Och det gillar inte barnen, vare sig när dom är bebisar eller när dom blir stora.”

BVC-sjuksköterskorna talade om risken att börja röka igen när mamman har slutat amma, om mamman slutat röka på grund av graviditeten är det lätt att falla tillbaka i gamla vanor när mamman varken är gravid eller ammar längre. De informerar föräldrarna om att barnets hälsa påverkas av att utsättas för passiv rök, därför ansåg BVC-sjuksköterskorna att det är viktigt att fortsätta prata om rökning.

”Vid åtta månader också, för det vänder ju där, man har dragit ner på amningen. Kanske slutat att amma å kanske börjar få vanlig vardag. Om man rökt innan, kanske det är lättare att falla tillbaka, om man inte gjort det under tiden. Å sedan kanske det är lättare å komma ifrån, barnen är större...”

Många års erfarenhet i yrket upplevdes ha gjort BVC-sjuksköterskorna tryggare i sin yrkesroll. De upplevde att alkohol är ett svårt ämne att ta upp med föräldrarna, alkohol är fortfarande ett ämne som känns tabu, men med övning och erfarenhet går det lättare.

”Ja, osäkerheten går över, den gör det. Jag är faktiskt glad över att jag inte är barnsköterska på BVC och är 22 år, utan jag är faktiskt glad över att jag har erfarenhet.”

BVC-sjuksköterskorna betonade hur viktigt det är att ha kollegorna som stöd. De ser det som viktigt att inse sina egna begränsningar och våga fråga efter hjälp.

”Och likaså kanske fråga mina kollegor då, hur brukar ni säga eller, när vi har nätverk kan man ta upp det, hur brukar ni närma er. Ibland kan man bli väldigt peppad av att andra säger självklart att man måste fråga, och då känner man sig lite peppad, eller jag känner mig peppad själv då, det är klart att kan hon, kan väl jag.”

ATT VARA EN STÖDJANDE PERSON

En viktig del i det primärpreventiva arbetet för BVC-sjuksköterskan är att fungera som ett stöd för föräldrarna. Detta stöd ges i lämpliga forum, antingen individuellt eller i grupp. Det är också viktigt att i grunden ha en bra relation till föräldrarna. Denna kategori växte fram ur tre underkategorier som rör relationen med föräldrarna och föräldrastödet.

Att bygga en relation

Att bygga upp en bra relation med föräldrarna är något BVC-sjuksköterskorna pratade om. Samarbetet mellan föräldrarna och BVC-sjuksköterskan börjar redan vid hembesöket, BVC-sjuksköterskorna upplevde hembesöket som väldigt viktigt för relationen. Ett exempel som illustrerar det är om ordinarie BVC-sjuksköterska missar hembesöket, kanske på grund av semester, så upplevde BVC-sjuksköterskorna att det är stor chans att familjen sedan vill byta BVC-sjuksköterska till den som kom på hembesöket, just för att de har hunnit skapa en relation.

BVC-sjuksköterskorna upplevde att tillit till varandra skapas genom kontinuitet och att BVC-sjuksköterskan lyssnar, bekräftar och finns tillgänglig. BVC-sjuksköterskorna uttryckte att föräldrarna ska känna trygghet så att de vågar ställa alla frågor de har och vågar berätta om jobbiga saker. Genom att ge föräldrarna den tid de behöver i början, blir föräldrarna tryggare i sin föräldraroll, upplevde BVC-sjuksköterskorna.

”Jag har märkt att sitter jag där länge och låter dem fråga alla frågor, då känns det mycket lugnare, jag kan märka det jättetydligt vid dom andra besöken när dom kommer hit till mig att dom känns tryggare på nåt sätt. Med en gång.”

BVC-sjuksköterskorna upplevde att papporna är mer delaktiga idag. BVC-sjuksköterskorna involverade gärna pappan aktivt i samtalen på hembesöket och på BVC.

”Mina ögon går från mamman till pappan till mamman till pappan hela tiden, men det gör de här på besöken också för att hela tiden få pappan att känna att han är delaktig.”

BVC-sjuksköterskorna upplevde även att det inte alltid går att bygga upp en förtroendefull relation. Föräldrarna får vid hembesöket veta att de får lov att byta BVC-sjuksköterska om de önskar, utan att behöva förklara varför. BVC-sjuksköterskorna uttryckte hur viktigt det är att skapa en bra relation, för om relationen inte är bra, så kan BVC-sjuksköterskan tro att det är något annat fel, när det egentligen bara är personkemin som inte stämmer.

”Och ibland så är det ju också så att du tror att det är nånting, men personkemin stämmer inte, så det finns ett sånt liksom mellanrum mellan mig och mamman som gör att jag kommer aldrig åt henne, för egentligen tycker hon inte om att vara här hos mig, hon borde gått hos någon annan, men jag kan inte säga – ska du ta och gå hos någon annan, det kan jag inte säga.”

Att ge individuellt föräldrastöd

BVC-sjuksköterskorna betonade vikten av att observera och uppmuntra anknytning. De uppmuntrar föräldrarna genom att poängtera när förälder och barn knyter an till varandra genom blickar och att vara nära. De ansåg att det är viktigt att föräldrarna ser barnet och ger barnet närhet.

”Och att dom är bra, alltså det är jätteviktigt att vi talar om – vad fint du höll henne, - titta va fort hon tystnade när du tog upp henne, eller – åh vad glad hon blir när du lutade dig över henne vid mitt skötbord. Hela tiden uppmuntra dom och lyfta dom.”

När BVC-sjuksköterskorna ser att det inte riktigt fungerar i anknytningen, så ges individuellt föräldrastöd genom extra besök. De uttryckte att föräldrar kan behöva väldigt olika stöd för att växa i sin föräldraroll, vissa behöver bara tips om vad de ska fylla sina dagar med, medan andra behöver stort stöd i vardagen. BVC-sjuksköterskorna nämnde att det är viktigt att prata vid varje besök om hur vardagen fungerar och hur familjen har det.

”Alltså vi ger ju extra besök och försöker hjälpa till om det nu handlar om sådana här saker som att vara förälder. Och t ex anknytning och samspel med det lilla barnet, då har vi ju upprepade besök här. Och då jobbar vi ju rent praktiskt med det.”

BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att föräldrarna behöver tänka över sitt sociala nätverk. Vilka i släkten och bekantskapskretsen som kan fungera som ett stöd, både psykiskt och fysiskt som barnvakter. BVC-sjuksköterskorna nämnde detta som primärpreventivt arbete, att stödja föräldrarna i att våga be om hjälp när de inte orkar.

När barnet är ungefär åtta veckor genomför BVC-sjuksköterskorna EPDS för att upptäcka eventuell depression hos mamman. BVC-sjuksköterskorna informerar redan vid första hembesöket om nedstämdhet och hur mamman och pappan kan må som nyblivna föräldrar. BVC-sjuksköterskorna förbereder mamman på att hon får fylla i ett formulär när barnet är ungefär åtta veckor gammalt. BVC-sjuksköterskorna talar om att de letar efter de mammor som inte mår så bra, de som kan behöva lite extra stöttning. BVC-sjuksköterskorna upplevde att det främjar mammans välmående att prata om risken för depression redan från början. Mamman får sedan fylla i formuläret i lugn och ro, hon ska helst komma ensam med barnet på besöket. Under samtalet pratar mamman och BVC-sjuksköterskan om hur mamman mår.

”Och dom får fylla i lappen och så går vi igenom den tillsammans. Å det är frågor hur de har mått sista veckan tillbaka och hur tankarna går inombords, så att säga. Om dom har klarat upp det eller lägger skulden på sig själv, om dom ligger vakna på nätterna och grubblar och tänker och funderar eller gråter. Eller om dom får ihop tillvaron och ser ljus på framtiden, på barnet och på hela situationen. Och även tankar om att skada sig själv, får man fylla i.”

Skulle det visa sig att mamman inte mår bra, så erbjuder BVC-sjuksköterskorna stödsamtal. Enligt BVC-sjuksköterskorna kan viss nedstämdhet ingå i den normala processen. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att de flesta tackar ja till extra stödsamtal på BVC. BVC-sjuksköterskorna uttryckte att de i sin profession har kompetens att utföra dessa stödsamtal.

”Och vi kan ju ha stödsamtal här. Alla vill inte gå till psykolog, men stödsamtalen här, det går ju de flesta med på.....det är den normala processen att man kan känna sig lite nere och att man stöttar i det och att man vilar i det. Att det liksom går över och att man försöker prata om det, det kan hjälpa.”

Om det inte tillhör den normala processen betonade BVC-sjuksköterskorna vikten av att skicka remiss till psykolog. Några mödra- och barnpsykologer reagerade för ett antal år sedan,

när BVC-sjuksköterskorna precis börjat med screening efter depression, då de såg en nedgång i antal remisser som rörde depression hos mammor. Enligt BVC-sjuksköterskorna låg förklaringen förmodligen i hur de pratade med mammorna.

”Det var en sån spontan återkoppling vi fick av psykologerna, - vi har fått färre remisser, vad gör ni för nåt egentligen? Jo, vi screenar. Och vad har hänt då? Jo, vi pratar nog på ett annorlunda vis, och det var ju bra, det var positivt.”

Att utföra föräldrastöd i grupp

BVC-sjuksköterskorna erbjuder föräldragrupp för förstagångsföräldrar där det ingår information om bland annat första tiden hemma, de pratar även om mat, sömn och barnolycksfall. BVC-sjuksköterskorna såg föräldragruppen som ett bra forum för föräldrarna att knyta nya kontakter. De får träffa andra föräldrar som har en bebis i ungefär samma ålder. BVC-sjuksköterskorna upplevde att många föräldrar uppskattar grupperna mycket då de kan känna en ensamhet, jämfört med vuxenvärlden de levt i innan barnet föddes. BVC-sjuksköterskorna uttryckte att föräldragrupper har visat sig vara värdefullt för förstagångsföräldrar, genom att träffa andra mammor och pappor skapas en trygghet och de får stöd i sin föräldraroll.

”Vi vet hur bra det är för många föräldrar att träffa andra mammor och pappor i ungefär samma situation, för att man vet också, det har ju studier visat, både att få dela med sig i en grupp och att få lyssna på och bli lyssnad på, det hjälper, man känner sig lite tryggare i sin roll.”

BVC-sjuksköterskorna talade om saknaden att inte kunna erbjuda föräldragrupp till de föräldrar som inte kan tala svenska. De föräldrar som inte har möjlighet att medverka i föräldragrupp kan BVC-sjuksköterskorna hjälpa på traven på annat sätt.

”Vi hjälper dem ju lite med att förmedla kontakt mellan dom. Att jag har en familj som också kommer ifrån Syrien till exempel, vill du att jag frågar den mamman om hon vill träffa dig eller så kan man ju hjälpa till. Eller så kan jag sätta dem efter varandra, så kan de få hälsa på varandra här å så.”

Vissa BVC erbjuder även föräldragrupp för flergångsföräldrar vilket är väldigt uppskattat. Genom sin erfarenhet såg BVC-sjuksköterskorna ett behov av att även flergångsföräldrar kan vilja vara med i föräldragrupp. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att småbarnsföräldrar gärna flyttar ut från centrum när de fått sitt första barn och då känner de inte så många i sitt nya område när det är dags för nästa barn. Då kan en föräldragrupp på BVC hjälpa till för att knyta nya kontakter. Dessutom är det mycket nya frågor som dyker upp hos tvåbarnsföräldrar.

”Därför att vi har sett att det finns ett behov av att fortsätta att prata med andra mammor och pappor i samma situation. Det blir en väldig omställning att få två barn, tre barn. ”Hur gör jag när den lille skriker och den store trotsar?” även om man har ett barn innan så utsätts man för nya situationer som flergångsförälder, som man står lika handfallen inför där, faktiskt, som man gör vid sitt första barn.”

På BVC erbjuds spädbarnsmassage i grupp till alla föräldrar. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att i spädbarnsmassagegruppen kan de se hur föräldern hanterar sitt barn och vilken anknytning barn och förälder ser ut att ha. BVC-sjuksköterskorna brukar uppmuntra vissa föräldrar lite extra att gå på spädbarnsmassagen, när de märker att föräldrarna är oroliga eller att barnet är oroligt och ledset, för spädbarnsmassage främjar anknytningen mellan barn och förälder. BVC-sjuksköterskorna talar mycket om anknytning i samband med spädbarnsmassagen. Det är lättare att ta upp anknytning och samspel i grupp, än individuellt, upplevde BVC-sjuksköterskorna.

”Om jag ser att någon inte har connection med barnet, så är det en svår bit, jag går ju inte dit å säger nu ska du titta på barnet eller så här då. Utan det är ju lättare att få ut informationen om man är flera stycken, å berätta vad som kan vara viktigt att tänka på.”

BVC-sjuksköterskorna uttryckte ett behov av att även pappor borde prova spädbarnsmassage, eftersom i stort sett bara mammor kommer på grupperna. Men det var svårt att få till det, då det måste vara på kvällstid för att papporna ska ha möjlighet att komma. BVC-sjuksköterskorna nämnde även att de kan uppmuntra mammorna till att lära ut tekniken till den andre föräldern.

”Och jag har ju en liten tanke där att jag skulle köra spädbarnsmassage med bara pappor. Problemet är att det blir på kvällstid, för dom ska ju jobba färdigt, och då skriker barnen, så det fungerar inte riktigt...men där tror jag att man skulle kunna läsa av väldigt mycket hur pappor hanterar sina små barn, och det skulle nog vara nyttigt för dom.”

ATT SAMARBETA MED ANDRA PROFESSIONER

Samverkan med andra professioner är en del av BVC-sjuksköterskornas primärpreventiva arbete. BVC-sjuksköterskorna uttryckte både fördelar med samverkan samt möjligheter till vad som kan förbättras.

Att se fördelar med samverkan

BVC-sjuksköterskorna som arbetar på familjecentral uttryckte ett väl fungerande samarbete med MVC. BVC-sjuksköterskorna presenterar sig för de blivande föräldrarna på MVC, i den föräldragrupp som de sedan tar över. De upplevde det som väldigt positivt, föräldrarna får ett ansikte på den BVC-sjuksköterska som ska komma på hembesök till deras hem.

”Vi samarbetar med mödravården ja. Och går in i deras grupper, den gången när dom pratar om amning, kommer vi in och presenterar oss. Och dom har ju grupper för förstagsångsföräldrar, och den gruppen tar vi ju över och driver vidare, det ger ju trygghet i gruppen.”

BVC-sjuksköterskorna på familjecentral talade om fördelen i detta samarbete, de får mer bakgrundsinformation om föräldrarna, efter att föräldrarna har givit sitt medgivande, och ser skillnad i jämförelsen med de föräldrar som kommer från andra MVC.

”Barnmorskorna får ju reda på mycket, också i deras inskrivningsbesök å så, då får vi reda på om det är trassligt hemma, eller i förhållandena. Det är ju sällan att dom kommer till oss, å vi inte vet någonting, det händer knappt. Större risk tror jag, att det händer om det är

mödravård från ett annat håll. Då kanske inte de ringer, å då får man inte den bilden här ifrån.”

BVC-sjuksköterskorna betonade att BVC-team är ett väl fungerande samarbete. Det är något ganska nytt som fallit väl ut. Efter godkännande från föräldrarna tar de upp barn som har något särskilt behov på team-träffen och kan på det sättet få snabbare beslut.

”Sen samarbetar vi i BVC-team, två gånger per termin träffas barnläkare, dietist, logoped, psykolog och BVC-sköterskor. Och där vi då redan innan har skrivit in vad vi har för barn som vi behöver diskutera kring, och då kan det vara vad som helst. Det är jättebra. Det är helt fantastiskt.”

På familjecentral upplevde BVC-sjuksköterskorna sig ha ett bra förebyggande samarbete med socialtjänsten.

”Är det så att jag är bekymrad eller jag tycker att nån kanske behöver lite extra stöd, eller hjälp eller så, vänder jag mig till socionomen då, det är det vanligaste.”

BVC-sjuksköterskorna uttryckte även bra samarbete med biblioteket. BVC-sjuksköterskorna betonade vikten av att läsa tillsammans med sitt barn. Det kan enligt dem skapa ett bra samspel mellan förälder och barn, vilket främjar anknytningen.

Att se möjlighet till förbättringar

BVC-sjuksköterskorna nämnde saknaden av samarbete med förskolan, de hade tidigare haft ett bra samarbete och uttrycker behov av att starta upp samarbetet snart igen.

”Vi har haft bättre kan jag säga vi har besökt förskolorna en gång per termin. Det har vi inte haft några möjligheter till nu, nu ska vi börja om igen för att få lite bättre samarbete. Och då ska vi gå ut och träffa personalen, har vi pratat om, på deras APT.”

BVC-sjuksköterskorna som inte arbetar på familjecentral nämnde att de önskar ett bättre samarbete med socialtjänsten i förebyggande syfte. De uttryckte att de inte alltid vill göra ansökningar till socialtjänsten, utan ibland bara en ansökan om hjälp i förebyggande syfte.

”Socialtjänsten funkar så där, vi är i ett nytt skede nu, vi hoppas att det ska gå lite bättre.”

”Men tyvärr ser vi att kommunen har jättemycket att göra, socialtjänsten också, när vi tar upp detta så säger dom – gör ansökningar, gör ansökningar, gör ansökningar. Men vi säger att vi vill inte göra ansökningar, utan vi vill ha hjälp.... Jag tror att deras resurser inte egentligen räcker till för att jobba förebyggande, utan jag tror att dom jobbar när det behövs.”

BVC-sjuksköterskorna uttryckte önskingar om hur det skulle kunna fungera i samarbetet med socialtjänsten. De föreslog att socialtjänsten kunde vara med vid ett planerat besök på BVC, där föräldrarna får information om vad socialtjänsten kan hjälpa till med.

”Men för att jobba hälsofrämjande så tänker jag då, så saknas det faktiskt ibland kanske då en socionom eller en kurator, som istället för att man behöver göra en anmälan, kommer in,

kanske kommer in ihop på besöket här med mig och barnet och mamman och pappan. – Hur mår ni? – Hur har ni det? – Är det nånting som vi kan hjälpa till med? Istället för att göra en anmälan, det tycker jag är lite trögt, när vi tänker på barnets bästa.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I studien har en kvalitativ forskningsintervju använts då metoden lämpar sig väl för att beskriva informantens erfarenhet (36). Då syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö, ansåg författarna att en kvalitativ intervju var den metod som bäst skulle besvara studiens syfte.

I studien användes ett bekvämlighetsurval och BVC-sjuksköterskorna hittades genom personliga kontakter. En önskan fanns att intervjua någon BVC-sjuksköterska som arbetar på familjecentral och bekvämlighetsurvalet resulterade i att detta kunde uppfyllas med kort varsel. Inför en storskalig studie ska ett strategiskt urval utföras, för att få en demografisk spridning. BVC-sjuksköterskorna som intervjuades uppfyllde kriteriet på minst ett års erfarenhet. Urvalskriteriet på minst ett års erfarenhet diskuterades inför den storskaliga studien då det kan ta ett år innan BVC-sjuksköterskan kommer in i sin yrkesroll, vilket har lett till att BVC-sjuksköterskorna ska ha minst två års erfarenhet. För att öka resultatets giltighet, kan förhoppningsvis längre erfarenhet i yrket ge ett mer nyanserat svar, då studiens syfte kräver erfarenhet i primärpreventivt arbete på BVC. Resultatet anses giltigt om det lyfter fram det som studien hade för avsikt att beskriva (37).

Det hade varit intressant att intervjua både manliga och kvinnliga BVC-sjuksköterskor, men manliga BVC-sjuksköterskor tycks vara ovanliga. Dock hade förmodligen inte resultatet påverkats nämnvärt. Intervjuer har genomförts med både distriktssköterskor och barnsjuksköterskor, då det är specialistsjuksköterskans roll på BVC som var av intresse. Författarna upplevde ingen skillnad i deras svar.

Författarna intervjuade två BVC-sjuksköterskor var och inför intervjuerna gjordes en intervjuguide. Intervjuguiden bestod av bakgrundsfrågor, öppna intervjufrågor och utforskande följdfrågor. Genom att ställa öppna intervjufrågor ges informanten möjlighet att fritt prata om sina erfarenheter med sina egna ord (40). Detta gör att författarnas delaktighet inte påverkar svaren lika mycket, och studiens trovärdighet stärks (37). Samtliga intervjuer började med att bakgrundsfrågorna ställdes, därefter spelades resterande intervju in på mobiltelefon. Att börja med bakgrundsfrågor utan att spela in valdes för att skapa en relation med informanten innan inspelningen började. Förhoppningen var att informanten skulle känna sig tryggare under intervjun. Det kändes bra att ha skrivit ner utforskande följdfrågor på intervjuguiden, då det skapade en trygghet att luta sig tillbaka på. I den storskaliga studien kommer en bakgrundsfråga som berör BVC-sjuksköterskornas fortbildning läggas till, då författarna efter pilotstudien kände att denna information saknades. När intervjuerna analyserades upplevde författarna att vissa uttalanden som BVC-sjuksköterskorna sagt, borde

följts upp med följdfrågan att be dem utveckla mer. Med mer erfarenhet av intervjuteknik hos författarna hade intervjuerna kunnat bli mer nyanserade.

Insamlat datamaterial analyserades med kvalitativ innehållsanalys (37). Ingen av författarna hade någon tidigare erfarenhet av att analysera datamaterial. En kvalitativ innehållsanalys kan användas med olika svårighetsgrader, utifrån vilken erfarenhet forskaren har av att analysera texter (44). Analysen av datamaterialet från studien var både roligt, svårt och tidskrävande. Då analysen är en lång process, hade mer tid till förfogande underlättat. Då hade tillförlitligheten i studien kunnat öka, genom att större variationer av BVC-sjuksköterskans erfarenheter hade kunnat fångas upp. Bägge författarna har varit aktiva i analysen och diskuterat olika skillnader och likheter i datamaterialet. I början var kategorier och underkategorier svåra att urskilja då de gärna gick in i varandra. Genom att ha genomfört delar av analysen tillsammans ökar studiens tillförlitlighet, då författarna har diskuterat och reflekterat över olika tolkningar. Kvalitativ innehållsanalys upplevdes som en passande metod och kommer att användas även i den stora studien.

Överförbarhet säger i vilken utsträckning studiens resultat går att appliceras på andra grupper eller situationer (37). BVC-sjuksköterskorna som intervjuades i studien arbetade alla inom Västra Götalandsregionen. Det finns olika riktlinjer i olika delar av Sverige vilket kan begränsa studiens överförbarhet till endast de BVC som finns inom Västra Götalandsregionen. Författarna ser inga hinder till att studiens resultat appliceras på de BVC som har liknande riktlinjer att arbeta efter.

I studien har hänsyn tagits till de forskningsetiska överväganden som finns. Ambitionen var att informanterna inte skulle uppleva något obehag av att delta i studien. Då två av informanterna arbetade på samma arbetsplats valde författarna att inte skriva ut några koder efter citaten i resultatet, detta för att öka anonymiteten för dessa två informanter. Informanterna fick information om att de kunde avbryta sin medverkan under studiens gång. Alla ljudfiler kommer att raderas när examensarbetet är godkänt.

RESULTATDISKUSSION

BVC-sjuksköterskornas erfarenhet av primärpreventivt arbete följer riktlinjerna för vad som ska ingå i BVC:s verksamhet, men hur de gör det är format av BVC-sjuksköterskornas personlighet. Mycket bygger på deras egen erfarenhet och påtagliga engagemang i sin yrkesroll. Stor fokus lägger BVC-sjuksköterskorna på relationen till familjen, för att på ett fördelaktigt sätt kunna informera och samtala om viktiga primärpreventiva åtgärder, som att förebygga olycksfall och skakvåld. I resultatet framkom tre huvudkategorier *Att medvetandegöra om barnets omgivning*, *Att vara en stödjande person* och *Att samarbeta med andra professioner*. Diskussion har förts utifrån kategorierna.

Att medvetandegöra om barnets omgivning

Att förebygga plötslig spädbarnsdöd tas upp av BVC-sjuksköterskorna som en viktig del av det primärpreventiva arbetet. Det ingår i informationen på hembesöket hos familjen, för att på ett tidigt stadium informera föräldrarna både muntligt och skriftligt om vilka rekommendationer som finns. BVC-sjuksköterskorna informerar om att barnet bör sova på rygg, ha lagom temperatur, att napp kan hjälpa, amning är förebyggande och rökning bör

undvikas. En studie utförd 2004 i Sverige (45) visar att dessa råd som BVC-sjuksköterskan började ge 1992 om plötslig spädbarnsdöd är effektiva. Det råd om plötslig spädbarnsdöd som föräldrar i störst utsträckning tagit till sig är att spädbarn ska sova på rygg (45).

Trovärdig och lättillgänglig information ska ges till alla föräldrar för att förebygga olyckor i hemmet (17). BVC-sjuksköterskorna i studien informerar föräldrarna både muntligt och skriftligt om barnolycksfall. Tidigare forskning visar att det effektivaste sättet att förebygga fallolyckor är att ge föräldrarna utbildning i ämnet både muntligt och skriftligt (33). BVC-sjuksköterskorna gav uttryck för att olyckor händer trots att de ger både muntlig och skriftlig information. De upplever att föräldrarna tar till sig den muntliga informationen lättare i hemmiljön, samtidigt som de står vid till exempel skötbordet och BVC-sjuksköterskan praktiskt kan visa på faror. Tidigare forskning visar att hembesök främjar barnets hälsa (29), precis som BVC-sjuksköterskorna i studien påtalar. Idag är endast ett hembesök inplanerat för varje barn. Enligt Rikshandboken kan ytterligare ett hembesök med fördel ske när barnet är runt åtta månader (46). BVC-sjuksköterskorna i studien har förklarat att mycket förändras ungefär vid den åldern. Barnet kanske börjar kunna ta sig runt på egen hand och ställa sig upp och nå saker. Att förebygga fallolyckor genom att BVC-sjuksköterskan vid hembesök besiktigar barnsäkerheten i hemmet har visat sig effektivt i tidigare forskning (33). Författarna anser att ett hembesök när barnet är åtta månader skulle kunna förstärka BVC-sjuksköterskans primärpreventiva arbete vid barnolycksfall, det blir lättare för föräldrarna att ta till sig informationen i hemmiljön och BVC-sjuksköterskan kan göra en säkerhetsbesiktning av bostaden.

Skakvåld är en viktig del när det talas om våld mot små barn, då det kan ge mycket allvarliga följder (22). I studien framkommer att BVC-sjuksköterskorna alltid tar upp skakvåld vid hembesöket. De ger både skriftlig och muntlig information, vilket tidigare forskning stödjer. Föräldrarna i en studie utförd i Kanada (31) uppskattade den muntliga informationen, där de gick igenom både risker med skakvåld och strategier för att hantera sin ilska (31). Även BVC-sjuksköterskorna i den här studien talar om strategier och att våga be om hjälp, för att stärka föräldrarnas känsla av att uppleva sin tillvaro som hanterbar. I begreppet KASAM ingår hanterbarhet, vilket innebär att föräldrarna får resurser att möta det som sker (10). BVC-sjuksköterskorna som arbetar på familjecentral har privilegiet att tala med förstagångsföräldrarna om skakvåld redan före förlossningen. BVC-sjuksköterskorna ser en fördel i att tala om det i grupp för att inga enskilda föräldrar ska känna sig utpekade.

I en svensk studie (26) där barn, 13-17 år gamla, svarat på en enkät som handlade om fysisk och psykisk hälsa, uppger 15 % av barnen att de blivit utsatta för våld i hemmet (26). Dessutom visar forskning att mörkertalet är stort, framförallt brott som begås inom familjen mot mindre barn (47). BVC-sjuksköterskorna i studien nämner inte att de talar med föräldrarna om våld mot barn i primärpreventivt syfte, förutom skakvåld. Enligt svensk lag får inga barn utsättas för kränkande behandling eller kroppslig bestraffning (15). I Västra Götalandsregionens regionala riktlinjer Spädbarnsmisshandel 2011 (48), står det att alla nyblivna föräldrar behöver ”*få information och kunskap om såväl faran av att skaka sitt barn som om andra former av misshandel*” (48, sid 3). I Rikshandboken för BVC står det om skakvåld och hur BVC-sjuksköterskorna ska diskutera primärpreventiva åtgärder med

föräldrarna. I kapitlet som behandlar annat våld mot barn, så står det om vad BVC-sjuksköterskan ska göra vid misstanke eller upptäckt av ett utsatt barn (46), inte att BVC-sjuksköterskan bör informera föräldrarna om att kroppslig bestraffning och kränkande behandling är förbjudet och vilka konsekvenser det kan få. Författarna upplever att riktlinjerna för den muntliga informationen till föräldrarna kan förbättras genom att även inkludera primärpreventiv information angående fysiskt och psykiskt våld.

Av de barn som bevittnat våld i hemmet blir 58 % själva utsatta för våld (26). Det är dessutom psykiskt traumatiserande att se sin förälder bli misshandlad av en annan familjemedlem (2). En primärpreventiv åtgärd som BVC-sjuksköterskorna talar om, är att alla BVC-sjuksköterskor ska fråga alla mammor om våld i nära relation. Endast en av informanterna har börjat fråga, vilket beror på ett projekt som startat i Västra Götalandsregionen. På hemsidan för Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) står information om en projektplan där fem BVC och vårdcentraler har påbörjat ett projekt som pågår fram till juni 2015. Projektet går ut på att öka personalens kunskap om våld i nära relationer och att riktlinjer och rutiner införs för att rutinmässigt ställa frågor och samtala om våld i nära relationer (49). Genom att rutinmässigt ställa dessa frågor ökar helhetssynen på familjen. BVC-sjuksköterskan har då ett mer familjecentrerat förhållningssätt där alla familjemedlemmar utgör en del och tillsammans blir en helhet (12).

Det vårdvetenskapliga begreppet ansvar innebär i yrkesrollen att BVC-sjuksköterskan ska ta sitt professionella ansvar och våga möta sina egna känslor (14). BVC-sjuksköterskorna betonar vikten av att våga ställa de obekväma frågorna för att skydda barnet, det är att ta ansvar i sin yrkesroll. BVC-sjuksköterskan ska främja barnets hälsa och trygghet (11). I studien framkommer att i den rollen ingår det att våga ta upp obekväma områden som alkohol och våld. BVC-sjuksköterskorna talar om hur erfarenheten i yrket ger dem tryggheten att våga fråga, det är inget som är självklart för en oerfaren BVC-sjuksköterska. Författarna upplever att de BVC-sjuksköterskor som intervjuats i studien visar ett bra ansvarstagande i sin yrkesprofession.

Att vara en stödjande person

Tidigare forskning visar att BVC-sjuksköterskan upplever att hembesök hos familjen har stor betydelse för hur den fortsatta kontakten med familjen blir. Hembesöket kan främja en bra relation då föräldrarna känner sig trygga i sin hemmiljö (30). Även i studien talar BVC-sjuksköterskorna varmt om hur hembesökets positiva effekter gynnar barnet. De anser att hembesöket har stor betydelse för relationen till föräldrarna och hembesöket ger en utförligare bild av familjen som gör det fortsatta samarbetet smidigare.

En stor del av det primärpreventiva arbetet består av stöd till föräldrarna, enligt BVC-sjuksköterskorna. Det upplevs som viktigt att ha en fungerande relation till föräldrarna för att främja samarbetet runt barnet. BVC-sjuksköterskan ska enligt begreppet ansvar skapa en ömsesidighet i mötet så att det uppstår en vi-känsla. Genom detta stärks föräldrarna i sitt egenansvar och växer i sin föräldraroll (14). BVC-sjuksköterskorna anser att det ibland krävs mycket fokus på föräldrarna för att barnet ska få en bra uppväxt. För att familjen tillsammans ska uppleva hälsa och välmående är detta familjecentrerade arbetssätt att föredra (12).

Föräldrar med psykiska problem är en riskfaktor som gör att barn kan fara illa (2, 11). Enligt Västra Götalands verksamhetsbeskrivning för barnhälsovård ska stöd ges till mammor som riskerar att utveckla depression (18). BVC-sjuksköterskorna i studien tog upp detta stöd som en viktig primärpreventiv åtgärd. De upplevde en tendens att antalet mammor som blev deprimerade sjönk när de började screena efter depression, på grund av att de talade med mammorna på ett annorlunda sätt. De ställde mer utforskande frågor redan från början om hur mamman mår. Att stödja mammor som riskerar att utveckla en depression ser författarna som en viktig del av BVC-sjuksköterskans primärpreventiva arbete, då BVC-sjuksköterskan visar hur viktigt det är att se familjen som en helhet.

Att barnet har en trygg anknytning till minst en vuxen fungerar som en bra skyddsfaktor mot att fara illa (2). BVC-sjuksköterskorna talar mycket om anknytning och hur de försöker uppmuntra den och stödja föräldrarna i deras samspel med barnet. BVC-sjuksköterskorna pratar om flera olika insatser som gynnar anknytningen, en av dem är spädbarnsmassagen som sker i grupp. Här får BVC-sjuksköterskorna möjlighet att tala om anknytning utan att någon förälder känner sig utpekad. BVC-sjuksköterskorna kan även observera och uppmärksamma om någon förälder tycks behöva extra stöd med anknytningen, det framkommer tydligare vid massagen, enligt BVC-sjuksköterskorna. Tidigare forskning visar att spädbarnsmassage har positiv effekt för anknytningen, barnets sömn, avslappning och minskat skrik (50).

I studien uttrycker BVC-sjuksköterskorna att det är en stor omställning att bli förälder och föräldern förlorar delar av sitt sociala vuxenliv under föräldraledigheten. Då kan en föräldragrupp skapa trygghet och nya kontakter. En riskfaktor som kan förebyggas i föräldragrupp är att föräldrarna får ökad kunskap om barns utveckling. En skyddsfaktor för att barn inte ska fara illa är att föräldrarna har ett socialt nätverk (2). Föräldragrupp kan hjälpa föräldrarna att känna tillhörighet. De möter fler personer i liknande situation som deras egen, det kan hjälpa till att göra situationen begriplig. Tillvaron kan även upplevas som mer meningsfull i sällskap med andra föräldrar (10). Att erbjuda föräldragrupp ger en familjecentrerad omvårdnad, där föräldrarnas behov av umgänge och kunskap tillgodoses, för att barnet ska få en tryggare uppväxt (12). En svensk studie (51) har beskrivit föräldrars upplevelse av att delta i föräldragrupp på BVC, och majoriteten av föräldrarna upplevde att föräldragruppen var meningsfull. De hade blivit mer självsäkra i sin föräldraroll och 60 % uppgav att de fortsatte att ha social kontakt med någon annan i gruppen efter att föräldragruppen var slut (51).

BVC-sjuksköterskorna i studien upplevde ett behov av föräldragrupper på andra modersmål. Det finns risk att föräldrarna missar mycket information och går miste om att knyta nya kontakter om de inte deltar i föräldragrupp. Tidigare forskning bekräftar BVC-sjuksköterskors uttryckta behov av att ha speciellt inriktade föräldragrupper (32). Det finns en ökad risk för att barnet kan utsättas för fysiskt våld om barnet växer upp i en familj med utländsk bakgrund (2). År 2011 var aga förbjudet i ett 30-tal länder i världen, i de flesta länder är det fortfarande tillåtet att slå sina barn som uppfostringsmetod (52). Här har BVC-sjuksköterskan en viktig uppgift att förmedla den svenska synen på aga på ett respektfullt sätt (46). För en familj med invandrarbakgrund kan förlusten att inte kunna använda sitt modersmål och sin invanda kultur

påverka deras identitet och hälsa negativt (12). BVC-sjuksköterskan kan genom stöd och föräldrautbildning ge familjer med invandrabakgrund en ökad medvetenhet och hanterbarhet, då kan familjens känsla av sammanhang öka och familjen får en ökad hälsa (10).

Att samarbeta med andra professioner

BVC-sjuksköterskorna på familjecentral betonade en fördel med samverkan med MVC. Samarbetet gör att föräldrarna får träffa BVC-sjuksköterskan redan innan förlossningen. BVC-sjuksköterskorna presenterar sig i föräldragruppen på MVC och berättar för alla att när bebisen har kommit så kommer jag på hembesök. På det sättet ökar förhoppningsvis föräldrarnas benägenhet att tacka ja till hembesök, tror BVC-sjuksköterskorna. Efter medgivande från föräldrarna kan BVC-sjuksköterskan få ta del av föräldrarnas livssituation. Tidigare forskning utförd i Sverige visar att familjecentraler har en gynnsam effekt på preventivt arbete, föräldrastöd och samverkan. Detta genom att föräldrarna deltog i föräldragrupper i större utsträckning, BVC övertog föräldragrupper från MVC och familjecentraler erbjöd riktade föräldragrupper i högre utsträckning (53). Författarna tror att samarbetet med MVC underlättar BVC-sjuksköterskornas arbete med familjen, dels för att MVC kan bidra med en större helhetssyn på familjen och dels genom att få presentera sig för föräldrarna redan innan barnet är fött.

BVC-sjuksköterskorna som inte arbetar på familjecentral tog upp att de vill ha bättre samarbete med socialtjänsten i primärpreventivt syfte. BVC-sjuksköterskorna uttryckte att de primärpreventiva insatserna blir lidande då socialtjänsten inriktar sina insatser till barn som redan varit illa. Tidigare forskning visar också att det finns en brist i samarbetet. Det som sjuksköterskan anser vara ett bekymmer och gör orosanmälan över, nekades ofta av socialtjänsten (34).

Slutsats

Det var intressant att få ta del av BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av primärpreventivt arbete för att barn inte ska fara illa i sin hemmiljö och hur mycket som handlar om primärpreventivt arbete. I slutändan handlar alla insatser om att barnet ska få en så bra uppväxt som möjligt och kunna utvecklas efter sina egna förutsättningar. Tyvärr tar inte informanterna i studien upp under intervjuerna att de muntligt informerar föräldrarna om att kroppslig bestraffning och kränkande behandling är förbjudet i Sverige. Därför är det relevant att utföra den storskaliga studien, då några slutsatser inte kan dras efter denna studie.

I vidare forskning skulle föräldrarnas upplevelser av BVC-sjuksköterskans primärpreventiva arbete kunna studeras. Om BVC-sjuksköterskans primärpreventiva insatser utvecklas skulle kanske fler barn kunna undgå att fara illa, tills vi förhoppningsvis når utopin att inget barn far illa. För barn är oslagbara.

Fördelning av examensarbetet

För att underlätta bakgrundsarbetet delade författarna upp avsnitten, sökte information och skrev ner det som var relevant. Textmassan bearbetades sedan gemensamt. Författarna utförde två intervjuer var, transkriberade och analyserade intervjuerna var för sig. Därefter bearbetades analyserna på nytt gemensamt. Metod, resultat, metoddiskussion och resultatdiskussion har skrivits gemensamt.

REFERENSER

1. Haglund A. Lex Bobby skyddar inte utsatta barn. Göteborgs-Posten. 2014-09-30.
2. Socialstyrelsen. Barn som far illa eller riskerar fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Falun: Socialstyrelsen; 2014. (Citerad 2014-10-07) Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19528/2014-10-4.pdf>.
3. Reuter A, Köhler M. Hälsöfrämjande möten på barnavårdcentralen. I: Hertting A, Kristenson M, (red). Hälsöfrämjande möten – Från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
4. Svensk Sjuksköterskeförening. Strategi för sjuksköterskans hälsöfrämjande arbete. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008. (Citerad 2014-10-04) Hämtad från: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>
5. Socialstyrelsen. Termbanken; hälsöfrämjande åtgärd. (Citerad 2014-09-19) Hämtad från: <http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=407>
6. Socialstyrelsen. Termbanken; primärprevention. (Citerad 2014-09-18) Hämtad från: <http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=411>
7. Statens offentliga utredningar. Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda. SOU 2001:72. Slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel. Stockholm; 2001.
8. Unicef. Barnkonventionen. (Citerad 2014-09-18) Hämtad från: <http://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>
9. Dahlberg, K., Segesten K. Hälsa och vårdande: i teori och praxis. Stockholm: Natur och Kultur; 2010.
10. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Köping: Natur och Kultur; 1991.
11. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Falun: Socialstyrelsen; 2014. (Citerad 2014-09-12) Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>
12. Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
13. Nationalencyklopedin. Ansvar. (Citerad 2014-11-06) Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/ansvar>
14. Reet S. Ansvar. I: Wiklund Gustin L, Bergbom I, (red). Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik: Studentlitteratur; 2012.
15. Föräldrabalken (SFS 1949:381). Stockholm: Socialdepartementet. (Citerad 2014-09-18) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/#K6
16. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Stockholm: Socialdepartementet. (Citerad 2014-09-19) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/?bet=2001:453#K5
17. Statens offentliga utredningar (SOU 2003:127). Stockholm: Socialdepartementet; 2003. (Citerad 2014-09-25) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Statens-offentliga-utredningar/_GRB3127d1/?text=true.

18. Västra Götalandsregionen. Verksamhetsbeskrivning för barnhälsovården inom Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen; 2009. (Citerad 2014-10-13) Hämtad från:
<http://www.vgregion.se/Pages/117740/verksamhetsbesk%20slutgiltig%20bvc.pdf>
19. Carlström E, Kvarnström S, Sandberg H. Teamarbete i vården. I: Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlen J, (red). Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur; 2013.
20. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) Stockholm: Socialdepartementet. (Citerad 2014-09-27) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763
21. Johansson E, Wallin L. Evidensbaserad vård. I: Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlen J, (red). Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur; 2013.
22. American Academy of Pediatrics. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries—Technical Report. Pediatrics 2001;108:206-210.
23. World Health Organization (WHO) and the International Society for Preventing of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). Preventing child maltreatment –a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization; 2006. (Citerad 2014-09-12) Hämtad från:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf?ua=1
24. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373(9657):68-81.
25. Fang X, Brown DS, Florence C, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child abuse and neglect. 2012;36(2):156–165.
26. Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. Acta paediatrica. 2010;99(8):1229-1236.
27. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Barnmisshandel. 2014. (Citerad 2014-09-09) Hämtad från: <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html>.
28. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Polisanmälda våldtäkter mot barn – en uppdaterad kunskapsbild (Rapport 2011:6). Brottsförebyggande rådet; 2011. (Citerad 2014-09-18) Hämtad från: <https://www.bra.se/bra/publikationer/arkiv/publikationer/2011-06-11-polisanmalda-valdtakter-mot-barn.html>
29. Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. Pediatrics. 2013;132:90-99.
30. Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A-C, Holmberg M, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården - Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. Läkartidningen. 2010;47(107):2968-2971.

31. Goulet C, Frappier J-Y, Fortin S, Déziel L, Lampron A, Boulanger M. Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal nursing*. 2009;38(1):7-21.
32. Lefèvre Å, Lundqvist P, Drevenhorn E, Hallström I. Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*. 2013;12(2):1-21.
33. Hubbard S, Cooper N, Kendrick D, Young B, Wynn PM, He Z, et al. Network meta-analysis to evaluate the effectiveness of interventions to prevent falls in children under age 5 years. *Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 2014;0:1-11.
34. Appleton JV. Delivering safeguarding children services in primary care: responding to national child protection policy. *Primary health care research & development*. 2012;13(1):60-71.
35. Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of advanced nursing*. 2004;47(6):656-663.
36. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
37. Lundman B, Hällgren Graneheim U. *Kvalitativ innehållsanalys*. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
38. Chekol I-M. *Fenomenografi*. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
39. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). (Citerad 2014-10-07) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460
40. Polit DT, Tatano Beck C. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
41. Kjellström S. *Forskningsetik*. I: Henricson M, (red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
42. Personuppgiftslag (SFS 1998:204). (Citerad 2014-10-23) Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
43. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. (Citerad 2014-10-08) Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
44. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–112.
45. Alm B, Wennergren G, Erdes L, Möllborg P, Pettersson R, Aberg N, Norvenius SG. Parents have accepted the advice on how to prevent sudden infant death. *Läkartidningen*. 2004;101(14):1268-1270.
46. Rikshandboken. (Citerad 2014-10-19) Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/>

47. Jansson S. Barn som utsätts för fysiska övergrepp. Socialstyrelsen; 2010.
48. Västra Götalandsregionen. Regional riktlinje – Spädbarnsmisshandel 2011. (Citerad 2014-10-18) Hämtad från:
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Sp%c3%a4dbarnsmisshandel%202%20sept.pdf>
49. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. Projektplan – Fråga på rutin om våld i nära relationer – vid vårdcentraler, barnvårdscentraler, rehabiliteringsverksamheter och bedömningsteam inom Västra Götalandsregionen. 2014. (Citerad 2014-10-18) Hämtad från:
<http://www.valdinararelationer.se/upload/V%c3%a5ld%20i%20n%c3%a4ra%20relationer.se/fragaomvald/Fr%c3%a5ga%20om%20v%c3%a5ld%20Projektplan.pdf>
50. Underdown A, Barlow J, Chung V, Stewart-Brown S. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;4:1-36.
51. Lefèvre A, Lundqvist P, Drevenhorn E, Hallström. Parents' experiences of parental groups in Swedish child health care: Do they get what they want? Journal of Child Health Care. 2014;8(28):1–9.
52. Jansson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011. Karlstads universitet: Stiftelsen allmänna barnhuset; 2011. (Citerad 2014-10-21) Hämtad från:
<http://www.allmannabarnhuset.se/produkt/kroppslig-bestrafning-och-annan-krankning-av-barn-sverige-en-nationell-kartlaggning-2011/>
53. Wallby T, Fabian H, Sarkadi A. Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler. Läkartidningen. 2013;110:1-4.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 1.

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Många barn far illa i sin hemmiljö. Att barn far illa, där förövaren är en vårdnadshavare, är ett stort problem för folkhälsan. Att fara illa innebär utnyttjande, försummelse och övergrepp som leder till eller kan leda till skada för barnets hälsa och utveckling. De långsiktiga konsekvenserna kan vara psykisk ohälsa, psykosociala problem samt fysiska skador som kan leda till fysisk sjukdom.

Inom barnhälsovården träffar specialistsjuksköterskan nästintill alla barn som växer upp i Sverige. I uppdraget ingår att arbeta primärpreventivt och förebygga ohälsa. Detta för att barn ska få en så trygg uppväxt som möjligt och kunna utvecklas utifrån sina egna förutsättningar. Den här studien vill beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av det primärpreventiva arbetet, som vänder sig till alla barn mellan 0-6 år.

Syfte

Syftet med studien är att belysa specialistsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta primärpreventivt på BVC för att inget barn ska fara illa i sin hemmiljö.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras inom barnhälsovården i Västra Götalandsregionen. Kontakt har tagits med din verksamhetschef. Du tillfrågas härmed om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som specialistsjuksköterska på BVC.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjun görs under arbetstid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivs ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Ambitionen är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att intervjuaren kommer in på områden när det gäller din yrkesutövning som du upplever känsliga. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma BVC-sjuksköterskors preventiva arbete.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Dina uppgifter är sekretesskyddade och då data från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Catharina Sjölund

0709-795596

catharinasjolund@yahoo.se

Diana Sörlin

0706-716702

di_lizzardqueen@hotmail.com

Handledare

Stefan Nilsson

stefan.nilsson.4@gu.se

Bilaga 2.

Intervjuguide

Har du några frågor innan vi börjar intervjun?

Bakgrundsfrågor:

Ålder? Kön?

Hur länge har du varit sjuksköterska?

Hur länge har du varit specialistsjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på BVC?

Hur många barn ansvarar du för?

Hur många nyfödda varje år?

Hur ser upptagningsområdet ut?

Närhälsan/privat/familjecentral?

Intervjufrågor:

Kan du beskriva hur du arbetar primärpreventivt, den första tiden med en nybliven familj?

Efter den första tiden, kan du beskriva hur du fortsättningsvis arbetar primärpreventivt med barnen.

Upplever du att du saknar något?

Arbetsätt:

Spegla ord

Var inte rädd för tystnaden

Följdfrågor:

Du pratade tidigare om

Berätta mer

Kan du utveckla?

Hur tänker du då?

Hur upplever du det?

Avslutande fråga:

Finns det något mer du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?