



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

Den icke födande förälderns upplevelse av mötet med BHV-  
sjuksköterskan

En intervjustudie

The nonbirthing parent's experience of the meeting with the CHC-  
nurse

A qualitative study

Författare: Anna Malmros och Victoria Henjered

Handledare: Åsa Lefèvre

Magisteruppsats  
Hösten 2019

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt.

**Bakgrund:** Dagens barnhälsovård syftar till att stötta familjen och arbeta hälsofrämjande genom ett familjecentrerat perspektiv. Studier visar att den icke födande föräldern tenderar att förbises i mötet med BHV-sjuksköterskan men få studier belyser den icke födande föräldrarnas perspektiv. **Syftet** var att undersöka hur den icke födande föräldern upplevde mötet med BHV-sjuksköterskan med fokus på förväntningar, behov och stöd. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie genomfördes med 10 icke födande föräldrar (nio män och en kvinna) tillhörande fyra olika BVC runt om i Skåne med en spridning i CNI mellan 0,36-1,64. Deltagarna var mellan 25- 37 år gamla och tre var födda och uppvuxna utomlands. Hälften hade universitetsutbildning och de bodde både i både större stad och på mindre ort. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). **Resultat:** Tre kategorier identifierades; Bekräftelse (med subkategori: Kunskap och Lyhörddhet), Professionalitet (subkategori: Flexibilitet och Individanpassat) samt Delaktighet (subkategori: Inkludering och Att bli förälder inom barnhälsovården). Ett övergripande tema identifierades som Känsla av trygghet. **Konklusion:** Den icke födande föräldern var överlag nöjd med mötet med BHV-sjuksköterskan men vid exempelvis det enskilda partnersamtalet behöver BHV-sjuksköterskor vara lyhörda för nya aspekter som kan uppkomma.

## Nyckelord

Pappor, sexuella och könsminoriteter, upplevelse, BHV-sjuksköterska, förväntningar, behov

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	5
Barnhälsovården .....	5
Historiskt perspektiv .....	6
Enskilda föräldrasamtal .....	6
Olika familjekonstellationer .....	7
Anknytningens betydelse .....	8
Den icke födande förälderns tidigare möten med vården .....	8
Mötet med BHV-sjuksköterskan och den icke födande föräldern .....	9
Perspektiv och utgångspunkter .....	10
Bronfenbrenners ekologiska perspektiv .....	10
Syfte .....	11
Metod .....	11
Förförståelse .....	12
Urval .....	12
Instrument .....	13
Datainsamling .....	14
Inspelning .....	15
Analys av data .....	15
Forskningsetiska avvägningar .....	17
Resultat .....	18
Bekräftelse .....	18
Kunskap .....	18
Lyhörddhet .....	19
Professionalitet .....	20
Flexibilitet .....	20
Individanpassat .....	21
Delaktighet .....	21
Inkludering .....	21
Att bli förälder inom barnhälsovården .....	22
Diskussion .....	23
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	26
Konklusion och implikationer .....	28
Referenser .....	30

Bilaga 1 (1)..... 36

## Problemområde

Målet med den svenska barnhälsovården (BHV) innefattar både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder (Jansson & Drevenhorn, 2015). Vidare syftar BHV till att minska påfrestningar för föräldrar, samt stödja dessa i sin roll (a.a.). En litteraturstudie med en genomgång av svenska pappors uppfattningar om det stöd de fått och vill ha i mötet med vården visade dock att BHV fortfarande möter pappan mer som en passiv deltagare i barnets omsorg (Wells, 2016). Organisatoriskt sett är BHV i högre utsträckning uppbyggd kring barnets och moderns behov (a.a.). Andersen, Moberg, Bengtsson och Garmy (2017) belyser homosexuella och bisexuella föräldrars upplevelser av mötet med BHV-sjuksköterskan. Föräldrarna i studien upplevde sig exkluderade av heteronormativitet som genomsyrade bemötandet och den skriftliga informationen. Den förälder som inte var den biologiska föräldern kände sig marginaliserad då BHV-sjuksköterskan främst vände sig till den som hen uppfattade som den biologiska föräldern (a.a.). Studier visar att det finns en del studerat om BHV-sjuksköterskans upplevelser av mötet med den icke födande föräldern, men desto mindre om den icke födande föräldrarnas perspektiv (Alehagen, Hägg, Kalén-Enterlov & Johansson 2011; Hallberg, Beckman & Håkansson, 2010; Shields et al. 2011; Wells, Massoudi & Bergström, 2017; Wells, Varga, Kerstis & Sarkadi, 2013; Wells, 2016).

## Bakgrund

### *Barnhälsovården*

Målet med BHV nationellt är att främja barns fysiska, psykiska och sociala hälsa och utveckling (Reuter, 2018). En jämlik och rättvis vård för alla barn i Sverige ska uppnås. Vidare ska BHV också motverka ohälsa och i ett tidigt skede upptäcka och åtgärda problem relaterade till barns hälsa och uppväxtmiljö (a.a.). BHV organiseras genom Barnvårdscentralerna (BVC) där varje BVC ansvarar för ett visst antal inskrivna barn (Socialstyrelsen, 2014). Belastningen på varje BVC beräknas i Skåne utifrån måttet Care Need Index (CNI) (Kunskapscentrum, 2018). CNI är ett socioekonomiskt mått beräknat på risken för ohälsa (Vårdgivarguiden, u.å.). För barnfamiljer baseras det på följande fem variabler; *förälder född utanför Europa, arbetslös förälder, ensamstående förälder, nyinflyttad familj, förälder med låg utbildning* (Kunskapscentrum, 2018). Varje barn får ett

beräknat CNI baserat på föräldrarnas status. Ett värde över 1,0 innebär lägre socioekonomiska resurser än genomsnittet i Skåne och ett värde under 1,0 högre socioekonomiska resurser. Varje BVC beräknar månatligen ett CNI (a.a.).

BVC kan drivas i både privat och offentlig regi (Socialstyrelsen, 2014). BVC kan vara en del av en familjecentral som också tillhandahåller mödravård, öppen förskola och socialtjänst och arbetar förebyggande. Olika yrkeskategorier som ofta har olika huvudmän, samarbetar på familjecentral med barnfamiljen i fokus. På BVC arbetar legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen inom antingen distriktssjukvård eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Legitimerad läkare med kompetens inom allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri finns anslutna till varje BVC. Därtill ska psykolog finnas att tillgå. I vissa landsting har barnhälsovården också socionom, logoped, ortoptist och dietist att tillgå (a.a.).

### *Historiskt perspektiv*

I en studie av Hallberg, Lindbladh, Petersson, Råstam & Håkansson (2005) beskrivs hur BHV har utvecklats över tid och utvecklingen delas upp i olika epoker. I den första tidsepoken (30-40 tal) låg den huvudsakliga betoningen på att informera och utbilda mammorna utöver att fokusera på barnets hälsa och utveckling. I den andra tidsepoken (50-60-tal) låg störst fokus på att övervaka barnets hälsa för att på så sätt identifiera risker, avvikande beteende och utveckling. Den tredje periodens (70-80 tal) huvudfokus utgjordes av att identifiera sociala riskgrupper och arbetet inriktades mer på att övervaka föräldrarnas vård av barnet. Under den nuvarande perioden (90-00 tal) har fokus flyttats till att jobba mera familjecentrerat och barnhälsovården syftar till att stärka föräldrarnas självkänsla (a.a.).

### *Enskilda föräldrasamtal*

Ett enskilt samtal i syfte att screena för förlossningsdepression erbjuds till mamman när barnet är 6-8 veckor gammalt (EPDS) (Bergström, u.å). Sedan något år tillbaka erbjuds även ett enskilt föräldrasamtal till den icke födande föräldern när barnet är 3-5 månader. Syftet med detta samtal är att etablera kontakt och utgå från förälderns behov (a.a.). Ståhl, Kristensson-Hallström, Skog och Wilhelmsson (2019) undersökte elva sjuksköterskors upplevelser av att genomföra partnersamtal genom fokusgrupper och individuella intervjuer. De upplevde det både som positivt att det blev ett större familjefokus, men även utmanande då det krävdes

mycket av dem personligen. Utmaningar kunde vara att man kom båda föräldrarna nära och att det kunde komma upp känslig information under samtalet (a.a.). I en tidigare enkätstudie från 2011 av Massoudi, Wickberg och Hwang undersöktes BHV-sjuksköterskors uppfattning av att samarbeta med pappor samt i vilken utsträckning de erbjöd stöttning och inkluderade pappor i det kliniska mötet. De upplevde det generellt som positivt att samarbeta med pappor och såg det som viktigt för barnet och för hela familjen att pappan inkluderades. Cirka en tredjedel uppgav att de på olika sätt vidtog åtgärder för att försöka identifiera pappor som inte mådde bra (a.a.). Förekomsten av depressiva symtom hos pappor uppmättes till 10,1 procent i en svensk studie där det även konstaterades att låg utbildningsnivå, låg inkomst, dålig relation, samt ekonomisk oro ökade risken för depressiva symtom (Bergström, 2013). Yngre pappor < 28 år mådde sämre än de äldre och detta kunde inte förklaras av faktorerna ovan (a.a.).

#### *Olika familjekonstellationer*

BHV bör verka för att båda föräldrarna är delaktiga i omvårdnaden och uppfostran av barnet (Golestani, Ivarsson & Thorén-Todoulos, 2018). Kunskapscentrum i Region Skåne, med uppgift att främja jämlik hälsa för alla barn, har därför tagit fram ett utbildningsmaterial för BHV-sjuksköterskor med syftet att höja kunskapsnivån om normer rörande kön och föräldraroll. BHV-sjuksköterskor har genom sitt arbete och möte med föräldrarna en unik roll i att främja ett engagerat föräldraskap (a.a.). Socialstyrelsen (2014) skriver i sin rapport "Vägledning för barnhälsovården" att sammansättningen av familjer har ändrats under de senaste årtiondena, där det traditionella familjemönstret med ansvar för olika uppgifter har förändrats. Männens roll måste uppmärksammas i bemötandet, i utformandet av miljön samt vid val av teman i föräldragrupperna (a.a.).

I Rikshandboken (2019) beskrivs att det blir vanligare att homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck (HBTQ) skaffar barn och BHV-sjuksköterskorna behöver anpassa mötet efter olika familjekonstellationer. Enligt Golombok (2018) har det sedan 1970-talet skett en förändring av den traditionella familjestrukturen. Kärnfamiljen bestående av ett gift heterosexuellt par med biologiska barn är inte längre den enda formen av familjekonstellation. Barn kan växa upp med ensamstående föräldrar, bonusföräldrar och samkönade föräldrar eller föräldrar som inte lever i en kärleksrelation utan som enbart träffats i syfte att skaffa barn med varandra. Begreppet nya familjer innebär enligt Golombok (2018) familjer med homosexuella föräldrar, mödrar som valt ensamt föräldraskap,

och familjer som kommit till med hjälp av assisterad befruktning, till exempel äggdonation, insemination från donator och IVF. Dessa konstellationer började synas under 1970-talet i samband med kvinnorörelsen och rörelsen för homosexuellas rättigheter (a.a.).

### *Anknytningens betydelse*

Enligt Bowlby har anknytningen mellan barn och förälder en betydande roll för barnets normala utveckling (Hwang & Nilsson, 2011). Spädbarnet har ett medfött behov av att få närhet och att få kontakt med andra människor, vilket historiskt sett varit avgörande för dess överlevnad (a.a.). Enligt en litteraturstudie av Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid och Bremberg (2008) med genomgång av 24 olika publikationer konstaterades att en närvarande pappa har positiva effekter på barnets utveckling både gällande socialt beteende, minskning av psykologiska problem och kognitiv utveckling (a.a.). BHV-sjuksköterskan spelar en viktig roll i att få pappan att känna sig delaktig i föräldrarollen (Fägerskiöld, 2006). Om pappan upplever en förtroendefull relation till BHV-sjuksköterskan förmodas hans delaktighet öka i BHV (a.a.).

### *Den icke födande föräldrarnas tidigare möten med vården*

Wells och Lang (2016) sammanställde forskning över homosexuella mödrars erfarenhet av behov och stöd i relation till reproduktiv hälsovård, mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård i Norge och Sverige. Resultatet visade att icke födande mödrar hade erfarenhet av att erkännas som likvärdig förälder av vården men hade också erfarenhet av motsatsen (a.a.). HBTQ-föräldrars erfarenheter av reproduktiv hälso- och sjukvård undersöktes av Klittmark, Garzón, Andersson och Wells (2019). Deltagarna erfor heteronormativa barriärer som försvårade deras föräldrablivande då de kände sig diskriminerade (a.a.). Med hjälp av fokusgrupper tittade Vikström och Barimani (2016) på hur den icke födande partnern erfor stöd från hälso- och sjukvården innan, under och efter förlossning relaterat till att bli förälder, samt hur stödet kunde förbättras. I resultatet presenterades att den icke födande partnern kan inkluderas i större utsträckning i hälsovårdskedjan som följer av att bli förälder (a.a.).

En enkätstudie, gjord med 1474 föräldrar i Sverige, gällande hur de uppfattade förlossningsvården med fokus på missnöje, visade att männen kände sig förbisedda och till viss del uppfattade postpartum vården som en kvinnas värld (Ellberg, Högberg & Lindh, 2010). För mammorna var det viktigt att partnern respekterades och sågs som en pappa och inte bara som en besökare (a.a.). I en kvalitativ studie med pappor som ensamt vårdat sitt



barn de första timmarna postpartum, relaterat till att partnern hade komplikationer, framkom att dessa pappor önskade större fokus i föräldrautbildningen på pappans betydelse som likvärdig vårdare (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010). Papporna önskade att föräldrautbildningen från början tagit ett större helhetsgrepp där båda föräldrarna betraktas som likvärdiga vårdnadshavare, i synnerhet då papporna i detta sammanhang varit primära vårdgivare (a.a.).

#### *Mötet med BHV-sjuksköterskan och den icke födande föräldern*

Studier visar att den icke födande föräldern ofta upplever sig som förbisedd i mötet med BHV (Wells, 2016; Andersen et al., 2017). En studie med BHV-sjuksköterskor visade att två tredjedelar upplevde att de inte har kompetens att möta pappors behov. Samma studie fann också att två tredjedelar av BHV-sjuksköterskorna ansåg att mammor och pappor hade samma kapacitet (bortsett från amning) att ta hand om sitt barn 2014, jämfört med tio år tidigare då det enbart var det hälften som ansåg det (Wells et al., 2017). I en studie från 2010 instämde hälften av de 348 BHV-sjuksköterskorna som besvarade enkäten, i att det inte är någon skillnad mellan mammors och pappors omvårdnadskapacitet om sitt barn (Massoudi, Wickberg & Hwang, 2010).

Wells et al. (2013) belyser att en del BHV-sjuksköterskor ser fäder som viktiga för barnet men inte som att de själva kan utgöra en aktiv del i att ytterligare involvera fäder i barnhälsovården. De menar vidare att förändringar behöver ske på ett organisatoriskt plan för att stötta barnsjuksköterskan att i sin yrkesroll se och uppmuntra fäders delaktighet (a.a.). I en studie av Alehagen et al., (2011) jämförde BHV-sjuksköterskorna konstant pappors delaktighet i barnhälsovården med mammornas. Men, då föräldrar i större utsträckning numera delar på föräldraledigheten och den icke födande föräldern blir mer aktiv i barnets uppfostran, är det av yttersta vikt att BHV anpassar sig till den utvecklingen och möter pappor/partners som egna individer (a.a.). Hallberg et al., (2010) menar att barnhälsovården måste hitta nya vägar för att öka pappors deltagande på BVC. Båda föräldrarna måste aktivt bjudas in för att visa att bådars delaktighet är viktig för barnets hälsa (a.a.). I studien av Wells et al., (2013) föreslog barnsjuksköterskor att fäder skulle tillfrågas om hur barnvårdscentralen på ett bättre sätt skulle kunna möta deras behov (a.a.).

## Perspektiv och utgångspunkter

Vi ser på människan som ett subjekt format av sina egna unika erfarenheter men med möjlighet att dela upplevelser med andra människor. Utgångspunkten kommer vara den icke födande förälderns perspektiv. Denne kan vara en man, kvinna, eller icke-binär person. Det kan vara en biologisk förälder, icke biologisk förälder, adoptivförälder eller bonusförälder till barnet. Vi ser på familjen som Wright & Leahey (2009), vilka säger att familjen definierar sig som den själv vill definieras, det vill säga de väljer själva vilka som ingår. Detta kräver därmed inte blodsband, lagliga förbindelser eller boende i samma hem (a.a.). Med upplevelser menar vi subjektiva erfarenheter. Gällande mötet åsyftas de tillfällen då den icke födande föräldern tagit sitt barn för hälsoundersökning på BHV, eventuellt kommit på ett spontant möte för att rådgöra om något, eller varit med på en föräldragruppsträff. Med BHV-sjuksköterska menas en sjuksköterska med specialistutbildning inom barn och ungdom eller distrikt som arbetar på BVC.

### *Bronfenbrenners ekologiska perspektiv*

Bronfenbrenner har utvecklat en ekologisk teori för människans utveckling där denne interagerar med sin miljö i form av olika subsystem (Bronfenbrenner, 1979). Dessa olika miljöer går in i varandra och kan ses om "en rysk docka". Modellen består av fem subsystem, vilka inte kan definieras utan att ta hänsyn till varandra. Systemen består av följande delar: Microsystemet, mesosystemet, exosystemet, macrosystemet samt kronosystemet (a.a.). Gulbrandsen (2006) ser på Bronfenbrenners modell mer konkret och beskriver Microsystemet som det system som är närmast individen och där denne deltar aktivt. Ju äldre ett barn blir desto fler microsystem blir hen en del av. För det lilla barnet är det första microsystemet familjen och relationerna där. Då barnet börjar förskolan blir det en del av ytterligare ett microsystem. För en vuxen individ kan ett microsystem vara exempelvis arbetsplatsen och sociala relationer. Det som genomsyrar ett microsystem är att det består av regelbundna aktiviteter över tid innefattande relationer med de närmaste och att det som händer i microsystemet leder till utveckling (a.a.).

Mesosystemet består i sin tur av relationerna mellan två, eller flera microsystem som individen deltar aktivt i (Gulbrandsen, 2006). För ett barn kan det vara relationerna mellan hemmet och skolan och barnet och vännerna. Skolstarten symboliserar övergången till en ny miljö. För vuxna kan det vara relationerna med arbetskollegor och relationerna i det sociala

nätverket. Exosystemet är mera perifert och involverar inte individen direkt, men det som sker där påverkar individen. Exempel på sådana system kan för en vuxen vara beslut som tas på arbetsplatsen och som påverkar den vuxne indirekt. Ett annat exempel kan vara förändringar i föräldraförsäkringen och dennes påverkan på individen. För ett barn kan det vara föräldrarnas relation till sin arbetsplats och hur detta kan påverka föräldraskapet och därmed barnet (a.a.).

Macrosystemet involverar sedermera ännu mer avlägsna områden såsom kulturella aspekter och normer, trosuppfattningar och ideologi som påverkar individens utveckling (Gulbrandsen, 2006). Slutligen omfattar kronosystemet tiden och dess påverkan historiskt på utvecklingen (a.a.). Kärnan i denna modell innefattar hur en individ utvecklas i relation till de sammanhang individen befinner sig i (Bronfenbrenner, 1979). Vidare påverkas individens utveckling även av yttre skeenden såsom samhällsliga förändringar. Individen som utvecklas kan vara både barn och vuxen och utveckling sker livet ut (a.a.).

Avsikten med teorin är att se på den icke födande föräldrarnas upplevelse av mötet ur ett holistiskt perspektiv. Avsikten är också att diskutera teorin mot resultatet i diskussionen.

## **Syfte**

Att undersöka den icke födande föräldrarnas upplevelse av mötet med BHV-sjuksköterskan med fokus på förväntningar, behov och stöd.

## **Metod**

Tio ostrukturerade intervjuer genomfördes med hjälp av en intervjuguide och resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ metod är lämplig att använda när studien avser att undersöka människors upplevelser (Kristensson, 2014). Vid en empirisk studie samlas information in från verkligheten (Priebe & Landström, 2017). En induktiv ansats innebär att förutsättningslöst studera ett fenomen istället för att göra det utifrån en teori. Utifrån observationerna som görs (till exempel intervjuer) kommer slutsatser att dras. Induktiva studier kan inte vara helt

förutsättningslösa och aldrig helt ta sin början i empirin då forskaren tar med sig egen kunskap in i studien som rör andra saker än det vi skall studera. Denna förförståelse innefattar tidigare kunskaper, erfarenheter och värderingar hos forskaren. När forskaren beskrivit det hen ser är det viktigt att gå vidare och undersöka orsaker och konsekvenser för att inte stanna i den beskrivande delen (a.a.).

### *Förförståelse*

Båda författarna är legitimerade sjuksköterskor sedan ett antal år med erfarenhet från flera olika områden, till exempel från barnsjukvård. En är förälder och har därmed haft regelbunden kontakt med barnhälsovården. Sammanfattningsvis utgör dessa erfarenheter styrkor i mötet men skulle också kunna medföra förutfattade meningar.

### Urval

För att få ett så variationsrikt urval av deltagare som möjligt användes ett strategiskt urval (Henricson & Billhult, 2012). Målet var att få en spridning på urvalet beträffande ålder, utbildningsnivå samt antal barn om detta var möjligt, då det gav bra variation till studien. Initialt tillfrågades 13 verksamhetschefer på 14 BHV-kliniker runt om i Skåne, både i stad och på landsbygd om de godkände vidare kontakt med BHV-sjuksköterskan. Dessutom kontaktades verksamhetschefer på två öppna förskolor, vilka tillhörde familjecentraler. Då den ena förskolechefen inte gav sitt godkännande deltog enbart en öppen förskola i urvalet och denna var HBTQ-certifierad. Ett informationsbrev om studien sattes upp på denna öppna förskola. Åtta av 13 verksamhetschefer godkände att deras BHV-sjuksköterskor kontaktades. Då tre BVC drog sig ur efter ett tag kontaktades ytterligare nio verksamhetschefer varav godkännande erhöles från fem verksamhetschefer. Sjuksköterskorna på en BVC drog sig ur trots godkännande från verksamhetschefen. Totalt hjälpte nio BVC till att dela ut informationsbrev om studien. Dessa valdes ut efter vilken CNI de hade för att på så sätt få stor variation på deltagarna. Både BVC med låg, respektive hög CNI identifierades. För att identifiera olika BVC utgick författarna från en sammanställd lista med Regions Skånes alla BHV och deras CNI. Kontaktuppgifterna till de BVC som valdes ut inhämtades på Hälsoval Region Skånes hemsida (Region Skåne, u.å.).

Inklusionskriterierna innefattade att deltagaren måste vara den icke födande föräldern, oberoende av könsidentitet eller sexuell läggning. Vidare skulle deltagaren ha goda kunskaper

i svenska eller engelska för att kunna genomföra intervjun och förstå frågorna. Personen skulle dessutom ha erfarenhet av minst ett möte med BHV-sjuksköterskan.

Nio deltagare tillhörande fyra olika BVC från olika områden i Skåne (sydvästra-, sydöstra och nordvästra delarna) deltog i studien. BHV-klinikerna hade en spridning i CNI mellan 0,36-1,64 och tillhörde både storstad och mindre tätort. Utöver detta anmälde en deltagare sitt intresse via informationsbrevet som satt upp på öppna förskolan. Totalt deltog därmed tio stycken icke födande föräldrar varav nio identifierade sig som män och en som kvinna. Tre var födda och uppvuxna utanför Sverige och åldern på deltagarna varierade mellan 25-37 år. Antalet barn varierade mellan ett till fem varav sju stycken deltagare hade ett barn. Majoriteten av deltagarna hade haft mer än ett möte med BHV-sjuksköterskan. Hälften hade universitetsutbildning och hälften gymnasial utbildning.

Henricsson och Billhult (2017) menar att inom kvalitativ forskning används ändamålsenligt urval/strategiskt urval av deltagare då betoningen ligger på att hitta personer med rika erfarenheter av det som skall undersökas. Deltagarna kan vara färre, men deras upplevda erfarenhet berikar beskrivningen av det som studeras. Det är av betydelse att deltagarna har variation i till exempel ålder, utbildningsnivå, antal barn och så vidare, för att på så sätt få variationsrika berättelser. Deltagarna kan därmed inte väljas ut slumpmässigt, vilket är möjligt vid kvantitativa studier (a.a.). Enligt Malterud (2014) är målsättningen med ett strategiskt urval att deltagarna har bästa möjliga potential att belysa det problem som skall studeras (a.a.).

## Instrument

En intervjuguide (se bilaga 1) användes vid intervjuerna. Den första intervjun räknades som en provintervju för att testa metoden och fastställa intervjuguiden. Den intervjun kunde sedan integreras i analysen. Innan intervjun påbörjades identifierades följande bakgrundsvariabler: vilket kön deltagaren identifierade sig som (man/kvinna/icke-binär), hur många möten den icke födande föräldern varit med på, om hen träffat olika BHV-sjuksköterskor eller samma varje gång, ålder på deltagaren, utbildningsnivå (gymnasial respektive högskola/universitet) samt antal barn.

Intervjun inleddes med att deltagaren ombads att berätta om mötet/mötena med BHV-sjuksköterskan. Därefter följde frågor med fokus på förväntningar inför mötet, vilka specifika behov den icke födande föräldern ville prata om med BHV-sjuksköterskan samt om denne ville ha någon form av stöd.

Ostrukturerade intervjuer eller intervjuer med öppna frågor är en metod som tillåter att deltagaren berättar mycket själv (Danielson, 2017a). En inledande fråga ställs till deltagaren med förhoppning om att det ska ge ett rikt svar. Därpå kan flera frågor ställas, utifrån teman i intervjuguiden, så att aspekter som deltagaren inte tagit upp som svar på den inledande frågan, också kommer med. Provintervjuer hjälper till att testa tekniken inför kommande intervjuer. De ger också de som ska intervjuas en chans att få en känsla för situationen. Att göra en provintervju ger en indikation på huruvida den planerade intervjutiden är rimlig. Genom att transkribera provintervjun ges en uppfattning om frågorna behöver redigeras (a.a.).

## Datainsamling

Initialt kontaktade vi verksamhetscheferna på utvalda BVC via mail. Dessa erhöll ett informationsbrev med information om vilka vi är, kortfattad information om studien samt hur materialet skulle förvaras. En första påminnelse skickades ut efter en vecka. En andra påminnelse skickades ut efter ytterligare en vecka och en tredje påminnelse gjordes i slutet av sommaren efter semestern. Hos de två verksamhetschefer som inte svarade gjordes en fjärde uppföljning via mail och telefon, men inget svar erhöles. Kontakt togs med förskolechefen på utvald öppna förskola för att få dennes godkännande att sätta upp informationslapp så att intresserade deltagare själva kunde kontakta oss. Förskolechefen erhöles samma information som verksamhetscheferna.

Efter att godkännande från verksamhetschefen erhöles skickades mail till berörda sjuksköterskor med informationsbrevet för mellanhand till dem samt informationsbrev till deltagare att dela ut till icke-födande föräldrar. Sjuksköterskan uppmanades också dela ut informationsbrev till mamman om sjuksköterskan hade träffat den icke födande föräldern tidigare. Under rekryteringsfasen fick sjuksköterskorna kontinuerlig information via mail om hur många intervjuer som hade genomförts.

Den första kontakten med deltagarna skedde via telefon och mail för att förmedla relevant information och planera intervjun. Informationen inkluderade bland annat hur lång intervjun beräknades bli, det vill säga cirka 30-45 min. Deltagaren erbjöds att välja plats för intervjun och datum och plats för intervju avtalades. Deltagarna informerades också om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst utan anledning kunde välja att avbryta. De fick också information om att de behövde skriva under ett informerat samtycke vid samma tillfälle som intervjun genomfördes.

Deltagarna bestämde själva plats för intervjun och det resulterade i att vi genomförde två intervjuer på deltagarnas arbetsplats, en på BVC, en i hemmet hos en av författarna, en via skype, samt fem i deltagarnas hem. Båda författarna var med på samtliga intervjuer där en var ansvarig intervjuare och den andra stöttade upp med kompletterande frågor. Intervjutiden varierade mellan 15-41 minuter.

### *Inspelning*

Intervjuerna spelades in på mobil och diktafon och fördes över till ett USB-minne efter att de var avslutade. Efter överföring till USB raderades filen från mobilen. Diktafonen förvarades inlåst. USB-minnet förvarades inlåst hemma hos en av oss. En kodlista upprättades för att separera respondenterna från intervjuerna. Kodlistan förvaras separat.

### *Analys av data*

Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes som analysmetod då uppsatsen bestod av människors berättelser om sina upplevelser. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och kommer att sparas tills dess att uppsatsen är godkänd. Samtliga intervjuer lästes individuellt och förutsättningslöst. Meningsbärande enheter togs därefter ut av författarna på varsitt håll och jämfördes sedan för att nå samstämmighet. I de två sista intervjuerna togs meningsbärande enheter ut separat utan jämförelse på grund av tidsbrist. De meningsbärande enheterna kondenserades sedermera ner till kortare meningar. Efter detta systematiserades de i olika koder som svarade mot syftet. Koderna kategoriserades därefter i kategorier och subkategorier och sedermera framkom ett tema. I tabell 1. ges exempel på hur meningsbärande enheter togs ut och kondenserades till koder.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
och man slits och är man på jobbet så måste man hem och stötta upp där hemma och är man hemma så vet man om att det pågår saker på jobbet.	man slits mellan jobbet och hemmet	Att vara splittrad
det skapade nog också lite det här att oj, hon har hand om barnet, vi har hand om oss själva eller kanske typ någon annan vårdinstans har hand om oss på något sätt	hon tar hand om barnet, vi tar hand om oss själva eller någon annan vårdinstans gör det,	Distans mellan BHV-ssk och föräldrar

Enligt Lundman och Graneheim (2017) utgår kvalitativ innehållsanalys från beskrivningar och tolkningar av olika former av upplevda erfarenheter. Vid tolkning av datamaterial bör datamaterialet, det vill säga deltagarens berättelse, ses i sitt sammanhang där kultur, personlig historia och livsvillkor bör tas i beaktande. Kvalitativ innehållsanalys har som fokus att redogöra för nyanser i datamaterial genom att identifiera mönster på olika nivåer genom abstraktion och tolkning. Den som analyserar “lyfter blicken” och tittar efter gemensamma nämnare på olika nivåer (a.a.). Det insamlade materialet läses först rakt igenom för att författarna ska få en känsla för helheten (Danielson, 2017b). Genom att sedan gå igenom datamaterialet igen identifieras meningsbärande enheter som svarar mot syftet (a.a.). Graneheim och Lundman (2004) definierar meningsbärande enheter som: “ord, meningar eller paragrafer innehållande aspekter som är relaterade till varandra via sitt innehåll och sammanhang” (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). De meningsbärande enheterna kondenseras till koder. Kondensering innebär att ord eller meningar kortas ner men kärninnehållet bevaras (a.a.). Koderna grupperas sedan i olika kategorier och eventuellt subkategorier (Danielson, 2017b). Dessa kategorier kan sedan bindas samman till ett tema som utgör en röd tråd över samtliga kategorier (a.a.).



## Forskningsetiska avvägningar

En ansökan till VEN (VEN 63-19) skickades in innan studien påbörjades. Nyttan med vår studie ligger i att vi belyser den icke födande förälderns upplevelse av BHV vilket hittills inte gjorts i någon större utsträckning. Vi hoppas bidra med kunskap till BHV-sjuksköterskorna om hur dessa kan möta den icke födande föräldern och på så sätt få hen mer aktiv inom BHV. Att ha möjlighet att avsätta tid för en intervju kan anses vara en utmaning gällande att få in deltagare. En risk med intervjun var om mötet med BHV-sjuksköterskan väckte starka negativa känslor och att dessa känslor riskerade att återkomma på ett sätt som upplevdes som obehagligt för deltagaren. Samtidigt kan det upplevas som positivt att få berätta om en obehaglig upplevelse, vilket uppvägde den eventuella risken. Studien kan därför ses som att nyttan överväger riskerna. Om någon av deltagarna skulle må dåligt efter intervjun erbjöds de samtal med handledare, Åsa Lefèvre (leg sjuksköterska och utredare Kunskapscentrum barnhälsovård Region Skåne), men detta behövdes inte.

Deltagaren erhöll information om studien innan intervjun påbörjades. Informationen inkluderade att deltagandet var frivilligt och att informationen som deltagaren delgav avidentifierades och behandlades konfidentiellt samt förvarades inlåst. Deltagaren gavs därefter utrymme att ställa frågor för att kunna fatta beslut om deltagande. Deltagaren blev försäkrad om att hen kunde dra sig ur närhelst hen ville utan att behöva ange någon orsak. Därefter tillfrågades deltagaren om att skriva under informerat samtycke-blanketten.

Precis som Northern nurses' federation (NNF) (2003) redogör för i sina etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, skall de som utför forskningen kritiskt reflektera och dokumentera på vilket sätt forskningen gagnar person och samhälle. Genomförandet av studien ska innebära skydd av deltagares privatliv, frivillighet, möjlighet att dra sig ur närhelst deltagaren vill samt informerat samtycke. Tystnadsplikt ingår i autonomiprincipen och innebär att forskningsdata avidentifieras och behandlas så att den ej kan kopplas ihop med enskild respondent (a.a.). Konfidentialitet säkras genom att intervjumaterialet hålls inlåst men också genom att materialet inte kan kopplas till enskild individ (Kjellström, 2017). Kodlista och usb förvarades inlåst separat under tiden som studien genomfördes.

## Resultat

Analysen av materialet resulterade i tre kategorier och sex subkategorier. Den första kategorin “Bekräftelse” innefattade subkategorierna “Kunskap” och “Lyhördhet”. Den andra kategorin “Professionalitet” innefattade “Flexibilitet” och “Individanpassat”. Den tredje och sista kategorin “Delaktighet” innehöll subkategorierna “Inkludering” samt “Att bli förälder inom barnhälsovården”. Dessa kategorier och subkategorier resulterade sedermera i ett övergripande tema, vilket var Känsla av trygghet. Tema, kategorier och subkategorier presenteras i tabell 2:

Tabell 2: Tema, kategorier och subkategorier

Tema: Känsla av trygghet		
Kategori	Subkategori	
Bekräftelse	Kunskap	Lyhördhet
Professionalitet	Flexibilitet	Individanpassat
Delaktighet	Inkludering	Att bli förälder inom barnhälsovården

### Bekräftelse

Föräldrarna upplevde bekräftelse i mötet med BHV-sjuksköterskan genom kunskap och lyhördhet som sjuksköterskan förmedlade.

#### *Kunskap*

Det främsta fokuset för de icke födande föräldrarna i mötet med BHV-sjuksköterskan var att få bekräftat att deras barn mår bra. Genom kontroller som längd och vikt fick föräldrarna gensvar på att deras barn växte som de skulle. De kunde vända sig till sjuksköterskan med frågor om barnets hälsa och blev lugnade genom den kunskap som sjuksköterskan förmedlade. I något fall gav BHV-sjuksköterskan tips på var föräldrarna kunde läsa vidare om magknip i det här fallet. Att få svar på frågor angående barnet var också en förväntning som flera av de icke födande föräldrarna hade.

*“växer hon som hon ska, går hon upp i vikt som hon ska, följer hon sin kurva, är det normalt att de gör så här?” (Intervju 3.)*

*“då kändes det jättebra att hon kunde liksom vara en kunskapsbank på något sätt och bara ge svar på ens oro” (Intervju 5.)*

En icke födande förälder berättade att hen ibland läste om symtom på internet men konstaterade att det inte alls var samma sak som att få diskutera symtom med BHV-sjuksköterskan. En annan icke födande förälder uttryckte att hen kunde fråga sjuksköterskan när det var något gällande barnet som föräldrarna var oense om. En förälder uttryckte att hen var mer förberedd att ställa frågor vid det andra mötet då hen visste mer hur mötet skulle vara samt hade haft mer tid att reflektera efter att ha varit hemma längre med barnet.

#### *Lyhörddhet*

Föräldrarna var generellt mycket nöjda med det bemötande de fick av BHV-sjuksköterskan. Bemötandet beskrevs som engagerat, lugnt och inlyssnande. Det var ett bemötande som ingav förtroende att ställa frågor och som fick föräldrarna att känna att de togs på allvar. Bemötandet beskrevs också som stöttande och bekräftande.

*“Jag tycker att hon är väldigt inlyssnande att hon låter oss komma till tals och hon har säkert hört de här problemen 10 000 ggr innan liksom men ändå tar hon oss på allvar liksom...”*  
*(Intervju 2.)*

En förälder upplevde dock att det enskilda föräldrasamtalet för den icke födande föräldern hade kunnat gå djupare och hade önskat mer konkreta lösningar på otillräckligheten som upplevdes mellan att vara splittrad mellan arbete och familjeliv. En annan fick tillsammans med sin sambo frågan om hur förlossningen hade varit, men när de började berätta upplevde de att sjuksköterskan höll dem kort och sa att de fick fortsätta prata om det med sin barnmorska. Den ställda frågan väckte ett behov att berätta men behovet tillfredsställdes inte då sjuksköterskan inte visade sig mottaglig att lyssna på dem fullt ut.

## Professionalitet

De icke födande föräldrarna upplevde att BHV-sjuksköterskan anpassade mötet efter deras enskilda behov. BHV-sjuksköterskan visade på professionalitet genom en balans mellan att skapa en personlig relation till familjerna och utöva sin yrkesroll.

## Flexibilitet

Många av de icke födande föräldrarna ansåg att BHV-sjuksköterskan visade prov på stor flexibilitet genom att vara tillgänglig per telefon så att de när som helst kunde ringa och ställa frågor om barnet, vilket gjorde dem lugna.

*”...om det är någonting så är det bara att ringa ner ...” (Intervju 4.)*

Någon påtalade att BHV-sjuksköterskan anpassade antalet besök till deras behov och kom på mer än ett hembesök då detta var smidigast för familjen. Överlag upplevde deltagarna hembesöket som positivt och beskrev det som att det kändes skönt och avslappnat att någon kom hem till dem. Vid de tillfällen då språket var ett hinder anpassade BHV-sjuksköterskan samtalet efter familjens behov och ordnade tolk till besöken. Flera av de icke födande påtalade betydelsen av att ha fått individuella råd från BHV-sjuksköterskan anpassade till situationer som de upplevde som utmanande. Några tyckte att det var skönt att ha något praktiskt att pröva att jobba med i hemmet i väntan på nästa besök hos BHV.

*“...så här magmassage till exempel. aa, så visade hon hur man gjorde, väldigt tydligt. så, det kändes jättebra” (Intervju 5.)*

För två av de icke födande föräldrarna som vuxit upp utanför Sverige var mötet med BHV till en början utmanande då det fanns organisatoriska olikheter exempelvis när man skall söka läkarvård eller inte. BHV-sjuksköterskan underlättade för dessa icke födande föräldrar genom att förklara exempelvis vad som räknas som feber i Sverige. Att få ut sin kallelse till mötet i god tid uppskattades av någon av deltagarna för att kunna planera det praktiska inför mötet. I ett fall var dock planeringen inte optimal i samband med det enskilda samtalet med den icke födande då mamma och barn satt utanför och väntade. Den icke födande uppgav att hen kände sig pressad på grund av detta.

### *Individanpassat*

Många uppskattade den personliga kontakten de upplevde i mötet och möjligheten att kunna prata om livet generellt gällande saker som inte enbart hade med barnet och barnhälsovården att göra. En del av de icke födande föräldrarna var imponerade över hur väl BHV-sjuksköterskan kunde minnas just deras familj och situation med tanke på hur många olika familjer hen träffade i sitt arbete. En icke födande förälder värdesatte när BHV-sjuksköterskan gav individuella tips utifrån egna erfarenheter, vilket sjukvården normalt inte tillhandahöll. Sjuksköterskan poängterade dock att tipset inte var evidensbaserat men att det var något de kunde pröva.

*“Hon är själv tre barns mamma och inte alltid går ”by the book” utan ibland går lite mer på egna erfarenheter och det känns som en vinnande punkt förmodligen iallafall för mitt förtroende” (Intervju 2.)*

När något kom upp som gick utöver BHV-sjuksköterskans kompetens så förmedlades kontakt med annan instans. Det kunde röra sig om psykologkontakt eller kontakt med habiliteringen. Flera föräldrar uppgav att BHV-sjuksköterskan gav ett kunnigt och kompetent intryck.

*“Eh lugnt sansat eh..ja ingenting att anmärka på utan det kändes professionellt och hon visste vad hon pratade om” (Intervju 10.)*

### **Delaktighet**

Alla intervjuade upplevde att de var delaktiga i mötet med BHV-sjuksköterskan och några av de icke födande föräldrarna sa att de bemöttes som sin partner. För de icke födande föräldrarna var barnhälsovården en ny kontext att kliva in i, vilket gav erfarenheter och väckte tankar om den nya rollen som förälder. I och med föräldrablivandet uppstod behov både för den enskilde och för familjen som inte varit aktuella tidigare.

### *Inkludering*

Alla de icke födande föräldrarna upplevde att de blev inkluderade som en likvärdig förälder i mötet med BHV-sjuksköterskan. De upplevde sig sedda som individer och som en del av en familj. Detta exemplifierades genom att sjuksköterskan vände sig till båda föräldrarna med samma fråga och lät båda komma till tals. En icke födande förälder uppgav att BHV-

sjuusköterskan tilltalade båda föräldrarna och bemötte dem som en enhet. Samma icke födande förälder berättade också att hen inte kände sig exkluderad. Flera påtalade att det ofta blev ett fokus på den födande och barnet, till exempel gällande amningsfrågor, men att de upplevde det som naturligt i den situationen och fick inte dem att känna sig exkluderade.

*“hon ställde ändå mycket frågor till oss båda, och om min fru svarade så vände hon sig till mig också och frågade liksom, amen hur känner du i det hela?” (Intervju 5.)*

En förälder hade en förväntan om att hen kanske skulle bli lite åsidosatt, men konstaterade att detta inte var fallet efter att ha haft det första mötet. En annan upplevde en tydlig kontrast mellan mödrahälsovården och barnhälsovården där personalen i det senare fallet var mycket bättre på att inkludera den icke födande. I kontrast uppgav en annan icke födande förälder att hen känt sig involverad både genom mödrahälsovården och genom barnhälsovården. En annan förälder upplevde däremot att BHV-sjuusköterskan allierade sig med den födande och detta skapade därmed en känsla av utanförskap.

*“de kände varandra bättre än vad jag kände henne och att sköterskan hade, tyckte liksom att min sambo var väldigt klok i sina, i sina synpunkter och tankar om vårt barn och så och där, de gångerna jag och min sambo inte var riktigt överens liksom eh då kunde jag ju känna, då vägde x (sambo) eh ord lite tyngre” (Intervju 9.)*

#### *Att bli förälder inom barnhälsovården*

De föräldrar som mötte BHV-sjuusköterskan för första gången i och med att det var deras första barn gick i många fall in i mötet utan några särskilda förväntningar. Flera påtalade att de inte hade så mycket förväntningar men blev positivt överraskade av helhetsintrycket. Men några föräldrar uttryckte att de innan det första hembesöket hade funderingar om att bli bedömd och ifrågasatt som förälder men att känslan efter besöket var det motsatta. I kontrast var det en deltagare som upplevde sig kontrollerad besöket igenom. Hos denna förälder påverkades upplevelsen också av att det var en till synes civil person som kom på en kopp kaffe och sedan började ställa frågor som rörde deras barn och det blev en märklig situation.

*“...att nån skall komma hem till vårt hus och titta så vi sköter oss som föräldrar” (Intervju 4.)*

En förälder upplevde även oro över att bli skuldbelagd och bedömd som förälder inför besöket på BVC. Det fanns också en stress hos föräldern för barnets skull då barnet hade en tendens att börja skrika vid vissa undersökningsmoment. Samtidigt kände föräldern efter besöket att hen blivit bekräftad i sitt föräldraskap. BHV-sjuksköterskan förmedlade att barnet mår bra och att den icke födande föräldern kunde lita på sin intuition i sitt föräldraskap.

Flera av de icke födande föräldrarna såg på sina egna behov som en prioritet som kom i tredje hand, efter mor och barn, genom det självklara fokus på barnet och det den födande gått igenom i samband med förlossningen. För de flesta var tanken på att prata om sina egna behov och det egna måendet med BHV-sjuksköterskan inte aktuellt. Flera föräldrar ifrågasatte vilken rätt de hade att ta det utrymmet i fråga om att prata om sitt eget mående. Ett par föräldrar undrade om BHV var det rätta forumet för att fokusera på den egna psykiska hälsan.

*“...vad har jag för plats i det här, det är ju modern som precis har fött” (Intervju 8.)*

Samtidigt såg många värdet av att få prata med någon om den omställning det innebär att bli förälder och någon uttryckte att ett samtal med sjuksköterskan kan vara bra för att väcka tanken. Tre deltagare kände dock att behovet att få prata om vad det innebär att bli förälder bättre skulle tillfredsställas genom att få dela erfarenheter med andra föräldrar och någon som befann sig i samma situation. En förälder talade om frånvaron av en föräldraförebild i sin närhet att spegla sig i. Samma förälder efterfrågade att BHV-sjuksköterskan skulle fylla det utrymmet genom samtal om föräldraskap och hälsa utifrån varje enskild förälders individuella behov och bakgrund.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Enligt Lincoln och Guba (1985) finns det fyra kriterier för att utveckla tillförlitlighet i en kvalitativ studie; trovärdighet (credibility), pålitlighet (dependability), bekräftelsebarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability) (a.a.). Trovärdighet innefattar hur väl data och analys adresserar det tänkta syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att vi har valt

deltagare med olika erfarenheter ökar detta möjligheten att belysa syftet från olika perspektiv (a.a.). De tio deltagarna hade en geografisk spridning i Skåne, där hälften kom från landsbygd/ mindre samhälle och resterande från större städer. Det finns representation från båda könen och från deltagare som vuxit upp i såväl som utanför Sverige. Deltagarna hade vidare olika utbildningsnivå, spridning i ålder samt hade olika många barn. CNI varierade mellan 0,36-1,64, vilket innebar att det fanns deltagare från BVC med både högt och lågt värde. Fem kom från samma BVC (1,09), vilket skulle kunna utgöra en begränsning då dessa var nöjda med sin BHV-sjuksköterska och det kan ha påverkat resultatet i en särskilt positiv riktning.

Då det enbart fanns med en icke födande förälder som identifierade sig som kvinna är det möjligt att fler perspektiv skulle ha framkommit om fler icke födande föräldrar, som identifierade sig som kvinnor, hade inkluderats. Av forskningsetiska skäl fanns det delar ur intervjun med den icke födande mamman som inte kunde presenteras då det fanns aspekter som kunde knytas till henne som kvinna. Detta var dock aspekter som författarna hade velat undersöka vidare och kan därför utgöra underlag för framtida studier.

Hos de som inte hade svenska som modersmål upprepade och sammanfattade den som intervjuade det som sagts för att minska risken för missförstånd. Eftersom svenska språkkunskaper var ett krav begränsades deltagandet av icke svensktalande personer och detta medförde att vi inte fick ta del av dessa personers upplevelser. Då det inte fanns ekonomiska medel att ta in tolk fick denna grupp uteslutas. Gruppen av icke svensktalande personer utgör ett betydande bortfall som kunde ha bidragit med fler dimensioner, varför det kan vara av värde att i framtida studier undersöka dessa icke födande föräldrars upplevelse av mötet med BHV-sjuksköterskan. Det kan även diskuteras om resultatet hade blivit rikare om inklusionskriterierna hade inkluderat icke födande som hade haft mer än ett möte med BHV-sjuksköterskan då de deltagare som varit på fler möten kunde berätta mer i och med att de kunde jämföra mellan gångerna.

Trovärdighet handlar också om att välja den mest passande metoden för datainsamling samt avgöra hur stor datamängd som behöver samlas in (Graneheim & Lundman, 2004). Intervju har använts som metod då det är lämpligt när beskrivningar är fokus för studien (Danielsson, 2012). Enligt Kvale och Brinkman (2014) är 15 plus/minus tio deltagare ett vanligt antal att utgå ifrån vid intervjustudier. Beslut om antalet deltagare utgår från syftet med studien men



kan variera baserat på tillgängliga resurser och tid (a.a.). I denna studie deltog tio deltagare. Inledningsvis var tanken att det skulle vara minst tolv deltagare men författarna var tvungna att begränsa sig på grund av rådande omständigheter. En utmaning med studien var att det var svårt att rekrytera deltagare. Författarna blev därmed tvungna att kontakta fler BHV-kliniker än vad som var planen initialt eftersom några kliniker drog sig ur trots godkännande från verksamhetschef. Om författarna hade kontaktat flera verksamhetschefer initialt hade rekryteringen förhoppningsvis gått lättare. Intervjuerna genomfördes främst hemma hos de enskilda deltagarna. En av intervjuerna utfördes av praktiska skäl hemma hos en av författarna och en annan intervju i en BVC-lokal. Vid båda tillfällena var det deltagarnas önskemål att genomföra intervjuerna på nämnda ställen. Intervjuerna blev avslappnade och innehållsrika.

Trovärdigheten berör också analysen och vikten av att ta ut anpassade meningsbärande enheter utan att förlora textens grundmening (Graneheim & Lundman, 2004). Om de meningsbärande enheterna är för breda eller för smala riskerar grundmeningen att gå förlorad under kondensering och abstraktion. Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar att exempel redovisas på meningsbärande enheter, kondensering och koder för att underlätta i bedömningen av tillförlitligheten (a.a.). För att förstärka trovärdigheten ger författarna exempel på meningsbärande enheter, kondensering och koder i analysdelen (se tabell 1.).

En annan aspekt på trovärdighet relaterar till hur väl kategorier och teman behandlar studiematerialet (Graneheim & Lundman, 2004). Data som är relevant för syftet får inte ha uteslutits och data som går utanför syftet får inte ha inkluderats. Förtroendet för kategorier stärks genom att exemplifiera med hjälp av citat från data men också genom att diskutera och nå enighet gällande kategorisering med forskningskollegor, deltagare och experter (a.a.) I föreliggande studie har kategorier diskuterats fram i dialog mellan författarna och handledare. Passande citat har också valts ut för att förstärka kategoriernas innehåll.

Bekräftelsebarhet syftar till objektivitet och att resultatet inte förvanskas genom analysprocessen (Polit & Beck, 2008). Resultatet ska återge deltagarnas beskrivningar fritt utan att färgas av forskarens motiv (a.a.). I framtagandet av kategorier och subkategorier har författarna pendlat mellan helhet och delar genom att kontinuerligt gå tillbaka till grundmaterialet. Intentionen var att undvika tolkningar vid skapandet av kategorier och subkategorier för att hålla resultatet autentiskt i enlighet med hur deltagarna återgav det. Vid

de två sista intervjuerna gjordes identifiering av meningsbärande enheter separat av enskild författare på grund av tidsbrist, men vid de tidigare åtta hade detta gjorts först individuellt och sedan gemensamt och då var samstämmigheten genomgående. Då hade också redan analys av de övriga intervjuerna påbörjats och det kan inte uteslutas att författarna omedvetet sökte efter samband som redan identifierats.

Pålitlighet handlar om hur materialinsamlingen påverkas under själva insamlingsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Materialinsamling är en dynamisk process där nya insikter erhålls i och med att insamlingen fortskrider och detta kan påverka följdfrågor och/eller snäva in fokus för studien (a.a.) Författarna var medvetna om detta och reflekterade efter varje intervju för att identifiera nya insikter. En styrka var att båda författarna var med på samtliga tio intervjuer och utförde hälften var. Detta medförde att den som inte intervjuade kunde ställa extra frågor vid behov samt hjälpa till att återkoppla till syftet om berättelsen gled iväg.

Polit och Beck (2008) menar att överförbarhet innefattar i vilken grad resultatet kan appliceras till en annan grupp eller kontext (a.a.). Det är sedermera läsaren som avgör huruvida resultatet är överförbart (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att använda sig av en rik beskrivning av sammanhang, urval, datainsamling och analysprocess underlättas bedömningen. Även användandet av citat som styrker resultatet bidrar till att underbygga överförbarheten (a.a.).

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka den icke födande förälderns upplevelse av mötet med BHV-sjuksköterskan med fokus på förväntningar, behov och stöd. Det resultat som framträdde tydligast var det som innefattande delaktighet och den inkludering den icke födande föräldern upplevde i mötet trots att förväntningen innan snarare var att bli åsidosatt. Dessa resultat motsäger det som författarna såg i tidigare forskning där Wells (2016) och Andersson et al (2017) konstaterade att de icke födande föräldrarna kände sig förbisedda (a.a.). De tankar de icke födande föräldrarna i vår studie hade innan mötet med BHV-sjuksköterskan kring att eventuellt bli åsidosatt skulle möjligtvis ha kunnat påverkas av den roll de haft i mödra- och förlossningsvården där tidigare forskning från Ellberg, Högberg & Lindh (2010) konstaterade att männen kände sig förbisedda i förlossningsvården och uppfattade denne som en kvinnas värld.

Den föreliggande studien belyser att en del icke födande föräldrar till viss del åsidosatte tankar om sitt eget mående eller ifrågasatte om BHV utgjorde rätta forumet för frågor om det egna måendet. Massoudi, Wickberg och Hwang (2011) fann i sin studie att 89% av 339 tillfrågade BHV-sjuksköterskor bara ibland eller aldrig blev uppmärksammade på att pappor mådde psykiskt dåligt. I den studien var det 27 % som vidtog åtgärder för att upptäcka pappor som mådde dåligt psykiskt (a.a.). Det framkom också i författarnas studie att de icke födande föräldrarna ifrågasatte vilken roll de hade i mötet med BHV-sjuksköterskan i relation till barnet och den födande samt vilket utrymme de hade rätt till. Vikström och Barimani (2016) fann att förstagångsfäder kände sig osäkra kring vilken rätt de hade att känna sig inkluderade. Icke födande mödrar i samma studie uttryckte en större självsäkerhet kring sin roll och menade att det var vårdpersonalen som hade misslyckats om de inte kände sig inkluderade. Papporna i studien fann det naturligt att deras behov kom i tredje hand, efter barnet och den födandes behov (a.a.), vilket också var fallet i vår studie.

Ett annat resultat som kom fram var att en icke födande förälder önskade mer av det enskilda samtalet för icke födande föräldrar och att samtalet skulle ha förts på ett djupare plan. I en studie av Ståhl, Kristensson-Hallström, Skog och Wilhelmsson (2019) fann de att BHV-sjuksköterskor som utfört enskilda samtal med icke födande föräldrar tyckte att det var utmanande, bland annat för att de icke födande föräldrarna tog upp frågor och tankar som sjuksköterskorna inte var förberedda på (a.a.).

Två av de icke födande föräldrarna i vår studie betonade känslan av otillräcklighet som uppstod i och med föräldrabilivandet och svårigheten i att hitta en balans mellan arbetsliv och föräldraskap. Denna otillräcklighet kan ses i en studie av Pålsson, Persson, Ekelin, Kristensson-Hallström & Kvist (2017) där förstagångsfäders upplevelser av dessas prenatala förberedelser undersöktes i relation till de utmaningar de mötte i det tidiga föräldraskapet. Papporna konstaterade att faderskapet innebar en livsomställning med nya krav och mindre tid för sig själva. De betonade vikten av att hitta en balans genom att göra prioriteringar för att balansera vardagen. Utifrån Bronfenbrenners ekologiska teori (Bronfenbrenner, 1979) kan de två microsystemen, i det här fallet den egna familjen och den egna arbetsplatsen, ses befinna sig i konflikt med varandra. Detta återspeglas genom den splittring som en del av de icke födande kände mellan hem och arbetsliv.

Bronfenbrenners exosystem innefattar förändringar som görs på en högre nivå, exempelvis förändringar i föräldraförsäkringen (Gulbrandsen, 2006). I vårt fall kan detta appliceras till det faktum att icke födande föräldrar har rätt att vara hemma med sitt barn och bestämma individuellt med sin partner hur mycket de skall dela sin föräldraledighet. Detta möjliggör en större delaktighet i barnhälsovården och att det numera är vanligare att den icke födande är med på möten med BHV-sjuksköterskan. Beträffande macrosystemet relaterar det till olika kulturella aspekter och normer och hur dessa påverkar individens utveckling (Gulbrandsen, 2006). De utmaningar de icke födande föräldrarna, som vuxit upp utanför Sverige, präglats av inför och i mötet med den svenska barnhälsovården, kan kopplas till detta system.

Det framkom även att några föräldrar upplevde funderingar inför det första hembesöket gällande att bli bedömd och ifrågasatt som förälder. Men, efter hembesöket konstaterade majoriteten att detta inte stämde överens med deras förväntningar. Hallberg, Lindblad, Petersson, Råstam & Håkansson (2005) beskriver i sin artikel hur fokus i barnhälsovården har utvecklats över tid och hur syftet har ändrats från vara mera övervakande gällande barnets hälsa och kontroll av hur föräldrarna sköter sig till att innefatta en stöttande och hälsofrämjande roll mot föräldrarna i deras föräldraskap (a.a.). Även kronosystemet (Bronfenbrenner, 1979), det vill säga den utveckling barnhälsovården, i detta fall har genomgått över tid, kan ses prägla våra deltagare i hur bilden av BHV som en kontrollerande instans lever kvar.

## **Konklusion och implikationer**

Sammanfattningsvis var de icke födande föräldrarna nöjda med mötet med BHV-sjuksköterskan. De kände sig bekräftade i och med den kunskap de erhöll genom BHV-sjuksköterskan samt genom den lyhörddhet som sjuksköterskan demonstrerade. De icke födande föräldrarna upplevde också att BHV-sjuksköterskan anpassade sig efter deras individuella behov genom ett flexibelt och professionellt förhållningssätt. Därtill uppgav de icke födande föräldrarna att mötet fick dem att känna sig delaktiga och inkluderade. Föräldrablivandet innebar en ny delaktighet i och med inträdet i BHV. Att ha fått barn och att träffa BHV-sjuksköterskan födde nya behov och tankar om vilken roll den icke födande föräldern har och vilket utrymme som finns för de egna behoven i barnhälsovården. BHV-

sjuksköterskan bör därmed tänka på att betona den icke födande förälderns betydelse i barnhälsovården och förbereda sig för dessa nya behov och samtal.

Då det råder brist på icke svensktalande deltagare i vår studie är detta en viktig grupp att belysa i framtida studier för att på så sätt ta del av dessa personers upplevelser och perspektiv på mötet. Icke födande mammors upplevelse av mötet med BHV-sjuksköterskan kan med fördel undersökas på ett djupare plan då enbart en deltog i studien.

## Referenser

- Alehagen, S., Hägg, M., Kalén-Enterlöv, M., & Johansson, A. (2011). Experiences of community health nurses regarding father participation in child health care. *Journal of child health care*, 15(3),153-162. doi: 10.1177/1367493511403952
- Andersen, A-E., Moberg, C., Bengtsson, A. & Garmy, P. (2017). Lesbian, gay and bisexual parents' experiences of nurses' attitudes in child health care - a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 26, 5065-5071. doi: 10.1111/jocn.14006
- Bergström, M. (u.å). Enskilda föräldrasamtal. Rikshandboken barnhälsovård för Professionen. Hämtad 2019-03-15 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/>
- Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics and antenatal psychological well-being. *Birth*, 40, 32–38.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development- Experiments by nature and design*. USA.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2.a uppl., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl., s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Ellberg, L, Högberg, U & Lindh V. (2010). We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26; 463–468.

Erlandsson, K., Häggström-Nordin, E. (2010) Prenatal Parental Education From the Perspective of Fathers With Experience as Primary Caregiver Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study. *The Journal of Perinatal Education* 19(1): 19-28.

Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 20, 79-85.

Golestani, I., Ivarsson, I. & Thorén-Todoulos, A. (2018). Jämställt föräldraskap - metodmaterial. Hämtad 2019-03-15 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/jamstallt-foraldraskap/>

Golombok, S. (2018). *Moderna familjer: barn och föräldrar i nya konstellationer*. Stockholm: Natur & kultur.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gulbrandsen, L. M. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling: [innføring i psykologiske perspektiver]*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Petersson, K., Råstam, L. & Håkansson, A. (2005). Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 19,196–203.

Hallberg, A-C., Beckman, A. & Håkansson, A. (2010). Many fathers visit the child health centre, but few take part in parents' group. *Journal of child health care*, 14(3), 296-303. doi : 10.1177/1367493510373755

Henricsson, M., & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I M. Henricsson, (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl., s. 111–19). Lund: Studentlitteratur.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2012) Kvalitativ design. I M. Henricsson, (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.

Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Jansson, AK. & Drevenhorn, E. (2015). Hälsöfrämjande och förebyggande insatser för barn. I I, Hallström & T, Lindberg. (Red.). *Pediatriisk omvårdnad* (2. uppl. s. 85–93). Stockholm: Liber.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M, Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2.a uppl., s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

Klittmark, S., Garzón, M., Andersson, E. & Wells, M. (2019). LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 417-426. doi: 10.1111/scs.12639

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kunskapscentrum. (2018). Barnhälsovården i Skåne - årsrapport 2017. Hämtad 2019-06-04 från <https://vardgivare.skane.se/sok/?query=%C3%A5rsrapport+barnh%C3%A4lsov%C3%A5rd>

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Kalifornien: Sage publications.

Lundman, B. & Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. uppl., s. 219–234). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Massoudi, P., Wickberg, B. & Hwang, P. (2011). Fathers' involvement in Swedish child health care - the role of nurses' practices and attitudes. *Acta Paediatrica*, 100, 369-401. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02047.x



Northern Nurses' Federation. (2003). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Hämtad 2019-04-04 från <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>

Polit, D. T. & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl., s. 25–40). Lund: Studentlitteratur.

Pålsson, P., Persson, E. K., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I. & Kvist, L. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50(86–92). doi: 10.1016/j.midw.2017.03.021.

Rikshandboken. (2019). Att möta och bemöta regnbågsfamiljer. Hämtad 2019-05-03 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/bemotande/att-mota-och-bemota-regnbagsfamiljer/>

Region Skåne. (u.å). Välj barnavårdscentral i Skåne. Hämtad 2019-05-03 från <https://www.1177.se/skane/barn--gravid/vard-och-stod-for-barn/valj-barnavardscentral-i-skane/>

Reuter, A. (2018) Barnhälsovårdens nationella program. Hämtad 2019-06-02 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systemic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97, 153-158. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x

Shields, L., Zappia, T., Blackwood, D., Watkins, R., Wardrop, J. & Chapman, R. (2011). Lesbian, gay, transexual, and transgender parents seeking health care for their children: a

systematic review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based nursing*. 9(4):200–9. doi: 10.1111/j.1741-6787.2012.00251.x

Socialstyrelsen (2014). Vägledning för barnhälsovården. Hämtad 2019-05-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/sok/?q=v%C3%A4gledning+f%C3%B6r+barnh%C3%A4lsov%C3%A5rden>

Ståhl, M., Kristensson Hallström I., Skoog, M & Vilhelmsson, A. (2019). 'So, the circle has grown' – Child Health Services nurses' experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1-9. doi: 10.1111/scs.12715

Vikström, A. & Barimani, M. (2016) Partners' perspective on care-system support before, during and after childbirth in relation to parenting roles. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 1-5. doi: 10.1016/j.srhc.2015.11.008

Vårdgivarguiden, (u.å). Listningsersättning kopplat till CNI (Care Need Index). Hämtad 2019-05-16 från <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/listningsersattning-kopplat-till-cni.pdf?IsPdf=true>

Wells, M., Varga, G., Kerstis, B. & Sarkadi, A. (2013). Swedish child health nurses' views of early father involvement: a qualitative study. *Acta Paediatrica*, 102, 755-761. doi:10.1111/apa.12246

Wells, M. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica*, 105,1014-1023. doi:10.1111/apa.13501

Wells, M., Massoudi, P. & Bergström, M. (2017). Swedish child health nurses treat fathers more equally in 2014 than 2004, but mothers remain their primary focus. *Acta Paediatrica*, 106, 1302- 1308. doi:10.1111/apa.13898

Well, M. & Lang, S. (2016). Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: a systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3469-3483. doi: 10.1111/jocn.13340

Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention* (5:e uppl.). Philadelphia: F.A. Davis.

## **Intervjuguide**

### *Bakgrundsinformation*

**Kön:** man, kvinna, icke binär

**Ålder:** x år

**Hur många möten har den icke födande föräldern varit med på  
Samma eller olika BHV-sjuksköterskor vid mötena**

**Antal barn:** x st

**Utbildningsnivå:** Gymnasium, Högskola/Universitet

Inledande fråga: Berätta om mötena du har haft med BHV-sjuksköterskan.

Teman att ta upp om deltagaren inte själv kommer in på dessa:

- Förväntningar på mötet
- Upplevelse av mötet
- Behov – fanns behov att tala om frågor kring barnets hälsa eller din egen hälsa?
- Vilken typ av stöd önskade du vid detta möte?

### *Följdfrågor*

Kan du vidareutveckla vad du menar?

Hur menar du?

Vad tänker du om detta?

Vad kände du?