

BARNHÄLSOVÅRDSJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT ARBETA MED BARNNS SPRÅKUTVECKLING

CHILD HEALTH CARE NURSES´EXPERIENCE OF WORKING WITH CHILDREN´S LANGUAGE DEVELOPMENT

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2017

Författare: Helena Karlsson

SAMMANFATTNING

| | |
|---------------|---|
| Titel: | Barnhälsovårdsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling |
| Författare: | Karlsson, Helena |
| Institution: | Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde |
| Program/kurs: | Examensarbete i omvårdnad, OM806A, 15 hp |
| Handledare: | Sahlsten, Monika |
| Examinator: | Eriksson, Irene |
| Sidor: | 30 |
| Nyckelord: | Atypisk språkutveckling, barns språkutveckling, BHV-sjuksköterskors ansvar, språkscreening. |

Bakgrund: Barns grundläggande språkkunskaper utvecklas under förskoleåldern (2-6år) och de befinner sig under denna period i ett språkfönster då språkutvecklingen är inne i en gynnsam fas. Upptäcks barn med språksvårigheter och får rätt insatser under denna period förbättras förutsättningarna för barnets fortsatta språkutveckling. Det är barnhälsovården och BHV-sjuksköterskans ansvar att upptäcka barn med atypisk språkutveckling, detta arbete sker genom upprepade språkbedömningar och språkscreeningar under tiden då barnet deltar i barnhälsovårdens verksamhet (0-6år).

Syfte: Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling inom barnhälsovården.

Metod: En induktiv ansats valdes där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Åtta intervjuer genomfördes med BHV-sjuksköterskor.

Resultat: Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier såsom; upptäcker barn med atypisk språkutveckling, samarbetar med föräldrar och använder evidensbaserat screeningsverktyg med sex tillhörande underkategorier.

Konklusion: I studien framkommer att BHV-sjuksköterskorna upplever ett stort ansvar i att upptäcka barn med atypisk språkutveckling. Detta för att barn med språksvårigheter får bättre förutsättningar om insatser startar i tidig ålder. Föräldrar upplevs sakna förståelse för barnets språkutveckling och vilken betydelse språket har för barnet. BHV-sjuksköterskorna försöker skapa kunskap och förståelse för barnets språkutveckling hos föräldrarna då de har en central roll i barnets utveckling.

ABSTRACT

| | |
|-------------|--|
| Title: | Child health care nurses' experience of working with children's language development |
| Author: | Karlsson, Helena |
| Department: | School of Health and Education, University of Skövde |
| Course: | Master Degree Project in Nursing, OM806A, 15 ECTS |
| Supervisor: | Sahlsten, Monika |
| Examiner: | Eriksson, Irene |
| Pages: | 30 |
| Keywords: | Child health care nurses' responsibilities, children's language development, deviant language development, language screening. |

Background: Children's basic language skills develop during the preschool age (2-6 years) and are at this time in a positive progress of language development. If children with language difficulties are detected and gets the right support during this period of time it improves the conditions for the child's language development. It is the Child health care nurse's responsibility to identify children with deviant language development.

Aim: The aim of the study was to describe Child health care nurses' experience of working with children's language development in Child health centre.

Method: An inductive approach was chosen where data was analyzed using qualitative content analysis. Eight interviews were conducted with Child health care nurses.

Results: Three categories emerged from the analysis; detects children with deviant language development, collaborates with parents and use evidence-based screening instrument with six subcategories included.

Conclusion: It emerges from the study that Child health care nurses' experience a major responsibility to detecting children with deviant language development. This is because children with language difficulties get better prerequisites if insertion starts at early age. Child health care nurses perceive lack of understanding from parents regarding the child's language development and the importance of language for the child.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Barnhälsovård | 1 |
| BHV-sjuksköterskans möte med barn och föräldrar | 3 |
| Barns språkutveckling | 4 |
| Språkscreening | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| SYFTE | 8 |
| METOD | 9 |
| Urval | 9 |
| Datainsamling | 10 |
| Analys | 11 |
| Etiska överväganden..... | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Upptäcker barn med atypisk språkutveckling | 13 |
| Identifierar tal- och språkutveckling vid 2,5-års hälsobesök | 13 |
| Urskiljer barn med dolda språksvårigheter vid 4-års hälsobesök..... | 14 |
| Samarbetar med föräldrar | 15 |
| Eftersträvar förståelse hos föräldrar..... | 15 |
| Involverar föräldrar i barnets språkutveckling | 16 |
| Använder evidensbaserat screeningverktyg..... | 16 |
| Stärker kvaliteten på bedömningen | 16 |
| Svårigheter leder till avsteg..... | 17 |
| Resultatsammanfattning | 18 |
| DISKUSSION | 20 |
| Metoddiskussion..... | 20 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Konklusion | 24 |
| Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet..... | 24 |
| REFERENSER | 26 |

BILAGOR

1. Information till verksamhetschef
2. Informationsbrev till BHV-sjuksköterskor

INLEDNING

Enligt Bruce (2011) har mellan fem och sju procent av svenska barn problem med sin språkutveckling. Det är viktigt att finna dessa då barnets språkutveckling leder den kognitiva utvecklingen framåt. När barnet har en typisk språkutveckling sker språkutvecklingen på ett naturligt sätt och det reflekteras sällan över vilken prestation barnet lyckas med genom att tillägna sig grundläggande språkkunskaper på egen hand genom interaktion med andra människor.

Barnhälsovården (BHV) finns vid familjens sida genom att kontinuerligt utföra hälsoövervakning och följa barnets utveckling under tiden hos barnhälsovården (0-6år). Vid upprepade tillfällen sker screening för att tidigt upptäcka sjukdomar och avvikande utveckling som kan åtgärdas. Grunden för barnhälsovårdens verksamhet är Barnkonventionen (1989) som fastslår att alla barn har lika värde, rätt till liv och utveckling och att få säga sin mening och bli respekterad för sin åsikt. Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som gäller barnet. Det är barnhälsovårdens och därmed barnhälsovårdssjuksköterskans (BHV-sjuksköterskans) ansvar att upptäcka de barn som behöver extra stöd för att utvecklas optimalt.

Vid barnets 2,5-års hälsobesök görs en första språkscreening, innan dess har det utförts bedömningar av vilja och förmåga till kommunikation. Vid 4-års hälsobesök hos barnhälsovården gör BHV-sjuksköterskor en språkkontroll och i vissa delar av landet en generell språkscreening, detta är den sista språkbedömningen som görs innan barnet börjar förskoleklass i skolan. Det finns då möjlighet att upptäcka de barn som inte haft tydliga språksvårigheter vid tidigare besök och som behöver extra stöd i sin språkutveckling. Vid 4-års ålder befinner sig barnet i en gynnsam fas av sin språkutveckling och är mottaglig för språklig stimulans. Barn med språksvårigheter behöver identifieras och få insatser för att stimulera språkutvecklingen då detta visat sig förbättra förutsättningarna för barnet under skolåren och i vissa fall förhindra kvarstående språkproblem. Det är BHV-sjuksköterskans uppgift och ansvar att upptäcka barn med avvikande språkutveckling. BHV-sjuksköterskors arbete med barns språkutveckling och att upptäcka atypisk språkutveckling är därför av avgörande betydelse och fokuseras i denna studie.

BAKGRUND

Barnhälsovård

Den lag som styr barnhälsovården i Sverige är Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Vården ska vara av god kvalitet och behandling ska byggas på medbestämmande och respekt för patient och anhöriga och inom barnhälsovården innebär detta barn och föräldrar (SFS 1982:763). Svenska barnhälsovårdsprogrammet etablerades i mitten på 1930-talet, då med fokus på barns näringstillstånd genom projektet Mjölkdroppen (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2016). År 1937 kom ett riksdagsbeslut om att erbjuda alla en kostnadsfri barn- och mödrahälsovård (Socialstyrelsen, 2014b). Efter detta riksdagsbeslut

etablerade sig sedan barnhälsovårdscentralerna (BVC) allt eftersom över landet. I mitten på 1970-talet var fokus inom barnhälsovården att stödja föräldrar i deras föräldraskap och med hjälp av detta framkalla en gynnsam miljö för barn att utvecklas i. På 1980-talet startade föräldrautbildningarna, detta för att öka kunskapen om barns utveckling. Fokus hos barnhälsovården har skiftat från att ha varit hälsoövervakande till att idag ha en hälsofrämjande inriktning. Idag är arbetet inriktat på hälsa, utveckling och livssituation hos barn. Barnhälsovården vänder sig till alla barn och föräldrar från det att barnets föds tills det att de börjar förskoleklass (Socialstyrelsen, 2014b). Då tar elevhälsan över ansvaret för att följa barnets vidare utveckling (Socialstyrelsen, 2016). Elevhälsan arbetar vidare med att främja hälsa och förebygga ohälsa genom insatser som det allmänna vaccinationsprogrammet, hälsosamtal med allmänna hälsokontroller för att upptäcka psykisk ohälsa och att stödja barnet att uppnå utbildningens mål (Socialstyrelsen, 2016). År 2014 ger Socialstyrelsen ut Vägledning för barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2014b). Då införs ett nytt program och för att uppnå nationellt likvärdig barnhälsovård startades den webbaserade Rikshandboken barnhälsovård. Den ger kunskapsunderlag och metoder att använda i det dagliga arbetet inom barnhälsovården. Målet med det nya barnhälsovårdsprogrammet är att vården ska bli jämlik, rättvis och öka användningen av evidensbaserad kunskap inom barnhälsovården. I det nya programmet lyfts betydelsen av att utgå från barn och familjen med utgångspunkter i barnets hälsa, utveckling och livsvillkor fram. Programmet förtydligar att arbetet ska utföras i form av hälsofrämjande möten där barn och föräldrar är delaktiga i beslut. I det hälsofrämjande möte stärker BHV-sjuksköterskornas förhållningsätt familjens förmåga i de situationer de befinner sig i. BHV-sjuksköterskor värderar barnets risk- och skyddsfaktorer för att tidigt uppmärksamma barn och familjer i behov av extra stöd. Arbetet ska ske i samverkan och i team runt barn och familjen (Socialstyrelsen, 2014b).

Det svenska barnhälsovårdsprogrammet är frivilligt men har visat sig nå nära alla familjer oberoende av socialt status i Sverige (Magnusson et al., 2016). Det innebär att i princip alla barn i Sverige vid upprepade tillfällen kan få träffa en BHV-sjuksköterska med fördjupad kunskap om barns utveckling (Magnusson et al., 2016). Barnhälsovården möter familjer med olika levnadsförhållanden, bakgrund och förutsättningar för att inhämta information (Socialstyrelsen, 2014b). Det är viktigt att i mötet visa respekt för föräldrars erfarenheter och förutsättningar och vägleda i vad som främjar barns hälsa och utveckling. Detta kan ske genom empowerment då BHV-sjuksköterskan hjälper föräldern att ha kontroll över vad som sker i familjens liv (Socialstyrelsen, 2014b). Empowerment kan ses som ett hälsofrämjande förhållningsätt som innebär att vårdpersonalen stödjer patientens kontroll över sitt liv, hälsa och sjukdom (Jerdén, 2012). Förhållningsätt enligt empowerment innebär att patienten och familjen bestämmer om de vill dela makten till beslut med vårdpersonalen. En förutsättning för att kunna främja empowerment för patienten är att vårdpersonalen respekterar patienten (Jerdén, 2012).

BHV-sjuksköterskan har kunskap och förmåga till en helhetsbild för att kunna främja familjen och barnets hälsa och utveckling (Nationellt nätverk för barnhälsovårdsamordnare i Sverige, 2015). I denna uppsats används begreppet BHV-sjuksköterska vilket innefattar sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Då BHV-sjuksköterskan kan vara distriktssköterska är utgångspunkten i detta arbete kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Distriktssköterskans

förhållningsätt ska vara reflekterande över det egna arbete som utförs, kritisk kunna analysera händelser och utvärdera dessa. Arbetet grundar sig i mötet med individer i alla åldrar med olika hälso- och sjukvårdstillstånd. Distriktssköterskans kompetens innefattar fördjupad kunskap att förstå individen, i detta fall barnet och familjens resurser, ur ett hälsofrämjande synsätt och reagera och agerar på förändringar i barns utvecklingsnivåer. Utifrån fördjupade kunskaper har distriktssköterskan en förmåga att kunna skapa relationer för att stödja individens integritet, autonomi och delaktighet i sin egen vård, möta individen och dennes familj med lyhördhet, ärlighet, närvaro och bekräftelse (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

BHV-sjuksköterskans möte med barn och föräldrar

Det hälsofrämjande förhållningssättet innebär en relation mellan familjen och BHV-sjuksköterskan, där BHV-sjuksköterskan har fördjupad kunskap om barns utveckling och behov och föräldrarna är experter på sitt barn (Köhler & Reuter, 2012). BHV-sjuksköterskan ställer sina kunskaper till föräldrarnas förfogande och genom sin kunskap främjar barnets hälsa och förebygger sjukdom. Den återkommande kontakten mellan familjen och BHV-sjuksköterskan möjliggör att en relation skapas, detta sker genom hälsofrämjande möten. Det hälsofrämjande mötet grundar sig i föräldrars delaktighet, inflytande, frivillighet och utmärks av ömsesidig respekt. Det är barnhälsovårdens och BHV-sjuksköterskans ansvar att vid behov ge familjen stöd genom kunskap, vägledning och bistå föräldrarna i funderingar kring föräldraskapet och barnets utveckling. Målet för mötet inom barnhälsovården är att främja och uppmuntra det som gynnar barns hälsa och utveckling och motarbeta det som innebär en ökad risk för ohälsa (Köhler & Reuter, 2012). Det hälsofrämjande mötet innebär att BHV-sjuksköterskan använder tiden till att på olika sätt stärka individen/föräldrarna i den vardag de befinner sig i (Socialstyrelsen, 2014b). För att vägleda föräldrarna i det som gynnar barnets utveckling och hälsa krävs att mötet präglas av respekt för föräldrarna och deras kunskaper, erfarenheter och förutsättningar (Socialstyrelsen, 2014b).

Det individuella stödet BHV-sjuksköterskan ger familjen sker genom möte som kännetecknas av att stärka föräldrarnas förmåga till kontroll över familjens hälsa samt stärka deras egna resurser till att främja hälsa och förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2014b). Utökad individuellt stöd är en av barnhälsovårdens strategier och innebär att ge stöd till föräldrarna genom samtal och information om barns behov och utveckling (Lannér Swensson, 2010). Konkret kan stödet innebära att framhålla det positiva föräldern gör tillsammans med sina barn, uppmuntra och visa föräldrarna hur de kan interagera med barnet och tillsammans reflektera över familjens situation (Lannér Swensson, 2010). Stödet till familjen syftar till att föräldrar ska kunna fatta egna beslut som främjar barnets utveckling och hälsa (Socialstyrelsen, 2014b). Thorstensson och Ekström (2014) anser att när sjuksköterskan agerar stödjande finns det en förväntan att den som tar emot stödet har en egen kapacitet och kan ta egna beslut efter den information som erhållits från sjuksköterskan. Det är därför viktigt att individanpassa stödet efter individens kapacitet och förmåga (Thorstensson & Ekström, 2014). Stoltz, Pilhammar Andersson och Willman (2007) menar att stöd inom omvårdnadsforskningen är att hjälpa någon att uppfylla ett behov. Att ge stöd till familjer innebär att vid upprepade tillfällen ge individen anpassad, lättförståelig och praktisk information som hjälper till att lösa problem för familjen (Stoltz et al., 2007). Enligt Oakley (1994) innefattar begreppet stöd tre olika delar. Emotionellt

stöd som innebär att individen som får stödet känner sig trygg i relationen med personen som ger stödet. Informativt stöd som är den information och kunskap som ges till individen som tar emot stödet. Instrumentellt stöd innebär att ge praktisk hjälp till personen som behöver stöd. Att aktivt lyssna är grunden för att kunna erbjuda stöd (Oakley, 1994). Ett hinder för att skapa ett bra samspel mellan sjuksköterskan och patienten är bristande kunskap om patientens problem (Faulkner, 1998). Det är inte vad sjuksköterskan tror är problemet, utan viktigt att lyssna in vad patienten efterfrågar för information och hjälp (Faulkner, 1998). För att lyckas med stödet enligt Oakley (1994) krävs att individen känner sig trygg i relationen och får den information och kunskap som efterfrågas. För att skapa ett bra samspel anser Faulkner (1998) att sjuksköterskan måste lyssna in vad det verkliga problemet är och ge patienten information som efterfrågas. BHV-sjuksköterskan möter individen med lyhördhet vilket innebär att patienten får den information som hen är i behov av (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Inom barnhälsovården ges det professionella stödet till föräldrar genom individuella möten där föräldrarna enskilt kan ta upp problem och föräldrautbildning i grupp där BHV-sjuksköterskan finns med och bidrar med sin kunskap om barns behov och utveckling (Socialstyrelsen, 2014b).

När BHV-sjuksköterska, läkare och psykologer möter barn och föräldrar inom barnhälsovården, innebär det att de samtalar med både barnet och minst en förälder (Johansson, 2013). Det är däremot inte ovanligt att båda föräldrarna eller något syskon medverkar vid hälsobesöket vilket leder till att BHV-sjuksköterskan samtalar med flera individer samtidigt. Detta ställer krav på BHV-sjuksköterskan som behöver bekräfta alla individer i olika samtal parallellt och inte missa det viktiga som kommer fram. Vid alla möten som sker med barn krävs ärlighet från sjukvårdens sida. Då kommunikation inte enbart sker verbalt utan även genom kroppsspråk och barn är duktiga på att läsa av kroppsspråk krävs en medvetenhet om detta. Föräldrar är extremt känsliga för hur sjukvårdspersonal kommunicerar och bemöter både barnet och dem själva. Det är därför nödvändigt för BHV-sjuksköterskan att vara medveten om vilken betydelse bemötandet har. Ett positivt möte sitter kvar i föräldrars minne och skapar förtroende för vården och fel valda ord kan etsa sig fast och minska förtroendet. Därför är kunskapen om rätt bemötande och hur BHV-sjuksköterskan kommunicerar med barn och föräldrar avgörande för att familjen ska vara nöjd med mötet (Johansson, 2013).

Barns språkutveckling

Redan som spädbarn reagerar barnet på hörselintryck och detta är grund för den språkliga kommunikation som barnet sedan kommer att använda (Westerlund, 2016; Hwang & Nilsson, 2011). Barnet tar via sina sinnen in omgivningen och genom att utsättas för olika sinnesintryck stimuleras utvecklingen. Nyfikenhet för att kunna kommunicera med sina föräldrar finns där redan från första början. Språket byggs upp av barnets egna upplevelser av omgivningen och påverkas om intrycken är begränsade. Tala är en invecklad process som involverar muskler i ansiktet, hjärnas språkområden och andningsmuskulatur (Westerlund, 2016). Hjärnan har nått 95% av sin vikt när barnet fyller 6 år (Hwang & Nilsson, 2011). Detta innebär att hjärnan utvecklas som snabbast när barnet lär sig prata och koordinera olika kroppsdelar. Eftersom hjärnan har sin utvecklingsfas/kritisk period i förskoleåldern när barnet är 3-6 år, innebär det att barnets miljö behöver ge stimuli till hjärnan för att utvecklas optimalt. Om barnet inte får stimuli under denna tid kan detta påverka barnets utveckling negativt, så även språkutvecklingen. För att barnets språk ska

utvecklas är det redan från första året viktigt att höra språk i sin vardag, det gäller alla former av samtal (Hwang & Nilsson, 2011).

Hwang och Nilsson (2011) anser att det är viktigt att föräldrar talar till sitt barn. Detta skapar gynnsammare förutsättningar för den språkliga utvecklingen vilket i sin tur leder till social utveckling. Under varje stadium av språkutveckling förstår barnet mer än vad det kan uttrycka. Den kognitiva utvecklingen och språkutvecklingen är tätt knutna till varandra och följs åt under utvecklingen. Det är först när barnet är 8-9 år som han/hon kan kontrollera det grammatiska i ett språk (Hwang & Nilsson, 2011). Det finns ett stort spann på vad som är typisk språkutveckling hos barn och de flesta av dem följer samma språkliga utvecklingsmönster (Socialstyrelsen, 2014b). Piaget (2013) framhåller att språket är en spegling av barnets tänkande och den kognitiva utvecklingen föregår själva språkutvecklingen.

Begreppen språksvårigheter, atypisk språkutveckling och avvikande språkutveckling används i litteratur och artiklar, innebörden av dessa begrepp är samma. Språksvårigheter har stark ärftlighetsfaktor (Fäldt, 2015b). Barn till föräldrar som haft svårigheter med språket löper större risk för atypisk språkutveckling. Den miljö barnet växer upp i och hur språket hanteras hemma har stor inverkan på språkutvecklingen (Fäldt, 2015b). Andra riskfaktorer för språksvårigheter är barn som har låga apgarpoäng (bedömningskala för nyfödda barn) fem minuter efter födelsen, låg födelsevikt och är flerspråkiga (Stanton-Chapman, Chapman, Bainbridge & Scott, 2002). Har barnet flera av riskfaktorerna ökar risken för språksvårigheter (Fäldt, 2015b). Uppvisar barnet grava språkstörningar är detta ofta ett tidigt tecken på grav hörselnedsättning, utvecklingsstörning eller autism (Westerlund, 2016). Studier visar att cirka hälften av barnen som faller ut i språkscreeningar och har någon form av språk- och tal- försening i sin språkutveckling också har andra utvecklingssvårigheter så som autism, adhd eller utvecklingsstörning (Miniscalco, Nygren, Hagberg, Kadesjö & Gillberg, 2006; Westerlund, Bergqvist, Lagerberg & Sundelin, 2002). Klarar inte barn med föräldrar som haft språksvårigheter själva språkscreening vid 3-års ålder finns det en stor risk att de i förskoleåldern har svårt med inlärning av språket (Flax, Realpe-Bonilla, Choudhury & Benasich, 2009).

Får barn med språksvårigheter hjälp av enkla hjälpmedel för att utveckla sitt språk under utvecklingsfasen 3-4 år visar barnen goda resultat och individen utvecklas snabbt i sitt språk (Fricke, Bowyer-Crane, Haley, Humle & Snowling, 2013). Denna tidiga utveckling är värdefullt när barnet sedan kommer längre upp i skolan och språket blir viktigare för att fungera i samhället (Fricke et al., 2013). Den screening som görs vid 1,5 år är bra och kan indikera att det kan finnas språkproblem senare i utvecklingen (Bruce, Kornfält, Radeborg & Nettelbladt 2003). Det finns vissa falska utfall på barn som inte klarar språktestet vid 1,5-års ålder för att sedan klara det vid 4,5-års ålder. Det fanns även barn som klarar språktestet vid 1,5-års ålder (främst flickor) som sedan inte klarade det vid 4,5-års ålder. Barn med kraftigare språksvårighet klarade inte något av språktesterna. Det påpekas att språktester bör betona förståelse framför uttrycksförmåga och uttal (Bruce et al., 2003).

I Sverige har en tredjedel av barnen som växer upp minst en förälder med annat modersmål än svenska (Nayeb, 2016). Flerspråkiga barns språkutveckling sker enligt samma mönster som ett enspråkigt barn, med skillnaden på ordförrådet. Flerspråkiga barn har färre antal ord i respektive språk under sin språkutveckling. Det är viktigt för BHV-sjuksköterskan att

vara medveten om hur språkutvecklingen fungerar för flerspråkiga barn så att föräldrarna kan stödjas i att hjälpa barnet utveckla båda sina språk. En viktig kunskap är att finns det språkstörning hos barnet så drabbas båda språken (Nayeb, 2016). En svensk studie visar att BHV-sjuksköterskor inte ställer samma krav på flerspråkiga barn vid språkbedömningar/språkscreening till följd att remiss försenas till logoped i många fall (Nayeb, Wallby, Westerlund, Salameh & Sarkadi, 2015). Riskfaktorer för språkstörning gällande tvåspråkiga barn överensstämmer med enspråkiga barn (Salameh, Nettelbladt & Gullberg, 2002; Nayeb, 2016). Ytterligare riskfaktorer för de tvåspråkiga barnen är om föräldrarna fortfarande efter fem år i Sverige behöver tolk och om föräldrarna kom till Sverige ett år före eller efter barnets födelse (Salameh et al., 2002; Nayeb, 2016).

Bronfenbrenner (1979) beskriver utvecklingsekologin som ett samspel mellan barn och de miljöer som de lever i. Barnets utveckling är livslångt och påverkas av de växlande miljöer som han/hon befinner sig i. Utvecklingen styrs av relationer i den sociala närmiljö och är beroende av det sociala sammanhang som barnet och familjen lever i. Den utvecklingsekologiska modellen har fyra strukturer. Makrosystemet som innebär lagar, regler, kulturellt typiska bilder. Inom makrosystemet finns bland annat Förenta Nationernas (FN:s) barnkonvention som utgör grunden för barnhälsovården i Sverige idag, nationella programmet för barnhälsovården, lagstiftning såsom föräldrabalken, HSL och Socialtjänstlagen (SOL). Exposystemet innebär sociala strukturer såsom förskola, skola och myndigheter på en lokal nivå. Mesosystemet är relationer mellan olika mikrosystem. Mikrosystemet är barnet och hans/hennes direkta omgivning där ömsesidiga relationer finns exempelvis familjen och förskola som är grunden i barnet livsvärld. Där kan barnhälsovård och BHV-sjuksköterska kan vara ett mikrosystem och på så vis bli en del i barnets utveckling (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenners (1979) modell kan hjälpa till att förklara den komplexa situation som barnets språkutveckling är under påverkan av.

Språkscreening

En central uppgift för barnhälsovården är att uppmärksamma de barn som inte har en typisk utveckling och är i behov av insatser och stöd för att utvecklas, detta sker genom hälsoövervakning (Socialstyrelsen, 2014b). Hälsoövervakning är arbetssättet som följer barnets hälsa och utveckling över tid (Socialstyrelsen, 2014b). Screeningsundersökningar genomförs för att upptäcka behandlingsbara sjukdomar och atypisk utveckling innan symptom uppenbarar sig (Magnusson et al., 2016). Tidigt identifierad sjukdom eller atypisk utveckling ger bättre möjlighet till behandling/åtgärd och detta resulterar ofta i mindre lidande för barnet. Ett screeningsresultat kan aldrig utgöra en diagnos, men markerar ett behov av vidare utredning (Magnusson et al., 2016). Generell screening innebär att alla barn screenas antingen det finns ett upplevt problem eller inte (Socialstyrelsen, 2014a). Socialstyrelsen tog år 2013 fram 15 kriterier som ska vara uppfyllda för att generell screening ska få genomföras. Det går i stora drag ut på att det ska finnas ett instrument eller en metod för att genomföra screeningen på ett tillförlitligt sätt. Det ska även vara etiskt försvarbart, lätt att skilja på vad som är normalt och till de individer som behöver extra stöd ska ett åtgärdsprogram finnas. De positiva hälsoeffekterna som finns ska vinna över de negativa effekterna. Kostnaden är även avgörande för införande av generell screening (Socialstyrelsen, 2014a). Enligt Rikshandboken barnhälsovårdsprogrammet ska det göras en språkbedömning och vid behov göras en språkscreening vid 4-års hälsobesök (Fäldt, 2015b). Det ser just nu olika ut

i landet om det görs en generell språkscreening vid 4-års hälsobesök eller inte (Westerlund, 2016). Forskning pågår kring nya screeningmetoder att använda vid 4-års språkkontroll för att på detta sätt skapa vetenskaplig evidens för barnhälsovårdens verksamhet (Westerlund, 2016). Enligt Magnusson et al. (2016) ökar kraven på att hälso- och sjukvården ska grundas i evidensbaserad vetenskap och så även barnhälsovården. Det finns många delar inom barnhälsovården som har svag vetenskaplig evidens. Dessa inslag grundar sig på mångårig professionell erfarenhet från barnhälsovård. Det pågår därför arbete med att ta fram vetenskapliga belägg inom barnhälsovårdens verksamhet (Magnusson, et al., 2016).

Språkscreeningen som utförs vid 2,5-års hälsobesök inom Västra Götalandsregionen är framtagen efter en studie av Carmela Miniscalco som är legitimerad logoped (Miniscalco Mattsson, Mårild & Pehrsson, 2001). Metoden i studien har modifierats för att passa svenska förhållanden och grundar sig i en metod framtagen av Dr James Law i England år 1994 (Miniscalco Mattson et al., 2001). Språkscreeningen utförs i två delar som båda används i bedömningen av barnets språkutveckling (Sandberg, Larsson & Miniscalco, 2016). Första delen är ett frågeformulär med frågor om hur barnet kommunicerar, där föräldrarna svarar på hur de upplever sitt barns språk. Andra delen är observation av barnets språkutveckling enligt ett strukturerat schema där BHV-sjuksköterskan och barnet samspelar kring en väska med leksaker. BHV-sjuksköterskan använder sig av leksaker för att bilda sig en uppfattning om barnets språkförståelse genom att ge uppmaningar till barnet om att exempelvis ge mig bollen, lägg dockan i sängen, sätt koppen på fatet och ta den stora bilen. Det finns inga krav på att lyckas vid första försöket, fungerar inte en uppmaning kan BHV-sjuksköterskan prova med någon av de andra leksakerna som finns i väskan. Det finns klara utfallskriterier när det rekommenderas remiss till logoped eller ny språkbedömning vid 3-års ålder. Vid ny språkkontroll används samma material men kraven på barnet är högre än vid 2,5-års screening. Nu ska barnet exempelvis klara av att prata med treordsmeningar och tala spontant (Sandberg et al., 2016).

Ett annat screeningverktyg är Språkfyrn som används vid 4-års hälsobesök inom vissa delar av Västra Götalandsregionen. Språkfyrn fokuserar på att testa språket på en djupare nivå genom språkförståelse och ordkunskap och mindre fokus på uttal (Lavesson, 2012). Testet är konstruerat med begrepp grundade i en fyraåringars livsvärld och strävar efter att vara kulturellt neutral och fungera för både en- och flerspråkiga barn (Lavesson, 2012). Testet tar cirka tio minuter att genomföra och barnet får visa språklig förståelse genom att peka på bilder, sortera kort, repetera nonord och berätta vad som sker på bilder (Lavesson, 2014). Nonord är ett påhittat ord utan mening, nonordsrepetition innebär att barnet lyssnar på ordet och sedan repeterar ordet (Lavesson, 2012). Det har påvisat att barn med språksvårigheter har svårare att upprepa nonord än vanliga ord (Miniscalco & Gillberg, 2009; Lavesson, 2012;). Detta tyder på att barn som har problem med nonorden kan behöva fortsatt utredning för sin språkutveckling (Miniscalco & Gillberg, 2009; Boerma et al., 2015). Nonordsrepetition har även visat hög säkerhet i att finna språksvårigheter hos tvåspråkiga barn (Boerma et al., 2015). Chiant och Roy (2008) anser att ett språkstest som testar många olika delar av språket fungerar bäst för att hitta individer med språkproblem.

Nonordsrepetition är en del av sju (ordrepetition, grammatik, semantik, språkförståelse av meningar och ord, pragmatik och medverkan), som testas i screeningsverktyget Språkfyrn (Lavesson, 2012). Screeningstestet är framtaget för att användas vid 4-års hälsobesök inom

barnhälsovården för att upptäcka barn med avvikande språkutveckling och för att kunna hjälpa dem när de befinner sig i en positiv fas av språk utvecklingen (Lavesson, 2012).

PROBLEMFORMULERING

BHV-sjuksköterskor träffar barn och föräldrar kontinuerligt från det att barnet föds tills de börjar förskoleklass. Det är barnhälsovården och BHV-sjuksköterskornas ansvar att följa barnets utveckling och upptäcka individer som behöver stöd i sin utveckling. För barnets språkutveckling har föräldrarna en avgörande roll då det är de som stimulerar barnet till språkligt lärande. Forskning visar att under förskoleålder befinner sig barn i en gynnsam fas i språkutvecklingen. Upptäcks barn med atypisk språkutveckling under denna tidsperiod och får stöd förbättras förutsättningarna för barnets språkliga utveckling. BHV-sjuksköterskan gör upprepade språkkontroller och språkscreening vid 2,5 och 4 år för att hitta barn med avvikande språkutveckling. Det är av avgörande betydelse att barn med atypisk språkutveckling upptäcks så tidigt som möjligt och får stöd i språk utvecklingen annars finns risk för kvarstående språkproblem och sämre förutsättningar i skolan. BHV-sjuksköterskan uppgift är följa och upptäcka avvikande utveckling hos barn för att kunna erbjuda stöd. Det är därför viktigt att erhålla kunskaper om BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskor erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling inom barnhälsovården.

METOD

I denna studie valdes en induktiv ansats där inhämtat datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt en modell framtagen av Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter som utgår från deltagande BHV-sjuksköterskors berättelser. Då syftet med studien var BHV-sjuksköterskornas erfarenhet av att arbeta med barnspråkutveckling ansågs en kvalitativ innehållsanalys som lämplig metod. Kvalitativ innehållsanalys möjliggör en systematisk analys av det datamaterial som samlats in kring fenomenet som studerats. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är likheter och skillnader som framkommer i texten. I kvalitativa innehållsanalys fokuseras ett manifest innehåll och ett latent budskap. Det manifesta är det uppenbara som beskrivs i texten och latent budskapet är det som tolkas mellan raderna (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Studien utfördes vid två olika barnvårdscentraler inom Västra Götalandsregionen. Ett strategiskt urval gjordes vilket betyder att deltagare valdes ut för att kunna ge informationsrika berättelser om fenomenet som valts att studeras. En variation av ålder och yrkeserfarenhet har därför eftersträvat hos informanterna (Henricsson & Billhult, 2012). Inklusionskriterier som användes var sjuksköterskor med specialistexamen som distriktssköterska eller barnsjuksköterska, med erfarenhet som BHV-sjuksköterskor inom barnhälsovården i minst ett år, samt erfarenhet av att arbeta med screeningsverktyg språkfyran för 4-års hälsobesök i minst sex månader.

För att få tillträde till forskningsfältet kontaktades verksamhetschefer för barnhälsovården via telefon och e-post vid fem olika vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen. Muntlig information gavs vid telefonsamtalet till verksamhetscheferna om studiens syfte och tillvägagångssätt, efter samtalet skickades information skriftligt (Bilaga 1) via e-post. Verksamhetscheferna lämnade kontaktuppgifter till kontaktpersonen för BHV-sjuksköterskor. Kontakt togs med kontaktpersonen inom barnhälsovården, av dessa fem vårdcentraler fanns det på två vårdcentraler BHV-sjuksköterskor som var villiga att delta. Tillstånd för inhämtande av data (Bilaga 1, sida 2) undertecknades av verksamhetschefer för de berörda vårdcentralerna och hämtades personligen när första intervjun genomfördes. Intresserade BHV-sjuksköterskor kontaktades via e-post med skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt (Bilaga 2). Nio BHV-sjuksköterskor visade intresse och tillfrågades varav åtta kom att ingå i studien. Det blev ett bortfall på grund av hög arbetsbelastning för BHV-sjuksköterskan. Intresserade BHV-sjuksköterskor kontaktades via telefon då tid för intervju bokades och muntligt samtycke till att delta i studien erhöles. Alla deltagare var kvinnor. Åldern var mellan 40-64 år (Tabell 1). Antal verksamma år inom barnhälsovården varierade mellan 3-27 år. Av deltagarna var två barnsjuksköterskor och sex distriktssköterskor.

Tabell 1. Presentation av intervjuade BHV-sjuksköterskors demografi.

| BHV-sköterska | Ålder | Legitimations år | Tjänstgöringsgrad i procent | Antal verksamma år inom barnhälsovården | Vidareutbildning | Antal inskrivna patienter |
|---------------|-------|------------------|-----------------------------|---|--------------------|---------------------------|
| 1 | 47 | 1990 | 80 | 17 | Distriktssköterska | 243 |
| 2 | 63 | 1977 | 100 | 20 | Distriktssköterska | 308 |
| 3 | 40 | 2000 | 75 | 5 | Barnsjuksköterska | 225 |
| 4 | 64 | 1975 | 75 | 27 | Distriktssköterska | 220 |
| 5 | 62 | 1974 | 100 | 24 | Distriktssköterska | 296 |
| 6 | 60 | 1977 | 80 | 31 | Distriktssköterska | 243 |
| 7 | 59 | 1977 | 75 | 25 | Barnsjuksköterska | 230 |
| 8 | 44 | 1994 | 85 | 3 | Distriktssköterska | 208 |

Datainsamling

Den datainsamlingsmetod som valdes var kvalitativ intervju och användes då BHV-sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelse söktes. En intervjumanual utvecklades som innehöll öppna frågor, där följdfrågor kunde ställas vid behov för att få BHV-sjuksköterskorna att utveckla sina svar och berätta mer om sina erfarenheter kring det valda fenomenet. En pilotintervju utfördes för att testa frågorna och intervjumanualen, detta för att få en uppfattning om frågornas relevans och om det var något som var otydligt i frågorna. Enligt Danielsson (2012) behöver upplägg och frågor testas i en pilotintervju för att intervjuare ska kunna prova frågorna och dess relevans och att förbereda sig inför intervjuerna. Efter pilotintervjun korrigerades intervjumanualen, överflödiga frågor som inte stämde med syftet togs bort och förslagen på följdfrågor korrigerades. Denna intervju exkluderades då sjuksköterskan inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Intervjuerna genomfördes på BHV-sjuksköterskornas arbetsplats. Informanterna hade själva fått välja tid och plats för att känna sig avslappnade och trygga. Känner sig intervjupersonen avslappnad och trygg under intervjun skapar det förutsättningar för utförliga och ärliga svar (Kvale & Brinkman, 2014). Innan intervjun började gavs en muntlig information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att det när som helst under intervjun gick att avbryta utan motivering samt tillvägagångssätt för intervjun. Skriftligt samtycke till deltagande inhämtades från deltagarna. Bakgrundsfakta inhämtades såsom BHV-sjuksköterskans ålder, legitimationsår, tjänstgöringsgrad, antal år inom barnhälsovården, specialistutbildning och antal inskrivna barn (Tabell 1). Intervjuerna startades sedan med samma fråga vilken var; Kan du berätta hur det är att arbeta med screeningverktyget språkfyran vid 4-års hälsobesök? Därefter ställdes ytterligare frågor; Kan du berätta hur det är att använda språkfyran för flerspråkiga barn? Berätta hur det fungerar att med hjälp av språkfyran urskilja barn med språksvårigheter? Kan du berätta vad du tycker om språkscreening vid 4-års hälsobesök? Olika följdfrågor ställdes för att hjälpa informanterna att reflektera och utveckla sina svar eller att styra dem tillbaka till fenomenet. Exempel på följdfrågor är; Vad anser du vara avgörande för att upptäcka barn med avvikande språkutveckling? Kan du utveckla mer? Finns det något som är avgörande för barns språkutveckling? Intervjuerna spelades in med hjälp av iPhone och pågick mellan

20-40 minuter och genomfördes under februari månad 2017. BHV-sjuksköterskorna tillfrågades innan inspelningen stängdes av om de hade något mer att tillägga. Intervjuerna transkriberades ordagrant samma dag som de genomförts. Detta för att ha intryck och stämning i färskt minne samt att inget av innehållet skulle förlora sitt sammanhang.

Analys

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Texten analyserades objektivt och baserades på BHV-sjuksköterskornas erfarenheter. Texten från intervjuerna utgjorde analysenheten som lästes upprepade gånger för att få en känsla för helhetsbilden (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att texten lästes igenom och författaren fick en känsla för innehållet, grovsorterades texten till olika domäner, där text om ett specifikt område hamnade. Detta gjordes för att datamaterialet då fick en grov struktur och det blev lättare att analysera vidare. Meningsbärande enheter identifierades och dessa enheter kondenserades för att texten skulle kortas ner utan att relevant information förlorades. Därefter abstraherades den kondenserade texten vilket innebar att lyfta innehållet till en högre logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Den abstraherade texten och gavs koder. Koderna är etiketter och beskriver innehållet i de meningsbärande enheterna (Tabell 2). Koderna hjälpte författaren att reflektera över data på ett nytt sätt. Under arbetet med att identifiera meningsbärande enheter och kodning var helhetsbilden med i bedömningen. Koderna jämfördes och utifrån likheter och skillnader sorterades de till fyra preliminära kategorier som hade gemensamt innehåll. Kategorierna innehöll flera koder som hade ett liknande innehåll. Ingen text hamnade i två olika kategorier. Efter detta jämfördes innehållet i kategorierna och mellan kategorierna. Detta resulterade i tre kategorier och sex underkategorier på manifest nivå vilka redovisas med direkta citat från intervjuerna samt i tabell 3.

Tabell 2. Presentation av analysprocessen.

| Meningsbärande enheter | Kod | Underkategori | Kategori |
|--|---|--|--|
| Vi ska hitta dom vid 2,5 år dom som har problem | Upptäcka barn vid 2,5 år | Identifiera tal- och språkutveckling vid 2,5-års hälsobesök | Upptäcker barn med atypisk språkutveckling |
| Vi ska helst ha hittat dem innan 4 år, men senast vid 4 år | Språkscreening 4 år | Urskiljer barn med dolda språksvårigheter vid 4-års hälsobesök | |
| Föräldrarna förstår inte, de tycker inte det är något att oroa sig för | Förståelse hos föräldrar | Eftersträva förståelse hos föräldrarna | Samarbetar med föräldrar |
| Föräldrarna vet inte vilken inverkan de kan göra för sina barn | Föräldrars betydelse för barnet språkutveckling | Involverar föräldrar i barnets språkutveckling | |
| Tydligt vilka barn som inte har med sig språket vid 4 år | Positiv upplevelse av språkfyr | Stärker kvaliteten på bedömningen | Använder evidensbaserat screeningverktyg |
| Man får ändra lite på instruktionerna så förstår dom | Svårigheter med språkfyr | Svårigheter som leder till avsteg | |

Etiska överväganden

Studien genomfördes enligt forskningsetiska principer vilket innebar att informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet var uppfyllda (Vetenskapsrådet, 2002). Innan studien startade tillfrågades verksamhetschefer inom Närhälsan och godkännande av data inhämtades (bilaga 1). De berörda BHV-sjuksköterskorna erhöll innan intervjutillfället ett informationsbrev (bilaga 2) per e-post om studiens syfte, tillvägagångssätt och att resultatet kom att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå. Samtliga deltagare gav sitt skriftliga samtycke innan intervjuerna påbörjades. Deltagarna informerades innan intervjuerna började att deltagande var frivilligt och att de när som helst under intervjun kunde avbryta sin medverkan utan att någon anledning gavs. Inga frågor om specifika patientfall ställdes under intervjuerna. Det insamlade datamaterialet behandlades konfidentiellt vilket medförde att alla uppgifter om identifierbara personer antecknas, lagrades och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda deltagare i studien inte kan identifieras av utomstående. Uppgifter om de deltagande BHV-sjuksköterskors identitet avkodades så att endast personen som utförde intervjuerna kan koppla samman inhämtat material med faktisk deltagare. Datamaterialet förvarades så att ingen obehörig hade tillträde till materialet. De skriftliga godkännande som inhämtades inför studien förstörs då studien är avslutad. Det datamaterial som framkom från intervjuerna användes endast i denna studie vilket innebär att nyttjandekravet är uppfyllt. Då studien utfördes inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå, krävdes ingen etikprövning enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier och sex underkategorier. I tabell 3 presenteras en överblick av resultatet som presenteras i texten nedan tillsammans med förtydligande citat och sammanfattningar.

Tabell 3. Presentation av kategorier och underkategorier baserat på BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling inom barnhälsovården.

| Kategorier | Underkategorier |
|--|--|
| Upptäcker barn med atypisk språkutveckling | Identifierar tal- och språkutveckling vid 2,5-års hälsobesök |
| | Urskiljer barn med dolda språksvårigheter vid 4-års hälsobesök |
| Samarbetar med föräldrar | Eftersträvar förståelse hos föräldrar |
| | Involverar föräldrar i barnets språkutveckling |
| Använder evidensbaserat screeningverktyg | Stärker kvaliteten på bedömningen |
| | Svårigheter som leder till avsteg |

Upptäcker barn med atypisk språkutveckling

Upptäcker barn med atypisk språkutveckling handlar om att fånga barn med språksvårigheter och vilka strategier som används för att upptäcka dessa barn. Detta innefattar underkategorierna identifierar tal- och språkutveckling vid 2,5-års hälsobesök och urskiljer barn med dolda språksvårigheter vid 4-års hälsobesök.

Identifierar tal- och språkutveckling vid 2,5-års hälsobesök

BHV-sjuksköterskorna bedömer kontinuerligt barn i tal- och språkutveckling under tiden på BVC och vid 2,5-års hälsobesök görs en första språkscreening med fokus på talet som kommunikationsmedel. BHV-sjuksköterskorna menar att barn med kraftiga språksvårigheter upptäcks vid 2,5-års språkscreening. Dessa barn har en tydlig språkbild som visar brister i språkutvecklingen. Upplever BHV-sjuksköterskan osäkerhet om barnets språkutveckling, att det finns oro från föräldrar för språkutvecklingen eller att barnet inte klarar språkscreeningen vid 2,5-år tas barnet tillbaka för en ny språkkontroll vid 3-års ålder. BHV-sjuksköterskorna ger då barn och föräldrar en chans att medvetet arbeta med

att stimulera språkutveckling under sex månader, då barnet befinner sig i sitt språkfönster. Då barns språkutveckling sker individuellt finns stor variation av språket hos barn vid 2,5-år utan att det innebär avvikande utveckling. Därför träffar BHV-sjuksköterskorna barnet igen för en ny språkbedömning utöver det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet vid 3-år för att försäkra sig om att det skett en språklig utveckling.

Vid utfall på språkscreeningen vid 2,5-års hälsobesök eller vid misstanke om att barnet inte hör ordentligt görs en hörselkontroll för att utesluta att det inte är hörselproblem som är anledningen till att språket inte utvecklats. Upplever inte BHV-sjuksköterskorna någon förbättring i språkutvecklingen och hörselkontrollen är utförd utan anmärkning vid 3-års hälsobesök skickas en remiss till logoped, under förutsättning att föräldrar accepterar detta. BHV-sjuksköterskor menar att det är viktigt att föräldrarna blir uppmärksamma på att det finns ett avvikande mönster i barnets språkutveckling så föräldrarna kan hjälpa till att stimulera utvecklingen. BHV-sjuksköterskorna informerar om betydelsen av att tala och läsa med sina barn för att hjälpa barnets språkutveckling under tiden de väntar på hörselkontroll eller besök hos logoped. Exploderar språket hos barnet under väntetiden till logoped är det bättre att avboka besöket. BHV-sjuksköterskorna menar att barn med atypisk språkutveckling som upptäcks tidigt och får specialisthjälp har bättre förutsättningar och utvecklar sitt språk lättare. De anser att det är bättre att barnen träffar logopeden en gång om barnet är på gränsen för vad som godkänns eller att det varit tveksamheter vid språkbedömningen. Detta för att inga barn i behov av stöd får missas.

Vid minsta tveksamhet vid 2,5 år tar jag tillbaka vid 3 år igen, för att inte missa något barn som behöver extra stöd i sin språkutveckling. Vi garderar oss på det sättet, vi vill ju inte missa några barn som behöver hjälp, bättre att skicka en remiss för mycket eller att de bara träffar logopeden en gång och blir bedömda av specialister. Vår uppgift är ju att upptäcka barnen inte att behandla dem.

Urskiljer barn med dolda språksvårigheter vid 4-års hälsobesök

BHV-sjuksköterskorna menar att det är viktigt att barn med atypisk språkutveckling upptäcks så tidigt som möjligt. Barn som behöver specialiststöd har redan fått hjälp av logoped när språkscreeningen vid 4-års hälsobesök genomförs. BHV-sjuksköterskorna anser att om det inte skulle utföras någon språkscreening vid 4-års hälsobesök finns det risk att barn med dolda språksvårigheter inte får hjälp med sin språkutveckling förrän de börjar i förskoleklass. Genom språkscreeningen som utförs vid 4-års hälsokontroll ges en extra möjlighet att upptäcka de barn som inte haft uppenbara språksvårigheter vid tidigare hälsobesök. De barn som upptäcks vid 4-års hälsobesök har BHV-sjuksköterskorna antingen en känsla för att här är språket inte riktigt med eller så är det rena överraskningar med barn som är värtaliga och inte har greppat språkförståelsen.

Vi ska inte hitta några fler barn med språksvårigheter vid 4-års hälsobesök, för vi ska ha hittat de barn som behöver stöd i sin språkutveckling tidigare, men nu får vi en extra chans att upptäcka de barn som inte haft tydliga svårigheter med sitt språk. Det är ofta värtaliga barn som inte greppat språkförståelsen som faller ut vid 4-år eller så är det barn jag känner till.

BHV-sjuksköterskorna upplever att föräldrarna många gånger inte är oroliga för sitt barns språkutveckling och inte är intresserade av remiss till logoped för vidare utredning. Det upplevs som att många föräldrar har ändrat inställning till språkutredning hos logoped vid 4-års hälsobesök. BHV-sjuksköterskorna menar att språkscreeningen vid 4-års hälsobesök har två uppgifter; att upptäcka barn som inte haft tydliga språksvårigheter tidigare och att tydliggöra barnets språkutveckling för föräldrar som valt att avstå remiss till logoped vid tidigare besök. Språkscreeningen som utförs anges hjälpa föräldrar att inse vad som krävs av barnets språk som 4-åring.

Finns det ingen oro för språket vid 2,5-års hälsokontroll och barnet klarar testet som är väldigt brett på vad som godkänts. Då är det ingen planerad kontroll vid 3-årsålder. Då blir det 1,5 år till nästa kontroll och därför behövs språkscreeningen vid 4-års hälsobesök, det är viktigt att vi följer upp språkutvecklingen så den inte avstannar. Vi får inte missa några barn som behöver stöd i sin språkutveckling, vi vill ju att alla barn ska få bästa möjliga utveckling.

Samarbetar med föräldrar

Samarbetar med föräldrar handlar om BHV-sjuksköterskors interaktion med föräldrar och att deras kunskap påverkar barnets språkutveckling. Detta innefattar underkategorierna eftersträvar förståelse hos föräldrar och involverar föräldrar i barnets språkutveckling.

Eftersträvar förståelse hos föräldrar

BHV-sjuksköterskorna upplever att föräldrar som avstår remiss till logoped saknar förståelse för språkutveckling eller att de har svårt att acceptera språksvårigheter hos sitt barn. BHV-sjuksköterskorna ger extra stöd till dessa familjer genom att informera och utbilda föräldrarna i betydelsen av att tala med sina barn för att främja barnets språkutveckling. Detta för att föräldrarna ska få insikt om språkets betydelse för barnets vidareutveckling. BHV-sjuksköterskorna upplever att det är vanligt att föräldrarna själva inte är oroliga för barnets språkutveckling. Då känner sig BHV-sjuksköterskorna tjugiga när de vid upprepade hälsobesök tar upp betydelsen av att tala med barnen och föräldrarna inte visar något intresse för informationen de får. Relationen till föräldrarna är avgörande för om det ska ske en förändring för barnet. BHV-sjuksköterskorna värnar om föräldrarnas självförtroende och menar att de inte får uppfattas som dömande då det är viktigt att föräldrarna tar till sig den information de får om barnets språkutveckling.

Får inte förståelse från föräldrarna varför språket är så viktigt och då förstår inte föräldrarna varför man ska till logopeden. I vissa fall vill de inte se eller att det gör för ont att se att mitt barn har problem. Jag tror inte föräldrarna har tid för ytterligare ett moment i sin stressade vardag. Föräldrarna är inte själva oroliga, jag är inte orolig jag var själv sen i talet, är en vanlig förklaring jag får när vi pratar om barnet språk. Men jag vill ju ge barnet bättre förutsättningar än vad föräldrarna har haft, kunskapen går ju framåt.

BHV-sjuksköterskorna menar att för att erhålla föräldrars förståelse krävs det långsiktigt arbete genom att vid upprepade tillfällen informera och utbilda i barnets språkutveckling och vad som stimulerar språkutvecklingen. BHV-sjuksköterskorna upplever det lättare för föräldrarna att acceptera en remiss till logoped vid 4-års hälsobesök än vid tidigare

hälsobesök då barnets språkutveckling har påtalats. Detta upplevs bero på att barnet närmar sig skolstart och språket nu har större betydelse vid interaktion med andra barn och att informationen föräldrarna har fått vid upprepade tillfällen faller på plats. BHV-sjuksköterskorna anger att språkfyrn är ett bra hjälpmedel för att skapa förståelse hos föräldrar då den ger en tydlig bild för vad barnet förväntas kunna vid 4-års ålder.

Det handlar om att motivera föräldrarna det är en process, det är inte ovanligt att motivationen hos föräldrarna försvinner när de kliver ut genom vår dörr, då följer jag upp med ett telefonsamtal. Nu med språkfyrn blir det tydligt för föräldrarna vad jag förväntar mig av barnets språk när vi gjort språkscreeningen vid 4-år och då accepterar de ofta en remiss till logopeden, det är bra.

Involverar föräldrar i barnets språkutveckling

BHV-sjuksköterskorna anser att en av de viktigaste uppgifter de har är mötet med föräldrar för att motivera till engagemang i barnets språkutveckling. De motiverar genom att utbilda och informera föräldrar i barnets språkutveckling och vad de kan göra för att stimulera barnets språkutveckling oavsett om det finns språksvårigheter eller inte. BHV-sjuksköterskorna anser att föräldrarna måste bli medvetna om barns språkutveckling och betydelsen av ett fungerande språk för barnets utveckling. Motivationsarbete är en process i att få föräldrar engagerade i barnets språkutveckling. När föräldrarna är involverade i språkutveckling accepterar de lättare en remiss till logoped.

Får vi föräldrarna engagerade i barnets språkutveckling går allt mycket lättare. Vi vill ju stärka föräldrarna så att de kan hjälpa sina barn på bästa sätt. Ofta är det ju ett långt motivationsarbete med föräldrarna för att få skicka en remiss till logopeden. Då förklarar jag vikten av att kunna göra sig förstådd och vilken betydelse språket har för barnets utveckling. Vi vill ju hjälpa barnen nu när det är så lätt att stimulera språket och då måste ju föräldrarna vara medvetna om vilka enkla medel som hjälper barnet.

Använder evidensbaserat screeningverktyg

Använder evidensbaserat screeningverktyg handlar om BHV-sjuksköterskors redskap för att upptäcka barn med avvikande språkutveckling och vilka styrkor och svagheter som upplevs vid språkscreeningen. Detta innefattar underkategorierna stärker kvaliteten på bedömningen och svårigheter som leder till avsteg.

Stärker kvaliteten på bedömningen

BHV-sjuksköterskorna upplever användningen av screeningverktyget språkfyrn som positiv och lättarbetat. Den tidigare screeningmetoden har använts sedan 1970-talet och det upplevs som bra med ett nytt screeningverktyg och att språkfyrn stärker kvaliteten på språkscreeningen vid 4-års hälsobesök. Det går snabbt att genomföra screeningen och det upplevs som att barnen tycker det är roligt att utföra testet. Tydliga instruktioner för hur testet ska utföras gör testet lättarbetat. Fokus har flyttats från uttal i det tidigare testet till språkförståelsen vilket upplevs stärka kvaliteten på språkscreeningen. BHV-sjuksköterskorna menar att när fokus i språkfyrn är på språkförståelsen blir det tydligt var barnen befinner sig i sin språkutveckling och det blir en säkrare bedömning av språkutvecklingen. Den tydliga strukturen av språkfyrn gör det lätt att bedöma vad som

räknas som rätt och fel vid olika uppgifter. När testet är genomfört räknas poängen och får barnen under gränsvärdet som är på 33 poäng av 37 möjliga rekommenderas en remiss till logoped för vidare bedömning. Detta gör att BHV-sjuksköterskorna känner sig säkrare på språkbedömningen och att de barn som klarar testet inte har någon atypisk språkutveckling. Detta tillsammans med att fokus nu är språkförståelsen stärker kvaliteten på språkscreeningen som utförs vid 4-års hälsobesök. BHV-sjuksköterskorna anser att för en 4-åring som har typisk språkutveckling är språkfyrans ett väldigt enkelt test. Det upplevs som tydligt för föräldrarna som deltar var bristerna i barnets språk finns.

Man ser deras språkutveckling tydligare med det nya språktestet. Språkförståelsen är det absolut viktigaste, inte att vi förstår vad dom säger, utan att dom förstår vad vi säger. Sen blir det väldigt tydligt vad som räknas som rätt och fel, då är det bara att lägga ihop poängen och så ser vi om en remiss ska skickas, det känns tryggt. Jag känner mig säkrare i min bedömning.

BHV-sjuksköterskorna menar att screeningverktöget språkfyrans fungerar bra på barn med annat modersmål än svenska. Det är ett lättare test än det som används tidigare då fokus låg på uttalet och upplevdes svårare för flerspråkiga barn. De menar att det är lättare att bilda sig en uppfattning om flerspråkiga barns språkförståelse med hjälp av språkfyrans. BHV-sjuksköterskorna upplever att de flerspråkiga barn som genomfört testet har haft tillräckliga kunskaper i svenska för att genomföra testet på svenska. Det anses inte kräva omfattande svenska kunskaper för att testet ska kunna genomföras på svenska. BHV-sjuksköterskorna upplever att barnen visar sin språkförståelse genom att peka, sortera eller härma uttal när de utför uppgifterna. Det är inte avgörande om barnen har bra uttal för att klarar screeningen. Då språkfyrans upplevs fungera bra på flerspråkiga barn stärker det kvaliteten ytterligare på språkscreeningen.

Fantastiskt verktyg för de barn som inte har svenska som modersmål. Jag får en bättre uppfattning av språkförståelsen. Det är inte svårare att uttala orden då barnen härmar efter vad vi uttalar och inte behöver känna till ordet innan, svenska uttalet är ju inte alltid så lätta.

Svårigheter leder till avsteg

BHV-sjuksköterskorna upplever svårigheter i att utföra uppgiften med nonorden. Då ska barnen härma när BHV-sjuksköterskan uttalar nonord. BHV-sjuksköterskorna känner sig obekväma i att uttala orden inför barn och föräldrar som upplevs frågande till uppgiften med att uttala ord som inte har någon mening. BHV-sjuksköterskor menar att både de och barnen känner sig obekväma i att uttala ord som inte betyder något. Svårigheten med nonorden är att få barnen att utföra uppgiften, inte uttala orden i sig. Blyga barn gillar inte att härmas och uttalar orden väldigt tyst och då upplevs det svårt att avgöra om de uttalar orden rätt. BHV-sjuksköterskorna menar att det är ovanligt med utfall på enbart nonorden och faller barnet ut på uppgiften är det ofta problem med fler delar av språkscreeningen.

Upplever nonorden som jobbiga att utföra. Jag känner mig rätt fånig själv när jag säger nonorden och det känns som barnen tycker att det är fånigt. Det svåra är att få barnen att säga nonorden, inte att uttala orden. Blyga barn tycker inte om att härmas och då är det svårt att bedöma om de uttalar dom rätt eller inte.

BHV-sjuksköterskorna anser att uppgiften där en ska bort är den svåraste uppgiften för barnen att förstå i språkfyran. Barnen får titta på fyra bilder och får instruktionen *vilken passar inte in* och därefter *peka på den bilden du tycker ska bort*. Det är fyra uppgifter med olika bildkombinationer som ingår i testet. Det är denna uppgift som är störst utfall på vilket förvånar BHV-sjuksköterskorna. Den första bildkombinationen upplevs svårast för barnen att förstå och de väljer ofta att ta bort ett par strumpor, detta för att de är två och de andra bilderna är en sak, en tröja, en jacka och en penna enligt BHV-sjuksköterskorna. Det upplevs som att på andra bildserien har barnen förstått vad uppgiften går ut på och sedan klarar de resterande bildserier. Förstår inte barnet första uppgiften och svarar fel frångår BHV-sjuksköterskorna manus och ändrar lite på formuleringen inför nästa uppgift, det upplevs då som att barnen lättare förstår vad uppgiften går ut på.

BHV-sjuksköterskorna upplever att barn inte alltid tänker på samma vis som vuxna och därför är det relevant att fråga varför vald bild ska bort. De menar att om barnet kan ge ett svar på varför bilden ska bort eller ger en spontan förklaring på uppgiften tyder detta på språkförståelse. Efterfrågas en förklaring och barnet inte har något svar kan detta tyda på brist i språkförståelsen och detta tas med i den totala bedömningen av testet. Det upplevs som svårt att ge fel på uppgiften när barnet har en bra förklaring till varför bilden ska bort även om det inte stämmer med vad testet anser.

Jag frågar hur de tänker. Dom sitter på fötterna så ett barn till mig. Jag upplever att barnen hänger upp sig på sockarna för de är två. Barnen visar på förståelse när de ger en förklaring till vad som ska bort. Jag frångår manus och frågar varför de vill ta bort en bild, oftast får jag en smart förklaring, men det finns barn som bara skakar på huvudet och rycker på axlarna. Då blir jag lite fundersam och har med mig det i den totala bedömningen av testet. Det kan ju tyda på svårt med språkförståelsen.

BHV-sjuksköterskor med erfarenhet av att utföra screeningen med hjälp av tolk upplever att det är svårt att bilda sig en egen uppfattning om barnets språkutveckling. De känner sig utelämnade att lita på tolken eller föräldern som tolkar i sin bedömning. Det som sägs mellan föräldern och barnet på det andra språket kan inte bedömas av BHV-sjuksköterskan och det upplevs som att det sägs väldigt många ord vid översättningen. BHV-sjuksköterskorna menar att när föräldrar tolkar så svarar barnen alltid rätt.

Resultatsammanfattning

Resultatet visar att BHV-sjuksköterskor upplever ett stort ansvar för att upptäcka barn med atypisk språkutveckling. De bedömer barnens språkutveckling kontinuerligt under tiden inom barnhälsovården och har en viktig roll i att upptäcka barn som behöver extra stöd i sin språkutveckling. De följer upp barn som ligger på gränsen vid språkscreeningar för att vara på den säkra sidan så att inga barn som behöver extra hjälp missas. BHV-sjuksköterskorna anser att språkscreeningen som utförs vid 4-års hälsobesök är avgörande för att upptäcka barn med dolda språksvårigheter som inte upptäckts tidigare. Det framkom att screeningverktyget språkfyran är ett bra screeningverktyg för att upptäcka barn med atypisk språkutveckling och stärker kvaliteten på språkscreeningen vid 4-års ålder. Språkfyran upplevs som ett bra hjälpmedel som tydliggör för föräldrar vad som förväntas av barnets språk vid 4 år, föräldrar som deltar vid språkscreeningen upplevs acceptera

remiss till logoped även om de tidigare avböjt. BHV-sjuksköterskorna arbetar med att motivera och öka kunskapen hos föräldrar för barnets språkutveckling och strävar efter att föräldrarna ska engagera sig i sitt barns språkutveckling. De upplever frustration när föräldrar inte vill acceptera remiss till logoped då de vet hur viktigt språket är för barnets vidare utveckling. BHV-sjuksköterskorna påpekar att för att barnen ska få hjälp av logoped måste föräldrarna acceptera detta. I många fall krävs information vid upprepade hälsobesök och ett långsiktigt motivationsarbete för att föräldrar ska acceptera specialisthjälp av logoped.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling inom barnhälsovården. Kvalitativ innehållsanalys valdes för fördjupad förståelse av variationer av erfarenheter kring barns språkutveckling. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är fokus vid kvalitativ innehållsanalys att beskriva variationer genom att upptäcka likheter och skillnader i textinnehåll. Likheter och skillnader formuleras i kategorier och underkategorier. När kategorier skapats har sammanhanget betydelse och tolkningen av texten förutsätter kunskap om deltagarnas demografi samt förhållanden som är av betydelse för studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Datainsamlingen kunde ha utförts i enkätform med en eller flera öppna frågor som besvarats skriftligen. Att använda intervjuer till studien upplevdes som en möjlighet att få personlig kontakt med informanterna och som gav möjlighet till att få informanterna att utveckla sina svar ytterligare. Detta ansågs vara en fördel för att genomföra intervjuer istället för enkäter. Det gav även författaren möjlighet till att fördjupa sin kunskap om fenomenet då ett personligt möte ger mer information än det anges i ett skriftligt svar.

Till studien valdes deltagare utifrån ett strategiskt urval för att få informanter med erfarenhet av att arbeta med barns språkutveckling, språkscreening och med djupare förståelse för ämnet. För att ha skapat fördjupad kunskap om språkscreeningen av barn i varierande åldrar krävdes att deltagarna skulle ha arbetat med screeningverktöget språkfyrn i minst sex månader. Det ansågs tillräckligt att ha arbetat med språkfyrn i sex månader för att erhålla en erfarenhet av screeningverktöget. Att språkfyrn valdes som del av inklusionskriterierna var för att denna är ett nytt screeningsverktyg som används inom delar av Västra Götalandsregionen och införts för att öka evidensbaserade metoder inom barnhälsovården. Åtta BHV-sjuksköterskor tillfrågades på två olika BVC inom Västra Götalandsregionen. Detta innebar att deltagarna kom från två olika vårdcentraler och samtliga deltagare var kvinnor. Urvalet representerar den verkliga könsfördelningen inom barnhälsovården i närhälsan. Att deltagarna endast kom från två olika vårdcentraler och endast var kvinnor bör inte haft någon inverkan på resultatet då flertalet BHV-sjuksköterskor har mångårig yrkeserfarenhet inom barnhälsovård och språkbedömning av barn i olika åldrar. Det var få informanter men de berättade detaljerat om liknande erfarenheter vilket gav ett rikt och varierat underlag. Deltagarnas erfarenheter ger möjlighet till att belysa studiens syfte utifrån olika perspektiv vilket stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Datainsamling genomfördes genom intervjuer. Det är viktigt att deltagarna känner sig trygga och avslappnade under intervjun vilket bidrar till att deltagarna ger utförliga och ärliga svar (Kvale & Brinkman 2014). Informanterna fick därför själva välja när och var intervjuerna skulle genomföras, detta för att skapa förutsättningar för utförliga svar. Innan intervjuerna startade fördes ett lättsamt samtal för att deltagarna och intervjuaren skulle slappna av och få en känsla av gemenskap inför det ämne som skulle behandlas. Deltagarna informerades om möjligheten att när som helst kunna avbryta intervjun utan att ange anledning. Skriftligt samtycke inhämtades och upplysning om hur inspelningen skulle genomföras gavs. Det gavs möjlighet för deltagarna att ställa frågor om genomförandet.

Intervjuerna utfördes i enskilda rum på informanternas arbetsplats utan avbrott och tog 20-40 minuter. Samtalen spelades in med hjälp av iPhone med god ljudkvalitet. Deltagarna berättade fritt om sina erfarenheter och följdfrågor ställdes för att få fördjupat innehåll i texten. Inom ett dygn efter intervjuerna transkriberades texterna ordagrant och där skratt, tystnad och suckar noterades vilket kan vara av betydelse för analysen. När transkriberingen var klar spelades intervjuerna upp och jämfördes med den transkriberade texten. Detta bidrog till kontroll och att få missförstånd uppstod vilket kan anses bidra till stärkt tillförlitlighet. Graneheim och Lundman (2004) anser att tillförlitligheten stärks om analysprocessen är noggrant beskriven och att författaren har reflekterat under analysarbetet. För att värna om konfidentialiteten avidentifierades informanterna vid transkriberingen. En intervjuguide med fyra öppna frågor och följdfrågor användes. Under några intervjuer ställdes följdfrågor som inte var med i intervjuguiden detta till följd av informanternas berättelser och intresse från författaren om en djupare förståelse. Detta anses inte ha påverkat resultatet då informanterna svarar olika och vissa krävde fler följdfrågor för att slappna av och börja prata fritt. Graneheim och Lundman (2004) anser att författaren är delaktig i att skapa resultatet genom det samspel som finns mellan intervjuaren och informanterna under intervjun. Då författaren inte hade någon praktisk erfarenhet av att utföra kvalitativa intervjuer kan detta påverkat studiens resultat. Med mer erfarenhet kunde möjligen intervjuerna gett en rikare data och mer uttömmande svar.

Förberedelse inför analysarbetet innebar fördjupning i Graneheim och Lundman (2004) analysmetod. En medvetenhet om att förförståelsen kan påverka tolkning under analysprocessen bidrog till en ökad öppenhet för datamaterialet. Ur datamaterialet identifierades först domäner för att lättare sortera texter med samma innehåll från olika intervjuer. Meningsenheter som svarade mot syftet lyftes ur texten och kondenserades utan att det centrala innehållet försvann (tabell 2). Graneheim och Lundman (2004) beskriver att lagom stora meningsenheter är grunden i analysen. Blir meningsenheterna för stora kan de innehålla flera betydelser och det finns då risk att information försvinner vidare in i analysen. Meningsenheterna bör inte heller vara för korta då resultatet kan bli splittrat (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet har arbetats fram med detta i beaktande och presenteras i tabell 3 som möjliggör för läsaren att själv bedöma trovärdigheten i resultatet men också kunna söka alternativa tolkningar. Inga data som svarat mot syftet har utelämnats ur resultatet.

Överförbarhet beskriver i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper och situationer (Graneheim & Lundman, 2004). För att stärka överförbarheten i denna studie redovisas urval, informanter, datainsamling, analys och omständigheter som utgör sammanhanget för studien. Bakgrundsfakta om informanterna presenteras i tabell 1 och möjliggör för läsaren att bilda sig en egen uppfattning om datamaterialets ursprung. Resultatet presenteras sedan i tabell 2 för en överblick över hur kategorier och underkategorier framkommit och ger läsaren möjlighet till egen tolkning. Resultatet presenteras i löpande text med lämpliga citat vilket stärker studiens överförbarhet. Det är upp till varje läsare att avgöra om resultatet är överförbart till den egna verksamheten.

Resultatdiskussion

Av resultaten framgår att BHV-sjuksköterskorna tar stort ansvar för att upptäcka barn med atypisk språkutveckling och de utgör en nyckelfunktion i att upptäcka barn som behöver

stöd i sin språkutveckling. Genom att informera och undervisa föräldrar bidrar de till att främja barns språkutveckling. Barnhälsovårdens mål är att tidigt upptäcka avvikande utveckling och att främja utvecklingen hos barn (Socialstyrelsen, 2014b). Detta för att kunna erbjuda insatser som hjälper den språkliga utvecklingen. Får barnen ingen specialisthjälp försvinner betydelsen med språkbedömningen/språkscreeningen. Miniscalco Matsson et al., (2001) menar att den screeningen som sker vid 2,5 år fungerar bra för att upptäcka barn med språksvårigheter och som behöver stöd i sin språkutveckling. Det är viktigt att barnen som faller ut får specialisthjälp, annars har språkscreeningen inte någon funktion för individen (Miniscalco Mattson et al., 2001). BHV-sjuksköterskans ansvar är att upptäcka de barn som behöver hjälp och ge enklare råd till föräldrarna såsom att prata med sina barn och sätta ord på det som sker i vardagen till för att stimulera barnets språkutveckling. Enligt Stoltz et al. (2007) är att ge föräldrar praktiska råd ett sätt att stödja familjen. Behandlingen och en utförlig bedömning sker av logoped som är specialist på området och inte av BHV-sjuksköterskan inom barnhälsovården

Resultaten visar att samarbetet med föräldrar är avgörande för om barnet får den hjälp i sin språkutveckling. BHV-sjuksköterskorna upplever att föräldrarna inte alltid har kunskap om vilken betydelse språket har för barnets totala utveckling. Hwang och Nilsson (2011) anser att har föräldrarna kunskap om betydelsen av att tala med sina barn skapar detta gynnsamma förutsättningar för språkutvecklingen vilket i sin tur påverkar den sociala utvecklingen. Fredriksson (2012) anser att kommunikation ligger till grund för relationen mellan människor. Det tolkas som att språket är avgörande för barnets totala utveckling och är förutsättningen för att fungera i samhället. Den vårdande kommunikationen innebär att göra något gemensamt med föräldrarna där samtalet är centralt när BHV-sjuksköterskan utbildar dem i barns språkutveckling för att kunna stimulera den (Fredriksson, 2012). Socialstyrelsen (2014b) menar att i relationen mellan BHV-sjuksköterskor och familjen är det BHV-sjuksköterskans ansvar att genom sin kunskap aktivt stödja och utbilda föräldrarna för att främja barnets utveckling. Köhler och Reuter (2012) anser att detta kan ske genom hälsofrämjande möten som grundar sig i föräldrar och barns egna resurser, värderingar, kompetens och självkänsla. Thorstensson och Ekström (2014) menar att informationen som ges måste vara individanpassad efter familjens kapacitet och förmåga. Enligt Fäldt, (2015a) kan BHV-sjuksköterskan erbjuda föräldrar stöd i form av bland annat filmen *Hitta språket* (Lundberg, 2014) en film som hjälper föräldrarna att med enkla medel i vardagen stimulera barnets språk och remiss för vidare utredning hos logoped (Fäldt, 2015a). Det framkom i resultatet att BHV-sjuksköterskorna ansåg att det är avgörande för barnets språkutveckling om föräldrarna inte accepterar specialisthjälp. De arbetar långsiktigt med att skapa förståelse hos föräldrarna genom upprepade samtal och besök där information ges till föräldrarna. Lannér Swensson (2010) menar att reflektera tillsammans med föräldrarna över deras situation vid upprepade tillfällen är ett sätt att stödja familjen.

Lannér (2014) anser att skapa en relation mellan föräldrar och BHV-sjuksköterskan är nyckeln inom barnhälsovården för att föräldrar ska lyssna och ta in kunskapen BHV-sjuksköterskan delar med sig av. Relationen mellan föräldern och BHV-sjuksköterskan är det viktigaste instrumentet för att få till en förändring hos barnet. Det arbetas efter att skynda långsamt och låt föräldrarnas oro avta innan de klarar av att reflektera över förändring. Uppföljning vid nästa besök, utökad individuellt stöd där det behövs, arbeta öppet och undersökande så föräldrarna förstår sammanhanget av vad som utförs och vad som önskas åstadkomma. Det innebär även att visa engagemang och empati för familjen

(Lannér, 2014). I resultatet framkom att BHV-sjuksköterskorna upplevde frustration när föräldrar inte vill acceptera en remiss till logopeden. Detta skulle kunna bero på att BHV-sjuksköterskorna upplever att barn i behov av hjälp missar värdefull tid när språkfönstret är öppet och det går lätt att stimulera språket, när föräldrarna inte vill acceptera hjälp av logoped. Enligt Fricke et al. (2013) kan barn som får rätt stöd i sin språkutveckling göra stora framsteg i sin språkutveckling under tiden de befinner sig i språkfönstret. Det framkommer i resultatet att BHV-sjuksköterskorna upplever att föräldrar ofta accepterar remiss till logoped vid 4-års hälsobesök. Detta tolkas som att den strategi som används med att skynda långsamt fungerar, då föräldrarna fått tid att acceptera och skapat sig en förståelse för barnets utveckling.

Resultatet visar att samarbetet mellan BHV-sjuksköterskan och föräldrarna är avgörande för barnets språkutveckling om det finns svårigheter. Det framkom att relationen mellan föräldrar och BHV-sjuksköterskan är komplex och enligt Riktlinjerna (2014b) från Socialstyrelsen ska sjuksköterskan aktivt stödja och utbilda föräldrarna för att främja barnets utvecklingsmöjligheter. Att aktivt stödja innebär för BHV-sjuksköterskan ett flerdimensionellt arbete genom emotionellt stöd, informativt stöd och instrumentellt stöd. Enligt Oakley (1994) innebär att ge emotionellt stöd att känslomässigt möta föräldrars bekymmer och bygga upp ett förtroende. Informativt stöd är att ge ett individuellt anpassat informationsmaterial till föräldrarna. Instrumentellt stöd innebär att ge handfasta råd vad föräldrarna kan göra (Oakley, 1994). Barnets språkutveckling är beroende av omgivningen för att utvecklas (Westerlund, 2016). Bronfenbrenners (1979) ekologiska system kan användas för att förklara BHV-sjuksköterskans och föräldrars betydelse för barnets språkutveckling. I barnets mikrosystem är familjen den viktigaste relationen och har störst inverkan på barnets förutsättningar för att utvecklas. Andra mikrosystem såsom förskolan och barnhälsovården har även de stor inverkan på hur barnet utvecklas. BHV-sjuksköterskan ger stöd till familjen, främjar hälsa och utveckling och uppmärksammar avvikande utveckling. De strukturer som styr BHV-sjuksköterskan i sitt arbete kan med Bronfenbrenners (1979) uttryckssätt benämnas makrosystem och exosystem.

Av resultaten framgår att användningen av evidensbaserat screeningverktyg vid 4-års hälsokontroll upplevs stärka kvaliteten på bedömningen av om barnet har en atypisk språkutveckling. Därmed kan det betraktas som att språkfyrn ger BHV-sjuksköterskorna trygghet att inga barn som är i behov av stöd missas. BHV-sjuksköterskorna upplever att det finns förbättringspotential i språkfyrn. Nonorden framträder som en svår uppgift att få barnen att utföra. Flera studier ger belägg för att nonorden med stor säkerhet visar om det finns språksvårigheter hos barnet eller inte (Radeborg, Barthelom, Sjöberg & Sahlén, 2006; Dispaldro, 2014; Miniscalco & Gillberg, 2009; Boerma et al., 2015). Lavesson (2012) menar att nonorden är en bra deluppgift i en språkscreening för att upptäcka barn med språksvårigheter. Svårigheter med att få barnen att medverka till att uttala nonord är inget som framkommit i tidigare studier. Det kan tolkas som att BHV-sjuksköterskorna inte är medvetna om vilken tillförlitlig markör nonorden är i att upptäcka barn med språksvårigheter. När BHV-sjuksköterskorna känner sig obekväma i att utföra uppgiften speglar deras kroppsspråk omedvetet detta och barnen kan då bli tveksamma till att utföra uppgiften. Johansson (2013) menar att barn är bra på att avläsa kroppsspråk hos vuxna, det är därför viktigt för BHV-sjuksköterskan att vara medveten om detta vid samtal med barn. Enligt Ivarsson (2015) är det kroppsspråket som gör störst intryck på vad som förmedlas vid kommunikation. Detta kan anses som en del till förklaringen varför BHV-

sjuusköterskorna upplever det svårt att få barnen att uttala nonorden, då det inte är uttalet i sig som är det svåra.

I resultatet framkom att vid användningen av evidensbaserat screeningverktyg vid 4-års hälsobesök upplevs svårigheter som leder till avsteg från manualen vid utförandet av språkscreeningen. Det framkom även att BHV-sjuusköterskorna som använt tolk vid språkscreening med språkfyran upplever det svårt att bedöma barnets språkutveckling då de inte själva kan bedöma de språkliga nyanserna från barnet utan måste lita på tolken. Fioretos, Gustafsson och Nordström (2014) menar att när tolk används i mötet med barn ska tolken avbryta och informera BHV-sjuusköterskan att barnet inte förstår det som förmedlas. Det vanligaste är dock att tolken anpassar budskapet så att barnet förstår utan att vårdpersonalen är medveten om ändrat språkbruk. Detta sker ofta helt omedvetet men är inte förenligt med god tolksed. Om tolken känner sympati för barnet kan detta avspeglas i tolkningen. Det är vårdpersonalens ansvar att förklara för tolken vilka förutsättningar som finns vid tolkningen och vad som är avgörande för samtalet. Vid bedömningar med hjälp av tolk är det viktigt för vårdpersonal att reflektera över samtalet innan det bestäms om vidare åtgärd (Fioretos et al., 2014). Det finns flera faktorer som inverkar på det hälsofrämjande mötet när tolk används. Enligt Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi (2014) har tolkens professionella yrkesroll, kunskaper och personlighet betydelse för om tolkningen ska lyckas beroende. Den svårighet som BHV-sjuusköterskorna upplever vid genomförande av språkfyran med tolk anses inte vara relaterad till screeningsverktyget språkfyran. Istället bedöms det vara svårt att utföra en språkbedömning med hjälp av tolk då BHV-sjuusköterskan måste lita på en annan person i sin bedömning.

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskap om BHV-sjuusköterskors erfarenhet av att arbeta med barns språkutveckling under tiden barnet deltar i barnhälsovårdens verksamhet. Det framkommer både vad som anses vara avgörande för att upptäcka barn med atypisk språkutveckling och vilka svårigheter som finns i arbetet med barns språkutveckling. BHV-sjuusköterskorna anser att upprepade språkscreeningar är avgörande då inga barn som behöver extra stöd i sin språkutveckling får missas. BHV-sjuusköterskorna betonar betydelsen av att barn med språksvårigheter upptäcks så tidigt som möjligt, detta för att specialisthjälp ska kunna sättas in på ett tidigt stadium. Då får barnet bästa möjliga förutsättningar för att utveckla sitt språk. Det upplevs i många fall svårt att få föräldrarna att acceptera remiss till logoped och att det saknas förståelse för barnets språkutveckling hos föräldrarna. För att barnet ska få hjälp av logoped krävs att föräldrarna accepterar detta. Relationen mellan föräldrar och BHV-sjuusköterskor blir då avgörande för om barnet får specialisthjälp eller inte. I de flesta fall accepterar föräldrar logopedremiss efter 4-års språkscreening vilket upplevs som frustrerande hos BHV-sjuusköterskorna som inser behov av språk utredning och specialisthjälp tidigare.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Denna studie kan bidra till ökad förståelse för vad BHV-sjuusköterskorna anser vara avgörande för vad som krävs för att upptäcka barn med atypisk språkutveckling och vad som behöver göras för att hjälpa dessa barn. Av resultatet framkommer att BHV-sjuusköterskorna upplever att föräldrar saknar kunskap om barns språkutveckling och att

det är avgörande att föräldrar accepterar specialisthjälp för att barnet ska få hjälp med sin språkutveckling. Det skulle vara av intresse att studera vilken information föräldrar får gällande barns språkutveckling, vad denna information innehåller och vad anser föräldrarna om informationen de får från barnhälsovården. Det skulle även vara av intresse att undersöka om BHV-sjuksköterskor i en annan del av Sverige har samma erfarenheter av att arbeta med barns språkutveckling.

REFERENSER

- Barnkonventionen. (1989): Hämtad 21 december, 2016, från [https://unicef.se/rapporter-och-publikationer barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf](https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf)
- Boerma, T., Chiat, S., Lesserman, P., Tommermeister, M., Wijnen, F. & Blom, E. (2015). A Quasi-Universal Nonword Repetition Task as a Diagnostic Tool for Bilingual Children Learning Dutch as a Second Language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1747-1760. doi:10.1044/2015_JSLHR-L15-0058
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruce, B. (2011, 15 december). Kommunikativ utveckling; språkstörningar hos barn. *Rikshandboken barnhälsovård*. Hämtad 21 maj, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Kommunikativ-utveckling/Sprak-och-talbesvar-hos-forskolebarn-och-skolbarn/>
- Bruce, B., Kornfält, R., Radeborg, K., Hansson, K. & Nettelbladt, U. (2003). Identifying children at risk for language impairment: screening of communication at 18 months. *Acta Paediatrica*, 92, 1090-1095. doi:10.1080/08035250310004414
- Chiant, S. & Roy, P. (2008). Early phonological and sociocognitive skills as predictors of later language and social communication outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:6, 365-645. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01881.x
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod; från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dispaldro, M. (2014). Non-word repetition: The relationship between weak syllables and the omission of grammatical morphemes in children with specific language impairment. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 28 (12), 895-911. doi:10.3109/02699206.2014.923940
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad från [http://www.distriktsskoterska.com/ kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor.pdf](http://www.distriktsskoterska.com/kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor.pdf)
- Eklöf, N., Hupli, M. & Leino-Kilip, H. (2014). Nurse's perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public health Nursing*, 32 (2), 143-150.
- Faulkner, A. (1998). *Det professionella samtalet: Om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Fioretos, I., Gustafsson, K. & Nordström, E. (2014). Kommunikation med stöd av tolk. I M. Söderbäck (Red.), *Kommunikation med barn och unga i vården* (s. 201-213). Stockholm: Liber AB.

- Flax, J. F., Realpe-Bonilla, T., Roesler, C., Choudhury, N. & Benasich, A. (2009). Using early standardized language measures to predict later language and early reading outcomes in children at high risk for language-learning impairments. *Journal of Learning Disabilities*, 42, 61-75.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga Begrepp i teori och praktik* (s. 321-332). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fricke, S., Bowyer-Crane, C., Haley, A.J., Hulme, C. & Snowling, M.J. (2013). Efficacy of language intervention in the early year. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 280-590. doi:10.1111/jcpp.12010
- Fäldt, A. (2015a, 17 december). Preventivt språkligt arbete. *Rikshandboken Barnhälsovård*. Hämtat 4 april, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Kommunikativ-utveckling/Preventivt-sprakligt-arbete/>
- Fäldt, A. (2015b, 17 december). Språkbedömning och screening. *Rikshandboken Barnhälsovård*. Hämtat 3 januari, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-barns-utveckling/Sprakbedomning-och--screening/>
- 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
- Henricson & Billhult (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod; från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hwang, P. & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ivarsson, K. (2015). *Möten i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Jerdén, L. (2012). Empowerment som grund. I A. Hertting & M. Kristenson (Red.), *Hälsofrämjande möten: Från Barnhälsovård till palliativ vård* (s. 57-69). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansson, A-K. (2013). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande* (2:a uppl., s. 377-396). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Köhler, M. & Reuter, A. (2012). Hälsöfrämjande möte på barnavårdcentralen. I A. Hertting & M. Kristenson (Red.), *Hälsofrämjande möten: Från Barnhälsovård till palliativ vård* (s. 105-115). Lund: Studentlitteratur AB.

- Lannér, A. (2014, 5 september). Viktiga strategier i BHV arbetet. *Rikshandboken barnhälsovård*. Hämtat 10 mars, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovarsprogrammet-aldrar/Viktiga-strategier-i-BVC-arbetet/>
- Lannér Swensson, A. (2010, 1 oktober). Psykisk hälsa. *Rikshandboken barnhälsovård*. Hämtad 24 maj, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Relationer-och-samspel/>
- Lavesson, A. (2012). Språkscreening i fyraårsåldern: Nonordsrepetition som klinisk markör. Masterarbete i logopedi, Lunds Universitet.
- Lavesson, A. (2014). *Språkscreening vid 4 år: konstruktion och normering av ett nytt screeningstest*. [PowerPoint-presentation]. Hämtad 30 december, 2016, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Barnhalsovarsdagarna%20Umea/Spr%C3%A5kfyran,%20konstruktion%20och%20normering%20av%20ett%20nytt%20screeningstest.%20Ann%20Lavesson.pdf>
- Lundberg, M. (2014). *Hitta språket!* [Film]. Sverige: Svenska Barnprogram AB.
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (Red.). (2016). *Barnhälsovård: att främja barn hälsa* (6:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Miniscalco, C. & Gillberg, C. (2009). Non-word repetition in young school-age children with language impairment and/or neuropsychiatric disorder. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1145-1154. doi:10.1016/j.ridd.2009.03.002
- Miniscalco Matttson, C., Mårilid, S. & Pehrsson, NG. (2001). Evaluation of language-screening program for 2.5-year-olds at Child Health Centers in Sweden. *Acta Paediatr, 90*, 339-344.
- Miniscalco, C., Nygren, G., Hagberg, G., Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2006). Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Developmental Medicine & Child Neurology, 48*, 361-366.
- Nationella nätverk för barnhälsovårdsamordnare/vårdutvecklare i Sverige. (2015). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV)*. Hämtad från [http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20m%c3%a5lbeskrivningar/Nationell%20m%c3%a5lbeskrivning%20f%c3%b6r%20sjuksk%c3%b6tersketj%c3%a4nstg%c3%b6ring%20inom%20barnh%c3%a4lsov%c3%a5rden%20\(bhv\).pdf](http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20m%c3%a5lbeskrivningar/Nationell%20m%c3%a5lbeskrivning%20f%c3%b6r%20sjuksk%c3%b6tersketj%c3%a4nstg%c3%b6ring%20inom%20barnh%c3%a4lsov%c3%a5rden%20(bhv).pdf)
- Nayeb, L. (2016). Flerspråkiga barn. I M. Magnusson, M. Blennow, E. Hagelin & C. Sundelin (Red.), *Barnhälsovård: att främja barns hälsa* (6:e uppl., s. 72-78). Stockholm: Liber AB.

- Nayeb, L., Wallby, T., Westerlund, M., Salameh, E-K. & Sarkadi, A. (2015). Child healthcare nurses believe that bilingual children show slower language development, simplify screening procedures and delay referrals. *Acta Paediatrica*, 104, 198-205.
- Oakley, A. (1994). Giving support in pregnancy: the role of research midwives in randomized controlled trial. I Robinson, S. & Thomson, AM (Red.), *Midwives, research and childbirth*, (s.30-63). London: Chapman & Hall.
- Piaget, J. (2013). *Barnets själsliga utveckling* (3 Uppl.). Stockholm: Nordstedts.
- Radeborg, K., Barthelom, E., Sjöberg, M. & Sahlén, B. (2006). A Swedish non-word repetition test for preschool children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 187-192.
- Sandberg, E., Larsson, A-K. & Miniscalco, C. (2016). Språkscreening vid 2,5 års ålder på barnavårdcentralen: en metodbeskrivning. *Rikshandboken barnhälsovård: Regionala tillägg för Västra Götalandsregionen*. Hämtad 5 mars, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Regional%20I%20c3%a4nk%20Region%20V%20c3%a4stra%20G%20c3%b6taland/Manual%20Spr%20c3%a5kscreening%2025%20c3%a5rs%20c3%a5lder%20juni%202016.pdf>
- Salameh, E-K., Nettelbladt, U. & Gullberg, B. (2002). Risk factors for language impairment in Swedish bilingual and monolingual children relative to severity. *Acta Paediatrica*, 91, 1379-1384.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 20 december, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 30 december, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Stanton-Chapman, T.L., Chapman, D. A., Bainbride, N. L. & Scott, K. G. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 390-405.
- Stoltz, P., Pilhammar Andersson, E., & Willman, A. (2007). Support in nursing – An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1478-1489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.014
- Socialstyrelsen. (2014a). *Nationella screeningsprogram: Modell för bedömning, införande och uppföljning* (Artikelnr 2014-2-16). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19360/2014-2-16.pdf>

- Socialstyrelsen. (2014b). *Vägledning för barnhälsovården* (Artikelnr 2014-4-4). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Vägledning för elevhälsan* (Artikelnr 2016-11-4). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20394/2016-11-4.pdf>
- Thorstensson, S. & Ekström, M. (2014). To be Supportive or to Care For. *Journal of Nursing and Care*, 3, 1-2. doi:10.4172/2167-1168.1000e144
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. hämtat 30 december, 2016 Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Westerlund, M. (2016). Språk och tal: stimulans och tidig identifiering av avvikelser. I M. Magnusson, M. Blennow, E. Hagelin & C. Sundelin (Red.), *Barnhälsovård: att främja barns hälsa* (6:e uppl., 59-71). Stockholm: Liber AB.
- Westerlund, M., Bergqvist, L., Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2002). Comorbidity in children with severe developmental language disability. *Acta Paediatr*, 91, 529-534.

Till verksamhetschef

Ansökan om tillstånd att inhämta data för en intervjustudie inom barnhälsovården i primärvården

Undertecknad är distriktssköterskestudent vid högskolan i Skövde och studien kommer genomföras under våren 2017 och resultera i ett examensarbete på avancerad nivå.

Bakgrund

I Skaraborg används ett språkscreeningsverktyg som framtagits speciellt för att användas vid fyraårsbesöket på BVC. Det ser olika ut runt om i landet om det görs en generell språkscreening av fyraåringar eller inte. Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska det göras en språkbedömning och vid behov en screening. Vid fyra år befinner sig barn i en utvecklingsfas av språket som möjliggör goda förutsättningar att främja språkutvecklingen med enkla hjälpmedel. En förutsättning för att kunna ge extra stöd som behövs är att dessa barn upptäcks.

Syfte och nytta

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med screeningsverktyget språkfyran. Nyttan med studien är att bidra med kunskaper för att främja språkutveckling hos fyraåringar.

Härmed ansöks om tillstånd att genomföra en intervjustudie med BHV-sjuksköterskor som har erfarenhet av barnhälsovård och minst ett års erfarenhet av att använda screeningsverktyget språkfyran. När tillstånd har erhållits tillfrågas BHV-sjuksköterskor om deltagande i studien. Skriftlig information om studiens syfte och genomförande kommer att skickas till berörda BHV-sjuksköterskor via e-post. Därefter kontaktas BHV-sjuksköterskorna via telefon där muntligt samtycke till studien inhämtas och överenskommelse om tid och plats för intervjun görs. Vid intervjutillfället kommer ett samtycke om deltagandet att skrivas under. Intervjuerna beräknas ta mellan 20-50 minuter och spelas in på iPhone. Datamaterialet kommer att behandlas konfidentiellt och när resultatet av studien publiceras kommer ingen att kunna identifiera vilka kommuner eller vilka BHV-sjuksköterskor som ingår i studien. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att någon orsak behöver anges. Intervjuerna är planerade att genomföras under vecka 5, 6 och 7.

Har ni några frågor eller undrar över något, hör gärna av er!

Helena Karlsson
Telefon: XXXX
E-post: XXXX

Handledare för studien:
Monika Sahlsten
Universitetslektor Högskolan i Skövde
Fil. Dr. Leg. Sjuksköterska

Tillstånd att inhämta data för en intervjustudie inom barnhälsovården i primärvården.

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data för en intervjustudie under vecka 5 - 7.
Tacksam för svar senast: 2017-02-14.

Tillstånd att inhämta data för en intervjustudie tillstyrks:

Underskrift:

Ort/datum:.....

Information till BHV-sjuksköterskor

Förfrågan om deltagande i vetenskaplig studie som undersöker BHV-sjuksköterskors erfarenhet av att använda screeningsverktyget språkfyran

Undertecknad är distriktssköterskestudent högskolan Skövde som under min VFU inom barnhälsovården fick ett intresse för barnspråksutveckling. Studien kommer att genomföras våren 2017 och resultera i ett examensarbete på avancerad nivå.

Bakgrund

I Skaraborg används ett språkscreeningsverktyg som framtagits speciellt för att användas vid fyraårshälsobesök på BVC. Det ser olika ut runt om i landet om det görs en generell språkscreening av fyraåringar eller inte. Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska det göras en språkbedömning och vid behov en screening. Vid fyra år befinner sig barn i en utvecklingsfas av språket som möjliggör goda förutsättningar att främja språkutvecklingen med enkla hjälpmedel. En förutsättning för att kunna ge detta extra stöd som behövs är att dessa barn upptäcks.

Syfte och nytta

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med screeningsverktyget språkfyran. Nyttan med studien är att bidra med kunskaper för att främja språkutveckling hos fyraåringar.

Studiens genomförande och hantering av data

En individuell intervju kommer att genomföras på arbetsplatsen i ett enskilt ostört rum. Endast undertecknad kommer att närvara vid intervjun. Vi kommer endast träffas vid ett tillfälle och intervjun beräknas ta mellan 30-50 minuter. Intervjun kommer att bestå av 4 öppna frågor att fritt berätta utifrån. Intervjun kommer att spelas in på iPhone och skrivs ut ordagrant för att kunna analysera texten vetenskapligt. Datamaterialet som inhämtas kommer att behandlas konfidentiellt och hanteras enbart av undertecknad så att inga obehöriga tar del av textmaterialet. Intervjuerna planeras vecka 5-7. Studien kommer att publiceras.

Frivillighet

Ditt deltagande är självfallet frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet utan någon förklaring.

Har ni några frågor eller undrar över något, hör gärna av er!

Helena Karlsson

Telefon: XXX

E-post: XXX

Handledare för studien:

Monika Sahlsten

Universitetslektor Högskolan Skövde

Fil. Dr. Leg. Sjuksköterska

Skriftligt samtycke att delta i studie

Jag har tagit del av den skriftliga informationen och ger mitt samtycke till att delta i studien. Jag är införstådd med att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst har möjlighet att avbryta utan att någon orsak behöver anges.

Underskrift:

Ort/datum:

Telefon:

E-post: