Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

BHV-SKöTERSKORS ERFARENHETER AV PARTNERSAMTAL

En kvalitativ intervjustudie

CHILD HEALTH NURSES EXPERIENCES OF PARTNER CONVERSATION

Qualitative interview study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2020

Författare: Jaqueline Fabricius
Anna Svensson

SAMMANFATTNING

Titel:	BHV-sköterskors erfarenheter av partnersamtal
Författare:	Fabricius, Jaqueline; Svensson, Anna
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM806A
Handledare:	Larsson, Margaretha
Examinator:	Rosendahl, Sirpa
Sidor:	29
Nyckelord:	BHV-sköterskor, barnavårdscentral, partnersamtal, stöd, utbildning

---

Bakgrund: Genom att arbeta mer familjecentrerat skapas relationer till familjer och vården kan på så sätt ge en vård av högre kvalitet. Ett samtal även med fäder behövs för att få en bättre syn på hela familjesituationen. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva BHV-sköterskors erfarenheter av att genomföra enskilda partnersamtal inom Barnhälsovården. **Metod:** Kvalitativ metod med induktiv ansats användes i studien. **Resultat:** Analysen resulterade i fem kategorier: *Att skapa förtroende i en relation, stöd i föräldraskapet, hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal, underlag för samtal och kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal.* I resultatet framkom att BHV-sköterskor upplever att de enskilda partnersamtalen bidragit till en bättre helhetssyn på familjesituationen och en djupare kontakt med fäder. **Konklusion:** Att fäder känner förtroende för BHV-sköterskorna var viktigt och att BHV-sköterskorna stöttar fäder i att vara delaktiga för att skapa en god relation mellan fäder och barn. Hur BHV-sköterskorna erbjuder de enskilda partnersamtalet är viktigt då det kan påverka om fäder väljer att delta eller inte. För att de enskilda partnersamtalen ska bli så bra som möjligt är det viktigt att BHV-sköterskor fått den utbildning som behövs och mer utbildning inom samtalsmetodik var önskvärt.

ABSTRACT

Title:	Child health nurses experiences of partner conversation
Author:	Fabricius, Jaqueline; Svensson, Anna
Department:	School of Health and Education, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS ECTS
Supervisor:	Larsson, Margaretha
Examiner:	Rosendahl, Sirpa
Pages:	29
Keywords:	Child health nurse, child health care centre, parental conversation, support, education

---

Background: By working more family-centered, relationships are created with families and care can thus provide higher quality care. An individual parental conversation even with the father is needed to see the whole family in a better way. **Objective:** The aim of the study is to describe the experiences of Child health nurses in conducting individual parental conversations in the Child Health Care Centre. **Method:** Qualitative method with inductive approach was used in the study. **Results:** The analysis resulted in five categories: *Creating trust in a relationship, support in parenting, how child health nurses invite to individual parental calls, support for conversations and knowledge and support in the work with individual parental calls.* The results showed that child health nurses felt that the individual parental calls contributed to a better overall view of the family situation and a deeper contact with the father. **Conclusion:** That fathers feel confidence with the child health nurse was important and that child health nurses support fathers in being involved in creating a good relationship between fathers and children. How the Child Health Nurses invited the individual parental conversations is important as it can affect whether fathers choose to participate or not. For the individual parental conversations to be as good as possible, it is important that child health nurses receive the training needed and more training in conversation methodology was desirable.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Föräldraskap 1
Förlossningsdepression och nyblivna fäders hälsa 2
Jämställdhet 2
Barnhälsovården 3
Distriktsköterskans uppdrag 3
Att ge stöd till nyblivna föräldrar 4
Att ge stöd genom partnersamtal 5
Familjecentrerad vård 5
PROBLEMFORMULERING 6
SYFTE 6
METOD 7
Urval 7
Datainsamling 8
Analys 8
Etiska överväganden 9
RESULTAT 11
Att skapa förtroende i en relation 11
Stöd i föräldraskapet 12
Hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal 13
Underlag för samtal 14
Kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal 15
Resultatsammanfattning 16
DISKUSSION 17
Metoddiskussion 17
Resultatdiskussion 19
Konklusion 21
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet 22
REFERENSER 23

BILAGOR

1. Brev till verksamhetschef

2. Brev till deltagare

3. Intervjuguide

INLEDNING

Som distriktssköterska är ett kompetensområde att arbeta på en barnhälsovård central (BHV) (Swenurse, 2019). En stor del av arbetet på BHV är att stötta och hjälpa föräldrar i deras föräldraskap. BHV-sköterskor träffar dagligen familjer med olika stort behov av stöttning. Barnhälsovården har sedan lång tid tillbaka haft enskilda samtal med mödrar där de screenat för nedstämdhet efter förlossning. Fäder har länge känt att information och stöd inte varit riktat till fäder trots att behovet funnits (Ruffel et al., 2019). Det enskilda partnersamtalet beslutades vid den nationella barnhälsovårdskonferensen år 2017 att det skulle införas. Detta har sedan arbetats fram av arbetsgrupper inom barnhälsovården för att sedan starta år 2019 (Rikshandboken för barnhälsovård, 2019). I studien kommer BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal att undersökas.

BAKGRUND

Föräldraskap

För att ett barn ska utvecklas och för att främja barns hälsa är föräldrar väsentliga. Det övergripliga ansvaret för barnet har föräldrar och det är de som ska se till att barnets förhållanden är goda och att deras behov blir tillfredsställda (Socialdepartementet, 2018). Positivt föräldraskap handlar om att ha en hållbar relation mellan föräldrar och barn. Ett positivt föräldraskap minskar risken för att barnet mår dåligt. Föräldrar måste hela tiden sträva efter att uppfylla målen för ett positivt föräldraskap och för att tillgodose barnets behov. När föräldrar inte kan tillgodose sitt barns behov, kan detta leda till både psykisk och fysisk ohälsa hos barnet. När barnets behov inte tillgodoses eller om barnet misshandlas leder det till ökad risk för att barnet senare hamnar i kriminalitet eller blir utsatt för övergrepp (Seay et al., 2014).

Sarkadi et al. (2008) skriver i sin artikel att om fäder är engagerade och involverade i barnet bidrar detta till en rad positiva effekter. Fäders engagemang åstadkommer minskad risk för barnet att drabbas av beteendeproblem hos pojkar och psykologiska problem hos unga flickor. Fäders aktiva närvaro bidrar också till att den kognitiva förmågan hos barnet förbättras.För att fäder skulle kunna anpassa sig till sin nya roll som förälder var det viktigt att de fick stöd från BHV-sköterskorna. Att fäder fick råd om hur de skulle stödja mödrar var också betydelsefullt för fäder (Hrybanova et al., 2019). Sarkadi et al. (2008) beskriver hur professionella personer som jobbar med små barn och deras familjer rekommenderar att fäder ska uppmuntras till att vara aktiva i föräldraskapet redan från det att barnet är nyfött. Strategier för att uppmuntra fäder till ett aktivt föräldraskap kan vara att tänka på att bjuda in fäder vid hälsobesöken för barnet och att samtalet sker med både mödrar och fäder vid besöket.

Förlossningsdepression och nyblivna fäders hälsa

Som nybliven förälder påverkas såväl fadern som modern psykiskt. Föräldrar får en ökad känslomässig sårbarhet vilket är positivt då det kan leda till ökad mottaglighet för barnets kommunikation (Wells et al., 2017). Det kan också vara negativt då risken för ångest och depression ökar (Wells, 2016). Att drabbas av en depression innebär att som nybliven förälder må dåligt under en längre period. Förlossningsdepressionen kan drabba föräldrar efter förlossningen och kan vara under några veckor upp till ett år (Bevan et al., 2013). Genom att få hjälp och information om hur stress kan hanteras, kan det hjälpa föräldrar och förhindra att en depression uppkommer (Anding et al., 2016).

När modern hamnar i en förlossningsdepression efter barnets födelse kan detta upplevas kaotiskt för fadern särskilt när modern blir förändrad i sin personlighet. Förändrad personlighet hos modern kan vara svårt att förstå när fadern inte har någon kunskap om det sedan tidigare. Det är även jobbigt att inte veta hur lång tid det tar innan modern blir som vanligt igen. Vidare framkommer det att fäder beskriver att det skulle vara bra att få kunskap om förlossningsdepression och att få information om att detta kan uppkomma hos modern. Om mödrar drabbas av förlossningsdepression är det viktigt att modern får vara med sitt barn för att bevara bandet mellan moder och barnet under moderns depression. (Marrs et al., 2014).

Fäder upplever det svårt att upprätthålla familjen när mödrar drabbas av förlossningsdepression. Om förlossningsdepressionen pågick under en längre period och fäder inte kunde besöka modern ledde detta till en starkare oro hos fadern. De hade förmågan att känna av vilket typ av stöd som mödrarna behövde när de var sjuka, till exempel att ta hand om barnet om modern behövde vila eller behövde tid tillsammans med sin partner utan barnet. Många fäder kände att deras partner förlitade sig på deras stöd. Detta förtroende kunde både stärka och vara ansträngt för relationen (Marrs et al., 2014). En period av nedstämdhet hos fadern påverkar hela familjen, parförhållandet kan bli lidande och barnet kan påverkas på både kort och lång sikt (Socialstyrelsen, 2014). Även fäder riskerar att drabbas av psykiska hälsoproblem när de blir föräldrar och även under kvinnans graviditet (Wong et al., 2016). Detta styrker även Giallo et al. (2012) som skriver att även fäder kan uppleva psykisk ohälsa under den tidiga föräldraperioden efter barnets födelse. Hur fadern mår under graviditeten och precis efter förlossningen har också visat sig påverka barnets känslomässiga och beteendemässiga utveckling (Wong et al., 2016). Vidare skriver Suto et al. (2017) att fäders välmående också påverkar modern. Fäders mentala hälsa är betydelsefull för hur hela familjen fungerar efter barnafödandet, parets relation samt hur barnet utvecklas. Eddy et al. (2019) beskriver att många fäder inte visste om att förlossningsdepression kunde drabba även fäder. Känslor av förvirring, utmattning, hjälplöshet, ensamhet och att vara fångad var det många av fäder som upplevde.

Jämställdhet

Jämställdhet betyder att ha samma rättigheter, ansvar och möjligheter inom alla väsentliga områden i livet (Nationalencyklopedin 2019). Försäkringskassan (2019) skriver på sin hemsida att föräldraförsäkringen har existerat sedan 45 år tillbaka. Det var år 1974 som föräldraförsäkringen infördes och det var då som föräldrar för första gången fick ersättning för att vara hemma med sina barn. Att dela mer lika på föräldrapenningen kan föräldrar tjäna på i flera avseenden. Fäder i de familjer där de delar mer jämlikt på föräldrapenningen får

bättre kontakt med sina barn när de blir äldre. Den som är föräldraledig tar också ett större ansvar över hushållsarbetet och omsorgen i hemmet. Utvecklingen mot en mer jämställd fördelning av föräldrapenningen går långsamt. Genom åren har regeringen gjort olika ändringar för att fördelningen av föräldrapenningen ska få fler att dela på ansvaret. År 1995 infördes det att en månad var i föräldraledigheten reserveras till vardera föräldern. Från år 2002 reserveras två månader till varje förälder och från och med år 2016 är tre månader bundna till vardera föräldern (SFS 2010:110). Ett av de övergripande mål som riksdagen har beslutat för att främja jämställdhetspolitiken är att män och kvinnor ska ha samma möjlighet att forma samhället och sina egna liv (Regeringskansliet, 2016).

Barnhälsovården

Enligt Socialstyrelsen (2014) är barnhälsovårdens mål att förebygga ohälsa och identifiera risker i barnets hälsa, utveckling och uppväxt. För att detta skall fungera på ett bra sätt krävs det att barnhälsovården arbetar med att erbjuda hjälp och insatser till alla barn och deras föräldrar. Barnhälsovårdens verksamhet erbjuder alla barn och familjer kostnadsfri vård upp till att barnet börjar förskoleklass. De arbetar för att bidra till en bra fysisk, social och psykisk hälsa för barn. Detta görs genom att främja barns hälsa och deras utveckling. Genom att tidigt identifiera problem och initiera åtgärder i barnets hälsa, förebygger de ohälsa (Socialstyrelsen, 2014).

Alla barn som går till BHV erbjuds undersökningar efter det nationella barnhälsovårds programmets basprogram. Det är hälsoundersökningar där barnets färdigheter kontrolleras vid olika åldrar. Vid hälsoundersökningarna görs en bedömning av tillväxt, utveckling, hörsel, tal, syn och en kroppslig undersökning. Om det finns behov av ytterligare undersökningar finns det ett mer ingående program för dessa barn och familjer (Magnusson et al., 2016). Barnhälsovården och vården kring det nyfödda barnet och dess familj har mer fokus på mödrar. Detta håller på att förändras men fäder upplever än idag att de är exkluderade i vården kring det nyfödda barnet där fokus ligger på barn och moder. Det visar sig i studier att fäders roll är viktig för både moderns och barnets hälsa, genom att inte involvera fäder i vården kan relationen till barnet påverkas negativt (Ruffel et al., 2019). Wells et al. (2017) skriver att med tanke på det fokus som läggs på mödrar är det är viktigt att BHV-sköterskorna gör fäder medvetna och ger information om att även de kan må dåligt efter att barnet kommit. I vägledningen för barnhälsovård står det att barnhälsovården idag har en mer hälsofrämjande och förebyggande uppgift jämfört med tidigare. En av barnhälsovårdens viktigaste uppgifter är att främja hälsosamma relationer i familjen. Barnhälsovården skall stödja föräldrar, ingå ett partnerskap med föräldrarna samt öka deras delaktighet och tilltro till deras egen förmåga (Socialstyrelsen, 2014). För att arbeta på BHV krävs en specialistsjuksköterskeutbildning inriktning barn och unga eller en distriktssköterskeutbildning. Utöver denna utbildning ska sjuksköterskan vara väl informerad och jobba efter det nationella barnhälsovårds programmet (Socialstyrelsen, 2014).

Distriktsköterskans uppdrag

Distriktssköterskor har jämfört med sjuksköterskor ett fördjupat ansvar att leda och utveckla vården oavsett huvudman. Distriktsköterskor är verksamma inom många olika verksamheter bland annat vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård, barnhälsovård och elevhälsa. På

grund av det breda verksamhetsområdet krävs mycket och bred kunskap inom många olika områden. Distriktssköterskors arbete grundar sig i ett hälsofrämjande förhållningssätt. I kompetensen för distriktssköterskor ingår det att ha goda kunskaper inom omvårdnad, medicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap och vårdpedagogik. I distriktssköterskors uppdrag ingår det bland annat att ha kunskap och kunna identifiera förmågor hos familjer, lyssna på patientberättelsen och utifrån detta ha ett hälsofrämjande förhållningssätt. Distriktsköterskor skall även ha kunskap om hur psykosociala förhållanden påverkar hälsan och kunna agera efter det (Swenurse, 2019). Hälsofrämjande förhållningssätt utgår ifrån en holistisk människosyn där vården riktar in sig på att förstå personens livsvärld och hur den upplever situationen, istället för att ha fokus på sjukdom. Genom att använda ett hälsofrämjande förhållningssätt stöds personens tilltro att kunna hantera situationen och ta kontroll över hälsoutvecklingen. Detta genom att vårdaren försöker få ett partnerskap i relationen med vårdtagaren (Swenurse, 2017). Berg och Sarvimäki (2003) skriver i sin artikel att för ett hälsofrämjande förhållningssätt skall uppnås av vårdpersonal krävs det att de har en grundläggande positiv och respektfull attityd. Vårdpersonal bör se människan som en helhet där såväl fysisk, psykisk, social och andlig dimension spelar roll.

Distriktsköterskor på en barnhälsovårds central skall erbjuda alla barn och deras föräldrar stöd i föräldraskapet så att det blir gynnsamt för barnets utveckling. Det skall även erbjudas hjälp till barn och deras föräldrar om de har nedsatt hälsa eller risk för att drabbas av ohälsa (Socialstyrelsen, 2014).

Att ge stöd till nyblivna föräldrar

Professionellt stöd innebär enligt Thorstensson (2012) att stödet kan ses utifrån olika perspektiv där praktisk och informativt stöd ingår i BHV-sköterskornas roll. Stödet kan även inkludera ett känslomässigt stöd och Thorstensson (2012) påtalar att det är angeläget att anpassa det professionella stödet utefter vad föräldrarna behöver. Hur vårdpersonal visar sin attityd till föräldrar är också av viktig betydelse då detta påverkar hur föräldrar upplever föräldrastödet. Vilken attityd vårdpersonal har, grundar sig på deras egna känslor och vad de har för kunskap sedan tidigare. Det framkommer också att det är viktigt att fäder får vara involverade när vårdpersonal ställer frågor och att inte stödet bara riktas till modern. Fäder menar på att det är svårt att ge stöd till sin kvinna om de inte själva får stöd i sin roll.

Föräldrar har rätt att få stöd i sitt föräldraskap (Socialstyrelsen, 2014). Socialdepartementet (2013) har en strategi där de skriver att genom en inriktning på ett förebyggande stöd för föräldrar leder det i sin tur till att barns positiva utveckling främjas och skyddar barnet mot eländen. Alla familjer ser olika ut, har olika förutsättningar och är i olika stort behov av stöd (Socialstyrelsen, 2014). Det är viktigt att stärka föräldrar i deras föräldraroll genom att ge stöd och hjälp från samhällets sida. Det är också viktigt att stödet bygger på forskning och tidigare erfarenheter och att det finns tillgängligt för föräldrar under hela den tid som barnet växer upp. Det stöd och hjälp som föräldrar behöver kan förändras under tiden beroende på hur gammalt barnet är och beroende på barnets mognad. För att ge ett bra stöd till föräldrar, måste stödet anpassas efter föräldrars kunskaper, problem och egna önskningar. Genom att ge föräldrar stöd och hjälp under barnets uppväxttid kan detta förebygga framtida problem, både hälsorelaterade och samhälleliga problem hos barnen (Socialdepartementet, 2013).

Wells et al. (2017) skriver i sin artikel att vårdpersonal i barnhälsovården jobbar mer jämställt och har kunskap om faderns betydelse för både kvinnan och barnet samt att även

fadern kan ha ett behov av stöd. Det finns familjer som upplever att informationen efter barnets födelse var mer riktad till mödrar och inte till fäder på samma sätt (Premberg et al., 2008). Vidare skriver även Henshaw et al. (2018) att fäder upplever svårigheter i var de kan hitta information och var de kan få stöd. Genom att veta vart information kan sökas och vart de kan vända sig när de behöver stöd ger en ökad känsla av kontroll över situationen. Mödrar beskriver även att de önskar att deras partner får mer stöd i föräldraskapet då mödrars upplevelse är att de lättare kan få stöd om deras partner mår bra (Wells et al., 2017).

Att ge stöd genom partnersamtal

En viktig del av en bra relation i vården är samtalet. Samtalet kan vara alldagligt och samtalet kan ske på ett vårdande sätt. Ett vårdande samtal är inte alltid lätt att uppnå och kräver ett partnerskap där både vårdaren och patienten bidrar. Dock är det alltid vårdarens ansvar att samtalet blir vårdande. Det är lätt att vårdpersonal talar *till* patienten istället för *med* patienten (Dahlberg & Segesten, 2011).

År 2017 togs beslut om att införa ett enskilt föräldrasamtal för partnern i basprogrammet för barnhälsovård som sedan började genomföras år 2019 (Rikshandboken för barnhälsovård, 2018). Många fäder vill vara involverade i sina barns uppväxt och det har visat sig vara positivt för hela familjen om partnern känner sig delaktig. Dock är upplevelsen att information och stöd ofta riktas till mödrar och utesluter fäder och deras behov som föräldrar (WHO, 2007). Enligt basprogrammet för barnhälsovård erbjuds föräldrar ett hembesök av en BHV-sköterska när barnet är 1–3 veckor där önskemålet är att båda föräldrar närvarar, detta för att tidigt skapa en relation till föräldrar och få en bild av familjen i deras hemmiljö. Mödrar har sedan länge erbjudits enskilt föräldrasamtal 6–8 veckor efter barnets födelse, samtidigt screenas då modern även för nedstämdhet efter förlossning. Partnern bjuds in till ett enskilt partnersamtal 3–5 månader efter barnets födelse (Socialstyrelsen, 2014). Det enskilda föräldrasamtalet sker utifrån en samtalsguide framtaget av nationella barnhälsovården. Samtliga BHV-sköterskor får erbjudande om att delta i utbildning i det enskilda föräldrasamtalet. Denna utbildning har i Västra Götaland varit på en dag där fokus har legat på samtalsguiden. Samtalsguiden är uppbyggt som ett pussel där frågorna skall utgå ifrån barnet, familjen, att vara förälder, frågor om sig själv och hur de mår. På baksidan av samtalsguiden finns följdfrågor att ställa om BHV-sköterskorna vill ha stöd under samtalets gång. Exempel på frågor kan vara ”hur stöttar ni varandra som föräldrar” eller ”har ditt mående förändrats sedan du blev förälder” (Rikshandboken för barnhälsovård, 2019). Om partnern uppvisar tecken på psykisk ohälsa går BHV-sköterskorna vidare och erbjuder hjälp av psykolog, läkare eller socialtjänst (Socialstyrelsen, 2014). I en studie gjord av (Ståhl et al., 2020) visar det att det är viktigt att partnern också får ett samtal för att samtala om deras välmående. Giallo et al. (2012) skriver att det är viktigt att fäder blir erbjudna ett rutinmässigt besök i barnhälsovården där en bedömning av deras psykiska mående kan göras.

Familjecentrerad vård

Familjecentrerad vård innebär att koncentrera sig på hela familjens betydelse för upplevelse av ohälsa och sjukdom och inte enbart på individen. Om en familjemedlem drabbas av sjukdom påverkar det de andra i familjen också (Benzein et al., 2012) Familjen har stor betydelse för barnet och är den som är barnet närmast. Mikkelsen och Frederikesen (2011) skriver i sin artikel om vikten av ett bra förhållande mellan föräldrar och vårdpersonal. Det krävs ett partnerskap i relationen mellan vårdpersonal och föräldrar för att den ska bli så bra

som möjligt. Det är viktigt att både vårdpersonal och föräldrar tillsammans har ett ansvar för information, beslutsfattande och skötsel kring barnet. Med tanke på alla familjers olika förutsättningar är det viktigt att vårdpersonal hittar både familjens svagheter men också styrkor för att kunna hjälpa på bästa sätt. Patientlagen (SFS 2014: 821) föreskriver att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde. Patienten skall få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalité, vetenskaplig och enligt beprövad erfarenhet. Shields et al. (2006) skriver att föräldrar ofta känner ett större behov av information än vad de får från sjukvården och att de då vänder sig till andra föräldrar istället för till vårdpersonal. Genom att arbeta på ett familjecentrerat sätt skapas relationer till familjer och vården kan på så sätt ge en vård av högre kvalité. För att denna typ av vård ska kunna skapas krävs det att vårdpersonal har ett respektfullt beteende, samarbetar med familjen och andra vårdinrättningar och ger möjlighet för föräldrar att vara delaktiga i besluten kring barnet (Harrison, 2010).

Förebyggande vård är positivt och hjälper till att förebygga ohälsa. Genom att involvera och uppmärksamma föräldrar och ge de det stöd de behöver minskar risken för ohälsa hos föräldrar, vilket i sin tur leder till bättre uppväxtvillkor för barnen. Förebyggande insatser där föräldrar uppmärksammas kan leda till bättre kommunikation och mer känslomässig närhet hos föräldrar. För att detta ska fungera bra krävs det att föräldrar får verktyg i hur de ska hantera vardagen och känslomässigt stöd vilket kan minska konflikterna i relationen (Pilkington et al., 2015).

PROBLEMFORMULERING

Föräldraskap idag håller på att förändras till att bli mer jämställt. Som nyblivna föräldrar finns en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Detta har sedan länge varit ett känt problem hos mödrar och fokus hos BHV-sköterskorna har även varit på mödrar. Studier visar på att fäder också har en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa i samband med barnets födelse trots det är fäders upplevelse att de exkluderas i vården kring det nyfödda barnet. Enskilt partnersamtal med mödrar ingår sedan en lång tid tillbaka i BHV-programmet, från 2019 infördes det även för partnern. I studier har det framkommit att hela familjerelationen förbättrades när relationen mellan BHV-sköterskorna och fäder var bra. En viktig del för en bra relation i vården är samtalet och därför har fokus i denna studie varit att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal. Studien skulle kunna bidra med kunskap och ökad förståelse för vad det enskilda partnersamtalet kan betyda för fäder och deras familj.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva BHV-sköterskors erfarenheter av att genomföra enskilda partnersamtal inom Barnhälsovården.

METOD

I denna studie användes en kvalitativ induktiv ansats då syftet med studien var att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal. Vid en kvalitativ induktiv ansats ställs intervjufrågor med öppenhet och inte utifrån en bestämd teori om hur det är vilket passade bra för att besvara studiens syfte. Datainsamlingen genomfördes genom intervjuer med BHV-sköterskor där de utifrån öppna frågor fick berätta om erfarenheter av enskilda partnersamtal, i enlighet med Danielsons (2012) beskrivning av intervjuer. Datamaterialet analyserades inspirerat av kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Studiens ontologiska och epistemologiska antaganden har en hermeneutisk utgångspunkt. Med det menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017) att forskarna ser på verkligheten som tolkningsbar. Den kunskap som framkommer i studien är subjektiva tolkningar av verkligheten då den beskriver BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal.

Förförståelsen i studien är att båda författarna har barn och män som inte erbjudits partnersamtal inom BHV då detta inte fanns då. Däremot är det ingen av författarna som arbetat inom barnhälsovård utan endast haft verksamhetsförlagd utbildning inom området.

Urval

I denna studie tillfrågades BHV-sköterskor i Västra Götalandsregionen. Inklusionskriterier för att medverka i studien är sjuksköterskor som arbetar inom BHV. Kontakt togs med verksamhetschefer på sex olika vårdcentraler i små till mellanstora kommuner i Västra Götaland. Fyra utav dessa tackade ja till att delta i studien. Därefter skickades skriftlig information ut tillsammans med samtycke till att medverka i studien till de tio BHV-sköterskor som arbetade på dessa barnhälsovårdscentraler. Av de tio tackade åtta ja till att delta i studien. Deltagarna hade varierande åldrar, utbildning och erfarenhet vilket styrker studiens trovärdighet. Bland deltagarna fanns sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeutbildning till distriktsköterskor och barnsjuksköterskor. Presentation av deltagarna finns i tabell 1.

Tabell 1. Studiens deltagare

Informant	Ålder	Utbildning	Erfarenhet som sjuksköterska	Erfarenhet inom BHV
1	51	Distriktsköterska	12 år	3 år
2	40	Barnsjuksköterska	17 år	5 år
3	34	Distriktsköterska	13 år	5 år
4	42	Distriktsköterska	20 år	5 år
5	49	Barnsjuksköterska	28 år	4 år
6	34	Distriktsköterska	10 år	3 år
7	43	Barnsjuksköterska	14 år	4 år
8	40	Barnsjuksköterska	14 år	2 år

Datainsamling

Inför intervjuerna utarbetades en frågeguide där öppna frågor ställdes utifrån studiens syfte. Frågeguiden skickades och diskuterades med handledaren innan intervjustart för att säkerställa att frågorna besvarade studiens syfte. Intervjumaterialet började med en öppen fråga där BHV-sköterskorna fick berätta om sina erfarenheter av enskilda partnersamtal. Därefter ställdes kompletterande frågor för att få ett så brett och innehållsrikt material som möjligt.

Verksamhetschefer på de olika barnhälsovårdsenheterna kontaktades via e-post och gav sitt godkännande för studien. Därefter kontaktades BHV-sköterskorna via e-post och när de svarat att de vill delta bestämdes tid och plats för intervjuer tillsammans. Före intervjustart informerades deltagarna om studiens syfte samt ställdes frågan om de hade läst informationsbrevet som skickats ut. De allra flesta hade läst men de som inte hade läst brevet innan gjorde det på plats innan intervjun påbörjades. Intervjuerna genomfördes under v.11 och v.12. Vid de intervjuer där möjlighet fanns att båda författarna kunde medverka gjordes detta vilket var vid tre intervjuer. Övriga intervjuer delades upp mellan författarna där ena författaren genomförde tre och den andre två. Detta för att flera intervjuer inföll samtidigt. Intervjuerna pågick mellan 20–40 minuter och deltagarna svarade på syftet med studien under denna tid. Intervjuerna spelades in elektroniskt för att sedan skrivas ut ordagrant i text och efter det raderades intervjuerna vilket deltagarna fick information om.

Analys

Datamaterialet analyserades inspirerat av en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). En kvalitativ innehållsanalys tolkar texter där skillnader och likheter tas fram. Dessa likheter och skillnader bildar sedan olika kategorier. När en text tolkas kan det tolkas på olika nivåer, manifest och latent nivå. Tolkning på manifest nivå menas att texter tolkas och beskrivs på ett sätt som är nära den ursprungliga texten. När texter analyseras och tolkas på latent nivå tas hänsyn till textens underliggande budskap. En kvalitativ innehållsanalys är bra på det sättet att metoden kan anpassas både till olika syften, beroende på datamaterialets olika kvaliteter och till författarens kunnighet och vetskap. Desto mer kunnigheter som författaren har och hur bra datamaterialet är, desto mer gediget blir resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Inspelningarna från intervjuerna avlyssnades samtidigt som den utskrivna texten lästes för att få en helhetsbild av intervjuerna. Ur intervjuerna plockades meningsbärande enheter ut, som är kortare meningar med beskrivningar av textinnehållet som besvarade syftet genom att dessa färgmarkerades (Danielson, 2012). Efter att de meningsbärande enheterna färgmarkerats fördes de in i en tabell där en överblick av materialet skapades. I denna tabell fördes även de kondenserade meningsenheterna i enlighet med kvalitativ innehållsanalys, (se tabell 2). Med kondenserade meningsenheter menas att de meningsbärande enheterna kortas ned utan att textinnehållet förloras men texten blir mer lätthanterlig. När de kondenserade meningsenheterna förts in i tabellen diskuterades dessa av författarna tillsammans och olika koder framkom. För att komma fram till koder abstraherades texten vilket menas att texten tas till en högre logisk nivå, en kod på innehållet skapas. En kod är en övergripande etikett på vad meningsenheten står för. Under varje kod grupperades de kondenserade meningsenheter som hade liknande innebörder. Ur dessa grupper skapades

sedan kategorier som i sin tur utgörs av de koder med liknande innebörd inspirerat av kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Vid skapandet av kategorier är det av särskild vikt att innehållet i de olika kategorierna inte passar in i fler kategorier än en. Om analysprocessen följer Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskrivning fullt ut skall även underkategorier skapas vilket var svårt i denna studie då resultatet ansågs gå in i varandra om underkategorier användes. Analysen inspirerades därför av Lundman och Hällgren Graneheim och resulterade i fem kategorier: *Att skapa förtroende i en relation, stöd i föräldraskapet, hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal, underlag för samtal och kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal.* Kategorierna är ett uttryck för resultatet på manifest nivå (Lundman & Hällgren Graneheim 2017).

Tabell 2. Exempel på analysprocess

Meningsenhetvarför`Jo för att skydda deltagarna	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Man var väl lite nervös från första början, hur skulle dem ta det här liksom.	Man var nervös i början, hur ska det här funka	Osäkerhet i början	Kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal
Ja. föräldrarna båda två är ju väldigt viktiga för barnet båda två	Föräldrarna är väldigt viktiga båda två	Familjen	Stöd i föräldraskapet

Etiska överväganden

Inom forskningen är det viktigt att ta hänsyn till etik och moral. Denna studie har genomförts enligt de fyra huvudkrav som helsingforsdeklarationen tagit fram. Dessa krav är informationskrav, samtyckeskrav, krav om konfidentialitet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2013). BHV-sköterskorna som valde att vara med i studien arbetade i små till mellanstora kommuner i Västra Götaland vilket gjorde att konfidentialiteten var extra viktig. Med konfidentialitet menas att alla uppgifter och information som inhämtats i studien förvarades på ett säkert sätt och hindrades från att obehöriga fick del av informationen och då kunna identifiera vilka som deltog i studien. Samtliga deltagare fick information om studiens syfte och intervjun inleddes med en fråga om detta för att se så deltagarna tagit emot informationen (Vetenskapsrådet, 2002). När information ges både skriftligt och muntligt ger det deltagarna en ökad känsla av självbestämmande (Kjellström, 2012). Deltagarna fick även information om att de har rätt att själva bestämma om de vill delta eller inte. Samtyckesblankett skickades ut i samband med att information om studien skickades ut till deltagarna. Samtyckesblanketten skrevs sedan under av deltagarna vid intervjutillfället efter att de fått information om att de när som helst kunna avbryta studien, utan att det innebär några konsekvenser och utan att behöva motivera varför. Informationen som gavs användes enbart till studien och inget annat enligt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Enligt de forskningsetiska principerna har hänsyn tagits till att behovet av ny kunskap fanns, och att det även fanns ett intresse från deltagarna att delta (Kjellström, 2012). Det framkom i studien då enskilt partnersamtal inte funnits så länge och ett behov av att reflektera över det framkom under intervjuerna. Frågor har ställts utifrån en intervjuguide med följdfrågor framtaget för denna studie. Av respekt till informanterna och med tanke på informanternas hälsa, säkerhet och personliga integritet har inte följdfrågor

ställts om frågan varit obekväm hos informanten. Etiskt godkännande av studien har inte behövts hämtas från en etisk nämnd då studien utförts inom ramen för högskoleutbildning på specialistnivå enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460).

RESULTAT

Analysprocessen resulterade i fem kategorier: *Att skapa förtroende i en relation, stöd i föräldraskapet, hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal, underlag för samtal och kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal.* I resultatet kommer partnern att benämnas som fäder då det är så informanterna till största del uttryckt sig. Detta för att på ett tydligt sätt kunna återge vad som framkommit i studien.

Att skapa förtroende i en relation

BHV-sköterskorna påtalar att relationen till fäder är viktig och att fäder känner ett förtroende för att BHV-sköterskorna skall kunna stödja fäder. Vidare framkom att BHV-sköterskorna upplevde en osäkerhet i början kring hur fäder skulle tycka att det var att samtala om sig själva då detta tidigare inte varit en självklarhet. De påtalar att för att kunna ge fäder stöd på ett bra sätt är en av förutsättningarna att personen som ska få hjälp känner förtroende, öppnar upp sig och berättar om sin situation.

Vissa BHV-sköterskor upplever att det ibland är svårt att stödja fäder då de inte tidigare har haft någon djupare relation. BHV-sköterskorna upplever att de har svårare för att få fäder att öppna upp sig och vilja samtala. Genom att uttrycka att de förstår att situationen är jobbig, som ett sätt att få fäder att känna förtroende för BHV-sköterskorna brukar leda till att fäder öppnar upp mer. Det finns en utmaning vid de tillfällen när fäder inte vill samtala eller där fäder har svårt att uttrycka känslor. Vid dessa samtal upplever BHV-sköterskorna att det är svårt att tala med fäder, speciellt om de vet mer om fadern än vad han uppgivit i samtalet.

”Det är en svårighet, att få de att känna sig trygga att våga och vilja prata”

BHV-sköterskorna upplever att det många gånger räcker med att lyssna och de upplever då att fäder får stöd bara genom att de får framföra sin syn på situationen hemma. BHV-sköterskorna erfar även att de har lättare för att ge stöd till mödrar då de ofta har en djupare relation.

För BHV-sköterskorna gäller det att försöka ställa så öppna frågor som möjligt för att få fäder att börja samtala. Vissa fäder svara bara ja eller nej och det är svårt att komma djupare in i samtalet. BHV-sköterskorna menar att de kan få lirka lite mer för att få en fader att öppna sig, ibland kan det ta lite längre tid och då är det viktigt att ta den tiden. Ibland kan det vara så att mödrarna anser att det finns ett behov för fäder att samtala och sedan när fäder väl kommer på samtalet så finns det inget behov av att samtala. I vissa situationer upplever BHV-sköterskorna att vissa fäder ser samtalet som ett förhör där de svarar det som fäder tror att de bör svara, vilket gör att det blir svårare för BHV-sköterskorna att ge hjälp till dessa fäder.

”Vissa upplever det ju lite som ett förhör, så att man får liksom, att det är för hans egen skull, att det är för att man ska få reda på hur han mår”

Vid sådana tillfällen brukar BHV-sköterskorna försöka att samtala runt och mer allmänt om situationen och på så sätt ge hjälp genom att visa fäder att de inte är ensamma om att känna såhär.

”Jag förstår att det är jobbigt, alla känner inte att det är fantastiskt i början och det är helt okej att känna så”

BHV-sköterskorna upplever att har de träffats mer innan och har en relation är det också lättare att hjälpa fäder. Vissa BHV-sköterskor brukar uttrycka att det inte finns några dumma frågor men förstår ändå att det ibland kan vara lättare att ställa frågor till någon de känner.

Stöd i föräldraskapet

BHV-sköterskorna upplever enskilda partnersamtalen som positiva och väldigt givande då det leder till att stödet i föräldraskapet kan förbättras. De menar att det är en självklarhet och minst lika viktigt att tala med fäder. Även om de samtalar med fäder annars också när de är med på besöken, så blir det här ett besök där fokus läggs enbart på fäder. Det finns en känsla hos BHV-sköterskorna att efter de har haft samtalet får en bättre relation till fäder, en annan bild och förståelse för familjen. En känsla av att fäder förstår vad BHV står för, vad de gör och att även de kan få stöd om de behöver. BHV-sköterskorna upplever att det enskilda partnersamtalet lett till att fäder vågar höra av sig mer och ställa frågor till BHV-sköterskorna. BHV-sköterskorna anser att det är positivt att genom de enskilda partnersamtalen synliggöra att BHV är till för båda föräldrarna och att båda föräldrarna är lika viktiga för barnets utveckling.

Tidigare har det varit så att BHV-sköterskorna i stora drag enbart fått mödrars syn på hur de upplever att det fungerar hemma med barnet. Genom att enskilda partnersamtalet införts har BHV-sköterskorna fått två parters syn på föräldraskapet och lättare att få en helhetsbild av hur det fungerar. Det finns en upplevelse hos BHV-sköterskorna att när de får två versioner av situationen hemma skiljer de sig ofta åt vilket kan medföra att de lättare kan ge stöd när de har en bredare bild av hur situationen ser ut hemma. BHV-sköterskorna menar också att genom enskilda partnersamtalen vågar de kliva in mer i föräldrarnas relation när de hör båda föräldrarnas versioner. BHV-sköterskorna upplever också att de kan fråga mödrar mer öppna frågor om relationen föräldrarna sinsemellan sedan enskilda partnersamtalen infördes. Innan enskilda partnersamtalen hade startat upplevde BHV-sköterskorna att det inte samtalades lika mycket om föräldrarnas relation som det gör idag. BHV-sköterskorna upplever även att fäder kan behöva stöd i att våga göra på sitt sätt, även om det inte är på samma sätt som mödrar gör, det kan vara rätt ändå.

”mammor gör på ett sätt och pappor gör på sitt sätt, de måste prova och att våga göra fel. Pappas sätt kanske är minst lika bra som mammas”

När fäder öppnar upp sig och beskriver sin syn på hur det har det hemma kan det ibland vara svårt att inte ta någons parti menar BHV-sköterskorna. De har oftast fått en berättelse från mödrarna och för att detta inte skall märkas i samtalet med fäder måste de vara professionella och bara tänka på vem de har framför sig och hur de ska kunna stödja den personen på bästa sätt.

BHV-sköterskorna trycker på vikten av att se hela familjen, det är mödrar som får mycket fokus i början och att det är viktigt att klargöra att fäder är lika viktiga. BHV-sköterskorna upplever att de ofta får ge stöd genom att guida fäder i hur de skall göra i olika situationer. BHV-sköterskorna beskriver att fäders behov av stöd ofta handlar om hur de skall förhålla sig till det nya livet. Enligt BHV-sköterskorna uttrycker fäder ett behov av att få stöd i hur de skall hantera den omställning som blir när de blir föräldrar. Det handlar om stöttning i frågor kring vad som är normalt, frågor om sömn, relationen och sexlivet tillexempel. De upplever att fäder uttrycker minskad tid för sig själva och att det finns en press kring att först arbeta en hel dag och sedan ta hand om barnet när de kommer hem då mödrarna är trötta. De beskriver att de upplever att fäder har ett behov av att tala om behovet av egen tid vilket minskar naturligt när de blivit föräldrar. De får bättre insikt i varför fäder gör på ett specifikt sätt eller agerar som de gör menar BHV-sköterskorna. De får ofta trycka på vikten av att föräldrarna samtalar med varandra. BHV-sköterskorna upplever att de får vara lite som spindeln i nätet och att det är lättare att vara det när de fått både mödrars och fäders version.

”Ju mer jag vet om föräldrarna, ju mer kan jag hjälpa de när de vill ha stöd”

BHV-sköterskorna upplever även att de ofta kan hamna emellan föräldrarna när de har olika syn på saker. En svår situation är exempelvis när mödrar eller fäder berättar saker för BHV-sköterskorna och inte vill att de ska samtala med deras partner om detta, trots att det påverkar situationen hemma. BHV-sköterskorna upplever att det finns stöd att få och det finns många sätt BHV-sköterskorna kan stötta på. Om det framkommer till BHV-sköterskorna att fäder mår dåligt kan de erbjuda extra stödsamtal. BHV-sköterskorna förklarar även att om det är en partner som mår mycket dåligt görs även EPDS på fäder, ger den utfall så skrivs remiss eller kontakt tas med BHV-psykolog alternativt psykisk hälsa på vårdcentralen om besvären anses handla om annat än barnet och familjesituationen. BHV-sköterskorna beskriver att om det framkommer tecken på psykisk ohälsa tar de det alltid vidare.

”Nu ser jag att du mår mycket dåligt och jag vill att någon annan ser och bedömer dig också”

Det finns även möjlighet att ta hjälp av familjebehandlare som kan stötta familjer där barnet inte far illa men som behöver stöd i det dagliga livet menar BHV-sköterskorna. BHV-sköterskorna har erfarenhet av att fäder behöver stöd när de i de enskilda partnersamtalen framkommer att mödrarna till deras barn inte mår bra. Vissa gånger kan det vara så att de känner att båda föräldrarna behöver samtala med någon professionell.

Det finns en fundering hos vissa BHV-sköterskor om hur framtiden kommer att se ut, det finns mer psykisk ohälsa i samhället och framförallt hos unga män. För mammor ingår det att BHV-sköterskorna samtalar om våld i nära relationer. Vissa BHV-sköterskor i studien har själva valt att ta med dessa frågor till fäder då de anser att det är minst lika viktigt att samtala kring detta med fäder för att på så sätt kunna ge fäder bästa möjliga stöd.

Hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal

Det framkommer att BHV-sköterskorna erbjuder det enskilda partnersamtalet på olika sätt. Alla BHV-sköterskor beskriver att de vid första hembesöket när barnet är nyfött förbereder fäder genom att presentera det enskilda partnersamtalet. De informerar om att samtalet

kommer att ske när barnet är runt 3–5 månader, och att det ofta görs i samband med barnets 3 månaders vaccination. BHV-sköterskorna upplever att informationen om det enskilda partnersamtalet vid det första hembesöket tas emot positivt av fäder och även de flesta mödrar anser att det är en god idé, även om vissa fäder senare väljer att avstå. När barnets 3 månaders vaccination börjar närma sig erbjuds fäder att boka in en tid för samtalet. BHV-sköterskorna har berättat att de på olika sätt bjuder och bokar in tid med fäder. De allra flesta BHV-sköterskor bjuder in till samtal via mödrar, lämnar en tid till dem och om det inte passar så får de återkomma. Andra BHV-sköterskor kontaktar fäder själva och bokar in en tid som passar. Medan vissa frågar mödrar eller fäder om behov av samtal finns, finns inte det så blir det inget samtal.

”Sen så när man bokar besöket, så brukar jag ju fråga om behov finns, jag kan ringa upp pappan och fråga och boka en tid som passar honom, många säger, ja gör det. Och då säger de att ne jag mår jättebra och har inget behov av att prata”

Majoriteten av BHV-sköterskorna upplever att det kan vara svårt att få till en tid som passar, då fäder ofta jobbar till sen eftermiddag. BHV-sköterskorna upplever att de behöver vara anpassningsbara för att få dit fäder, vilket kan vara att erbjuda så sen eftermiddagstid som möjligt.

”sen är det svårt att få hit papporna, det är oftast de som jobbar och har svårt att komma ifrån”

BHV-sköterskorna menar att det har betydelse hur de erbjuder enskilda partnersamtalet. Om BHV-sköterskorna talar om för fäder att nästa gång är det enskilt partnersamtal, då kommer de flesta. Om de däremot enbart erbjuder fäder att komma, då kommer inte lika många fäder enligt vissa BHV-sköterskor.

”om man bara säger att vi erbjuder pappan att komma, kommer det inte så många”

BHV-sköterskorna menar att när fäder väljer att inte komma är det svårt att veta varför. De förmodar att det kan vara så enkelt att fäder inte känner något behov av det eller att de upplever det obekvämt att samtala med BHV-sköterskorna.

Underlag för samtal

BHV-sköterskor beskriver att de alltid använder samtalsguiden som underlag och att den är till hjälp när de ska ha samtalet. Vid införandet av enskilda partnersamtal beslutades det om att BHV-sköterskorna som utförde samtalen skulle använda sig utav den samtalsguide med följdfrågor som är framtaget av nationella barnhälsovården som underlag för samtalet. De flesta BHV-sköterskorna lägger fram samtalsguiden så att fäder ser den och att de sen utgår ifrån de fyra olika pusselbitarna som samtalsguiden är uppbyggd av. BHV-sköterskorna menar på att det är en ram för samtalet och att det annars är lätt att förlora fokus på vad de ska samtala om. Genom att ställa öppna frågor upplever BHV-sköterskorna att de sätter igång en tankeprocess hos fäder som börjar reflektera över sin situation som denne befinner sig i

”Man har som fyra pusselbitar som man kan fokusera på. Vad man ska prata om, hur man ska lägga upp samtalet. Och att man fokuserar tillbaka, för ibland kan samtalet gå iväg på

annat, men att man hela tiden fokuserar på just situationen hemma, barnet i fokus, hur partnerna upplever det med olika situationer"

Om BHV-sköterskorna blev fundersamma på någon av delarna i samtalsguiden fanns följdfrågor att ställa på baksidan, för att komma in lite mer på djupet. Vissa BHV-sköterskor upplever att EPDS formuläret de använder till mödrarna är tydligare. Det är lättare att avgöra om behov av mer stöd fanns vid EPDS än vi det enskilda partnersamtalet då det enskilda partnersamtalet upplevdes vara mer beroende av hur BHV-sköterskorna utförde samtalet och hur samtalet gick.

"I vissa fall där pappor kanske inte är med någon mer gång, ofta är de ju med någon mer gång men då kanske man inte får tillfälle att prata sådana här saker... i vissa fall kan man ju känna att nu måste jag ha detta, nu måste det bli bra "

BHV-sköterskor upplever att de hinner med samtalet och det känns möjligt att få in det i planeringen. Ett samtal tar ca 20–40 minuter, vissa samtal går snabbt och andra tar längre tid. BHV-sköterskorna menar att de i stället vinner tid på att ha de enskilda partnersamtalen för att det är lättare att hjälpa föräldrarna om de även har relationen till fäder. BHV-sköterskorna upplever att de berättar för fäder att de har tystnadsplikt och att det som de samtalar om är inget som de samtalar vidare om. För att samtalet ska bli så bra som möjligt beskriver också BHV-sköterskorna att de brukar gå tillbaka i journalen och titta vad som finns i bakgrunden, andra barn och hur det har gått.

Kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal

För att få kunskap och stöd i arbetet med enskilda partnersamtal har de allra flesta BHV-sköterskorna genomgått en utbildning som de erbjudits och de som ännu inte har gått har planerat att göra det. De har under utbildningen fått kunskap om hur samtalet kan gå tillväga, samt genomgång av den samtalsguide som de har som underlag. Enligt de BHV-sköterskor som genomgått utbildningen var den bra och informativ, de kände att den gav bra information och underlag för att genomföra samtalen.

Vissa BHV-sköterskor upplever dock att de saknar utbildning kring hur de skall hantera en partner med ett behov av att samtala men som inte vill samtala. De finns de BHV-sköterskor i studien som upplever att de saknar utbildning i samtalsmetodik och att de vid svåra samtal istället skriver remiss till BHV-psykologen.

"När man har en person som behöver prata men som inte vill prata, där har vi ingen kunskap. Där skulle vi behöva mer kunskap för att få de föräldrarna att prata"

När enskilda partnersamtalen precis införts beskrev också flera BHV-sköterskor att de förberedde sig innan, men att det nu inte gör det längre. BHV-sköterskorna belyser vikten av erfarenhet, vissa upplevde att de i början var nervösa och att de då inte fick ut så mycket utav samtalet. Ju längre tiden gått desto mer erfarenhet upplever BHV-sköterskorna att de fått och upplever därför också det lättare att ha samtalen nu.

"man får lite kött på benen, man blir mer erfaren och lite lugn i det"

BHV-sköterskorna upplever att den kollegiala handledningen som de har dagligen med sina kollegor är mycket värdefull. De upplever att de ofta kan få svåra saker till sig som de behöver samtala med någon om och då är kollegorna mycket värdefulla. BHV-sköterskorna beskriver att de har handledning med BHV-psykolog en gång i månaden i grupp på arbetsplatsen. Till handledningen tar de tillexempel med sig frågor om hur de kan bemöta svåra situationer och besvara olika frågor. Vidare kan de även kontakta BHV-psykologen för enskilda samtal. BHV-sköterskorna upplever att det ofta är skönt att bolla saker med någon annan för att få lite stöttning och vägledning. Feedback är dock något som BHV-sköterskorna saknar. De upplever att de saknar feedback på om de gör rätt, tänker rätt och hur tanken var att de skulle göra. BHV-sköterskorna uttrycker att de alla säkert gör på olika sätt, men att de saknar feedback på om de gör på rätt sätt eller om de kan göra något annorlunda. Det enskilda partnersamtalet är viktigt att det blir bra då det finns vissa partner som de enbart träffar vid detta tillfälle menar BHV-sköterskorna.

Resultatsammanfattning

I resultatet framkommer att BHV-sköterskorna upplever enskilda partnersamtalen positiva och väldigt givande. Det enskilda partnersamtalet har lett till en djupare kontakt med fäder och BHV-sköterskorna menar att det finns ett behov av stöd även till fäder. Relationen mellan fäder och BHV-sköterskorna är viktig för att kunna ge stöd och det är även viktigt att fäder känner ett förtroende för BHV-sköterskorna. BHV-sköterskorna styrker vikten av att se hela familjen och enskilda partnersamtalen har bidragit till en bättre helhetssyn på familjesituationen. Det är olika hur BHV-sköterskorna erbjuder enskilda partnersamtal. Vissa samtalar med partnern om samtalet och berättar att nästa gång är det samtal medan andra BHV-sköterskor frågar om det finns intresse och gör det inte det så blir det inget. BHV-sköterskorna använder sig av en samtalsguide vid de enskilda partnersamtalen. Genom att ställa öppna frågor upplever BHV-sköterskorna att de sätter igång en tankeprocess hos fäder som börjar reflektera över sin situation denne befinner sig i. Om BHV-sköterskorna blev fundersamma på någon av delarna i samtalsguiden fanns följdfrågor att ställa på baksidan. BHV-sköterskorna kan även göra EPDS på fäder vid behov. De allra flesta BHV-sköterskor har gått en utbildning inför starten av de enskilda partnersamtalen. Vissa BHV-sköterskor saknar utbildning i samtalsmetodik då det kan upplevas svårt att stödja fäder som inte vill samtala och svåra samtal hänvisas därför till psykolog. Den kollegiala handledningen som de har dagligen är mycket värdefull och BHV-sköterskorna har även handledning med psykolog en gång i månaden. Feedback är dock något som BHV-sköterskorna saknar. De upplever att de saknar feedback på om de gör rätt, tänker rätt och hur tanken var att de skulle göra.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna studie valdes en kvalitativ induktiv ansats. Syftet med studien var att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal. Författarna hade sedan innan ingen förkunskap i ämnet vilket gjorde att frågor behövde ställas med en öppenhet för att få en bredd i materialet. Studien har en hermeneutisk utgångspunkt då den speglar erfarenheter och gör att författarna kan komma nära deltagarna genom att tolka deltagarnas berättelser på olika sätt. Studiens innehåll analyserades med en kvalitativ innehållsanalys då även den passar bra till studier där deltagarnas erfarenheter undersöks (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Med en kvantitativ metod hade det varit svårt att göra frågorna innan med tanke på att förkunskapen i ämnet var liten och därav hade det blivit svårt att få en bredd av materialet. Om studien gjorts igen hade en kvantitativ metod kunnat vara möjlig då kunskapen inom området blivit djupare. Dock hade det varit svårt att kunna komma in på djupet av känslor och tankar med en kvantitativ metod. En metod som skulle kunna ha använts i studien är fenomenologi som även den har en utgångspunkt i människan och dess levda erfarenhet (Rosberg, 2017). Författarna i studien hade ingen erfarenhet inom barnhälsovården förutom verksamhetsförlagd utbildning som de haft under tre veckors period under föregående år samt bakgrunden i studien. Detta ansågs som positivt då författarna inte hade förförståelse eller eventuella fördomar kring ämnet. Båda författarna har två egna barn och man. När författarnas barn föddes genomfördes inte enskilda partnersamtal och författarna hade därför ingen erfarenhet av det på så sätt heller vilket även det ansågs som en styrka då detta inte heller har påverkat eventuella fördomar.

BHV-sköterskorna som medverkade i studien hade olika lång erfarenhet både inom BHV men även antal år som sjuksköterska skiljde sig åt. Den som arbetat kortast tid på BHV hade arbetat två år och den som hade arbetat längst hade arbetat fem år. Bland deltagarna var fyra distriktsköterskor och fyra var barnsjuksköterskor. Att deltagarna arbetat som längst fem år på BHV kunde ses som en svaghet då erfarenheten inom barnhälsovård inte var så lång. Att erfarenheten inte var så lång kunde också vara en styrka för då var BHV-sköterskorna inte så inarbetade och låsta vid de rutiner som rådde utan lättare för att kunna vara flexibla. Deltagarna hade även lång erfarenhet som sjuksköterskor vilket kan ses som en styrka i studien. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterskorna hade styrkte studien på så sätt att de arbetat med patienter i alla åldrar och därmed hade erfarenhet av samtal med såväl kvinnor som män. Alla deltagare hade genomfört enskilda partnersamtal men det varierade i hur många de genomfört. Detta medförde att de BHV-sköterskor som genomfört fler enskilda partnersamtal upplevdes ha mer kunskap kring området. Alla deltagare hade gått utbildning innan start förutom en som missade utbildningen och skall gå den så snart möjlighet finns. Att BHV-sköterskorna utfört utbildning märktes utifrån att alla BHV-sköterskor samtalade utifrån samma samtalsguide. Deltagarna arbetade i små till mellanstora kommuner i Västra Götaland vilket gav en bredd i erfarenheten av de enskilda partnersamtalen, då de som kom från mindre kommuner inte hade genomfört lika många.

Alla intervjuer genomfördes på BHV-sköterskornas respektive arbetsplatser. Fördelen med att författarna åkte ut till respektive arbetsplats var att BHV-sköterskorna kunde känna sig trygga i deras egen arbetsmiljö vilket kunde bidra till att de var mer avslappnade vid intervjun samtidigt som den egna arbetsplatsen också skulle kunna leda till ökad stress för

att de inte kunde sluta tänka på arbetet och fokusera på intervjun. En fördel kunde också vara att i mötet med intervjuaren får de möjlighet att se hur de reagerade vid olika frågeställningar och det är lättare att ställa fler följdfrågor. En fördel med att vara två vid intervjun var att två lyssnade på vad intervjuaren berättade, vilket gjordes vid tre intervjuer. En styrka med att två lyssnar är att båda kan uppfatta och se ansiktsmimik och läsa av kroppsspråk. En nackdel kunde vara att den som blev intervjuad kunde känna sig trängd. Därför valdes att vid de intervjuer som båda medverkade höll en i intervjun och den andra satt och lyssnade på vad som sades.

Frågor ställdes utifrån en intervjuguide som förbereddes innan, där även förslag på kompletterande frågor fanns med. Denna intervjuguide skickades och godkändes av handledaren innan intervjuarbetet påbörjades. Med fördel skulle en provintervju kunna ha gjorts för att testa frågornas utformning. Detta gjordes aldrig då frågorna diskuterats med både handledare och kurskamrater innan och upplevdes svara på syftet. Intervjun började med en öppen fråga där informanterna fick beskriva sina erfarenheter av enskilda partnersamtal. Därefter följdes intervjun av ytterligare öppna frågor samt några kompletterande frågor om det behövdes för att komma djupare in på ämnet. Öppna frågor med kompletterande frågor kan ses som en styrka då de öppna frågorna tillåter deltagaren att fritt berätta och de kompletterande frågorna hjälper intervjuaren att komma djupare in på ämnet (Danielson, 2012). Enligt Kjellström (2012) är det vid kvalitativa intervjustudier viktigt att den som intervjuar har ett etiskt tankesätt och en viss känslighet när de ställer frågor. Båda författarna är utbildade sjuksköterskor och hade ett patientetiskt tänk med sig. Detta innebar att det fanns en medvetenhet att gå vidare om informanterna upplevde det jobbigt med någon av frågorna. Dock var det inte vid något tillfälle där det upplevdes att BHV-sköterskorna kände sig obekväma. Intervjuerna varade i 20–40 minuter, vilket var lite mindre tidsåtgång än beräknat men materialet var innehållsrikt och besvarade syftet med studien.

Intervjuerna baserades på BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal inom barnhälsovården. När intervjuerna analyserades enligt en kvalitativ ansats sågs de i sitt sammanhang vilket innebar att intervjuerna tolkades med en medvetenhet om den livssituation, bakgrund samt kultur som den intervjuade befann sig i. Den kvalitativa ansatsen valdes för att intervjuerna skulle kunna analyseras på ett djupare sätt och även hänsyn kunde tas till det som sades mellan raderna, vilket kunde vara ett underliggande budskap (Danielson, 2012). Att BHV-sköterskorna fått berätta med egna ord vad de har för erfarenhet av enskilda partnersamtal kunde ses som en fördel i studien då möjlighet fanns att se vad för känslor och tankar som låg bakom genom att se hur deltagaren agerade vid olika frågeställningar. En nackdel kunde vara att det som sades i intervjuerna kunde tolkas på olika sätt. Inför analysen transkriberades intervjuerna ordagrant. Texten analyserades förutsättningslöst vilket passade bra då det inte fanns någon större förförståelse.

Analysprocessens olika steg resulterade i fem kategorier som utgjorde en röd tråd genom arbetet. Risken med studiens analyssätt är att innebörden i meningarna kan ändras under tiden i arbetet. När texten analyserades tillsammans har det underlättat och förhindrat att textinnehållet har ändrats eller gått förlorat. När texter analyseras på detta vis ökar trovärdigheten då texterna gås igenom noggrant tillsammans för att komma fram till ett resultat. Genom att författarna tillsammans arbetar med analysarbetet ökar tillförlitligheten i studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). När en kvalitativ innehållsanalys

beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017) följs fullt ut skall även underkategorier skapas, dock upplevdes detta svårt av författarna då texten under varje underkategori var svår att dela upp utan att texten upprepades i de olika delarna. Därför valde författarna att enbart inspireras av ovan nämnda teori genom att endast använda sig utav kategorier. När den kvalitativa innehållsanalysens kvalitet granskades användes olika begrepp giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Lundman och Hällgren Graneheim (2017) refererar till Long och Johnson (2000) som skriver att giltighet handlar om hur sant resultatet blir i studien. Resultatet betraktades giltigt om det utmärkande lyftes fram av det som var avsikten att beskrivas i studien. Syftet var att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal och resultatet svarade på syftet i allra högsta grad. Citat användes i resultatet för att stärka vad informanterna sagt i intervjuerna. Med begreppet tillförlitlighet menades att analysarbetet i studien beskrevs noggrant för att stärka resultatets trovärdighet. Det tredje begreppet var överförbarhet och detta är det läsaren som avgör om det är möjligt. Förutsättningar för överförbarhet kan skapas men läsaren avgör om studiens resultat kan användas i annat sammanhang. I studien har detta gjorts genom att noga beskriva urval, deltagare, datainsamling och analys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av enskilda partnersamtal. Den sammanlagda bilden hos de BHV-sköterskor som deltog i studien är att de upplevde de enskilda partnersamtalen som givande och mycket viktiga, de fick en annan bild av fäder och BHV-sköterskorna upplevde att de lättare kunde ge stöd till fäder på olika sätt efter att de haft det enskilda partnersamtalet.

I resultatet framkommer det att BHV-sköterskorna upplever att det ibland är svårt att få fäder att öppna upp och samtala. Det finns även upplevelser hos de BHV-sköterskor som deltog i studien att de fäder som inte vill samtala, har ett behov av att samtala och få stöd. Hos vissa BHV-sköterskorna framkom det att de upplever att de inte har tillräckligt mycket kunskap i samtalsmetodik för att få dessa fäder att samtala. Fägerskiöld (2006) påtalar att fäder känner stöd av BHV-sköterskorna när de har en relation som fäder känner är förtroendefull. När BHV-sköterskorna har ett engagemang så involveras fäder mer. Även Hrybanova et al. (2019) styrker i sin studie att relationen mellan fäder och BHV-sköterskorna är viktig för att fäder skall kunna uppleva att de får stöd. Vidare beskrevs att BHV-sköterskorna skulle visa ett engagemang och att fäder var i behov av att känna förtroende och tilltro till BHV-sköterskorna de samtalade med. I denna studies resultat framkommer det att vissa av BHV-sköterskorna hänvisar fäder vidare eller skriver remiss till psykolog när de upplever att de själva saknar kunskap i samtalsmetodik. När samtalen blir för svåra eller när de upplever att det finns för mycket i fäders bakgrund som de inte har kunskap om anser BHV-sköterskorna svårigheter i att stödja. Ruffel et al. (2019) skriver i sin studie att fäder som upplever att BHV-sköterskor har bristande kunskap kring de psykiska hälsoproblem de har väljer att inte söka stöd där igen. Det framkommer även i resultatet att BHV-sköterskorna upplever att den samtalsguide med följdfrågor som de använder sig utav är ett bra underlag men att det i vissa fall inte blir lika tydligt att avgöra om fäder är i behov av extra stöd som det blir när de har enskilt samtal med mödrarna och använder sig utav EPDS skalan. Vid de tillfällen där de tydligt framkommer att fäder var i behov av mer stöd användes EPDS skalan som komplement till samtalet. Massoudi et al. (2013) menar i sin studie att EPDS kan användas

till fäder med misstänkt nedstämdhet då EPDS i högre utsträckning fångar upp nedstämdhet och oro hos fäder.

Studiens resultat visar hur viktigt det är att BHV-sköterskorna ser hela familjen och att det är av stor betydelse att klargöra att fäder är lika viktiga. WHO (2007) skriver att det har visat sig vara positivt för familjen om fäder får känna sig delaktiga och att många fäder vill vara involverade i sitt barns uppväxt. Wells et al. (2017) skriver att det är viktigt att fäder får stöd i föräldraskapet för att de då också lättare kan ge stöd om de mår bra. BHV-sköterskorna upplevde att det genom de enskilda partnersamtalen synliggörs att båda föräldrarna är lika betydelsefulla för barnets utveckling och att det har bidragit till en bättre helhetssyn på familjen. Genom det enskilda partnersamtalet har BHV-sköterskorna fått en bättre relation även till fäder och detta gör att BHV-sköterskorna får båda föräldrarnas syn på situationen. Det är också lättare för BHV-sköterskorna att stödja relationen när de får båda föräldrarnas synvinklar. Mikkelsen och Frederiksen (2011) styrker i deras artikel hur viktigt det är med ett partnerskap i relationen mellan vårdpersonal och föräldrar för att få ett så bra band som möjligt. Alla familjer har olika förutsättningar och det är viktigt att BHV-sköterskorna ser både styrkor och svagheter hos familjerna för att kunna hjälpa de på bästa sätt. I en studie gjord av Ståhl et al. (2020) framkommer att den förbättrade relationen med båda föräldrar blir fördelaktigt för barnen. Genom att arbetet blir mer familjecentrerat skapas relationer till familjer och vården kan på så sätt ge en högre kvalitet (Harrison, 2010). Även om de enskilda partnersamtalen upplevs som bra, kunde de också få BHV-sköterskorna att känna att det krävdes mer. Genom samtal med båda föräldrarna kunde de få reda på saker som de anser att den andra föräldern borde få veta. Föräldrarna kan ha olika syn på saker och det kan upplevas svårt för BHV-sköterskorna när mödrar eller fäder berättar saker som de inte får samtala vidare om, även om det skulle behövas för att det påverkar situationen hemma. Resultatet visar också att BHV-sköterskorna ofta får framföra vikten av att föräldrarna kommunicerar med varandra och att BHV-sköterskorna upplever att de hamnar emellan föräldrarna.

Resultatet i studien visar också att det är olika hur BHV-sköterskorna bjuder in fäder till samtal. Flera av BHV-sköterskorna beskrev hur samtalet oftast erbjöds via mödrarna och att de lämnade en tid och om den inte passade fick de höra av sig. Andra BHV-sköterskor kontaktade fäder själva för att boka in tid för ett enskilt partnersamtal. De skiljde sig också i på vilket sätt de samtalade om det enskilda partnersamtalet. Vissa BHV-sköterskor frågade om det fanns något intresse för enskilt partnersamtal antingen via mödrarna eller direkt till fäder. De talade om att samtalet var frivilligt. Resultatet pekar på att det har betydelse för hur BHV-sköterskorna erbjuder det enskilda partnersamtalet. Om de talar om att nästa gång är det enskilt partnersamtal, då kommer de flesta. Om de däremot enbart erbjuder fäder att komma, då kommer inte lika många fäder. Massoudi et al. (2011) beskriver i deras studie att det är viktigt att uppmuntra fäders engagemang och deras deltagande. Det är naturligt att fäder ska vara närvarande och att uppmuntra till att det är lika viktigt som mödrars närvarande. Vidare menar Massoudi et al. (2011) på att det är BHV-sköterskors ansvar att få fäder att känna sig betydelsefulla och välkomna och att dessa faktorer kunde påverka fäders närvaro hos BHV-sköterskor. Vidare beskriver Thorstensson (2012) att vårdpersonalens attityder påverkas av deras egna känslor och vad de har för kunskap sedan tidigare. En annan studie av Fägerskiöld (2006) beskriver att många fäder upplevde att BHV-sköterskor vände sig mer till mödrarna under besöken på BHV och att fäder önskade mer

kontakt med BHV-sköterskorna. Thorstensson (2012) styrker hur viktigt det är att fäder får vara involverade när vårdpersonal ställer frågor och att det inte enbart inriktas till mödrar. Vidare beskrev de flesta BHV-sköterskorna svårigheter med att hitta en tid som passa för fäder, då de oftast jobbar till sen eftermiddag. För att få till tiden var BHV-sköterskorna tvungna att vara flexibla men att de ofta kunde anpassa sig efter vad fäder kunde. Arbetsrelaterade faktorer har också visat sig att det kunde påverka fäders närvaro på BHV (Massoudi et al., 2011). När fäder fick erbjudande om enskilda partnersamtalet upplevde BHV-sköterskorna att det togs emot positivt och de flesta fäder tyckte att det var en bra idé. Att fäder inte kom menade BHV-sköterskorna var svårt att veta varför, men att det kunde vara att det inte kände något behov eller inte ville samtala med BHV-sköterskorna. Det är naturligt att fäder ska vara närvarande och att uppmuntra till att det är lika viktigt som mödrars närvarande. Den fysiska närvaron är viktig för barnet, för mödrar och inte minst för familjen.

Studiens resultat visar att BHV-sköterskorna upplever att det kollegiala stödet de får från sina närmaste kollegor är viktigt för deras arbete. De upplever att de kan diskutera svåra saker och händelser och få stöd genom varandra i det. BHV-sköterskorna beskriver att de får handledning i grupp en gång i månaden med BHV-psykolog. Denna handledning upplevs positiv och viktig av BHV-sköterskorna, de får ytterligare ett tillfälle att reflektera över svåra situationer och olika dilemman som de ställs inför. Maggs och Biley (2000) beskriver i sin studie att reflektion ofta handlar om situationer som upplevs svåra eller situationer som blivit dåliga. BHV-sköterskorna beskriver att de saknar handledning i hur de utför samtalen och att de inte får någon feedback om de gör på rätt sätt. Det är viktigt att reflektion inte bara handlar om de svåra och dåliga sakerna utan det är även viktigt att samtala om det som är bra. Sjuksköterskor har ofta lättare att samtala om de dåliga sakerna men svårare att samtala om det som är bra, det nämns oftast inte (Maggs & Biley, 2000). I en studie gjord av Gustafsson och Fagerberg (2004) beskriver de att reflektion är viktigt för det professionella utvecklandet. I deras studie framgår det att sjuksköterskor genom reflektion blev modigare och vågade prova nya sätt och göra saker på annorlunda sätt än tidigare. Tesafaye (2018) menar att i sin studie är en av de viktigaste faktorerna för att undvika stress det kollegiala stödet.

Konklusion

I resultatet framkommer att det enskilda partnersamtalet är mycket viktigt och givande, det leder till en bättre relation med fäder. Genom de enskilda partnersamtalen får BHV-sköterskorna två versioner av familjesituationen vilket gör att de även får en mer sammansatt bild av familjen. För att BHV-sköterskorna ska kunna ge stöd till fäder är det viktigt att fäder känner ett förtroende för BHV-sköterskorna. Genom att BHV-sköterskorna främjar att fäder är minst lika viktiga i relationen med barnet och att BHV-sköterskorna stöttar fäder i att vara delaktiga bidrar det till en bättre relation mellan fäder och barn. BHV-sköterskornas stöd och råd till familjen kan bidra till en trygghet hos familjen. Resultatet visar på att BHV-sköterskorna erbjuder det enskilda partnersamtalen på olika sätt vilket kan ha haft betydelse för om fäder har valt att komma på besöket eller inte. För att de enskilda partnersamtalen ska kunna genomföras så bra som möjligt är det viktigt att BHV-sköterskorna fått den utbildning som behövs, har ett kollegialt stöd samt handledning av psykologer regelbundet.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studiens resultat vänder sig i första hand till BHV-sköterskor men även till verksamhetschefer och andra professioner inom verksamheten. BHV-sköterskorna upplever det roligt och viktigt med det enskilda partnersamtalet. De upplever att det har ökat deras insyn i familjen och relationen till fäder har blivit stärkt. Resultatet visar på att BHV-sköterskorna erbjuder det enskilda partnersamtalet på olika sätt och med varierat resultat. Vissa BHV-sköterskor upplever att de saknar utbildning i samtalsmetodik vilket har lett till att de upplever det svårt att samtala med fäder som inte vill öppna upp. En utbildning i samtalsmetodik kan bidra till ökad självkänsla hos BHV-sköterskorna då de kan känna att de har mer kunskap med sig och på så sätt också kan få fäder att öppna upp mer. BHV-sköterskorna i studien upplever även att de saknar feedback på hur de ska utföra samtalen och om de gör på rätt sätt. Studiens resultat bidrar med kunskap om att BHV-sköterskorna erbjuder de enskilda partnersamtalen på olika vis vilket tycks påverka i vilken grad fäder väljer att delta i det enskilda partnersamtalet. Denna kunskap kan användas för att skapa tillfälle för BHV-sköterskorna att få uppföljande utbildning som handlar om bland annat samtalsmetodik och hur det fäder bjuds in till det enskilda partnersamtalet.

Jämställdheten i samhället har ändrats mycket de senaste åren och fäder blir allt mer delaktiga i det nyfödda barnet. Fäder upplever än idag att de exkluderas och att fokus ligger mer på mödrar. I studien undersöktes BHV-sköterskors erfarenheter av det enskilda partnersamtalet. Mer forskning behövs kring betydelsen av hur BHV-sköterskor bjuder in till samtal. Exempel på sådan forskning skulle kunna vara att fråga fäder hur de upplever samtalet, om hur de upplever att BHV-sköterskorna bjuder in till samtalet samt om de känner att de kan öppna upp inför BHV-sköterskorna eller om de inte känner något behov av det.

REFERENSER

Anding, J. E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B. & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 300–309. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jad.2015.10.033

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B. I. (2012). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Berg, G. V. & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(4), 384–391.

Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the Effects Associated With Metacognitive Therapy in Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 58*(1), 1542-2011. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1542-2011.2012.00255.x

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2011). *Hälsa och vårdande - I teori och praxis.* Natur & Kultur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vårdvetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Studentlitteratur.

Eddy, B., Poll, V., Whiting, J. & Clevesy, M. (2019). Forgotten Fathers: Postpartum Depression in Men. *Journal of Family Issues*, *40*(8), 1001–1017. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/0192513X19833111

Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(1), 79–85.

Försäkringskassan. (2019). *Det som är bra delar man lika på.* Hämtat den 29 december, 2019, från https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/DccxDsIwDADAtzB4RAliY6sQH4Cl6lIZYsBKcCzbDd-H2y4taU6L4OAXBnfB9v_8fXxOivGGw3GCfO4SJHG7rFdy7eI8CLIaDwwlc8jPbtgKGeRCDfeNK0J2Lii-2nY3rknrtPsBKrnI1g!!/

Giallo, R., D'Esposito, F., Christensen, D., Mensah, F., Cooklin, A., Wade, C., Lucas, N., Canterford, L. & Nicholson, J. M. (2012). Father mental health during the early parenting period: results of an Australian population based longitudinal study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 47*(12), 1907–1916. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s00127-012-0510-0

Gustafsson, C. & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way of professional development? *Journal of Clinical Nursing, 13*(3), 271-80. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1046/j.1365-2702.2003.00880.x

Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing, 25*(5), 335–343. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pedn.2009.01.006

Henshaw, E. J., Cooper, M. A., Jaramillo, M., Lamp, J. M., Jones, A. L. & Wood, T. L. (2018). "Trying to Figure Out If You're Doing Things Right, and Where to Get the Info": Parents Recall Information and Support Needed During the First 6 weeks Postpartum. *Maternal & Child Health Journal, 22*(11), 1668–1675. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s10995-018-2565-3

Hrybanova, Y., Ekström, A. & Thorstensson, S. (2019). First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*(4), 921–930. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12690

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.69–90). Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund Nilsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s.219–234). Studentlitteratur.

Maggs, C. & Biley, A. (2000). Reflections on the role of the nursing development facilitator in clinical supervision and reflective practice. *International Journal of Nursing Practice, 6*(4), 192–195. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1046/j.1440-172X.2000.00208.x

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2016). *Barnhälsovård-att främja barns hälsa.* Liber.

Marrs, J., Cossar, J. & Wroblewska, A. (2014). Keeping the family together and bonding: a father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 32*(4), 340–354. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/02646838.2014.920951

Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders, 149*(1–3), 67–74. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jad.2013.01.005

Massoudi, P., Wickberg, B. & Hwang, P. (2011). Fathers' involvement in Swedish child health care - the role of nurses' practices and attitudes. *Acta paediatrica, 100*(3), 396 -401. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1651-2227.2010.02047.x

Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2011). Family-centered care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67,* 1152–1162. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x

Nationalencyklopedin. (2019). *Jämställdhet.* Hämtad den 21 januari, från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/jämställdhet

Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J. & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 178*, 165–180. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jad.2015.02.023

Premberg, Å., Hellström, A. & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(1), 56–63.

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (s.32-50). Studentlitteratur.

Regeringskansliet. (2016). *Mål för jämställdhet.* Hämtad den 10 mars, 2020, från https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhet/mal-for-jamstalldhet/

Rikshandboken för barnhälsovård. (2018). *Enskilda föräldrasamtal erbjuds vid 3–5 månaders ålder*. Hämtad 2 januari, 2020, från https://www.rikshandboken-bhv.se/for-bhv/aktuellt-i-barnhalsovarden/enskilda-foraldrasamtal-erbjuds-vid-3-5-manaders-alder/

Rikshandboken för barnhälsovård. (2019). *Enskilda föräldrasamtal.* Hämtad 2 januari, 2020, från https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/

Rosberg, S. (2017) Fenomenologi. Granskär, M. & Höglund Nilsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s.127-152). Studentlitteratur.

Ruffell, B., Smith, D. M. & Wittkowski, A. (2019). The Experiences of Male Partners of Women with Postnatal Mental Health Problems: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Child & Family Studies*, *28*(10), 2772–2790. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s10826-019-01496-4

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, *97*(2), 153–158.

Seay, A., Freysteinson, W. & McFarlane, J. (2014). Positive Parenting. *Nursing forum, 49*(3), 200–208. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nuf.12093

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning för forskning som avser människor.* Utbildningsdepartementet. Hämtad 6 april, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:110. *Socialförsäkringsbalk.* Socialdepartementet. Hämtad 10 mars, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110

SFS 2014: 821. *Patientlag.* Socialdepartementet. Hämtad 1 januari, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Shields, L. Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family centered care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing,* 15, 1317–1323. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Socialdepartementet. (2013). *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla.* Hämtad 1 januari, 2020, från https://www.regeringen.se/contentassets/65737a08c78f4c3cbc5818b2a4c29490/nationell-strategi-for-ett-for-ett-utvecklat-foraldrastod---en-vinst-for-alla-s2013.010

Socialdepartementet. (2018). *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*. Hämtad 13 januari, 2020, från https://www.regeringen.se/4a6017/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/barnets-rattigheter/en-nationell-strategi-for-ett-starkt-foraldraskapsstod-webb.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 1 januari, 2020, från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf

Ståhl, M., Kristensson Hallström, I., Skoog, M. & Vilhelmsson, A. (2020). So, the circle has grown´- Child Health Services nurses´ experiences of giving parental interviews with non birthing parents. *Nordic College of Caring Science 34*(1), 139-147. https://doi.org/10.1111/scs.12715

Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y. & Ota, E. (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 210,* 115–121. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025

Swenurse. (2017). *Hälsofrämjande omvårdnad.* Hämtad 2 januari, 2020, från https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/

Swenurse. (2019). *Kompetensbeskrivningen avancerad nivå för distriktssköterskor*. Hämtad 14 Januari, 2020, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf

Tesafaye, D.T. (2018). Coping strategies among nurses in south-west Ethiopia: Descriptive, institution-based cross – sectional study. *BMC Research Notes, 11*(1), 11:421. https://doi.org/10.1186/s13104-018-3557-5

Thorstensson, S. (2012). Professional support in childbearing, a challenging act of balance. [Doktorsavhandling, Instutitionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet].

DiVA Örebro universitet. http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:512828/FULLTEXT02

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer.* Hämtad den 5 januari, 2020, från http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Peadiatricia. 105*(9), 1014–1023. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/apa.13501

Wells, M. B., Massoudi, P. & Bergström, M. (2017). Swedish child health nurses treat fathers more equally in 2014 than 2004, but mothers remain their primary focus. *Acta Paediatrica*, *106*(8), 1302–1308. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/apa.13898

WHO. (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe: a summary report*. Hämtad 2 januari, 2020, från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/69013/E91129sum.pdf

Wong, O., Thomas, N. & Handrinos, D. (2016). Perinatal mental health: Fathers-the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry 8 (2016)*, 247–255. https://doi.org/10.1111/appy.12204

World Medical Association. (2013). *Wma Declaration of Helsinki – Ethical principles for research involving human subjects*. Hämtad 26 mars, 2020, från, file:///C:/Users/Jaqueline/Downloads/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects%202018.pdf

Bilaga 1

Till verksamhetschef på vårdcentralen

Information om studien som gäller BHV-sköterskors erfarenheter av partnersamtal inom barnhälsovården.
Förfrågan om samtycke till att BHV-sköterskor inom din verksamhet tillfrågas om deltagande i studien BHV-sköterskors erfarenheter av partnersamtal inom barnhälsovården. Studien syftar till att undersöka BHV-sköterskornas erfarenheter av partnersamtal inom barnhälsovården. Studier visar på att fäder har en ökad risk för att drabbas av depression, trots detta visar forskning att fäder exkluderas i vården kring nyfödda barn. Enskilda partnersamtal har nyligen införts och vi är intresserade av att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av dem.
Deltagande i studien innebär att delta i en fysisk intervju som beräknas ta ca 45 minuter. Studien vänder sig till BHV-sköterskor inom barnhälsovården. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjun kommer att spelas in via en mobiltelefon. Inspelningen kommer efter att studien är färdig och godkänd att förstöras. Den information som BHV-sköterskor lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Resultatet ska kunna användas och komma till nytta för mina kurskamrater på distriktsköterskeutbildningen, men även till verksamma BHV-sköterskor. Om du är intresserad kan jag gärna delge dig resultatet. Studien ingår som examensarbete i distriktsköterskeutbildningen.

Vänligen besvara denna förfrågan om att distriktssköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du meddelar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anna Svensson
Högskolan i Skövde
Distriktssköterskestudent
Tel: xxxx
d19annan@student.his.se

Jaqueline Fabricius
Högskolan i Skövde
Distriktssköterskestudent
Tel: xxxx
a17jaqfa@student.his.se

Handledare:
Margaretha Larsson
Högskolan i Skövde
0500-448479
margaretha.larsson@his.se

Bilaga 2

Information om studien BHV-sköterskors erfarenheter av partnersamtal.

Du tillfrågas i detta brev om deltagande i en studie. Studien syftar till att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av partnersamtal. Forskning visar på att fäder har en ökad risk för att drabbas av depression, trots detta är upplevelsen av fäder att de exkluderas i vården kring det nyfödda barnet. Enskilda partnersamtal har nyligen införts och vi är intresserade av att undersöka BHV-sköterskors erfarenheter av dem.
Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 45 minuter. Studien vänder sig till BHV-sköterskor. Din verksamhetschef har givet sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien. Vi vill gärna intervjua dig om dina erfarenheter inom detta område, och skulle se det som värdefullt om du vill delta i studien.
Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjun kommer att spelas in via en mobiltelefon. Inspelningen kommer efter att studien är färdig och godkänd att förstöras. Den information du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Resultatet ska kunna användas och komma till nytta för kurskamrater på distriktsköterskeutbildningen, men även till verksamma distriktssköterskor. Om du är intresserad kommer vi gärna att delge dig resultatet.
Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer ett svarsbrev för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anna Svensson
Högskolan i Skövde
Distriktssköterskestudent
Tel: xxxx
d19annan@student.his.se

Jaqueline Fabricius
Högskolan i Skövde
Distriktssköterskestudent
Tel: xxxx
a17jaqfa@student.his.se

Handledare:
Margaretha Larsson
Högskolan i Skövde
0500-448479
margaretha.larsson@his.se

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE
Ålder
Kön
Hur länge har du arbetat som sjuksköterska
Vad för specialistutbildning
Hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska
Hur länge har du jobbat på BVC?
Berätta lite om dina erfarenheter av enskilda partnersamtal?

Hur länge har du genomfört partnersamtal?
- fick du någon info om hur du skulle göra eller någon utbildning inför att det startade?
Kan du beskriva hur du upplever mötet med partner?

Kan du berätta om någon situation du varit med om?

Beskriv ett möte du upplevde blev bra och ett som inte blev bra
Hur erbjuder du partnern att få ett enskilt partnersamtal?
- Ge exempel på hur du brukar göra (ev följdfråga)
- Brukar du förbereda dig och i så fall hur? (ev följdfråga)
Upplever du att du har möjlighet att stötta partnern i samtalet?
På vilket sätt ger du stöd? (ev följdfråga)
Hur går du tillväga om partnern uppvisar tecken på ohälsa eller att partnern framför att mamman har tecken på ohälsa?
Har du varit med om det? Kan du ge exempel? (ev följdfråga)
Har du märkt någon skillnad i din relation till partnern sedan enskilda partnersamtal infördes?

Finns det något du upplever som utmanande eller svårt i ditt arbete med enskilt partnersamtal?
Vad är det som upplevs svårt? (ev följdfråga)
Vad upplevs positivt? (ev följdfråga)

Hur får du hjälp/stöd i att hantera och utföra partnersamtal?

Kan du sammanfatta det vi pratat om?
Eventuella följdfrågor
- Kan du utveckla?
- På vilket sätt?
- Vad kände du?
- Hur menar du