

# SCREENING I HARMONI ELLER DISHARMONI MED YRKESROLLEN

En intervjustudie av barnhälsovårdssjuksköterskors uppfattning om införandet och användandet av fyra metoder för att identifiera barn och föräldrar i utökat behov av stöd.

**Anna Levin**  
**Anna Fäldt**



Juni 2022

## Sammanfattning

Barnhälsovården eftersträvar att arbeta med evidensbaserade metoder för att främja barns hälsa genom exempelvis föräldraskapsstöd och identifiering av barn och familjer i behov av extra stöd.

Inom barnhälsovården på Gotland har fem metoder införts under 2019 och 2020. Genom en intervjustudie med åtta barnhälsovårdssjuksköterskor undersöktes uppfattningen om fyra av dessa metoder, Enskilt samtal med pappan/den icke födande föräldern, Språkfyran, Infant Toddler Checklist och BarnSäkert.

Trots hinder så som vakanser och extra belastning på grund av Covid-19 pandemin kunde metoderna införas, med vissa anpassningar. Införandet underlättades av gedigna utbildningar, stöd från den centrala barnhälsovårdsenheten, ett gemensamt mål att erbjuda bästa möjliga barnhälsovård och flexibilitet i införandet.

Det finns en svårighet för barnhälsovårdssjuksköterskorna att balansera mellan det som ska ges till alla och att ge mer till de som är i utökat behov. De upplever att de inte alltid når de som har störst behov.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna beskriver att de mer och mer arbetar med sociala frågor och får en oönskad roll som terapeut. De belyser risker med att rikta blicken allt för mycket till föräldern men lyfter även vikten av att se barnets hela situation och utsatthet för våld. Det är av största vikt att det finns lättillgängliga insatser för de barn och familjer som identifierats i behov av utökat stöd. När vidare stöd inte finns sömlöst tillgängligt påverkas barnhälsovårdssjuksköterskans arbetsmiljö negativt

Barnhälsovårdssjuksköterskan anpassar metoderna efter barnet och familjen och den tidigare kunskapen som finns om barnet och familjen.

Tiden är återkommande i intervjuerna där det framgår att uppdraget att genomföra hela det tredelade barnhälsovårdsprogrammet är omöjligt. Tiden är inte bara en faktor för barnhälsovårdssjuksköterskan utan också för barnet.

De införda metoderna fungerar som stöd i samtalen med föräldrarna och kan även hjälpa föräldern att se barnets förmågor och hur den egna livssituationen kan påverka barnet. Genom att föräldern ser barnets förmågor tror barnhälsovårdssjuksköterskorna att barnet kan stimuleras mer och på rätt nivå.

Samtliga införda metoder är i behov av förbättring ur barnets, förälderns eller barnhälsovårdssjuksköterskans synvinkel. Det gäller samtal som kan bli för stora och vida, delmoment i tester som upplevs obekväma att genomföra, formulär som känns röriga, och samtal som inte bör föras inför barnet.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna beskriver stolthet över uppdraget där de ser barnet och familjen. De beskriver också stolthet över att arbeta med de införda metoderna.

# Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND .....</b>	<b>2</b>
INFÖRDA METODER: .....	3
IMPLEMENTERING .....	4
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	4
METOD.....	4
<b>RESULTAT.....</b>	<b>7</b>
INSTABILITET MELLAN UNIVERSELLA OCH RIKTADE INSATSER .....	7
<i>Allt fler familjer hamnar i indikerade insatser .....</i>	7
<i>Universella metoder riskerar att inte nå alla.....</i>	8
<i>Screening behöver vara universell .....</i>	8
AMBIVALENS OM METODERNAS RÄTT OCH RIKTIGHET .....	9
<i>Blicken på barnet eller föräldern.....</i>	9
<i>Ökat socialt uppdrag.....</i>	10
<i>Screening förutsätter insatser att erbjuda.....</i>	10
<i>Ett finmaskigt nät medför risker .....</i>	11
<i>Dokumentationsdilemmat .....</i>	12
DISSONANS MELLAN FAKTISKA HINDER OCH PRAKTISKA ERFARENHETER NÅR NYTT INFÖRS .....	12
<i>Yttre faktorer.....</i>	12
<i>Tiden är en begränsande faktor.....</i>	12
<i>Tillit, kunskap, trygghet och motivation .....</i>	13
<i>Påverkan av känslor och ojämlikhet .....</i>	14
TRYGG KOMPETENS I FRIKTION OCH SYMBIOS MED METOD.....	15
<i>Att se båda föräldrarna.....</i>	15
<i>Väga in min egen kompetens i metodens utförande .....</i>	16
<i>Strukturerade metoder faciliterar arbetet.....</i>	16
RESPONDENTVALIDERING. ....	18
<i>Dokumentationsdilemmat .....</i>	19
<i>Tiden är en begränsande faktor.....</i>	19
<i>Påverkan av känslor och ojämlikhet .....</i>	19
<i>Strukturerade metoder faciliterar arbetet.....</i>	19
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>20</b>
INFÖRDA METODER LEDER TILL STOLTHET ÖVER UPPDRAGET .....	20
NÅ DE SOM BEHÖVER DET MEST.....	20
DET SOCIALA UPPDRAGET .....	21
BARNETS UPPELSE AV BESÖKET .....	23
FÖR- OCH NACKDELAR MED INFÖRDA SPRÅK- OCH KOMMUNIKATIONSSCREENINGAR .....	23
IMPLEMENTERING .....	24
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>27</b>

## Bakgrund

Den svenska barnhälsovården är unik i sitt arbetssätt och når nästintill alla barn från nyfödd till och med fem år.<sup>1</sup> Uppdraget är att främja hälsa och följa barnens utveckling samt att ge föräldraskapsstöd. Arbetet är strukturerat i ett nationellt program med strukturerade metoder och screeninginstrument.<sup>2-5</sup> Under Socialstyrelsens utredningsarbete 2014 kommenterades att metoderna som användes inom barnhälsovården hade låg evidens.<sup>6</sup>

Region Gotland har under de senaste åren arbetat aktivt för att införa evidensbaserade metoder i det kliniska arbetet (figur 1). Metoderna syftar dels till att identifiera barn och föräldrar i behov av utökat stöd, dels för att ge stöd till barnhälsovårdssjuksköterska i det hälsofrämjande arbetet.

Region Gotland är Sveriges minsta region med 500-600 födda barn årligen. Barnhälsovården är uppdelad på tre barnhälsovårdcentraler (BVC), Hemse, Slite och Visby. På den minsta enheten arbetar en barnhälsovårdssjuksköterska och på den största arbetar nio barnhälsovårdssjuksköterskor. Arbetet stöts av en central barnhälsovårdsenhet som består av barnhälsovårdssjuksköterska, barnläkare och psykolog som alla arbetar deltid med uppdraget. Vid införandet av metoderna inbjöds externa personer så som de som infört BarnSäkert i andra regioner och logoped från logopedmottagningen på Gotland.

Svårigheterna att införa nya metoder är vida kända, likaså svårigheterna att överföra metoder som testats i forskningsstudier till den kliniska vardagen.<sup>7</sup> Det finns stora behov av att utvärdera, dels om och hur metoder lyckas införas i den kliniska vardagen dels om de införda metoderna uppfattas enligt det tänkta syftet med metoden.<sup>8</sup>

För att utvärdera införandet och användandet behövs olika forskningsmetoder. I forskningstraditionen används fortsatt främst kvantitativa metoder trots att dessa inte kan fånga beskrivningar och förståelse för en företeelse.<sup>8</sup> För att förstå varför och hur något används behövs kvalitativa metoder med exempelvis intervjuer.<sup>9</sup> För de metoder som är införda i region Gotland finns studier som visar på två av metodernas psykometriska förmågor<sup>10-14</sup> genomförbarheten för två av metoderna<sup>15, 16</sup> samt barnhälsovårdssjuksköterskornas upplevelse av implementering och användandet av en av metoderna.<sup>17</sup>

Hinder och underlättande faktorer för att införa metoder i den svenska barnhälsovården är undersökt i tidigare studier.<sup>17-20</sup> I samtliga ovan studier har metoderna införts som ett forskningsprojekt. Inga studier har genomförts på ett kliniskt användande av metoderna, inte heller har komplexiteten när flera metoder införs studerats. Ingen studie genomförd i den svenska barnhälsovården har tydligt fokuserat på barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelse av hur metoder hjälpt dem i deras övergripande uppdrag.

Barnhälsovården arbetar efter det som benämns som tredelningen med insatser som ska ges till alla, insatser som ska ges till alla vid behov och ytterligare insatser så som remiss till annan vårdgivare eller kontakt med socialtjänst.<sup>4</sup> Tredelningen kan jämföras med universella interventioner, selektiva interventioner och indikerade interventioner<sup>21, 22</sup> eller med universell proportionalism där det universella ges med ökad intensitet till de som är i störst behov.<sup>23</sup>

## Införda metoder:

Under våren och hösten 2019 infördes Pappa/icke födande förälder samtal.<sup>24</sup> Samtalets primära syfte är föräldraskapsstödande och ska ske när barnet är i åldern 3-5 månader.

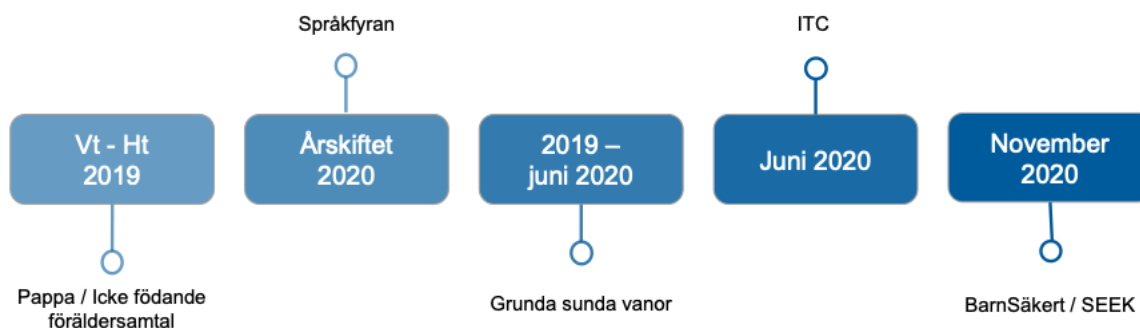
Hösten 2019 påbörjades efter en internutbildning och diskussion frivillig användning i "pilotform" av Grunda sunda vanor i anpassad version som ett hälsosamtal vid 2,5 år ålder, samt vid behov vid andra åldrar. Grunda sunda vanor är ett barncentrerat hälsosamtal för att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt och fetma<sup>15</sup>. Juni 2020 medverkade en av metodens skapare i en fördjupad genomgång och därefter har metoden införts generellt vid 2,5-årsbesöket i sin anpassade form.

För att identifiera barn med språkstörning vid fyraårsbesöket infördes Språkfyrn för barn födda 2016 vid årsskiftet 2019–2020 och ersatte därmed tidigare lokal 4-års-screening avseende språk.<sup>10, 25</sup> Språkfyrn uppges ta ca 10 minuter att genomföra och syftar till att identifiera de barn som har störst behov av intervention för deras språklig förmåga. Screeningen består av en testbok och 16 kort. Barnet ska peka på och sortera bilder, berätta samt repetera det som barnhälsovårdssjuksköterska sagt.<sup>26</sup>

I juni 2020 infördes screeninginstrumentet Infant-Toddler Checklist (ITC) vid 18 månader, för barn födda 2019-01-01 och senare. ITC syftar till att identifiera barn med kommunikationssvårigheter.<sup>11, 13, 17</sup> ITC består av 24 flervalfrågor samt en fråga om föräldern upplever oro för barnet.<sup>13</sup> Formuläret fylls i av förälder inför besöket, vilket beräknas ta 5-10 minuter.<sup>27</sup> Under besöket sammanställer barnhälsovårdssjuksköterskan resultatet.

I november 2020 infördes BarnSäkert, en metod för att finna barn i risk för våld och försummelse och erbjuda stöd till föräldrarna. I BarnSäkert fyller föräldrar i formuläret Safe Environment for Every Kid (SEEK)<sup>28</sup> vid 6-8 veckors ålder, 3-5 månader, 10 månaders ålder, vid 18 månader, 2,5 år och slutligen vid fyra års ålder. BarnSäkert-samtalet har en uppskattad tidsåtgång på fyra minuter.<sup>29</sup> Vid utfall erbjuder barnhälsovårdssjuksköterskan samtal om problem och lösningar med hjälp av en samtalsguide för att sedan erbjuda förmedling av hjälp och stöd från annan aktör så som exempelvis socialtjänst utifrån en lokal kontaktlista.

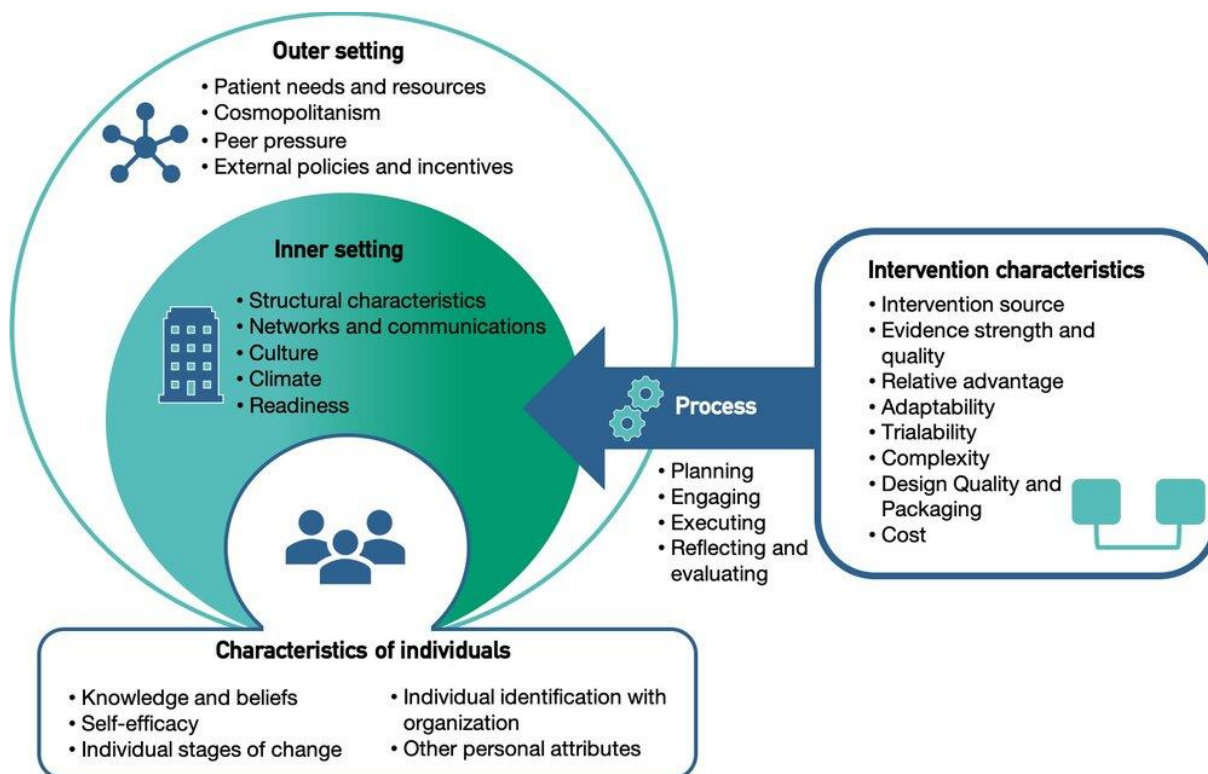
Intervjuerna kom att fokusera på fyra av de införda metoderna: Pappa/Icke födande förälder samtal (IFF) Språkfyrn, ITC, och BarnSäkert.



Figur 1 Införda metoder och tidpunkt för införande

## Implementering

Implementering är svårt, krävande och det finns en överhängande risk att införandet av nya metoder misslyckas.<sup>30</sup> Det finns mängder av olika implementeringsramverk som kan användas när något införs eller när en implementering utvärderas. I detta projekt används Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR).<sup>30</sup> I CFIR beskrivs egenskaperna: hos insatsen, i införandeprocessen, hos användarna, i den inre miljön och yttre miljön (figur 2)



Figur 2. Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

## Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet har varit att undersöka hur barnhälsovårdssjuksköterskor upplever hur nyligen införda metoder påverkar dem i arbetet att främja hälsa hos barn och föräldrar samt att identifiera barn i utökade behov.<sup>31</sup>

De frågor vi önskade svar på var om de införda metoderna påverkat föräldrar, barn eller dem själva i den egna yrkesrollen, om barnhälsovårdssjuksköterskorna saknade någon metod samt deras upplevelse av att flertalet metoder införts under en kort tidsperiod.

## Metod

För att fånga barnhälsovårdssjuksköterskornas beskrivning av om och hur de införda metoderna hjälper dem att utföra sitt uppdrag genomfördes individuella intervjuer via videomöten. Intervjuerna var semistrukturerade och följde en intervjuguide (appendix). Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.<sup>32, 33</sup>

Intervjuguide utarbetades av erfarna kvalitativa forskare, delvis baserat på CFIR.<sup>30</sup> För de fyra införda metoderna fokuserade intervjuguiden på: påverkan på föräldrar, påverkan på barn, påverkan på den egna yrkesrollen. Upplevelsen av att fyra metoder införts under en kort tid.

Intervjuerna avslutades med en fråga om deltagaren upplevde att något arbetssätt eller någon kunskap saknades i det egna arbetet. De semistrukturerade intervjuerna genomfördes av författare 2 (AF), som har god kunskap om barnhälsovård och flertalet av de införda metoderna. Intervjuaren hade ingen tidigare relation med någon av deltagarna. Intervjuaren har utfört studier gällande ITC, vilket några deltagare kan ha haft kännedom om.

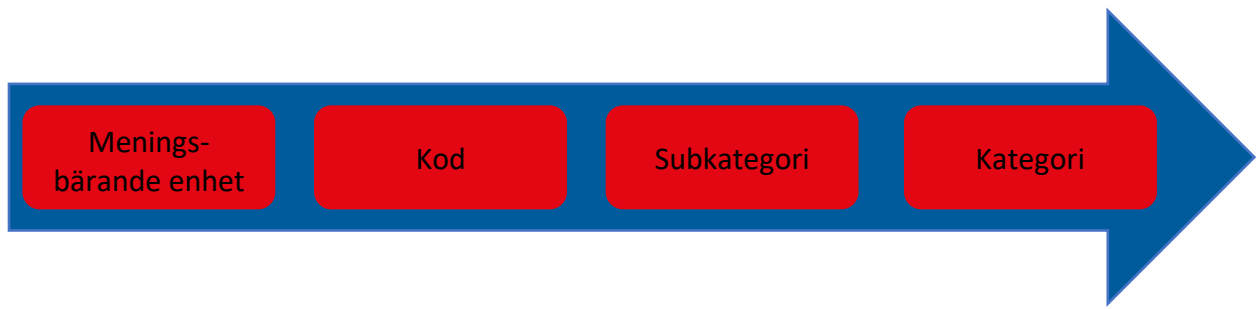
Totalt intervjuades åtta barnhälsovårdssjuksköterskor av tio fast anställda och två korttids- eller deltidsanställda barnhälsovårdssjuksköterskor som vid tidpunkten arbetade i Region Gotland. En barnhälsovårdssjuksköterska slutade sin tjänst i samband med intervjuerna och en barnhälsovårdssjuksköterska var föräldraledig under perioden. En barnhälsovårdssjuksköterska tackade nej till deltagande. Både barnhälsovårdssjuksköterskor med vidareutbildning till distriktssjuksköterska och barnsjuksköterska medverkade i intervjuerna. Det var en stor spridning i arbetslivserfarenhet från något till tiotal år.

Intervjuerna genomfördes via videomöte, och ljudet spelades in. Ljudet transkriberades, i transkriberingen uteslöts sådant som kunde identifiera forskningspersonerna, till exempel namn på personer och orter. Forskningspersonernas personuppgifter ersattes med en kod.

Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.<sup>33</sup> Induktiv ansats innebär att analysen utgår från materialet utan en förutbestämd analysram. I det transkriberade materialet identifierades meningsbärande enheter. Dessa meningsbärande enheter kodades. Utifrån att författare ett (AL) arbetar nära deltagarna skedde den första delen av analysen av författare två (AF). AF indelade materialet i meningsbärande enheter som även kodades efter vilken metod som beskrevs. De meningsbärande enheterna sorterades efter metod vilket gjorde att inga meningsbärande enheter kunde kopplas samman. På så sätt kunde deltagarnas anonymitet säkras. Endast AF hade tillgång till kodnyckel för vilken deltagare som uttryckt de meningsbärande enheterna.

Koderna kategoriserades till subkategorier som sedan fördes ihop till huvudkategorier. Dessa två steg, som innebär huvuddelen av analysen, gjordes av båda författarna tillsammans. Varje subkategori och huvudkategori diskuterades tills samstämmighet uppnåddes. Inga oenigheter uppstod i analysen. I kvalitativa studier ska de intervjuades röster höras genom hela resultatet. Varje subkategori representeras av ett citat från intervjuerna. Utifrån Gotlands specifika förutsättningarna presenteras citaten utan pseudonym, för att säkerställa deltagarnas anonymitet.

För att kontrollera om analysen stämde överens med barnhälsovårdssjuksköterskornas uppfattning genomfördes så kallad Respondentvalidering. Resultatet presenterades och diskuterades under ett möte med barnhälsovårdssjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården på Gotland. Under presentationen och diskussionen medverkade både barnhälsovårdssjuksköterskor som medverkat och inte medverkat i intervjuerna. Kännedom om vem som medverkat i de individuella intervjuerna hade endast individen själv och författare två (AF) som genomfört intervjuerna. Reflektionerna på resultatet beskrivs i resultatets sista stycke.

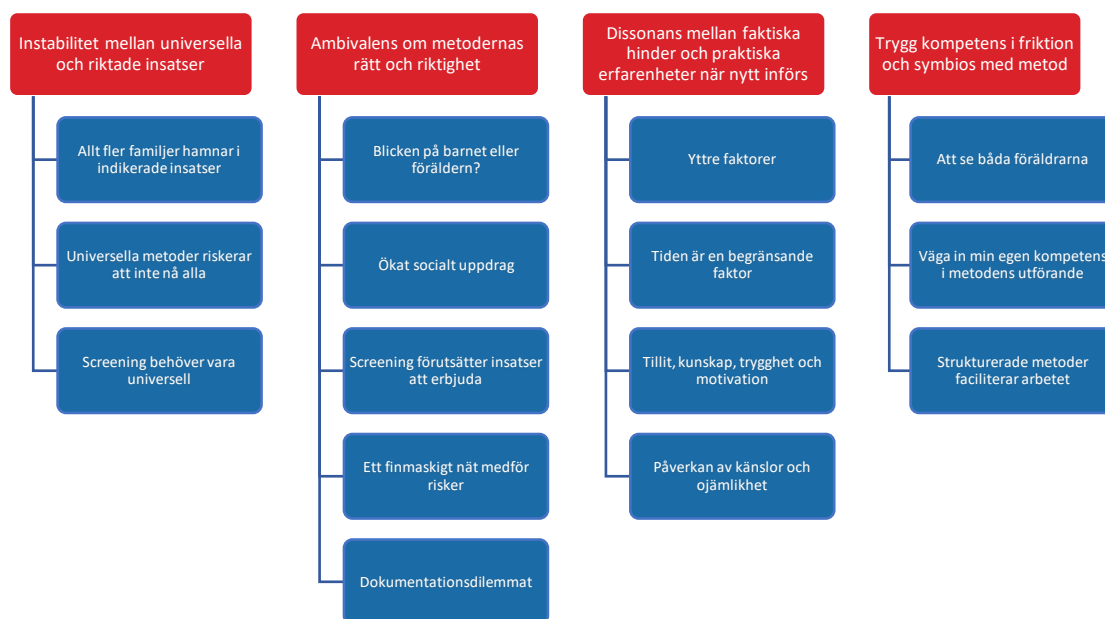


**Figur 3.** Analyssteg i kvalitativ innehållsanalys



## Resultat

I den kvalitativa analysen av intervjuerna framkom fyra kategorier med vardera tre till fem subkategorier. Deltagarnas röster visas i resultatet genom citat.



**Figur 4.** Översikt av barnhälsovårdssjuksköterskornas uppfattning av de införda metoderna i kategorier (n=4), subkategorier (n=15).

### Instabilitet mellan universella och riktade insatser

Deltagarna berättar om en samhällskiftning där föräldrar är mer hjälpsökande generell vilket förstärks genom införda metoder belyser familjens situation i en vidare bemärkelse. Det gör att de barnhälsovårdssjuksköterskorna upplever en instabilitet i uppdraget.

#### ***Allt fler familjer hamnar i indikerade insatser***

Enligt deltagarna beskriver föräldrarna mycket problem och är hjälpsökande i även det mest basala i föräldraskapet. Föräldraskapet benämns som tufft i samhällsklimatet vilket ökar stödbehovet. Deltagarna berättar att det basala stödet vanligtvis ges i föräldragrupper men när det inte är möjligt att erbjuda föräldragrupper ges stödet istället i enskilda kontakter. Deltagarna upplever att införda metoder gör att fokus övergår från det basala och universella till mer indikerade insatser i och med att familjernas behov blottläggs med SEEK och IFF-samtalen. Erfarenheten är att användandet av SEEK inbjuder föräldrarna till tro att BVC kan lösa allt, vilket leder till tidsödande samtal.

Samtidigt så får man inte... vad ska jag säga, förminska föräldrarna, utan det är ju ändå, man får väl ändå ställa lite krav på dom, det är ju inte så att vi ska fixa allt bara för att dom råkar ha det si eller så

Trots stora fördelar med ett mer tillåtande samhällsklimat om psykisk ohälsa berättar deltagarna även om nackdelar.

De pratar ju med varandra och... Ja, då är det liksom illabefinnande, och då, då förstärker dom [litet skratt] ju det också liksom. Föräl-, mammorna... Det är ju mycket så, man pratar sinsemellan, och man är inne i den svängen liksom, man är van att ha det så, och då blir det förstärkt från alla håll

Deltagarna säger att de indikerade insatserna ger en extra arbetsbörda då det är tidsödande med remisser och kontakter med andra instanser. Ett arbete som beskrivs som viktigt men svårt. Samarbetet med andra instanser så som Socialtjänsten beskrivs ha ökat stadigt under åren, och även om det är gynnsamt för familjerna framställs samarbetena som tidskrävande.

### ***Universella metoder riskerar att inte nå alla***

Deltagarna berättar att de metoder som är tänkta att ges universellt riskerar att nå familjer ojämnt, beroende på flera faktorer. Det krävs anpassningar för att nå alla. Till exempel för att nå den icke födande föräldern som arbetar kan det behövas tillgång till videobesök och upprepad information. Det framgår att det är en svår balansgång för deltagarna att nå alla jämnt. Deltagarna upplever att de inte alltid når de som är i störst behov.

ibland känner man ju att det har vart väldigt bra om vissa pappor kommer, för att dom kanske behöver ha lite stöttning i föräldraskapet, och kunna ta liksom lite mer ansvar än mamman. En del papporna dom är ju med, och är väldigt engagerade, dom kanske inte ens skulle behöva ett pappasamtal, för dom har varit med och hört och lyssnat om allting varje gång ändå

Med arbetsbelastningen kan metoder som är tänkta att erbjudas universellt istället erbjudas på indikation. *"Där får jag ta mej tid att ta fram dom här formulären vi har, för att komma åt det jag ändå misstänker"*. Deltagarna berättar att detta kan ske både medvetet, genom att de inte erbjuder exempelvis SEEK vid samtliga planerade besök och omedvetet när de inte alltid kan lägga tillräcklig kraft på att bjuda in alla på det sätt som just den familjen behöver för att nås. Andra beskriver att denna anpassning är just deras uppdrag.

Få samma förutsättningar för alla barn, det är ju att inte lägga... lika mycket krut på alla, utan-, det är ju det som är jobbet liksom, det är ju att se den där som behöver det extra

### ***Screening behöver vara universell***

Det finns flera beskrivningar av vikten av att erbjuda screeningar universellt. Som exempel beskriver deltagarna att det ibland är föräldrar som de minst förväntar sig om mår dåligt. Genom att använda metoder universellt blir det en signal till familjer att metoderna är en rutin som ges till alla.

och säga att det här får alla, du är inte särskilt utpekad. Särskilt dom föräldrar som är i behov av lite extra stöd, dom har verkligen spröten utåt om vad som är för alla, och vad som är för vissa utvalda, och ingen vill ju inte känna sig... utvald på det sättet

## Ambivalens om metodernas rätt och riktighet

Deltagarna berättar om att det finns för- och nackdelar med de införda metoderna och metodernas påverkan på uppdraget. Gällande vissa av de införda metoderna ser några av deltagarna enbart för- eller nackdelar, medan andra resonerar med sig själv om vinster och risker med den införda metoden. Med de införda metoderna har även uppdraget inom barnhälsovården förändrats.

### ***Blicken på barnet eller föräldern***

Enligt deltagarna gör en del av de införda metoderna att deras fokus skiftat från barnet till föräldern. Ett positivt exempel i detta är att barnhälsovårdssjuksköterskan får en djupare relation med föräldrarna och även insyn i barnets situation i familjen.

det [SEEK] är ju lite mer ingående hur man har det i familjen, och hur föräldrarna mår. Förut har man ju mest bara frågat efter hur barnen mår, men det är klart att barnen... [litet skratt] mår ju som föräldrarna på nåt sätt liksom, man måste ju må bra som förälder om man ska ha kraft, ork och energi att ta hand om sitt barn

Dock beskrivs främst risker med att fokus riktas till föräldern istället för barnet. Deltagarna delger en oro om att de kan missa ohälsa hos barnet när fokuset är på den vuxne.

när man har dom här samtalen, ibland så kan man ju ha familjen in på rummet här med sin lilla bäbis, och [...] när dom går härifrån, okej, man har vägt och mätt bäbisen, och det-, ser ut att må bra och allting, men så tänker man tittade jag verkligen på det här lilla barnet? Att föräldrarna har tagit all fokus

Riskerna med att fokusera på föräldern lyfts än mer vad gäller de äldre barnen där det upplevs svårare att samtala med föräldern när barnet förstår.

Barnen är ju med i rummet när föräldern fyller i det här [SEEK]. Det är väl bara... när barnet är mindre som den inte förstår, men just vid, vid ett och ett halvt, två och ett halvt och vid fyra år, då sitter ju barnet med i rummet och hör även om den sitter och leker

Det är också problematiskt att låta föräldrar fylla i formulär under besöket då de därmed missar möjligheten att fokusera på och se barnet.

Dom vill ju se vad barnen ska göra, dom är ju delaktiga, dom vill ju inte sitta och fylla i ett formulär medan vi sitter och pratar med barnen. Så att det känns... otroligt fel, och jag har i stort sett inte gjort SEEK på fyraårsbesöken, för att det hinns inte med

Enligt beskrivningarna är två besök tydligt riktade till föräldern. Det ena är besöket när Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) genomförs med den nyblivna mamman. Det andra är det enskilda föräldrasamtalet med pappan eller den icke födande föräldern. Vid dessa två besök lyfts värdet av att fokusera på föräldern, och användandet av SEEK.

På dom två tycker jag att det fungerar ändå ganska bra, framförallt på pappasamtalen, tycker jag. [...] Jag brukar ge SEEK:en först, och så går vi igenom den och tittar, och pappasamtalen in där

I kontrast till de metoder som riktar blicken till föräldern beskriver deltagarna att två införda metoder stöttar dem att fokusera mer på barnet, och att identifiera barn i utökade behov.

Jag är positiv till ITC och Språkfyrn, Det är ju ett, ett hjälp liksom för oss, för att hjälpa dom här barnen, att hitta dom

### **Ökat socialt uppdrag**

Deltagarna beskriver hur deras arbete nu till stor del handlar om föräldrarnas mående och situationen i hemmet. Föräldrarna beskrivs se besöket som ett tillfälle att tala om de svårigheter de upplever.

Mycket fokus också på det här sociala, det, det är ju... extremt mycket socialt arbete. Om man säger förr så var det ju [litet skratt] man, man generaliserar ju lite kanske och säger att, jamen då vägde och mätte man barnen och vaccinerade

Ökat fokus på föräldern och den sociala belastningen upplevs svår för deltagarna i och med att de inte har vare sig uppdrag eller kompetens som behövs för att hantera föräldrarnas behov. De ser inte heller vinster med att ha mer kompetens utan istället risker.

Man får inte lägga det på sig själv, och känna att det blir för stor tyngd, utan det här måste vara ett nätverk som delar på det. För att annars, vi kan hjälpa till med mycket, men, vi är inte terapeuter. [...] Ibland blir det som att man sitter här som en, kurator lite, kan jag känna, och det är inte jag utbildad till

Intervjuaren: Borde du vara det? Borde du vara kurator?

Barnhälsovårdssjuksköterskan: [skratt] nej.

### **Screening förutsätter insatser att erbjuda**

Deltagarna beskriver skillnader i hur lätt det är att erbjuda barn och föräldrar vidare insatser efter att någon av de nyligen införda metoderna visat på ett utökat behov.

ITC är väldigt trevlig så, just därför att man vet att där kan jag remittera, och sen, och sen är det nån annan som tar hand om det. Medans både SEEK och pappasamtalen och EPDS och så, det här man hittar, det är ju inte säkert att man har en självklar, nästa part som tar hand om det

Tryggheten i att lyfta behov av vidare insatser beror på utfallet, där vissa förslag på vidare insatser kan väcka starka känslor hos föräldern. Det upplevs lättare att remittera till logoped än att benämna att "du behöver hjälp att styra upp hos Kronofogden". Det kan även krävas motiveringsarbete för att föräldrar ska ta vidare kontakter.

Sen har vi ju ett gäng föräldrar där man säger, 'nu måste ni ta tag i det där', och så får dom ju adresser och allting. Sen blir det ingenting, då,

brukar skoja med dom och säga, 'ni ser att det brinner i håret på mej, va? Det är blåslampan! Nu sätter jag igång och ringa tills ni har gjort det här'

Även hur trygg deltagaren är med insatserna från nästa instans beskrivs påverka remitteringsprocessen och arbetssituationen. Resursbrist hos vårdgrannar ökar belastningen på barnhälsovården "det som skulle kunna underlätta för mej, det är ju att alla tjänster är tillsatta." När insatser införts hos vårdgrannar, och barnhälsovårdssjuksköterskan har kännedom om att familjerna kommer att få skyndsam hjälp underlättas identifikationsprocessen. Att inte ha personkännedom om nästa instans och när återkoppling från nästa instans saknas benämns som hinder för att deltagarna ska känna sig trygga i sitt arbete.

vi har ju frågat dom [socialtjänsten] om det, återkopplingen alltså, jag skulle vilja att det var typ remissförfarande eller nånting sånt där, så man visste att man fick en återkoppling, men det är ju urdåligt ibland.

### ***Ett finmaskigt nät medför risker***

Några metoder beskrivs som svåra, och även obekväma, att genomföra. Ett exempel är nonsensorden i Språkfyran, som benämns som besvärligt ur barnhälsovårdssjuksköterskans, barnets och föräldrarnas synvinkel.

att jag förklarar alltid lite efteråt varför vi har dom här... konstiga orden. Då får föräldrarna bättre förståelse varför vi sitter och säger så konstiga ord som barnen ska härma efter oss

Risker med metoder som fångar många svårigheter och många familjer framställs i förhållande till både SEEK och IFF-samtalet. Samtalen riskerar att bli tidsödande och fokus kan hamna på det som ligger utanför barnets väl och ve samt barnhälsovårdssjuksköterskans uppdrag. Även om fördelarna med att identifiera behov hos familjerna nämns flera risker med användandet av SEEK.

Men om man tänker den här SEEK:en då som vi ska ge ut vid ganska många tillfällen, så har det väl förändrat sig som att vi kryper dom ännu mer under skinnet, saker som dom kanske egentligen inte har tänkt sig ta upp med oss, för att dom egentligen inte tycker att... men eftersom vi frågar så... nästan vilken familj som helst, har ju utfall på den här SEEK: en

Framförallt nämns det upprepade användandet och användandet när barnet är äldre som en risk. Det stora värdet med SEEK beskrivs vara frågorna kring våld, men även med dessa frågor finns det utmaningar i arbetet, främst gällande om föräldern har varit utsatt för våld i en tidigare relation. En svårighet som beskrivs är när det SEEK blottlägger behov som föräldern inte upplever att hen behöver hjälp med, emedan barnhälsovårdssjuksköterskan kan se behov av stöd.

igår hade jag en som tyckte att dom hade problem med ekonomin, eller var oroliga för ekonomin... men 'vi behöver ingen hjälp med det, utan det löser sig alltid'. Det gör ju att man börjar fundera själv liksom, och tänka hur [...] man tar med sig dom hem, i tanken, på nåt vis

Det beskrivs en ytterligare risk med screeningmetoder i enkätform, där fokus flyttas från det som sker i rummet till ett papper.

alla enkäter och sånt där då, nånstans känns det som att det är sånt  
som vi har gjort hela tiden, egentligen, men nu blir det som på ett  
papper bara

Kring ITC lyfts risken att det kan vara för tidigt att identifiera barn redan vid 18-månader. Att föräldrarna vid denna ålder inte känner någon oro, vilket gör att vidareremittering kan behöva skjutas på framtiden, till dess att familjen är redo.

### ***Dokumentationsdilemmat***

De införda metoderna beskrivs ha ökat de administrativa uppgifterna och dokumentationen, *"det går åt så mycket tid till dom här administrativa uppgifterna och dokumentationen"* vilket har minskat tiden som barnhälsovårdssjuksköterskan kan ägna åt familjerna. Den administrativa bördan beskrivs även ha påverkat arbetsituationen där deltagarna berättar att de har svårt att klara sitt uppdrag inom ordinarie arbetstid.

Ökat fokus på föräldern gör även att det under besöket framkommer information som deltagarna ogärna vill skriva i barnets journal.

Ett samtal kan ju vara ganska stort, och det går ju inte att skriva ner.  
Utan då ska man gå runt med det i sitt huvud, och sen... förväntar dom  
sig att jag vet och kan det här, är medveten om dom och det där

## **Dissonans mellan faktiska hinder och praktiska erfarenheter när nytt införs**

Återkommande i intervjuerna nämns ordet tid, vilket återspeglas i alla subkategorierna i denna kategori. De specifika utmaningarna som finns på Gotland är även de en röd tråd i kategorin.

### ***Yttre faktorer***

Flertalet faktorer utanför det direkta arbetet och metoderna som införts beskrivs ha påverkat införandet. Deltagarna berättar att det efter ett decenniums stabilitet nu skett förändringar i personalgruppen. Rekryteringssvårigheterna, där det finns få utbildade distriktsjuksköterskor beskrivs som ett extra hinder i och med att Gotland är en ö. En del av de yttre faktorerna är direkt relaterade till Gotlands specifika förutsättningar som en ö som besöks av en stor andel turister. COVID-19 pandemin påverkade också arbetsbelastningen men främst utifrån att fler familjer spenderade mer tid på Gotland.

väldigt många har ju vart här under längre tid under sommaren

En enhet bytte lokaler strax före den hektiska sommarperioden, flytten beskrivs som mycket prövande. Lite som en droppe som fick bägaren att rinna över.

### ***Tiden är en begränsande faktor***

Samtliga införda metoder har inneburit en tidsökning. Det beskrivs både tidsökning initialt i implementeringen där det i ett senare skede går snabbare. Det beskrivs även fortsatt ökad tidsåtgång, i utförande av den införda metoden, i det administrativa arbetet, under besöket

eller i efterarbetet. Samtalet om det som framkommit genom metoden beskrivs ofta som tidsödande. När metoderna identifierar utökade behov är det tidsödande för barnhälsovårdssjuksköterskan att säkerställa att familjerna får och tar emot det stöd de behöver.

Det här med nedstämdhet och stress. Då har dom ju sagt att man ska ringa upp och prata om det senare. Men jag vet inte vart den tiden ska tas ifrån

Samtidigt som beskrivningarna om att de nya metoderna är tidsödande beskrivs en positiv förändring över tid, när antalet barn varje barnhälsovårdssjuksköterska ansvarade för var större och tiden för varje familj var betydligt knappare.

då hade man ju ett mycket större barnantal också, [...] man var rädd för att man skulle missa nåt av dom här små barnen, [...] när man hade sån där öppen mottagning, och liksom väntrummet var fullt och man visste att det där satt det en som behövde jättelång tid på sig, och som inte mådde så bra, och den tiden vill jag absolut inte komma tillbaka till, nej, nej, nej

Det finns även beskrivningar som visar att besöken tidigare riskerade att bli forcerade och att de med mer tid och nya metoder har större möjligheter att hitta barn i utökade behov. Även med de nya metoderna är tiden svår att hantera för deltagarna i och med att de sällan vet hur omfattande ett föräldrasamtal kommer att bli.

Deltagarnas beskrivning av tidsåtgången gäller inte enbart deras egen tid utan även i förhållande till barnet. Främst beskrivs tiden för barnet under fyraårsbesöket, där det kan behövas två besök för att barnets ska orka genomföra alla delar i besöket.

Det är ett jättebra verktyg, tycker jag, hjälper till väldigt bra vid språkscreeningen, med barnen på ett bra sätt, tycker jag. Tar ju mer tid än vad vi... hade innan, och vid fyraårskontrollen är det ju väldigt mycket, så att. När vi fick-Språkfyran så var det väldigt svårt att hinna med alla delar

Barnhälsovårdssjuksköterskorna ser egentligen inget som går att ta bort från uppdraget förutom att minska antalet tillfällen SEEK används. De beskriver även att inget har uttrangerats när nya metoder införs

Det har ju liksom tillkommit, och ska bara tryckas in liksom i samma besök som tidigare. [...] ingenting har tagits bort när vi har fört in allt det här

Tiden benämns även i förhållande till subkategori Dokumentationsdilemmat, där samtliga formulär är tidsödande att dokumentera.

### ***Tillit, kunskap, trygghet och motivation***

Implementeringen beskrivs ha skett i ett samarbete mellan barnhälsovårdssjuksköterskorna och den centrala barnhälsovårdsenheten. Vikten av att följa ett införande nära belyses. Det finns en tillit att den centrala barnhälsovårdsenheten inför det som är viktigast först och kommer att fortsätta förbättra arbetet.

man känner sig trygg i att dom är i framkant, och att dom har lite... koll  
och implementerar det som, som låter bra, liksom

Det finns en tillit till den centrala barnhälsovårdsenheten, som beskrivs anpassa uppdragen när deltagarna signalerar att belastningen är för hög. Den centrala barnhälsovårdsenheten beskrivs sträva efter den bästa barnhälsovården i Sverige. På gott och ont.

vi ska ha det bästa BVC:et i Sverige så därför ska vi... få in allting så  
snabbt som möjligt. Så det är svårt att sätta ner foten och stoppa, för  
att vi inte hinner med

Att kunna ge god barnhälsovård till barnen beskrivs som ett tydligt motiv till att välkomna nya metoder även om införandet kan kännas prövande. "att det blir bra för barnet att man gör det här". De beskriver även värdet av utbildning inför nya moment och tryggheten det ger.

Vi får så bra utbildning inför varje grej som ska införas. Vi får ju mycket  
med oss, varför vi gör det här och, och, hur vi ska göra det och så, så  
det är bra, det är riktigt bra. Det hade ju vart en helt annan sak om  
man bara fick det i handen och säger att 'det här ska ni göra'

Det är enbart kring Språkfyrn som barnhälsovårdssjuksköterskorna lyfter en osäkerhet kring ett delmoment, där det finns en osäkerhet kring delmoment nonsensord.

Några av arbetsmetoderna som används behöver uppdateras enligt beskrivningarna, och de har förtröstan till att dessa metoder kommer att förbättras på sikt. Förbättringsbehoven lyfts främst kring EPDS-samtalet med modern och utvecklingsbedömningen vid fyra år.

Deltagarna upplever att det har varit ett forcerat tempo i införandet av metoderna. Detta skapade oro innan införandet men införandet har ändå fungerat. De hade föredragit att landa i varje ny metod innan nästa infördes, men betonar också att det har fungerat när de själva har haft en positiv inställning och när de har kunnat påverka omfattningen själva

alla saker har införts innan man ens har hunnit blivit varm, i kläderna  
med nåt av det tidigare, och sen så kommer nästa. Och SEEK... När den  
infördes, den var ju strax efter ITC, då var vi ju inte riktigt inne i ITC:en  
heller [...] Eftersom det [SEEK] skulle... vara på så otroligt många  
besök, så försökte vi verkligen bromsa det där, att kan vi få börja  
barnen under året

Kring BarnSäkert framhålls att tidsuppskattningarna, att SEEK med tillhörande samtal skulle ta tre minuter per besök att utföra, inte stämmer med verkligheten, vilket barnhälsovårdssjuksköterskorna förstod redan vid informationstillfället.

Ja, och tre minuter [litet skratt] det var ju som ett skämt, ja det [litet  
skratt] jamen det var väl då att dom tyckte att det lät liksom positivt  
att säga det [skratt]

### ***Påverkan av känslor och ojämlikhet***

Deltagarna beskriver att den egna upplevelsen av metoderna påverkas av kollegornas känslouttryck om metoderna men förenklas även när barnhälsovårdssjuksköterskan har strategier att hantera sina egna känslor. När resurserna ser olika ut på olika enheter och



deltagarna upplever att de inte kan genomföra arbetet på samma sätt som kollegorna ökar känslorna.

jag som person har inte haft några större problem med att ta det [införandet av metoderna], men för gruppen har det inte varit jättebra, för det har blivit [tvekan]. Det har blivit mycket gnäll, så kan vi säga

Att det finns ett tydligt riktvärde i hur många barn varje barnhälsovårdssjuksköterska ska ha ansvar för upplevs av en del deltagarna som en stressfaktor. En upplevelse att det är barnhälsovårdssköterskans eget uppdrag att säkerställa att barnantalet inte blir för högt beskrivs.

## Trygg kompetens i friktion och symbios med metod

De införda metoderna kombineras med barnhälsovårdssjuksköterskornas kunskap, vilket ibland går lätt men ibland är svårare.

### **Att se båda föräldrarna**

Det finns en tydlig beskrivning av värdet med metoder som hjälper barnhälsovården att fånga och stötta båda föräldrarna. Genom samtal med pappor och icke födande föräldrar har deltagarna fått en utökad förståelse för förälderns situation.

det ju heltokigt som vi har haft, att vi bara samtalar med mamma, det är väl mer det liksom, det ska vara likställt, pappa är lika viktig

Pappornas tacksamhet över att bli sedda benämns, där papporna inte upplevt att de blivit sedda inom mödravården eller BB-vården.

man får... en helt annan relation med pappan efter att man haft ett sånt samtal, det känns som att dom är mer med, på nåt sätt, efteråt. [...] det ju mer vanligt att pappan kommer med och bara sitter liksom och väntar, och låter mamman sköta samtalet, och sådär, men att efter pappasamtalet så är dom mer med i samtalen. Ställa mer frågor, är med och funderar, liksom. Känner sig lite mer viktiga kanske

Samtalet med pappan eller en icke födande föräldern beskrivs även ha en positiv påverkan på mamman, i och med att måendet hos föräldrarna kan förbättras. Det beskrivs också svårigheter med IFF-samtalen. Dessa svårigheter upplevs när föräldrar har svårt att komma på besöken eller när pappan är tystlåten. Samtalen kan också vara tidsödande och föräldern kan lyfta frågor som inte primärt handlar om barnet, och även delge information som barnhälsovårdssjuksköterskan inte har i uppdrag att hantera.

Till exempel in i sängkammaren. Att liksom pappan pratar om det här med preventivmedel, och att det inte funkar så bra

Deltagarna berättar vidare att med erfarenhet blir samtalen lättare och att de känner sig mer trygga. Det blir också lättare med erfarenhet att stötta föräldern att fokusera på barnet i samtalet.

Att bjuda in pappan/den icke födande föräldern kräver ansträngning av barnhälsovårdssjuksköterskan. De informerar om det enskilda samtalet redan under det första hembesöket och anstränger sig för att bjuda in pappan/den icke födande föräldern direkt utan att gå genom mamman.

men det har känts lite såhär, bjuda med armbågen, men nu blir det, nu blir det bättre tror jag, när vi får ha det på ett papper och kan skicka... till pappan själv, så att han är lite förberedd också

En ytterligare beskriven utmaning med pappa/icke födande förälder samtal är att deltagarna nu får höra båda föräldrarnas skildringar. Vilket kan vara ännu svårare om ena föräldern inte vill ha vidare stöd eller att barnhälsovårdssjuksköterskan ska stötta i samtalet mellan föräldrarna.

först så har man haft mamma på EDPS, då några veckor innan. Och så får man en story av henne, och sen så har man pappa, några veckor senare och så får man en story av honom, som inte alls går ihop

### ***Väga in min egen kompetens i metodens utförande***

Deltagarna beskriver hur de anpassar metoderna baserat på sina tidigare kunskaper och erfarenheter.

Jag hade vid fyraårsbesök, en mamma och en pappa som bor på skilda håll, det har vart ett jätte-samarbetsprogram... Mamman har hjälp ifrån Socialtjänsten, pappan har sitt, och, och jag känner att... Jag vet redan... Jag vet redan allt det där, så jag-, då, då lämnar jag inte fram det, för det passar sig inte, helt enkelt.

Där de kombinerar allt de ser under besöket i bedömningen samt gör en bedömning av barnets mognad. De anpassar också metoderna efter barnet.

Språkfyrn ska-, eller man blev instruerad att man ska göra den exakt som det står. Och sen så gör jag inte det alltid. Ibland så kan jag känna att jag hoppar över vissa grejer, för en del barn. Man märker att dom tycker att det 'vad är det här', att det är för lätt, det blir konstigt bara. Och då kan jag förkorta själva Språkfyrn ibland.

### ***Strukturerade metoder faciliterar arbetet***

De införda metoderna beskrivs som mer heltäckande än tidigare metoder. SEEK beskrivs fånga både våldsutsatthet och nedstämdhet hos föräldrarna, Språkfyrn fångar både uttal och språkförståelse samt ITC som fångar kommunikation på ett bredare och säkrare sätt än tidigare använd metod. Även om metoderna kan vara mer krävande, speciellt initialt, beskriver deltagarna värdet med ökad säkerhet i identifieringen.

ITC, tyckte jag var jobbigt i början, det var så mycket moment, och man skulle hålla rätt på dom här kryssen, och så skulle man se hur mycket poäng det var, jag tyckte det var jätterörigt, men ju mer man har jobbat med det så känns det bättre och bättre och jag tycker det är faktiskt ett bra verktyg, man ser... föräldrarna blir tvingade att titta

på sina barn och se vem det här barnet är, och vad det kan, och inte kan. Så det tycker jag, den tycker jag är bra.

De benämner även att värdet av tidigare identifikation och att andra problematiker identifieras än tidigare. Både vad gäller metoder för att fånga våld eller utsatthet och språk- eller kommunikationssvårigheter beskrivs möjligheten att familjerna får tidiga insatser som gynnande.

De införda metoderna benämns även fungera som samtalsstöd vilket förhöjer samtalen med föräldrarna, speciellt om de har reflekterat inför besöket så som vid ifyllandet av ITC. Föräldrarna kan också upptäcka det egna barnets kompetens och även stimuleras i att kommunicera mer med barnet.

ett mycket bättre och givande verktyg också för föräldrarna, som har fått hem det innan, [...] dom behöver verkligen tänka till och kanske prata båda två om 'hur tycker vi att...' Dom blir ju också lite mer observanta på sina barn, så jag tänker att det ger ju också dom en skjuts i att hjälpa sina barn, på ett annat sätt.

Deltagarna berättar att både Språkfyrn och ITC stöttar föräldrarnas kunskap om barns utveckling och vad som kan förväntas i respektive ålder, en kunskap som även ökas hos barnhälsovårdssjuksköterskan "vi blir lite, vassare där". För deltagarna underlättar ITC och Språkfyrn i remitteringsarbetet. När föräldrarna får en ökad medvetenhet om barnets svårigheter upplever barnhälsovårdssjuksköterskorna att sannolikheten ökar för att föräldrarna ska ta emot hjälp från logopeden. Språkfyrn uppges även vara fördelaktig för vårdgrannar då färre men mer rätt barn identifieras. Att barnen uppskattar Språkfyrn underlättar i arbetet, och hjälper barnhälsovårdssjuksköterskan i uppdraget.

Språkfyrn vänder sig ju till, till barnen. Det är ju dom vi jobbar med mest. Dom vi skall ha ögonen på. Det är ett bra arbetsredskap för mej. Den, den var lite jobbig i början, innan fick ett flyt i den, men nu, nu tycker jag att, man har hittat sin form som man jobbar med. Och man ser rätt tydligt vilka barn som faller ut och inte, och även föräldern som är med ser det

Genom de strukturerade metoderna under de enskilda samtalen och med BarnSäkert beskriver barnhälsovårdssjuksköterskan att föräldrarna når insikter om att den egna situationen påverkar barnet, vilket i sig påverkar barnet.

föräldrarna förstår att vi förstår att dom här frågorna påverkar barnen, att hur föräldrarna mår, hur föräldrarna tänker, hur dom har det... det påverkar barnen. Med alla dom här samtalen, liksom, med både mammasamtalet, pappasamtalet och SEEK. Det är nån annan utanför familjens fyra väggar som intresserar sig för dom här frågorna, och att vi också i dom här samtalen, såklart beskriver och berättar, och samtalar med föräldrarna om att...'det är såna här frågor som du nu har svarat på, som påverkar ditt barn i vardagen.'

## Respondentvalidering.

För att möjliggöra respondentvalidering anordnades en workshop. Varje kategori och subkategorier presenterades med representativa citat för samtliga barnhälsovårdssjuksköterskor. Med vid valideringen var de deltagande barnhälsovårdssjuksköterskor men även barnhälsovårdssjuksköterskor som inte deltagit i intervjuerna, psykologerna som arbetar i barnhälsovården, chefen för barnhälsovårdssjuksköterskorna och AL som förutom medförfattare också har rollen som barnhälsovårdsöverläkare i det centrala barnhälsovårdsteamet, som initierat mycket av implementeringen.

Utifrån att ingen deltagare skulle kunna identifieras behandlades alla barnhälsovårdssjuksköterskor i rummet lika, och ombads reflektera över resultatet utifrån hur situation var för dem "här och nu". I diskussionen framkom att resultatet stämde överens med deras upplevelser med fler nyanser och exempel. Dessa beskrivs i förhållande till motsvarande subkategori.

### ***Ökat socialt uppdrag***

Barnhälsovårdssjuksköterskorna benämner att de ofta har en mångårig relation med familjer, utifrån att det ofta finns syskon. Genom denna relation upplevs ansvaret för familjen ligga på barnhälsovårdssjuksköterskan. I och med att arbetet inom barnhälsovården är stort och brett uppmärksammas många av familjernas utmaningar. Dessa utmaningar kanske var för sig inte är övermäktiga för familjen eller en risk för barnet, men i kombination kan de bli utmanande att hantera. Exempel på detta är ett något för högt alkoholintag eller en för hög belåningsgrad. Genom de införda metoderna, i kombination med ett upplevt ansvar för familjerna, alstras många stenar att bära för barnhälsovårdssjuksköterskan. Oron för barnet är svår att hantera, speciellt i kombination med erfarenheten att socialtjänsten inte utreder det som barnhälsovården är orolig för. De införda metoderna beskrivs ha ökat samordningstiden vilket inte är tydligt i kalendern. Det finns en osäkerhet i vilka aktörer som stöttar kring olika problematiker vilket gör att barnhälsovårdssjuksköterskorna lägger mycket tid på att jaga andra aktörer. Ett stort problem är att det föräldrariktade motiveringsarbetet inte alltid leder till en insats hos nästa instans.

Det lilla geografiska sammanhanget på Gotland innebär en känsla av närhet till andra aktörer men omöjliggör specialistenheter för specifika problematiker så som föräldrar med missbruk.

En del av arbetet med det ökade sociala uppdraget skulle underlättas om det fanns ett närmare samarbete med aktörer utanför hälso- och sjukvården, då en del av uppföljningsarbetet skulle minska. Barnhälsovården finns kvar som en aktör i alla familjer och samordningen, som är tidsödande, skulle inte minska. Deltagarna benämner att det kanske främst är känslan av belastning som skulle lättas.

Nära samarbete med socialtjänsten med gemensamma besök, och familjecentral skulle enligt beskrivningarna underlätta tydligt. Det finns tydliga behov av återkoppling från socialtjänsten, och även att de kunde arbeta med att motivera familjer att ta emot deras insatser. Idag kan kontakter med socialtjänsten avslutas för att familjer inte är motiverade vilket ökar belastningen på barnhälsovården och ger en känslan av maktlöshet. Med en rimlig arbetsbörda, med främst färre barn per barnhälsovårdssjuksköterska, skulle dessa belastningar upplevas som lättare.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna beskriver att svårigheterna framförallt gäller familjerna som inte har det absolut svårast men ändå är belastade. För de som har det svårast finns det interventioner och stöd, då tar psykiatrin, missbruksenheter och liknande emot familjerna men de som har lättare men påtagliga svårigheter har ofta ingen "plats att ta vägen". Det ger en krävande känsla av maktlöshet när deltagarna frågar och identifierar men inte kan hänvisa till någon som kan hjälpa familjen. Här beskrivs en skillnad när det gäller ITC och Språkfyrn i och med att det är tydligt att det är logopederna som ska stötta barnet och familjen efter utfall.

### ***Dokumentationsdilemmat***

Ytterligare en dimension i beskrivningen av Dokumentationsdilemmat är att administrationen efter besöket inte ryms i den avsatta timmen, innan nästa barn och familj är bokad. Dokumentationen sker då inte i direkt anslutning till besöket, vilket gör att det kan vara svårt att minnas och kan resultera i felaktigheter i dokumentationen. Enligt beskrivningarna är det ibland inte heller möjligt att journalföra besöket under nästa dag, när även denna är bokad med besök där administrationen inte hinns med. Dessa risker nämns främst i förhållande till fyraårsbesöket. Utöver Dokumentationsdilemmat berättar sjuksköterskorna att de även har ett stort administrativt ansvar i att boka och kalla familjer till besöken. Barnhälsovårdssjuksköterskorna berättar ett det nu finns en ytterligare faktor som försvårar. Flextidsavtalet har tagits bort och en stämpelklocka har införts. Det gör att barnhälsovårdssjuksköterskorna har mindre möjlighet att vara flexibla i förhållande till familjers behov och det egna administrativa uppdraget.

### ***Tiden är en begränsande faktor***

Svårigheterna med tidsåtgången gäller inte enbart att besöken i sig tar mer tid, det gör också att det är svårare att rymma de besök som behöver genomföras inom arbetstiden berättar barnhälsovårdssjuksköterskorna. När ett besök tar en timme exklusive administration ryms inte fyra besök på en halvdag vilket det gjorde innan metoderna infördes.

### ***Påverkan av känslor och ojämlikhet***

Funderingar om hur barnhälsovården arbetar på fastlandet lyfts under mötet. Vilka metoder som införts eller inte införts på andra ställen och vad som kanske prioriteras bort i andra regioner. På Gotland är det främst hembesöket vid åtta månader som prioriteras bort. Att inte genomföra hembesöket vid åtta månader upplevs som en tydlig nackdel för barn, föräldrar och barnhälsovårdssjuksköterskan själv.

### ***Strukturerade metoder faciliterar arbetet***

Ett ytterligare värde med BarnSäkert beskrivs som den helhet som fås vid användandet av SEEK. Svåra frågor om våld och hot ställs till alla genom att SEEK är ett formulär, och användandet blir därmed lättare universellt.

Det nämns en risk med de införda metoderna när nya kollegor anställs. Det blir en stor arbetsbörda att lära in samtliga nya metoder som ny barnhälsovårdssjuksköterska, vilket påverkar arbetssituationen negativt. Även om chefen inte förväntar sig att personalen ska kunna samtliga metoder direkt kan det finnas en känsla av otillfredsställelse om de nyanställda inte kan genomföra uppdraget som de har. Här lyfts vikten av att barnhälsovårdssjuksköterskan bromsar för att inte bli överbelastad.

## Diskussion

Syftet med intervjuerna var att undersöka barnhälsovårdssjuksköterskornas upplevelser av att arbeta med de fyra metoderna Språkfyran, Pappa/icke födande förälder samtal, ITC och BarnSäkert. Resultatet av intervjuerna kommer i diskussionen sättas i relation till implementeringsramverket CFIR.

### Införda metoder leder till stolthet över uppdraget

I intervjuerna framkommer en tydlig stolthet i arbetet och kring de införda metoderna. Barnhälsovårdssjuksköterskorna uttrycker stolthet över det breda barnhälsovårdsuppdraget med allt från det mest basala praktiska, stöttning till mer jämlikt föräldraskap, främjande av hälsa hos föräldrarna, till möjliggörande av tidiga insatser genom identifiering av utökade behov. Genom de införda metoderna ökar de föräldrarnas insikter i barnens förmågor och ökad kunskap om barns livssituation och utveckling. Stolthet över uppdraget har tidigare lyfts i och med implementering av nya metoder i barnhälsovården.<sup>20, 34</sup> Det finns även en stolthet över Gotlands barnhälsovård, med ett gott samarbete med andra hälso- och sjukvårdsaktörer och det gemensamma målet att ge landets bästa barnhälsovård. Barnhälsovårdssjuksköterskorna berättar om den motivation och kunskap de får när nya metoder ska införas. I förhållande till CFIR är det gemensamma drivet, stoltheten, motivationen och kunskapen *Egenskaper hos användarna* och i den *Inre miljön* i termen *Kultur*.<sup>30</sup>

Stoltheten över att de implementerat en ny metod gäller främst IFF-samtalen vilka beskrivs ha en positiv påverkan på barnet, föräldrarna och barnhälsovårdssjuksköterskan samt stöttar föräldrarnas delaktighet och jämlikhet. Till skillnad från tidigare studier beskriver inte barnhälsovårdssjuksköterskorna någon osäkerhet i samtal med pappa/den icke födande föräldern eller ambivalens i inkludering av fäder.<sup>35-37</sup> Detta kan främst förklaras med att barnhälsovården på Gotland sedan många år inbjudit samtliga föräldrar till individuella samtal om föräldrarnas egna levnadsvanor. Samtal med barnets alla föräldrar var en del av *Kulturen* i den *Inre miljön* redan innan IFF-samtalen infördes. Vidare kan det nära samarbetet med, och stödet från, psykologerna och den omfattande utbildningen som deltagarna beskriver ha underlättat. Utbildning och stöd från andra yrkesgrupper beskrivs i CFIR i den *Inre miljön* med *Tillgängliga resurser*.

### Nå de som behöver det mest

Barnhälsovårdssjuksköterskornas beskrivning av att de föräldrar som är i störst behov är svårast att nå visar riskerna med universella metoder om dessa inte ges proportionellt med intensifierade insatser för att nå dem som behöver det mest.<sup>23</sup> Risken att de föräldrar som har bäst förutsättningar nås i högre omfattning än de som är i större behov är påtaglig, speciellt om arbetsbelastningen är hög. Det behövs även flexibilitet i arbetstider och möjlighet för digitala besök för att kunna nå de föräldrar som arbetar under dagtid. Dessa förutsättningar i den *Inre miljön* är måsten för att de enskilda föräldrasamtalen ska kunna vidmakthållas och ges jämlikt.

Balansen mellan att ge universella insatser till alla och ge mer till de som behöver det mest är utmanande för barnhälsovårdssjuksköterskorna. Vissa deltagare belyser tydligt vinsterna med

att erbjuda screening universellt medan andra betonar vikten av att kunna anpassa efter föräldern och barnet. Värdet med universell screening är att alla familjer behandlas på samma sätt, vilket gör att ingen utpekas, samt att risken att missa någon med selektiv eller indikerad screening är stor. Speciellt om selekteringen är baserad på lösa eller felaktiga grunder. Att endast screena specifika grupper kan också göra att barn identifieras ojämlikt och minska förtroende för metoderna inom barnhälsovård.

Enskilda samtal med pappan/den icke födande föräldern kan bli stora och vida, och det kan vara svårt att fokusera samtalet till barnet och föräldraskapet. Om samtalen får ett brett fokus finns det nackdelar för barnhälsovårdssjuksköterskans arbetssituation, då föräldrarna kan delge information som barnhälsovårdssjuksköterskorna inte önskar och har svårt att journalföra i barnets journal. Samtal som rör annat än barnet och föräldraskapet riskerar även att vara tidsödande och minskar möjligheten att ge utökade insatser till de som behöver. Det stora och vida samtalet beskriver bristande *Egenskaper hos metoden*. Ett behov av att vidareutveckla samtalsstöden benämns. Genom samtalen med pappan/ den icke födande föräldern får nu barnhälsovårdssjuksköterskorna två beskrivningar av konflikter i familjer, vilket kräver kunskap och metoder att hantera. Även här beskrivs det nära samarbetet med psykologer som en underlättande faktor i den *Inre miljön*.

## Det sociala uppdraget

Barnhälsovårdssjuksköterskornas känsla av att de genom enskilda föräldrasamtalen, BarnSäkert och samhällsförändringen alltmer arbetar med sociala frågor och får en oönskad roll som terapeut stämmer överens med beskrivningar gällande pappa/icke födande förälder samtal, och till viss del EPDS-samtalen.<sup>35, 37, 38</sup> I tidigare studier föreslås att fokusskiftet ska hanteras genom att barnhälsovårdssjuksköterskor får ytterligare kompetens för att hantera sociala frågor och psykisk ohälsa.<sup>35, 37, 39</sup> Sjuksköterskors uppfattning om riskerna med ett ökat psykosocialt fokus har tolkats som en osäkerhet i och med att rollen förändrats över tid.<sup>38</sup> Barnhälsovårdssjuksköterskorna i föreliggande studie lyfter inte ett egentligt behov av mer kunskap. De ser risker med ökad kunskap då det skulle kunna öka fokuset än mer på föräldrarnas psykosociala omständigheter med risken att tappa fokuset på barnet och dess hälsa.

Med detta ökade fokus finns även en potentiell risk att barnhälsovården övertar socialtjänstens uppdrag. Barnhälsovårdssjuksköterskor i en tidigare svensk studie beskriver att identifikation av psykosociala risker ingår i uppdraget men att det är oetiskt att identifiera dessa riskfaktorer utan kännedom om hur de ska hanteras vidare.<sup>37</sup> Vikten av ökad tillgänglighet till andra interventioner än barnhälsovården belyses i flertalet svenska studier.<sup>38-40</sup> I en av dessa studier framhålls funktionellt teamsamarbete med psykologer som en bra metod.<sup>38</sup> På Gotland beskrivs ett nära och uppskattat samarbete med BHV-psykologer, vilket dock inte är tillräckligt, utan ytterligare samarbete med socialtjänsten kring sociala problematiker behövs. För ekonomiska svårigheter och psykisk ohälsa finns det brister i kedjan till insatser och i tillgängligheten.<sup>35, 37, 39</sup> Dessa brister och behov av teamarbete med psykologer och socialtjänst samt skiftet till ett mer psykosocialt fokus i barnhälsovården tycks finnas nationellt.<sup>40</sup>

Många av de svårigheter som benämns gällande BarnSäkert finns tidigare beskrivet som barriärer för införandet av BarnSäkert i andra kontexter.<sup>29</sup> Gemensamt i studierna är beskrivningen av tidsbristen men framförallt brister i det vidare hanterandet av det som identifieras genom SEEK, med bristande insyn och tilltro till de insatser som familjerna

rekommenderas att ta kontakt med. I Eismann, Theuerling<sup>29</sup> lyfts vikten av teamarbete kring de psykosociala frågorna.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna ställer sig positiva till att ha ett föräldrafokus och att använda SEEK under två av besöken: EPDS-samtalet och det enskilda samtalet med pappan/icke födande föräldern. Under dessa besök lyfts *Metodens egenskaper* genom att SEEK stöttar samtal om hot och våld, ger en helhetssyn på familjens situation samt kan öka föräldrarnas förståelse för att den psykosociala situationen kan påverka barnet.

Trots att vissa av barnhälsovårdssjuksköterskorna påtalar att de inte identifierar fler familjer med hjälp av SEEK kan BarnSäkert underlätta initieringen av det svåra samtalet, vilket berörs i förhållande till det universella användandet av BarnSäkert. Endast att benämna och ställa frågor om hot och våld kan potentiellt minska riskerna för barns utsatthet, vilket barnhälsovårdssjuksköterskorna kan behöva ökad förståelse för, likaså kan det de behöva stöd i att dra gränsen mellan föräldrarnas ansvar och det egna ansvaret.

BarnSäkerts potentiellt negativa påverkan på barnet när barnet kan förstå vad som samtalas om i rummet finns inte beskrivet i tidigare studier, men är något som bör tas i beaktande i utvärderingen och vidare implementering av BarnSäkert. I manualen till BarnSäkert rekommenderas att samtal som kan vara olämpliga att föra inför barn bokas in som ett uppföljande besök eller via telefonkontakt. Något som barnhälsovårdssjuksköterskorna nämnt som svårt att få in i fullbokade kalendrar. Det är vid besöken vid 2,5 år och fyra år som vissa av barnhälsovårdssjuksköterskorna har valt att inte använda BarnSäkert, trots att instruktionen är att använda metoden vid dessa åldrar. I internationell forskning beskrivs detta som diskretion, när den som ska utföra en metod använder sin egen urskiljningsförmåga och bestämmanderätt och väljer att inte utföra metoder så som de instruerats. Ofta betraktas diskretion som något problematiskt i implementering, speciellt när implementering sker genom top-down processer. Vid botten-up implementering ses diskretion som något positivt, då urskiljningsförmågan används för att anpassa metoden utifrån den specifika kontexten.<sup>41</sup> Barnhälsovårdssjuksköterskornas diskretion kan förklaras med *Processen*, där BarnSäkert är sist infört av de fyra metoderna, och även använts under kortast tid. Att deltagarnas uppfattning om BarnSäkert kan bero på att metoden använts kortast tid nekar deltagarna till.

Anpassningen av *Processen* där BarnSäkert initialt användes under barnets första levnadsår kan ha påverkat barnhälsovårdssjuksköterskornas uppfattning om svårigheterna att använda BarnSäkert i de högre åldrarna. De är helt enkelt ännu inte vana att genomföra BarnSäkert för barn över ett år. En ytterligare faktor som kan ha påverkat barnhälsovårdssjuksköterskornas uppfattning om BarnSäkert är deras upplevelse att tidsuppfattningen för att genomföra BarnSäkert inte var rimlig. Tidsuppskattningen, som finns i andra studier, uppges inte heller stämma med deltagarnas erfarenheter på Gotland.<sup>29</sup> Barnhälsovårdssjuksköterskornas beskrivning av att det inte är frågan om psykosociala riskfaktorer i sig som är tidsödande utan efterarbetet finns tidigare beskrivet av barnhälsovårdssjuksköterskor.<sup>39</sup> Tilltro och kunskap om metoden är centralt i *Metodens egenskaper* vilket även anpassningsbarheten är.

Att det är av största vikt att barns utsatthet minskar råder det inga tvivel om, men hur detta ska ske däremot är en annan fråga. Om screening för barns ogynnsamma uppväxtvillkor eller barndomsupplevelser är rätt väg är inte kartlagt. Ett motargument är vikten av att det som identifieras genom screening ska kunna behandlas, här är forskningsläget bristande.<sup>42</sup> I flera av de internationella artiklar som finns om SEEK tycks intervention ingå där screeningen sker, eller ett tydligt samarbete med socialtjänst.<sup>29, 43-45</sup> Så beskriver inte



barnhälsovårdssjuksköterskorna deras eget användande av BarnSäkert. De beskriver främst screening, i viss mån remittering men främst att de rekommenderar och motiverar föräldrarna att söka stöd hos exempelvis kommunala aktörer. Kanske skulle tillgängliga interventioner för de föräldrar som identifieras ha psykosociala risker, genom EPDS, pappa/ icke födande förälder samtal och BarnSäkert, minska de beskrivna nackdelarna med det ökade psykosociala fokuset.

Kontakter med socialtjänst upplevs stigmatiserande för familjer<sup>46</sup> vilket gör att det kan krävas mycket motiveringsarbete för att familjer själva ska ta kontakt med socialtjänsten öppna insatser. Detta beskrivs både som tidsödande och emotionellt krävande av barnhälsovårdssjuksköterskorna. Metoder för att säkerställa att stödinsatser från socialtjänsten kommer barnen till gagn tidigare och därmed minska risken för att barnet drabbas av uppväxtmiljön är familjecentraler och gemensamma hembesök mellan barnhälsovård och socialtjänst.<sup>47-49</sup>

## Barnets upplevelse av besöket

Barnets upplevelse av besöket berörs främst i förhållande till de äldre åldrarna. Dels i förhållande till samtalen i BarnSäkert när barnet kan uppfatta vad som sägs, men även nackdelarna med att föräldern inte delar upplevelsen med barnet under besöket om föräldern fokuserar på att fylla i ett formulär. Detta påverkar inte bara barnets upplevelse av besöket, utan även föräldrarnas möjlighet att få insikt i barnens förmågor vilka tydliggörs under besöken i barnhälsovården. Om föräldern är distraherad under besöket minskas den gemensamma upplevelsen vilket minskar möjligheterna till samtal om och stöd efter besöket.

Negativ påverkan på barnet beskrivs även i förhållande till Språkfyrn som upplevs konstig, och ibland för lätt eller för svår för barnet. Vilket hanteras av barnhälsovårdssjuksköterskorna genom att de individanpassar testningen. Vidare påverkas barnen av att fyra-års-besöket innehåller många moment och är tidskrävande. Under detta besök är det utmanande för barnen att hålla fokus i samtliga screeningar som sker under besöket.

## För- och nackdelar med införda språk- och kommunikationsscreeningar

Språkfyrn och ITC som båda implementerats för att identifiera barn med kommunikations- och språksvårigheter beskrivs rikta föräldrarnas och barnhälsovårdssjuksköterskans blick till barnet. Enligt barnhälsovårdssjuksköterskorna påvisar metoderna barnets förmågor för föräldrarna och leder till ökad kunskap om barns utveckling. Att påvisa barnets förmåga beskrivs som hälsofrämjande då föräldrarna upptäcker vad barnet faktiskt kan, upplever stolthet och kan anpassa sin kommunikativa och språkliga nivå till barnets förmågor. Metoderna upplevs identifiera rätt barn och förenklar i remitteringsprocessen. Båda metoderna uppges även öka barnhälsovårdssjuksköterskornas kompetens vilket tidigare finns beskrivet angående ITC.<sup>17</sup> Dessa två *Egenskaper hos metoder* beskriver en *Relativ fördel* i förhållande till de metoder som användes tidigare. En fördel med ITC och Språkfyrn är den tydliga remitteringsprocessen till logoped, där tillgängligheten är god. När det gäller kedjan till nästa intervention är den, när det gäller remisser till logoped efter utfall på ITC och Språkfyrn, tydlig, strukturerad och synlig för barnhälsovårdssjuksköterskan vilket refererar till *Egenskaper i den yttre miljön* med *Förekomst av nätverk*. Den goda tillgängligheten är specifik för Gotland. I övriga landet är det inte sällsynt med årslånga köer till logoped<sup>50</sup> vilket ska tas i beaktande vid överväganden om implementering av ITC och Språkfyrn även om

Språkfyrans potentiellt kan leda till färre remisser till logoped baserat på barnhälsovårdssjuksköterskornas beskrivningar.

Det finns brister i *Egenskaper hos metoder* för både ITC och Språkfyrans. På samma sätt som i tidigare studie nämns att ITC upplevs rörig och att det är svårt att räkna samman resultatet.<sup>17</sup> Dessa svårigheter tycks vara övergående när barnhälsovårdssjuksköterskorna blivit vana med formuläret. Det kan finnas ett behov av en utveckling av en digital version av ITC. Där skulle upplägget kunna anpassas för att kännas mindre rörigt och resultaten i ITC skulle kunna summeras per automatik. På så sätt skulle även Dokumentationsdilemmat minska i och med att tiden för att dokumentera resultatet skulle minska. I övrigt behöver det vara tydligt för användarna att det tar tid att lära sig sammanräkna ITC, och detta bör även tas i beräkning i implementeringsfasen av ITC i andra regioner.

Det beskrivs bristande *Egenskaper hos metoden* avseende nonsensord i Språkfyrans som beskrivs ha en negativ påverkan på barnet, föräldern och barnhälsovårdssjuksköterskan. Både barn och föräldrar har reagerat negativt på nonsensorden och barnhälsovårdssjuksköterskorna upplever det genant att utföra dem. Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelse skulle även kunna förklaras genom brister i *Processen* där det kan ha saknats stöd i utförandet av nonsensorden. Det framkommer implicit att barnhälsovårdssjuksköterskorna inte förstår vikten av delmoment. Enligt tidigare forskning kan nonsensord vara en metod som kan identifiera barn med språkstörning, även för att identifiera flerspråkiga barn.<sup>51-53</sup> Nonsensord är det moment där barnhälsovårdssjuksköterskor minst sällan gör avsteg från Språkfyrans manual.<sup>16</sup> Tidigare studier av Språkfyrans har fokuserat på sensitivitet, specificitet och interreliabilitet<sup>10</sup> samt metodtroheten i utförandet av Språkfyrans.<sup>16</sup> Begreppsvaliditeten, inkluderat faktorstruktur, är inte undersökt. Därför går det inte att uttala sig om hur nonsensorden förhåller sig till totalpoängen i Språkfyrans.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna beskriver hur de anpassar Språkfyrans efter barnets behov. De kombinerar den kvalitativa bedömningen av barnets förmåga, tidigare kunskap om barnet, familjen och barnets resultat på Språkfyrans. Detta innebär i sig avsteg från Språkfyrans manual, vilket är vanligt förekommande enligt en studie om Språkfyrans metodtrohet.<sup>16</sup> Kombinationen av upprepade screeningundersökningar och den samlade kunskapen om barnet och familjen som en barnhälsovårdssjuksköterska har framhålls som en metod att finslipa remitteringsprocesser och säkerställa att tidiga insatser kan erbjudas.<sup>54</sup> Att kombinera den samlade kunskapen och anpassa screeningen efter barnet innebär per automatik minskad metodtrohet.

## Implementering

Implementeringen av samtliga införda metoder hade tydliga hinder i den *Inre miljön* med *Strukturella faktorer*. När metoderna infördes fanns en ökad belastning på barnhälsovården beroende på en instabil personalgrupp, vakanta tjänster, flytt till nya lokaler för den största barnhälsovårdsenheten i kombination med fler barn i behov av barnhälsovård beroende på ökad turism i och med COVID-19 pandemin. En underlättande faktor kan ha varit den beskrivna flexibiliteten från de som stöttat i implementeringen. Barnhälsovårdssjuksköterskorna har kunnat säga "stopp" och blivit lyssnade på när belastningen har blivit för hög. Det beskrivs dock också svårt att signalera att något är för tungt eller arbetskrävande.

I implementeringen av BarnSäkert anpassades *Processen* efter att barnhälsovårdssjuksköterskorna signalerat om överbelastning. Det beslutades att SEEK skulle införas stegvis med de yngre åldrarna först, följt av 18-månader, 2,5 och fyra år. Efter ytterligare signaler om hög belastning beroende på *Yttre faktorer* beslutades i samråd med verksamhetschef för BVC att BarnSäkert endast skulle användas vid de enskilda föräldrasamtalen under en begränsad period på den mest belastade BVC:en. Detta prioriteringsbeslut har nu hävts.

En viktig parameter i *Klimatet* är tid. Implementering är tidsödande, krävande och svårt, och det behövs tid för reflektion.<sup>30</sup> I intervjuerna framkommer beskrivningar om att det har varit prövande att införa fyra metoder på 18 månader. Deltagarna hade föredragit att de hade hunnit landa innan nästa metod infördes, vilket kan tolkas som ett behov av tid för reflektion. Trots brister i tid i själva implementeringen har samtliga fyra metoder implementerats, även om en av metoderna inte används av alla vid samtliga besök som rekommenderas. Kvarstår gör dock vidmakthållandet av metoderna i en vardag där tiden upprepat tas upp som ett hinder. Ett hinder som finns för alla: barnhälsovårdssjuksköterskan, föräldern och barnet. I förhållande till barnet är tiden främst en faktor vid fyraårsbesöket. Vid detta besök ska barnet vägas och mätas, genomgå synprovning, lekaudometri, utvecklingsuppföljning, Språkfyran, eget hälsosamtal med barnanpassat stödmaterial samt dessutom medverka under hälsosamtal mellan föräldern och barnhälsovårdssjuksköterskan<sup>4</sup> där SEEK ska användas. Om tiden summeras för de olika metoderna framstår det inte rimligt att genomföra allt vid ett besök.

Återkommande i intervjuerna finns beskrivningar om tidsbristen, och hur nya uppdrag åläggs barnhälsovården. När resultatet presenterades för barnhälsovården på Gotland framkom en oro för nya kollegor. Hur ska de kunna lära och utföra allt som förväntas utan att det blir för krävande? Det finns flera beskrivningar av en ogynnsam arbetsmiljö, där uppdraget inte ryms i arbetstiden, där barnhälsovårdssjuksköterskorna anstränger sig för att inte ta med sig belastningen av jobbet hem. Arbetsmiljön kombineras med den beskrivna relationen till familjerna och drivet att göra det bästa möjliga för familjerna.

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet finns tillgängligt i Rikshandboken för barnhälsovården.<sup>4</sup> Där tillhandahålls dels en beskrivning av hela programmet, med "tredelningen", dels beskrivningar av vad som ska ske vid åldersspecifika besök. Utöver detta finns tydliga beskrivningar av hur varje delmoment ska utformas. Uppdragen som ska genomföras är många, vitt skilda, både vad gäller domäner och discipliner. Det tycks omöjligt att en barnhälsovårdssjuksköterska ska kunna uppfylla allt detta inom sitt uppdrag. Att samtidigt eftersträva att det som genomförs ska ske på bästa möjliga sätt, enligt de evidensriktlinjer som finns blir en omöjlighet. Detta framkommer i intervjuerna, när det som ska ske universellt istället sker selektivt eller indikerat, och hur barnhälsovårdssjuksköterskan slits mellan att fokusera på föräldern eller barnet. Det stora uppdraget ska dock ställas i kontrast till situationen tidigare där barnhälsovårdssjuksköterskorna beskriver att belastningen och risken att missa behov hos barnet och föräldern var betydligt högre när väntrummet var fullt med väntande familjer.

Tidig identifikation och tidiga insatser är kostnadseffektiva och har en stor positiv påverkan på barnets utveckling beroende på hjärnans plasticitet och att sekundär negativ påverkan kan undvikas.<sup>55-61</sup> Barnhälsovården lyfts som en unik arena som träffar alla barn, och därmed möjliggör tidig identifikation och tidiga insatser. Detta nämns i allt från identifikation av

sömnapné till förebyggande av gängvåld.<sup>62-64</sup> I kombination med externa förväntningar om att barnhälsovårdsuppdraget ska utökas finns barnhälsvårdssjuksköterskan beskrivningar att inget av det som i dagsläget sker inom barnhälsovården kan tas bort och barnhälsovårdssjuksköterskornas beskrivning av det ansvar de känner för familjerna. I överväganden om införandet av nya metoder i barnhälsovården måste även resurstilldelning tas med i beräkningarna. Det är inte möjligt att implementera mer i barnhälsovården med bibehållen kvalitet och välmående hos personal utan att mer resurser tillförs så att antal barn per barnhälsovårdssjuksköterska kan minskas.

## Sammanfattning

I intervjuerna beskriver barnhälsovårdssjuksköterskorna stolthet över sitt uppdrag och över de införda metoderna som hjälper dem att identifiera familjer i utökade behov. Barnhälsovårdssjuksköterskan ser barnet och hela dess situation och kan underlätta i allt från det mest basala till att lotsa familjer till mer komplexa och anspännande kontakter. De belyser fördelar med att ha strukturerade metoder som stöttar i både identifiering och samtalet med föräldern. Samtliga införda metoder är dock i behov av utveckling, ur barnets, föräldrarnas eller barnhälsovårdssjuksköterskans perspektiv.

Barnhälsovårdssjuksköterskorna berättar att deras fokus förskjutits från primärt på barnet till mer på föräldern och den psykosociala situationen. Både fördelar och risker med ökat psykosocialt fokus beskrivs där framförallt avsaknad av tydliga vägar till vidare stöd för familjerna ökar arbetsbelastningen på barnhälsovårdssjuksköterskorna. När remissvägar är tydliga och det finns resurser hos vårdgrannar är identifiering okomplicerat. Det lyfts behov av närmare samarbete med socialtjänst vilket skulle kunna möjliggöras genom gemensamma besök, eller samlokalisering på familjecentral.

Trots utmaningar i den yttre kontexten har fem metoder, varav fyra har studerats i detta projekt, kunnat införas under en kort tid – framgångsfaktorer beskrivs som gedigna utbildningar, nära samarbete och flexibilitet i införandet. En gemensam drivkraft – att ge bästa möjliga barnhälsovård till barnen – har underlättat införandena.

De strukturerade metoder som införts på Gotland avser delar av barnhälsovårdens uppdrag som finns definierat i Rikshandboken för barnhälsovård. I intervjuerna framgår det omöjliga i att kunna genomföra samtliga delar som definieras i det tredelade programmet med befintliga resurser och riktvärden. Ett omöjligt uppdrag som riskerar att påverka barnhälsovårdssjuksköterskornas arbetsmiljö och barnhälsovården negativt.

## Referenser

1. Wallby T and Hjern A. Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica* 2011; 100: 1495-1503. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.
2. Rikshandboken Barnhälsovård för professionen, <https://www.rikshandboken-bhv.se/> (accessed 20200504 2020).
3. Fäldt A. Språkundersökning och screening, <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/sprakundersokning-och-screening/> (2019, 2019).
4. Reuter A. Barnhälsovårdens nationella program . Metoder och riktlinjer, <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/> (2018, accessed 2020-08-20 2020).
5. Reuter A and Lindblom K. Psykomotorisk utveckling 18 månader, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Uppfoljning-barnets-utveckling/Utvecklingsbedomning-18-manader/> (2017, accessed January 30 2018).
6. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. 2014.
7. Nilsen P. *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup, 2014.
8. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Front Public Health* 2019; 7. Mini Review. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.
9. Holtrop JS, Rabin BA and Glasgow RE. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC health services research* 2018; 18: 177-177. DOI: 10.1186/s12913-018-2938-8.
10. Lavesson A, Lövdén M and Hansson K. Development of a language screening instrument for Swedish 4-year-olds. *International journal of language & communication disorders* 2018; 53: 605-614. DOI: 10.1111/1460-6984.12374.
11. Fäldt A, Fabian H, Dahlberg A, et al. Infant-Toddler Checklist identifies 18-month-old children with communication difficulties in the Swedish child healthcare setting. *Acta Paediatrica* 2021; 110: 1505-1512. DOI: 10.1111/apa.15696.
12. Wetherby AM, Allen L, Cleary J, et al. Validity and reliability of the communication and symbolic behavior scales developmental profile with very young children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2002; 45: 1202-1218.
13. Wetherby AM, Brosnan-Maddox S, Peace V, et al. Validation of the Infant—Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism* 2008; 12: 487-511.
14. Wetherby AM, Goldstein H, Cleary J, et al. Early identification of children with communication disorders: concurrent and predictive validity of the CSBS Developmental Profile. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Early Childhood Intervention* 2003; 16: 161-174 114p.
15. Derwig M, Tiberg I, Björk J, et al. Child-Centred Health Dialogue for primary prevention of obesity in Child Health Services – a feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2019: 1403494819891025. DOI: 10.1177/1403494819891025.
16. Dahlén J, Drevenhorn E and Kalnak N. Assessment fidelity of a language screening instrument for 4-year-olds. *Logopedics Phoniatrics Vocology* 2022: 1-8. DOI: 10.1080/14015439.2022.2081874.

17. Fältdt A, Nordlund H, Holmqvist U, et al. Nurses' experiences of screening for communication difficulties at 18 months of age. *Acta Paediatrica* 2019; 108: 662-669. DOI: 10.1111/apa.14557.
18. Fält E, Salari R, Fabian H, et al. Facilitating implementation of an evidence-based method to assess the mental health of 3–5-year-old children at Child Health Clinics: a mixed-methods process evaluation. *PLoS One* 2020.
19. Fält E, Sarkadi A and Fabian H. Exploring Nurses', Preschool Teachers' and Parents' Perspectives on Information Sharing Using SDQ in a Swedish Setting - A Qualitative Study Using Grounded Theory. *PLoS One* 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0168388.
20. Johansen K, Lucas S, Bokström P, et al. 'Now I use words like asymmetry and unstable': nurses' experiences in using a standardized assessment for motor performance within routine child health care: Standardized motor assessment in child health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2016; 22: 227-234. DOI: 10.1111/jep.12459.
21. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, et al. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, DC: National Academy Press, 2009.
22. Greenberg MT and Abenavoli R. Universal Interventions: Fully Exploring Their Impacts and Potential to Produce Population-Level Impacts. *Journal of Research on Educational Effectiveness* 2016; 10: 40-67. DOI: 10.1080/19345747.2016.1246632.
23. Marmot M and Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* 2012; 126: S4-S10. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.05.014.
24. Bergström M. Enskilda föräldrasamtal, <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/> (2019, 2021).
25. Lavesson A and Hansson K. *Språkscreening i fyraårsåldern: Nonordsrepetition som klinisk markör*. Logopednytt, 2013.
26. n.a. Språkfyran, sprakfyran.se (n.a, accessed 2022-05-04 2022).
27. Wetherby AM and Prizant BM. *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile, First Normed Edition*. Brookes Publishing Co, 2002.
28. Dubowitz H. The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety: SEEK offers a practical model for enhancing pediatric primary care. *Child abuse & neglect* 2014; 38: 1725-1733. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.07.011.
29. Eismann EA, Theuerling J, Maguire S, et al. Integration of the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model Across Primary Care Settings. *Clinical pediatrics* 2019; 58: 166-176. DOI: 10.1177/0009922818809481.
30. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science : IS* 2009; 4: 50-50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.
31. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2011; 38: 65-76. DOI: 10.1007/s10488-010-0319-7.
32. Graneheim UH and Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

33. Lindgren B-M, Lundman B and Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies* 2020; 108: 103632. DOI: doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632.
34. Canfield C, Roby E and Mendelsohn A. The Video Interaction Project (VIP). *Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2020, pp.73-80.
35. Larsson M, Eriksson I, Johansson K, et al. Individual parental conversations with non-birthing parents. *Prim Health Care Res Dev* 2020; 21: e25-e25. DOI: 10.1017/S1463423620000286.
36. Allport BS, Solomon BS and Johnson SB. The Other Parent: An Exploratory Survey of Providers' Engagement of Fathers in Pediatric Primary Care. *Clinical pediatrics* 2019; 58: 555-563. DOI: 10.1177/0009922819829032.
37. Ståhl M, Kristensson Hallström I, Skoog M, et al. 'So, the circle has grown' – Child Health Services nurses' experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020; 34: 139-147. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12715>.
38. Kornaros K, Zwedberg S, Nissen E, et al. A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: nurses' perspectives. *BMC Nurs* 2018; 17: 42-42. DOI: 10.1186/s12912-018-0311-1.
39. Engström M, Hiltunen J, Wallby T, et al. Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta Paediatrica* 2021; 110: 574-583. DOI: 10.1111/apa.15492.
40. Nygren US, Sandberg H, Tindberg Y, et al. Perceived needs for team-based visits in Swedish child healthcare services exceed its existence—A mixed-methods study targeting healthcare professionals. *Acta Paediatrica* 2022; 111: 653-666. DOI: 10.1111/apa.16193.
41. Thomann E, van Engen N and Tummers L. The Necessity of Discretion: A Behavioral Evaluation of Bottom-Up Implementation Theory. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2018; 28: 583-601. DOI: 10.1093/jopart/muy024.
42. Finkelhor D. Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child abuse & neglect* 2018; 85: 174-179. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.07.016.
43. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, et al. Pediatric Primary Care to Help Prevent Child Maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics* 2009; 123: 858-864. DOI: 10.1542/peds.2008-1376.
44. Dubowitz H, Lane WG, Semiati JN, et al. The Safe Environment for Every Kid Model: Impact on Pediatric Primary Care Professionals. *Pediatrics* 2011; 127: e962-e970. DOI: 10.1542/peds.2010-1845.
45. Dubowitz HMDMS, Lane WGMDMPH, Semiati JNMS, et al. The SEEK Model of Pediatric Primary Care: Can Child Maltreatment Be Prevented in a Low-Risk Population? *Academic pediatrics* 2012; 12: 259-268. DOI: 10.1016/j.acap.2012.03.005.
46. Battle B. "They Look at You like You're Nothing": Stigma and Shame in the Child Support System. *Symbolic Interaction* 2019; 42: 640-668.
47. Tiitinen Mekhail K, Lindberg L, Burström B, et al. Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability. *BMC Public Health* 2019; 19: 102-102. DOI: 10.1186/s12889-019-6440-y.
48. Burström B, Marttila A, Kulane A, et al. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area

- in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 2017; 17: 91. DOI: 10.1186/s12913-017-2038-1.
49. Kanste O, Joronen K, Halme N, et al. Promising models of multi-disciplinary integrated people-centred family services in six OECD countries. *International journal of integrated care* 2019; 19: 581. DOI: 10.5334/ijic.s3581.
  50. Marjomaa J. Lång kö till logoped för barn i Västra Götaland. *SVT Väst*. Göteborg2021.
  51. Armon-Lotem S and Meir N. Diagnostic accuracy of repetition tasks for the identification of specific language impairment (SLI) in bilingual children: evidence from Russian and Hebrew. *International journal of language & communication disorders* 2016; 51: 715-731. DOI: 10.1111/1460-6984.12242.
  52. Conti-Ramsden G. Processing and Linguistic Markers in Young Children With Specific Language Impairment (SLI). *Journal of speech, language, and hearing research* 2003; 46: 1029-1037. DOI: 10.1044/1092-4388(2003/082).
  53. Pham G and Ebert KD. Diagnostic Accuracy of Sentence Repetition and Nonword Repetition for Developmental Language Disorder in Vietnamese. *Journal of Speech, Language and Hearing Research (Online)* 2020; 63: 1521-1536. DOI: [https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-19-00366](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00366).
  54. Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2005; 11: 173-179. DOI: 10.1002/mrdd.20068.
  55. Feldman I, Eurenus E, Häggström J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of the Salut Programme: a universal health promotion intervention for parents and children-protocol of a register-based retrospective observational study. *BMJ Open* 2016; 6: e011202-e011202. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011202.
  56. Barnett WS. Effectiveness of early educational intervention. *Science* 2011; 333: 975-978. 2011/08/20. DOI: 10.1126/science.1204534.
  57. Barnett WS and Hustedt JT. Head start's lasting benefits. PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2005, p. 16-24.
  58. Feldman I and Sampaio F. Can group-based parenting programmes reduce early child behaviour problems at reasonable cost? A cost-effectiveness analysis of a Swedish RCT: Inna Feldman. *European Journal of Public Health* 2014; 24: cku151-028. DOI: 10.1093/eurpub/cku151.028.
  59. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology* 2008; 20: 775-803. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579408000370>.
  60. Milgrom J, Newnham C, Martin PR, et al. Early communication in preterm infants following intervention in the NICU. *Early Hum Dev* 2013; 89: 755-762. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2013.06.001.
  61. Fisher HL. Editorial: 'The early bird catches the worm'—the need for even earlier intervention and targeted prevention for mental illnesses. *Journal of child psychology and psychiatry* 2021; 62: 369-371. DOI: 10.1111/jcpp.13407.
  62. Öfverbeck J. Nationellt åtgärdsprogram för att hålla barn och unga undan gängen. In: riksdag S, (ed.). 2020/21:2720. 2020.
  63. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. *Handlingsplan för brottsförebyggande föräldraskapsstöd*. 2022. Skellefteå.



64. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Insatsområde obstruktiv sömnrelaterad andningsstörning hos barn, (2022, accessed 2022-06-17 2022).

## Appendix.

### Intervjuguide

Presentation av syfte: "jag har förstått att ni har gjort en hel del utvecklingsarbete under de senaste åren och nu vill vi undersöka vad ni tror hjälper barnen och föräldrarna av det som är infört".

Main question	Probing question
Vad har du varit med och infört under de senaste åren?	Vi kan gå kronologiskt i barnets ålder. Vad införde ni senast?
På vilket sätt skulle du säga att arbetet på BVC skiljer sig nu jämfört med innan metoderna infördes?	
Hur ser du på införandet av [metoden] utifrån <b>föräldrarnas och barnens</b> perspektiv?	Kan du berätta hur du tänker om det? Hur tror du att [metoden] påverkar föräldrarna på något sätt, positivt eller negativt? Kan du ge ett exempel Hur tror du att föräldrarna upplever metoderna? <i>Passar metoden de föräldrar som du träffar?</i> <i>Vet du varför [metoden] infördes?</i>
	Hur tror du att de nya metoderna/metoden påverkar (kan ha påverkat) <b>barnen</b> på något sätt, positivt eller negativt? Hur märker du det? <i>Passar [metoden] för de barn som du träffar?</i> <i>Hur tror du att barnen upplever [metoden]?</i>
Hur tyckte du att införandet har påverkat <b>dig</b> i din yrkesroll?	Hur fungerar [metoden] att använda för dig? Kommer [metoden] fungera att använda framöver? Är [metoden] effektiv för dig? Känner du att du kan metoderna? Hur besvärligt är det att använda [metoden]? Hur behöver [metoden] förändras för att passa i ert arbete?
Vilken metod ska vi prata om nu? (starta åter med Hur ser du på införandet?)	
På min lista har jag fler saker som införts på region Gotland. Vilka/vilken av dessa har du/ni infört i er verksamhet?	Vilka är fördelarna och nackdelarna? Om inte infört: Vad beror det på? Vad hade kunnat hjälpa dig att införa [metoden]? Vad har underlättat införandet av det nya arbetssättet? Vad har försvårat införandet av det nya arbetssättet?
Är det något mer som du vill berätta om metoder som du har infört eller kanske slutat med? Hur har det påverkat barn/föräldrar/dig själv?	
Saknar du några andra metoder eller arbetssätt?	Om du hade valt metoder att införa eller kanske utbildningar som ni hade fått. Vad skulle det vara? Finns det något att som du hellre hade infört?