



UMEÅ UNIVERSITET

# Barnhälsovårdens förändrade roller och behov av digital utveckling

Lotha Valan

Institutionen för omvårdnad,  
Umeå universitet 2023

Detta verk är skyddat av svensk upphovsrätt (Lag 1960:729)

Avhandling för filosofie doktorsexamen

**ISBN: 978-91-8070-158-7** (print)

**ISBN: 978-91-8070-159-4** (pdf)

**ISSN: 0346-6612**

**New series number 2257**

Information om layout / omslagsfoto / sättning

Elektronisk version tillgänglig på: <http://umu.diva-portal.org/>

Tryck: Cityprint i Norr AB

Umeå, Sweden 2023

Det finns en styrka i att sätta målet  
lite bortom sin förmåga  
Det finns omsorg  
i att låta nyfikenheten verka  
Det finns kärlek  
i friheten att få möjligheten att försöka  
Det finns vishet att omge sig med människor  
som bär mig när det är som tuffast  
Det finns en vacker magi  
i nyvunnen kunskap



# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	iii
English abstract .....	v
Förkortningar / definitioner .....	vii
Ingående originalartiklar .....	iviii
Förord.....	1
Bakgrund.....	2
Svensk barnhälsovård - en historisk exposé.....	2
Dagens BHV .....	3
Vad är en familj? .....	5
Föräldrastress och belastning under småbarnsåren .....	6
BVC-sjuksköterskans roll i omvandling.....	8
Digital utveckling i samhället och i vården.....	9
Vetenskapsfilosofiska och metodologiska antaganden .....	11
Teoretisk tolkningsram.....	11
Rational .....	14
Syften .....	15
Metod .....	16
Design .....	16
Studiekontext .....	16
Deltagare och rekrytering.....	17
Datainsamling.....	18
Analys .....	21
Forskningsetiska överväganden.....	23
Resultat .....	25
Internet ställer nya krav på barnhälsovården .....	25
Behov av en användarcentrerad digital intervention .....	26
Pilotinterventionens innehåll, aktiviteter och genomförande .....	26
Effekter av pilotinterventionen .....	27
Diskussion .....	29
Resultatdiskussion.....	29
Metoddiskussion.....	33
Konklusion och kliniska implikationer .....	35
Fortsatt forskning .....	36
Författarens tack.....	37
Referenser.....	38
Bilagor .....	46



# Sammanfattning

## Barnhälsovårdens förändrade roller och behov av digital utveckling

**Bakgrund** - Den svenska barnhälsovården är frivillig och kostnadsfri, och de flesta svenska familjer följer programmet. Den är dock inte jämlikt fördelad över landet och kan därför behöva utvecklas med fler digitala element och bli mer familjefokuserad. Många, särskilt kvinnor, beskrivs behöva mycket stöd under övergången till föräldraskap och uppskattar professionell hjälp för att hantera känslomässig och psykosocial stress. Familjefokuserad omvårdnad ligger till grund för omvårdningspraktiker inom barnhälsovården, vilket innebär att specialistsjuksköterskan skapar vård tillsammans med familjen och tar vara på alla kompetenser på bästa sätt. Att involvera föräldrarna i utvecklingen av barnhälsovården är därmed av yttersta vikt.

**Syfte** - Det övergripande syftet var att utröna hur föräldrar och Barnvårdscentralens specialistsjuksköterskor (BVC-sjuksköterskor) uppfattar och använder Internet som en källa för hälsokompetens, samt att utvärdera effekten av en digital pilotintervention utvecklad i samarbete med föräldrar med målet att minska föräldrastress, öka hälsolitteracitet och tillfredsställelse med barnvårdscentralen (BVC).

**Metoder** - Kvalitativa (**I**, **III**), mixade (**II**) och kvantitativa (**IV**) metoder baserade på intervjudata, gruppdiskussioner och frågeformulär användes i de fyra studierna som syftade till att; **I** beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter och åsikter om föräldrars internetanvändning, **II** beskriva hälso- och barnutvecklingsrelaterade sökmönster på internet hos föräldrar till friska barn och hur informationen användes i kontakter med barnhälsovården (BHV), **III** beskriva föräldrars behov och förväntningar på digitalt stöd i samband med barnhälsovård, och slutligen **IV** utvärdera effekten av en digital pilotintervention riktad till föräldrar, avseende föräldrars stress och eHälsolitteracitet. Kvalitativa data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och kvantitativa data med beskrivande och jämförande statistiska metoder.

**Resultat** - Studie **I** visade att föräldrars internetanvändning påverkade BVC-sjuksköterskors arbete på olika sätt. Internet ansågs underlätta vård, tillgång och tillhandahållande men kunde också komplicera den professionella rollen och prestationen, vilket innebar att de upplevde ett imperativ för en förändrad roll som BVC-sjuksköterskor. I studie **II** framkom att föräldrar i mycket hög grad sökte på Internet efter hälsorelaterade ämnen, och resultaten belyser också frågan om svårigheterna att bedöma källornas pålitlighet. Studien visade också att Internet kunde stärka föräldrarna med ny kunskap och stödja deras förmåga till egenvård, men att denna kunskap å andra sidan också oroade dem och gjorde dem osäkra i sin föräldraroll. Studie **III**, som rapporterade om föräldrars behov av och förväntningar på digitalt stöd, visade att de ville

bli mer självständiga i sitt föräldraskap men fortfarande behövde stöd och meningsfulla relationer. Viktiga aspekter, förutom förbättrad tillgänglighet som efterfrågades var ökad tillit långsiktiga relationer och stärkt oberoende. Studie **IV** visade att den digitala support-intervention inte gav de effekter på föräldrastress och e-hälsolitteracitet som förväntades, även om tendenser kunde identifieras. Detta ansågs främst bero på en alltför kort genomförandeperiod med alltför få deltagare, då det visades att endast en femtedel av familjerna i interventionsgruppen använde supporten, resten tycktes inte behöva den eller hade kanske ännu inte upptäckt nyttan av den.

**Slutsats** - Den digitala eran utmanar både föräldrar och BVC-sjuksköterskor. Digitalt stöd som utvecklas tillsammans, dvs där BVC-sjuksköterskor och föräldrar i samarbete kommer överens om hur, när och om vilka ämnen denna typ av stöd och kommunikation ska omfatta, kan dock upplevas som meningsfullt. Ett genomförande i större omfattning skulle öka tillgängligheten, samtidigt stärka föräldrarnas egenmakt och leda till mer långsiktiga relationer med andra föräldrar. Implementerat klokt bland fler deltagare och över längre perioder är det möjligt att den digitala supporten också kan ha mer positiva effekter på tillfredsställelse med BHV samt på minskad föräldrastress och ökad eHälsolitteracitet.

**Nyckelord:** Barnhälsovård, digital support, egenvård, e-Hälsa, eHälsolitteracitet, familjefokuserad omvårdnad, föräldrar, föräldrastress, hälsolitteracitet, tillfredsställelse



# English abstract

## **Child health care – changed roles and needs of digital development**

**Background** - Swedish child health care is voluntary and cost-free, and 99% of Swedish families follow the program. However, it is not equally distributed across the country and therefore needs to be developed to include more digital elements and become more family focused. Many, particularly women, need much support during the transition to parenthood and appreciate professional help to manage emotional and psychosocial stress. Family-focused care is the assumption underlying nursing practice within child health care, which means to co-create care with the family, making the most of all competencies. Involving parents in child health care development is therefore of utmost importance.

**Aim** - The general aim was to examine how parents and child health nurses apprehend and use the Internet as a source for improved health competence, further, to evaluate the effects of a digital pilot intervention developed together with parents to reduce parental stress, improve eHealth literacy and satisfaction with child health care.

**Methods** - Qualitative (I, III), mixed (II), and quantitative (IV) methods based on interview data, group discussions and questionnaires were used in the four studies that aimed to; I) describe child health nurses' experiences and opinions of parent Internet use, II) describe health and child development related Internet search patterns of parents of healthy children and, how the information was used in contacts with child health care, III) describe parents' needs and expectations of digital support in the context of child health care, and lastly IV) evaluate the effects of a digital pilot intervention directed to parents, concerning parental stress and eHealth literacy. Qualitative data were analyzed using qualitative content analysis and quantitative data with descriptive and comparative statistical methods.

**Results - Study I** showed that parents' Internet use influenced child health nurses' work in various ways. Internet was seen as facilitating care, access, and provision but also complicated their professional role and performance, which implied that they experienced an imperative for a changing role as child health nurses. In **study II**, it was shown that parents, to a very high degree, searched the Internet for health-related topics, and the results also highlighted the problem of determining the trustworthiness of sources. The study also indicated that the Internet could strengthen parents with new knowledge and support their self-care capacity. However, on the other hand, this knowledge also worried them, making them insecure in their parental role. **Study III**, reporting on parents' needs and expectations of digital support, showed that they wished to become empowered in parenthood but still needed support and meaningful relationships. Important aspects, besides improved accessibility that were requested were improved parental confidence, longer-term relationships and strengthened independence. **Study IV**, which evaluated the effects of a pilot intervention, demonstrated limited effects on parental stress and e-Health literacy, even if tendencies were identified. This was mainly seen as related to a short intervention period with too few participants since only a fifth of the families in the intervention group used the intervention. The others did not need it or maybe had not discovered its benefits yet.

**Conclusion** - The digital era challenges both parents and child health nurses. However, digital support developed together, where child health nurses and parents in collaboration agree on how, when and regarding which topics this kind of support and communication should embrace could be experienced as meaningful. It would probably increase accessibility and parental empowerment and lead to longer-term relationships with other parents. Implemented wisely in larger samples and over more extended periods will probably also in a higher degree improve satisfaction with child health care, eHealth literacy and parental stress.

**Keywords:** Child health care, digital support, eHealth, eHealth literacy, health literacy, family-focused care, nursing, parents, parental stress, satisfaction, self-care

# Förkortningar / definitioner

BHV	Barnhälsovård, den nationella folkhälsosatsningen med barnhälsovårdsprogrammet som värnar om barns hälsa och utveckling
BVC	Barnavårdscentral, platsen där de fysiska BHV- besöken sker
Digital hälsa	En paraplyterm som syftar på systematisk tillämpning av information och kommunikations-teknik, datavetenskap och data för att stödja välgrundade beslut och beslutsfattande bland individer, hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdssystem, i syfte att stärka motståndskraft mot sjukdomar och förbättra hälsa och välbefinnande
Egenvård	Det finns flera definitioner av egenvård. I avhandlingen håller jag mig till World Health Organization's (2009) definition som beskriver egenvård som individers, anhörigas och närståendes förmåga att främja och vidmakthålla hälsa, förebygga sjukdom och hantera hälsorelaterade utmaningar för att främja sin hälsa med eller utan stöd från vårdpersonal
eHälsa	(elektronisk hälsa) - Användning av informations- och kommunikationsteknik för att stödja hälsa och som innefattar digitala hälso- och sjukvårdstjänster, hälsovård, hälsovård och hälsovårdsövervakning, hälsolitteratur samt utbildning och kunskap inom hälsoområdet
eHälsolitteracitet	Personers förmåga att kunna läsa, analysera, använda och förstå hälsoråd och information via Internet
HBTQ	ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner
IKT	Informations- och kommunikationsteknik

# Ingående originalartiklar

Avhandlingen baseras på följande fyra studier:

- I.        \***Valan, L.**, Sundin, K., Kristiansen, L., Jong, M. (2018). Child health nurses' experiences and opinions of parent Internet use. *Early Child Development and Care*, 188(12), 1738-1749.  
<http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2017.1278697>
  
- II.        \***Valan, L.**, Kristiansen, L., Sundin, K., Jong, M. (2018). Health-related Internet information both strengthens and weakens parents' potential for self-care—a mixed-methods study on parents' search patterns. *Open Journal of Nursing*, 8, 731-745.  
<https://doi.org/10.4236/ojn.2018.810055>
  
- III.       **Valan, L.**, Isaksson, U., Hörnsten, Å. Needs and expectations of nurse-led digital support among parents of children in child health care. Inskickad till: *Child: Care, Health & Development*.
  
- IV.        **Valan, L.**, Hörnsten, Å., Isaksson, U. Nurse-led digital support in Swedish child healthcare - a pilot study. Manuskript.

De publicerade artiklarna är tryckta i enlighet med de regler som finns kring upphovsrätt.

\*Publicerade i licentiatavhandling: Valan, L. (2020). Föräldrars användning av Internet för rådgivning avseende sina friska barns hälsa och utveckling och dess inverkan på barnhälsovårdens konsultativa arbete [Licentiatavhandling, Mittuniversitetet].

# Förord

Min profession som barnhälsovårdsjuksköterska inleddes 2010 då jag anställdes vid en hälsocentral. Då var de flesta BVC-sjuksköterskor äldre än jag och hade också mer av den äldre distriktssköterskans auktoritet där rådgivning var centralt, vilket inverkade på samtalet mellan dem och föräldrarna. De föräldrar som besökte barnvårdscentralen (BVC) var mestadels födda i den ”digitala generationen”, det vill säga i en tid där Internet alltid varit tillgänglig. Problemet jag såg var att dessa parter inte alltid möttes i sin kommunikation. Jag gick då till vår dåvarande barnhälsovårdsöverläkare och sa att vi BVC-sjuksköterskor och föräldrar måste förändra vårt sätt att mötas. Han påpekade att det jag påstod inte var styrkt genom någon forskning och därför kunde ingen förändring egentligen påbörjas. Det var så min forskarbana började.

Jag sökte upp min examinator från grundutbildningen, Karin Sundin vid Umeå universitet, och beskrev problematiken. Hon hjälpte mig att skriva en projektplan för två studier och hjälpte mig även med etikansökan för dessa. Under den här tiden jobbade jag heltid som BVC-sjuksköterska så tiden räckte inte riktigt till, men på något sätt var ödet helt på min sida då Region Västernorrland och Region Jämtland annonserade en projektanställning för två forskningsintresserade sjuksköterskor i vardera länet. Villkoret var att ansöka med en projektplan som kunde genomföras under projektanställningens fyra år på halvtid samtidigt med forskningskurser vid Mittnordiska forskarskolan och att detta kunde leda till en licentiatexamen. Jag sökte och fick tjänsten, detta i syfte att ta reda på hur tankeprocesser och kommunikationen kunde ändras inom barnhälsovården för att kunna möta föräldrar på deras nivå.

Resultatet av mina två första genomförda studier, som ledde fram till en licentiatexamen, var bland annat att föräldrar önskade mer digitala lösningar samt få rekommendationer av pålästa BVC-sjuksköterskor samtidigt som BVC-sjuksköterskorna själva beskrev att de behövde förändra sin roll. Jag tänkte att det borde någon ta tag i och forska vidare om. Det gick nästan ett år innan jag insåg att ”någon” som borde ta tag i fortsättningen var jag själv. Min första huvudhandledare hade nu gått i pension och mina övriga handledare från licentiat-projektet hade flyttat och var inte längre aktuella, så jag började leta någon som kunde vara intresserad av att stötta mig i den fortsatta forskningen och då mer inriktat på föräldrarnas önskemål och behov utifrån resultatet i de två första studierna. Min nuvarande huvudhandledare, Åsa Hörnsten, kontaktades vid Umeå universitet och PhD-projektet startades april 2021 och det är detta som ni nu läser resultatet av.

# Bakgrund

## Svensk barnhälsovård - en historisk exposé

Sveriges barnhälsovård initierades i en tid med hög barndödlighet genom skapandet av ett av staten lagstadgat obligatorium kring barnhälsa. Till exempel beslutades att barn under två år från år 1816 skulle få vaccin mot smittkoppor. Här var Sverige ett föregångsland jämfört med till exempel England, som även det ansågs vara ett land i framkant när det gällde barnhälsa, men som införde smittkoppsvaccin först år 1853. Vaccinationer har under hela barnhälsovårdens historia varit ett viktigt instrument för att minska sjukdom och dödlighet (se översikt Bilaga 1). Den medicinska specialiteten pediatrik utvecklades, med start 1663–1812 då en grupp läkare, kallade Collegium Medicine, övervakade och sammanställde skrifter om barnsjukdomar och dess botemedel (Hedenborg, 2004). År 1774 kom första upplagan av ”Underrättelser om barnsjukdomar och dess botemedel, där många av artiklarna var skrivna av Nils Rosén von Rosenstein som av många kallas pediatrikens fader (Landell, 2006). Vid sekelskiftet och tidigt 1900-tal var tuberkulos, mässling, kikhosta samt hygienrelaterade diarrésjukdomar de vanligaste dödsorsakerna vilket behövde åtgärdas. År 1901 öppnades inrättningen Mjölkdroppen av läkaren Moritz Blumenthal (Mjölkdroppen, 2023). Grundtanken var att motverka spädbarnsdöd genom att livnära oammade fattiga barn på näringsriktig komjölk. Inom några år försköts fokus till att även uppmuntra amning. År 1914 började Mjölkdroppen dela ut amningspremier, som var ett ekonomiskt bidrag för att få förvärsarbetande mammor att kunna fortsätta amma. Liknande mottagningar byggdes inom det närmsta decenniet upp i cirka 25 olika delar av landet (Weiner, 1995). Under 1917 startade Luleå sin Mjölkdroppe-verksamhet som den nordligaste av mjölkdroppens verksamheter (Luleå kommun, 2023). I slutet av 1920-talet började sen en förändring av Mjölkdroppens verksamheter. Doktor Arvid Wallgren förordade en mer profylaktisk barnhälsovård där stor vikt skulle läggas på att undervisa och övervaka barnens näringsintag. Därefter gav Svenska Läkarsällskapet 1923 ett förslag på utformningen av Barnhälsovårdscentraler (Persson, 1981). I takt med den medicinska vetenskapen utvecklades utbildningarna inom barnhälsovård och fler distriktssköterskor, barnsjuksköterskor och barnläkare utbildades. Detta tillsammans med de medicinska upptäckter som gjordes, fick stor betydelse för hälsoarbetet inriktat mot barn (Sundin, Hogstedt, Lindberg och Moberg, 2005).

År 1937 togs ett riksdagsbeslut (Kungl. Maj:ts proposition nr 39, 1937) om att hela landet skulle få tillgång till mödra- och barnhälsovård genom en lag om statsbidrag. Dessa besök skulle vara kostnadsfria, frivilliga och generellt lika över landet. I större städer placerades dessa barnavårdsstationer nära barnbördshuset (BB), alternativt var det de redan etablerade Mjölkdroppeverksamheterna som tog sig an att tillämpa de nya bestämmelserna, medan barnavårdsstationerna i landsbygd placerades i närheten av provinsialläkarens mottagning. Dåtidens norm var att distriktssköterskor och barnmorskor arbetade på barnavårdsstationer och barnsjuksköterskor på de barnkliniker som fanns på en del större sjukhus. Närheten till läkare innebar att kvinnor snabbt skulle kunna få hjälp vid exempelvis havandeskapsförgiftning, blödningar eller andra graviditetsproblem. Förutom att åtgärda medicinska problem gav barnavårdsstationerna även utbildning om hygien, amning och om hur barnen lämpligast

vårdades (Milton, 2001). Regelbundna hälsoundersökningar av barnet var ett sätt att förebygga ohälsa. Även vaccinationer som infördes och genomfördes på barnavårdsstationerna var en preventiv effektiv åtgärd mot dåtidens barnadödlighet. Trots att denna hälsosatsning var frivillig var det nära fullständig anslutning från föräldrarnas sida såsom det ännu är inom det vi idag kallar för barnhälsovård (BHV) (Sundin et al., 2005).

Under 1960-talet stred Handikappförbundet för att hälsoundersökningar skulle införas redan i förskolan så att de handikappade barnen som kanske inte kunde gå i skolan ändå skulle omfattas. Socialstyrelsen tog då beslut om en allmän hälsoundersökning inom barnhälsovården vid fyra års ålder där syn och hörsel skulle ingick. År 1978 fick barnhälsovården ett ansvar för all hälsa inom förskolan och 1981 kom ett beslut från Socialstyrelsen att barnhälsovården skulle tillhöra primärvården, i stället för att vara beroende av riktade statsbidrag (Vallgård, 2003). Efter en översyn av Socialstyrelsen samordnades barnhälsovårdens hälsoundersökningar och presenterades i Socialstyrelsens allmänna råd 1991:8 (Socialstyrelsen, 1991) vilka fungerade som barnhälsovårdens bas fram till 2009 då de slutade att gälla. År 2010 gav regeringen ett nytt uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en vägledning för BHV som skulle gälla nationellt och mynnade ut i Socialstyrelsens (2014) "Vägledning för barnhälsovården".

## Dagens BHV

Ett nationellt grunduppdrag för primärvården regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Enligt kapitel 13a ska primärvården bland annat tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lättillgänglig, tillhandahåller förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar, samt möjliggör medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Kravet för att få jobba inom primärvårdens barnavårdscentraler (BVC) är sjuksköterskeutbildning samt specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska eller mot barn och ungas hälsa (Socialstyrelsen, 2014).

Distriktssköterskor och barnsjuksköterskor, som båda kan arbeta inom barnhälsovård på BVC har en specialistutbildning som påbyggnad till sjuksköterskeutbildningen. I de fall dessa inte nödvändigtvis behöver skiljas åt i betydelse kallas dessa fortsättningsvis för BVC-sjuksköterskor i avhandlingens sammanfattning. Delar inom bägge specialistutbildningarna omfattar till exempel kunskaper kring barns utveckling, förebyggande vård inklusive vaccinationer samt vardagssjuklighet och utbildningarna ses där som överlappande. Specialistutbildningarna omfattar 75 respektive 60 högskolepoäng, där distriktssköterskor även går en kurs som leder fram till förskrivningsrätt av vissa läkemedel. Många, men inte alla lärosäten, har dessutom som krav för antagning till distriktssköterskeutbildningen att man ska ha minst ett års yrkeslivserfarenhet. Distriktssköterskor arbetar oftast på vårdcentraler eller inom hemsjukvård alternativt inom elevhälsan. De är generalister, vilket innebär att de har en bred kunskap inom omvårdnad, folkhälsa och prevention i alla åldrar, vaccinationer, vanliga medicinska problem och behandlingar samt hälsorådgivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2023a). Barnsjuksköterskor är mer fokuserade på spädbarn, barn och ungdomar och arbetar i olika kontexter som BVC men de kan även arbeta på sjukhus vid barnavdelningar, neonatalavdelningar, barnmottagningar samt inom elevhälsa. De har en fördjupad kunskap om

barns utveckling, fysiska och psykiska hälsa samt åldersspecifika omvårdnadsbehov (Svensk sjuksköterskeförening, 2023b).

Stöd och rådgivning inom dagens BHV är baserad på Rikshandboken för barnhälsovård och som utgår från Socialstyrelsens ”Vägledning för barnhälsovården” (Socialstyrelsen, 2014). Rikshandboken är ett nationellt metod- och kunskapsstöd för professionen där syftet är att ge förutsättningar för en jämlik och rättvis barnhälsovård av hög kvalitet i hela Sverige. Innehållet skrivs och granskas kontinuerligt av verksam personal inom barnhälsovård och barnmedicin. Socialstyrelsens vägledning lyfter även fram målet att öka individens egenförmåga och delaktighet. Rikshandboken formulerar (2023) målet som;

*”Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. För att uppnå målen behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar och ytterligare förstärkta insatser till barn och föräldrar när det finns behov av det. Dessa insatser finns beskrivna i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. En viktig målsättning med programmets utformning är att det ska bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige.”*

Inom ramen för Barnhälsovårdsprogrammet sker vid BVC återkommande rådgivning, med generell information som är anpassad till barnets ålder och föräldrarnas behov. Vaccinationer ingår i barnhälsovårdsprogrammet vid sex tillfällen (bilaga 1). Barnhälsovårdens program är uppbyggt i tre nivåer. Nivå ett, det vill säga det generella programmet, riktas till alla barn. Det generella programmet börjar med ett hembesök inom 1–2 veckor efter barnets födsel. Utöver detta sker möten på BVC när barnet är 1, 2 och 3 veckor, 1 månad, 1½, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, och 12 månader, 18 månader samt 2½, 3, 4 och 5 år. Av dessa cirka 19 besök sker besöken vid 1 månad, 6 månader 12 månader och 3 år i form av teamträffar med läkare och BVC-sjuksköterska, medan övriga besök är sjuksköterskeledda. Inom ramen för barnhälsovårdsprogrammets andra och tredje nivå sker ytterligare besök utifrån föräldrars särskilda behov där det andra steget består av samtal och vägledning samt insatser utifrån om familjen har extra behov av det. Det tredje steget handlar om täta kontakter med BVC och även ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst med mera och som baseras på insatsbehov utifrån familjens totala livssituation (Rikshandboken, 2023).

Målet är att all vård där BHV ingår ska vara byggd på bästa möjliga kunskap och forskning är viktig. Avhandlingar som skrivits i Sverige med BHV-kontext har till exempel haft fokus på barns och föräldrars möte med BVC-sjuksköterskan (Baggens, 2002) samt föräldrastöd genom gruppverksamhet på BVC och utbildning för BVC-sjuksköterskan i gruppleaderskap (Lefèvre et al., 2016). Baggens (2002) påtalade bland annat att en av BHV-sjuksköterskornas viktigaste uppgift är att stärka föräldrar i sitt föräldraskap. En annan avhandling hade ett fokus på Rikshandboken, som ansågs vara en viktig vägledning för dessa BVC-sjuksköterskor (Tell, 2019). Totalt har Rikshandboken under 2020–2022 lagt ut länk till elva avhandlingar som alla rör barnhälsovårdens uppdrag och verksamhet. År 2020 kom min licentiatavhandling som lyfte



behovet av att utveckla BHV i digital riktning (Valan, 2020). Internationella studier som rapporterat om digitala interventioner inom ramen för barnhälsovård har bland annat fokuserat på användning av mobila applikationer, så kallade appar, till exempel vid behandlingskontroll vid diabetes, samt som stöd till föräldrar med autism och även som stöd i samband med överviktsbehandling (Augustin et al., 2023; Derwig et al., 2021; Hartz et al., 2016; Lundgren et al., 2023). Från en litteraturstudie om webbsidor som digitalt socialt stöd för föräldrar (Paterson, Brewer och Leeseberg Stamler, 2013) rapporterades att de hälsorelaterade webb-sidor som fanns ofta var alltför generella och inte hade föräldrarnas behov i fokus. I en senare systematisk litteraturstudie (Peyton, Goods och Hiscock, 2022) om digitala hälsointerventioner med fokus på föräldrars förmåga att söka hjälp eller nyttjande av professionella eHälsa-tjänster, framkom att de flesta studier som nu finns inte är fullständiga och inte heller ger högkvalitativa bevis för att det ökar föräldrars kunskap, förmåga att söka hjälp eller utnyttja eHälsa som det förväntas. Föräldrar har rapporterats söka hälsorelaterad information på Internet som förstahandsalternativ och även ha ett relativt bra självförtroende i att göra detta (Delemere och Maguire, 2022). Det är snarare vårdgivaren som sätter upp hinder att möta föräldrarna digitalt vilket begränsar tillgången. Sjukvården behöver därför nya roller och arbetssätt för att kunna möta föräldrar utifrån det sätt de söker hälsoinformation (Delemere och Maguire, 2022).

## Vad är en familj?

Enligt svensk lag förutsätts att gifta par är föräldrar till ett nyfött barn och då gäller föräldraskapet per automatik oavsett könstillhörighet hos föräldrarna. Är de blivande föräldrarna däremot inte gifta så tillkommer en myndighetskontroll där den icke-havande föräldern medger föräldraskap. Detta kan göras på närmaste socialkontor, skriftligt eller digitalt med bank-ID och gör dem till vårdnadshavare, det vill säga de som är juridiskt ansvariga för barnet. Även en utomstående person bli vårdnadshavare genom juridisk process. Om barnet har tillkommit genom insemination eller befruktning utanför kroppen – så kallad äggtransplantation – ska make eller registrerad partner till den som fött barnet anses som barnets förälder enligt 1 kap. 9 § i Föräldrabalken (SFS 1949:381), alternativt om en förälder väljer att vara självstående då registreras den som ensam vårdnadshavare. Självstående förälder innebär att en ensamstående person valt att skaffa barn själv utan partner och då genom insemination eller adoption. (Myndigheten för Familjerätt och Föräldraskapsstöd, 2021). Vad gäller ensamkommande barn, eller barn där föräldraomsorgen brister, föräldrar avlidit, är svårt sjuka eller när barnet har bott och rotat sig i en familjehemsplacering, kan myndigheten ge någon utomstående vårdnadsgivaransvaret – en särskilt förordnad vårdnadshavare – som inte nödvändigtvis behöver bo med barnet (Socialstyrelsen, 2023)

En familj kan dock vara så mycket mer och ombildas. Det kan till exempel gälla skilda vårdnadshavares nya partners som bildar en gren ut från det lagstiftade familjebandet. Tam, Findlay och Kohen (2017) diskuterar i sin studie om Canadas ursprungsbefolknings familjära band, att begreppet familj även kan conceptualiseras genom juridisk status, bostättningsstatus, blodsband eller allmänna systemteoretiska antaganden. De beskriver också faktorer som förändrar familjebilden, såsom rörlighet (skilsmässor, nya förhållanden, flytt inom generationer), identitet och släktskap. Inom homo-, bi-, trans- och queerrörelsen (HBTQ) förekommer begreppet ”valfri familj” som tidigare nämnts i forskning (Weston, 1991). Reglerna

runt samkönade äktenskap och föräldraskap har förändrats i och med ökningen av dessa familjebildningar och i och med det har även begreppet familj gradvis förändrats. Begreppet valfri familj kompletteras idag ofta av biologiska och juridiska släktingar i familjebilden. Det som tidigare kunde definieras som valfri familj handlade ibland om uteslutna familjemedlemmar på grund av oenighet. Idag handlar det snarare om valda familjemedlemmar som kompletterar den nuvarande familjen (Hull och Ortyl, 2019). I amerikanska standardefinitionen av familj ingår personer som är släkt genom blod, adoption eller äktenskap och bor i samma bostad (Tam et al., 2017). Tillman och Nam (2008) menar att ensamstående eller självstående är mer benägna att inkludera utomstående som familjemedlemmar i sin nuvarande familjebild. Uppfattningen om vad som utgör en familj varierar alltså och begreppet kan vara komplext, men i den här avhandlingen har jag valt att beskriva familjen utifrån de vuxna som bor på barnets folkbokförda adress (studie I och IV) alternativt de vuxna som följer barnet på sina besök inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet (studie II och III).

## Föräldrastress och belastning under småbarnsåren

Bland svenska föräldrar är bäge oftast förvärvsarbetande. Mammorna tar fortfarande också ut större delen av föräldraledigheten, dock har pappor under senaste tio åren gradvis börjat ta ut mer, men än är det inte jämlikt uttag. Svensk föräldrapenning innebär 480 betalda dagar med 80% av lönen och som baseras på personens individuella lön innan barnet föddes och när uttaget av föräldradagar börjar. Familjer med en mamma och en pappa, alternativt två vårdnadshavare, har vardera 240 dagar och kan överlåta 180 av dessa till den andre. Under barnets första år kan båda föräldrarna ta ut upp till 30 av sina dagar samtidigt. Uttaget av föräldradagar är fortsatt inte jämlikt då ca 30% av dagarna tas ut av pappor och ca 70% av mammor. Ensamstående eller självstående (som valt att skaffa barn på egen hand) har rätt till 480 dagar. Vid tvilling- eller trillingfödslar tillkommer 180 dagar per barn förutom de 480 dagarna för den förstfödda. Cirka 70 procent av alla barn i Sverige har sammanboende föräldrar, sedan bor 16 procent av barnen med ensamstående mammor och 5 procent med ensamstående pappor. Det rapporteras att 3719 barn bor med samkönade föräldrar, men troligen mer så det är statistiskt svårt att mäta på grund av att de måste vara gifta för att registreras enligt den definitionen. År 2020 var 66 000 barn med om en separation, det vill säga 3,7 procent av alla barn som i början av året bodde med båda sina föräldrar och sedan var folkbokförda hos endast en av dem. I Sverige bor också ungefär 7,5 procent av barnen i familjer med en låg inkomststandard, vilket innebär att familjens inkomster är lägre än de nödvändiga utgifterna (Statistiska Centralbyrån, 2023). Separationer och sämre ekonomi kan vara stressande och belastande.

Anknytningsmönster handlar om hur barnet från födseln lärt sig relatera till personer i den närmaste omgivningen och hur barnet lärt sig att reagera mot omgivningen utifrån den lärda upplevelsen. (Wennerberg, 2013). Föräldrar med ambivalent anknytningsmönster till sina barn påverkas mer av stress i föräldraskapet. Deras egna otrygga eller ambivalenta anknytningsmönster visade sig inte påverka deras förmåga att kunna knyta an till sitt barn utan att påverka barnets anknytning (Nordahl et al., 2020). Anknytningsundvikande var mer relaterat till känslan av föräldrastress hos föräldern, som i sin tur kunde påverka anknytningen till barnet genom att ge mindre kvalitet i anknytningsmönstret. Nordahl och medarbetare (2020) menar att det är

viktigt att tidigt upptäcka mödrar som riskerar ha svårigheter i anknytningen och lindra föräldrastressen för att minska dessa föräldrars sårbarhet.

Föräldrastress är ett relativt nytt begrepp och ett relativt ungt ämne inom psykologin men alltmer förekommande i forskning (Löfgren et al., 2017). Stress i föräldraskapet tycks vara förknippat med ett brett spektrum av aspekter som samverkar och relaterar till såväl barn som föräldrar och situationer, vilket understryker hur viktigt det är för barnhälsovården att adressera sådan stress (jfr Engström et al., 2022; jfr Koliouli et al., 2022). Att bli förälder idag är en process som består av dagliga val och en mängd olika föräldrastilar att anamma. Det finns forskare som beskriver att det idag är ett problem att yngre människor, därav många föräldrar, jämför sig själv och sina föräldraroller på sociala medier (Rutigliano et al., 2023). Att navigera sig i detta utifrån egna barndomsupplevelser, en ständig press att vara perfekt men inte riktigt ha tid, samt känslan av att föräldralivet är både svårt och ensamt kan vara stressfaktorer i det dagliga föräldraskapet. BVC-sjuksköterskans roll kan då handla om att vägleda i föräldrarollen och interagera med föräldrarna via deras reflektioner och genom självmedvetenhet (jfr Rutigliano et al., 2023). I internationell forskning har till exempel kinesiska forskare (Hong et al., 2023) under perioden av Covid-pandemin sett ett ökat behov av support för att minska föräldrastress hos föräldrar och de föreslår att lokala myndigheter bör tillhandahålla hälsovårdstjänster med kontinuerligt professionellt stöd baserat på antalet barn och graden av föräldrastress. Covid-pandemin innebar isolering och många kinesiska föräldrar tvivlade på sin förmåga när de inte hade någon att resonera med eller fråga. Ett annat exempel på stöd är till exempel tidiga hembesök (Vismara et al., 2020) och återkommande möten under barnets första år, något som prövats i Italien och visats hjälpa mammor att få en trygg relation och starkare band till sina barn. Det är jämförbart med den svenska barnhälsovårdens idé om att kontinuerligt stödja föräldrar under småbarnstiden. Användningen av evidensbaserade metoder som föräldrastödsmodellen International Child Development Programme (ICDP) eller depressionsskalor, till exempel Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kan också vara värdefulla i vården för att upptäcka depressioner i ett tidigt skede och implementera tidiga hälsoinsatser (Vismara et al., 2020).

De Maat och medarbetare (2021) fann att hög föräldrastress inte nämnvärt påverkar barns psykiska välmående men däremot föräldrars förmåga att hantera ungdomars beteendeproblem. Författarna menar att om föräldrar får tidigt stöd för att hantera sin föräldrastress, kan de även hantera konfliktyllda situationer. Det är därför viktigt att genom tidiga stödinsatser bidra till långsiktiga förbättringar under barnens uppväxt. Covidpandemin har inneburit att barnmisshandel och psykisk ohälsa har ökat och detta har visats vara direkt relaterat till föräldrastress (Wu & Xu, 2020). Stressen kan handla om frustration som kan uppstå till följd av sämre ekonomi, hemundervisning och isolering som kan leda till frustration med följder såsom våld och oro i hemmet. Ett förslag som presenterats för att minska dessa problem är att myndigheter och vårdinrättningar samverkar för att hitta sätt att stötta föräldrar under pandemier (Wu & Xu, 2020). Föräldrastressen som ökade under perioden av Covid-19 pandemin har dock visats vara fortsatt hög. Adams, Smith, Caccavale och Bean (2021) menar därför att folkhälsoinsatser bör riktas mot föräldrasspecifika stressorer och vården måste hjälpa föräldrarna att hantera sina svårigheter för att på sikt mildra föräldrastresseffekter. Ett sätt att

nå föräldrar som isolerat sig och fortsatt delvis gör det är att öka digital kommunikation inom BHV, något som också efterfrågas av många föräldrar idag (Valan et al., 2018).

Att få pappor mer involverade tidigt i barnens liv tycks vara en bra åtgärd för att minska föräldrastress, bidra till positiv utveckling hos barn samt förbättra relationer i familjen (Koliouli, 2022; Tohotoa m.fl., 2009). Sjukvården har traditionellt haft en tendens att främst vända sig till mammor när det gäller vård och behandling av barn. Cashin, Small och Solberg (2008) studerade pappors erfarenhet av att leva med sina barn med astma och resultatet visade på att de upplevde ett behov att kunna hantera sitt barns sjukdom bättre. Papporna efterfrågade mer riktad kunskap till sig själva så de skulle kunna känna mer ansvar och en större tillit till den egna förmågan. Denna kunskap skulle även vara en vinst för barnet, till exempel vid en skilsmässa då båda föräldrarna har fått kunskap att hantera barnets vård och behandling mer jämlikt. Hrybanova, Ekström och Torstensson (2019) fann att pappor som fått sitt första barn uppskattade praktisk information anpassad till deras behov. Papporna menade även att tillgängligheten inom BVC var för låg och att de helst hade önskat ett riktat stöd och möjlighet att träffa andra pappor och diskutera sina perspektiv – något som förstagångsmammor erbjuds – och därmed kunde de bli mer jämlikt behandlade. Även idag är pappor mindre närvarande på BVC, vilket delvis kan förklaras med en traditionell mansroll, men också att mammor kanske ammar under denna period och det kan vara lämpligt att utnyttja föräldraförsäkringen med möjlighet till ledighet under den första perioden. Detta är synd eftersom pappors involvering perioden efter förlossningen och i utbildning via BHV har rapporterats underlätta amning (Maycock et al., 2013; Tohotoa et al., 2009), barnets viktuppgång, språkliga förmåga och vaccinationsdeltagande samt kan leda till en starkare pappa-barn relation senare i barnets liv (Malin et al., 2012; Yogman och Garfield, 2016). Ytterligare har pappors involvering tidigt i barnets liv visats ha samband med högre kognitiv utveckling och socialt beteende hos barnen (Cabrera et al., 2007; Panter-Brick et al., 2014). Emotionell support och deltagande under den tidiga perioden efter förlossningen har också visats minska risken för postpartumdepression hos mamman (Ergo et al., 2011). Pappors uttag av föräldraledighet, samt positiva attityder från personalen i hälso- och sjukvården till deras deltagande i barnhälsovårdens aktiviteter har visats underlätta för dem att ta ansvar för sin familj (Firouzan et al., 2018).

## BVC-sjuksköterskans roll i omvandling

Sjuksköterskans primära professionella ansvar är omvårdnaden av människor som är i behov av vård eller stöd. Det är även en del av sjuksköterskans ansvar att människor får riktig och tillräcklig information på ett för individen anpassat sätt. Svensk sjuksköterskeförening (2021) beskriver fyra områden som inom ramen för den etiska koden kan vara vägledande för etiskt ställningstagande och agerande. Dessa fyra områden gäller deras roll, dels i relation till personer i behov av omvårdnad, dels i yrkesutövningen och i den professionella rollen, samt i relation till global hälsa. Inom BHV handlar i synnerhet det första området om att hela familjen och inte bara en person är i behov av omvårdnad. Familjecentrerad omvårdnad innebär att såväl reflektera som kommunicera kring hur ohälsa påverkar hela familjen även om endast en person är drabbad eller har fått en diagnos. Detta är en viktig del av BVC-sjuksköterskans kompetens vid hälsostödjande samtal med föräldrar (jfr Wright och Leahey, 2023). ICNs etiska kod belyser hur viktig sjuksköterskan med sin kompetens är för att kunna ge information på ett anpassat sätt

och relateras till den kontext där familjerna befinner sig och där exempelvis familjefokuserad omvårdnad tillämpas inom BVC (jfr ICN, 2021).

Nationellt fungerar Barnhälsovårdsprogrammet som vägledning inom BVC men utöver det har de regionala BHV-enheterna även tagit fram lokala anvisningar om exempelvis de informationsfoldrar eller broschyrer som kan stödja rådgivningen och ge stöd för samtal med familjer, föräldrar och barn, baserat på barnens ålder och utveckling (Rikshandboken, 2023). Traditionellt har rollen handlat mycket om rådgivning och i mycket varit baserad på envägs-kommunikation men på senare år mer inriktats på föräldrastöd för att främja barns hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa. Kontinuitet vad gäller personal på BVC är en viktig aspekt för att tidigt kunna identifiera problem i barns vardag och då initiera åtgärder för god utveckling och uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2014). Egenvårdstöd som aktiverar föräldrar i föräldraskapet erbjuds till alla och BVC-sjuksköterskan har en viktig roll för förebyggande av ohälsa hos barnet genom en tidig interaktion med föräldrarna (Rikshandboken, 2023). En del i folkhälsoarbetet är att erbjuda barnhälsovårdsprogrammet till alla nyblivna föräldrar. Jämförbart med den epidemiologiska paradoxen innebär detta att om alla föräldrar erbjuds hälsofrämjande insatser kan fler upptäckas och kunna få stöd än om insatser endast riktas till de som uppenbart har behov av stöd. Genom att BHV-programmet omfattar alla föräldrar kommer även de föräldrar som är svåridentifierade och behöver extra stöttning upptäckas och på det sättet nås fler (Rikshandboken, 2023).

## Digital utveckling i samhället och i vården

Föräldrar idag förväntas stödja sina barn till en hälsosam utveckling gällande kost, tillväxt, fysiska samt psykiska och inte minst sociala aktiviteter. Alla föräldrar har inte den kapaciteten eller omsorgsförmågan, de kan ha flera barn som alla behöver uppmärksamhet och familjerna kan vara mer eller mindre stabila, samt att föräldrarna själva också har behov av utveckling, karriärer med mera (Rikshandboken, 2023). Idag är också tiden begränsad för de flesta. Schemat är fullt för både barn och föräldrar. Internet kan då vara en tillgång och en belastning. Många föräldrar vittnar om att deras barn är alltför fokuserade på sina mobiler och datorer och även föräldrar idag påverkas av sociala medier som upptar en stor del av deras tid och uppmärksamhet på gott och ont (Rädda Barnen, 2023). I den bästa av världar leder detta till ett ökat intresse för hälsa och ökar hälsolitteracitet hos föräldrar, något som kan innebära goda förutsättningar för att skaffa sig, förstå och omsätta viktig kunskap som återfinns på Internet. Web-siten 1177 är en svensk regionägd informationssida med generell information om hälsa, sjukdom, och behandling samt hjälpmedel och om hur vården fungerar med mera och som kan vara enkel att rekommendera. Den här siten var för föräldrarna i studie I förstahandsval när de sökte råd och information om sina barn (1177.se). Statens medieråd (2023) har sedan 2019 satsat på medie- och informationskunnighet (MIK), som syftar till att individer ska kunna förstå mediernas roll i samhället och samtidigt kunna finna, analysera och kritiskt värdera informationen. I uppdraget ingår därför att stärka befolkningen att vara mer källkritiska eller i vissa fall mer tillitsfulla för att och kunna klara av arbete eller skola och kunna tillvarata både sina rättigheter och skyldigheter som medborgare. Trots detta arbete skapar föräldrars ökande tilltro till vad de hittar på Internet samt digitaliseringen i sig fortfarande problem inom vården. Tully och medarbetare (2021) visar i en review om användarperspektiv i digital informations-

och kommunikationsteknologi (IKT) att vårdgivarnas problem främst handlar om eftersatta IKT-kunskaper och bristande förtroende för befintliga system vilket i sin tur leder till en ökad administrativ börda. Patienternas, det vill säga vårdtagarnas perspektiv, är delvis mer positivt där de exemplifierar att digitaliseringen kan innebära färre resor vid långa avstånd och mindre risk att smittas av andra i jämförelse med fysiska besök. Även bland patienter upplevs dock svårigheter med digitaliserade besök eller chattar, exempelvis att det kan vara svårt att beskriva sina problem så att vårdgivaren kan förstå dem tillräckligt bra. IKT är delvis redan genomförd och kommer att öka ytterligare inom vården och med rätt planering kan det på sikt avlasta såväl vårdgivare som underlätta för vårdtagare (Tully et al., 2021). Däremot menar vissa forskare (Kemery och Goldsmith, 2020) att den telemedicin som idag växer fram ännu inte är så avancerad att den helt kan ersätta det personliga mötet. Kemery och Goldsmith (2020) menar att det särskilt gäller möten med barn under 2 år då vaccinationer och utvecklingsbedömningar samt vägledande samtal är vanliga inslag och de menar att telemedicin fungerar bättre för äldre barn och deras föräldrar. De påpekar att olika verksamheter bör göra upp en plan för när det är möjligt att utnyttja systemets fördelar bäst. Videokonferens beskrivs dock vara en bra möjlighet då den ökar tillgängligheten för boende på landsbygden och även kan utnyttjas av exempelvis skolhälsovården på ett resursvänligt sätt. Föräldrar behöver inte åka från sina jobb utan sjuksköterskan kan koppla upp sig för ett kortare hälsosamtal. Videokonferens kan även vara en fördel i syftet att spara vårdplatser på sjukhus för barn. Där kan specialistläkare konferera med läkare alternativt samordningssjuksköterskor, inom regional vård och då förmedla kunskap och behandlingsstrategier från tertiärvård vilket innebär att barn eller patienter i högre grad kan behandlas på mindre orter, i hemmet eller via mottagning med den lägre grad av expertis som behövs vilket skulle kunna bidra till en mer jämlik vård samtidigt som det sparar vårdplatser (Bele et al., 2019).

Ungdomar mellan 12 och 17 år har ofta stora digitala kunskaper och hittar lätt i den digitala kartan. Svårigheten för dem är i stället att ha tillräcklig hälsokompetens för att hitta information som är säker och evidensbaserad. Studier visar att ungdomarnas bristande hälsokunskaper och svårigheter att kritiskt granska information på Internet är ett problem som måste minskas genom utbildning och som kan ha långtidseffekter då dessa ungdomar är morgondagens föräldrar (Tabá et al., 2022). Sverige har heller inte i samma utsträckning som andra länder en ”digital klyfta” mellan de som använder digitala hjälpmedel och de som inte gör det. I Sverige idag har nästan alla föräldrar tillgång till smartphones och Internet oavsett social tillhörighet och struktur. En tidig studie om stöd via webbplatser och föräldraforum (Sarkadi och Bremberg, 2005) visade att det då främst var kvinnor som upplevde detta stöd. Stöd från andra föräldrar via till exempel föräldraforum upplevdes främst vara viktigt bland ensamstående mammor och föräldrar med lägre utbildningsnivå. Pappor rapporterades inte alls söka stöd på Internet i någon högre utsträckning (Sarkadi och Bremberg, 2005). Användningen av Internet för att söka kunskap om bland annat hälsa har ökat explosionsartat och i dag använder i princip alla föräldrar Internet för att söka information om barnets och den egna hälsan (Yardi et al., 2018). Det är en utmaning för sjuksköterskor inom barnhälsovården att utifrån bästa tillgängliga kunskap hantera den digitala utvecklingen och få ihop föräldrars upplevda stress och behov av stöd samtidigt som de ibland har större vana att använda Internet och digitala verktyg. I hälso- och sjukvården där barnhälsovården ingår har vi som sjuksköterskor ansvaret att förlita oss på säkra källor och samtidigt vara uppdaterade och kunna stödja alla föräldrars behov av stöd. Fler

studier behövs därför för att förstå hur såväl föräldrar som sjuksköterskor inom barnhälsovården upplever denna utmaning med den snabba utvecklingen, och vilka behov de har av stöd och vilka eventuella förändringar som behöver genomföras inom barnhälsovårdens föräldrastödjande aktiviteter.

## Vetenskapsfilosofiska och metodologiska antaganden

Ur ett ontologiskt synsätt menar jag att verkligheten existerar i multipla former beroende på betraktaren. Den verklighet jag upplever behöver inte vara densamma som den som går bredvid mig upplever. Våra erfarenheter och våra positioner och den kontext vi lever i avspeglas i vår betraktelse av och våra reflexioner på vad som sker i och omkring oss. Avhandlingens fyra studier har dock varierande metodologiska ansatser, där studie **I** och **III** är kvalitativa och studie **II** och **IV** är huvudsakligen kvantitativa. Epistemologiskt är kunskapen i de kvalitativa studierna hämtade ur konstruktivism vilket innebär att resultatet är samskapat av forskaren och informanten och målet är att förstå snarare än att förklara. Data bestod här av intervjuer och dialoger där interaktionen mellan forskaren och den intervjuade innebär att resultatet samskapas dem emellan. Kvantitativa studier utgår från ett positivistiskt synsätt som innebär att sanningen ses som mer objektiv och mätbar och kan förklaras. I studie **II** och **IV** utgjordes data av frågeformulär som skattades och omsattes till siffror som sedan analyserades kvantitativt baserat på den hypotes som uppställdes. Då det övergripande syftet med avhandlingen var att utvärdera hur föräldrar och BVC-sjuksköterskor uppfattar och använder Internet som källa för hälsokompetens, samt utvärdera en pilotintervention för att minska föräldrastress och som baserats på de behov och förväntningar gällande digital utveckling av barnhälsovården som uttryckt ansåg jag att jag behövde använda mig av ett såväl konstruktivistiskt som ett positivistiskt angreppssätt i datainsamling och analys då målet var att både förstå och förklara.

## Teoretisk tolkningsram

Omvårdnadsteoretiskt har jag som utgångspunkt valt att utgå från familjefokuserad omvårdnad (Benzein et al., 2017; Wright och Leahey, 2023) då barnhälsovården betraktar familjen i ett sammanhang för att kunna ge det stöd och den kunskap som behövs för hälsa och utveckling men också för att tillgodose behovet av egenvård. Familjefokuserad omvårdnad har beskrivits som ett övergripande begrepp som både täcker familjecentrerad, familjefokuserad pediatrik omvårdnad och familjerelaterad omvårdnad. Familjecentrerad omvårdnad är den omvårdnadsfilosofi som American Nurses and Society of Pediatric Nurses antagit (Lewandowski och Tesler, 2003) som en del att integrera familjer i vårdprocesser där barnet står i fokus och därmed även beskriven som familjecentrerad pediatrik omvårdnad. De flesta tillgängliga studier som omfattar teorin familjefokuserad pediatrik omvårdnad handlar om barn på sjukhus eller vård av sjuka barn i hemmet (Harrison, 2010; Kuo et al., 2012; Foster och Shields, 2019; Avcin, Can och Yesil, 2020). Utöver familjefokuserad omvårdnad omfattar avhandlingen teoretiskt även *hälsolitteracitet* som avser förmågan att läsa, förstå och personligt omsätta hälsoinformation (Ratzan, 2001), och specifikt eHälsolitteracitet som innebär att kunna läsa, hitta, analysera, använda och förstå hälsoråd och information och hälsoråd via Internet (Norman och Skinner, 2006). BVC-sjuksköterskan behöver i sitt arbete stötta föräldrar till egenvård och även höja föräldrars hälsolitteracitet och därigenom proaktivt främja barnets hälsa (jfr Ratzan, 2001).

## Familjefokuserad omvårdnad

BVC-sjuksköterskan ska enligt Rikshandboken (2023) arbeta med hälsopromotion, men inte bara med fokus på barnets hälsa och utveckling utan också på familjenivå som innefattar stödjande av föräldrarollen (Rikshandboken, 2023). I en tidig beskrivning av familjecentrerad pediatrik omvårdnad (Mayone Stycos & Blake, 1954) betonas att sjuksköterskan medvetet måste etablera en stark relation med föräldrar för att ge dem kunskap de kan lita på då detta främjar förståelsen hos föräldrarna för beslut, behandling och vården runt barnets sjukhusvistelse. Teorin flätar samman målet att stödja föräldrar så att det främjar såväl barnets utveckling och välmående som familjens i helhet (Kolbrun Svavarsdottir och Jonsdottir, 2011). Familjen – oavsett antal föräldrar och barn – utgör en större kontext än de enskilda personerna (Wright och Leahey, 2023). Familjefokuserad omvårdnad syftar i den här avhandlingen på att sjuksköterskor måste förstå familjers föreställningar av begreppet hälsa och därefter praktiskt hjälpa dem till ökad hälsa. Detta kan uppnås genom gemensam förståelse och omvårdnad baserad på klinisk erfarenhet och evidensbaserad kunskap. Då familjen är en komplex helhet kan ohälsa i någon del av familjekonstellationen påverka allas individuella hälsa (Shajani och Snell, 2023). Enligt teorin om familjefokuserad omvårdnad – som innebär ett systemiskt förhållningssätt – är familjens medlemmar ömsesidigt beroende av varandra och påverkas av interaktioner, mönster, relationer och sammanhang. Genom att ha kunskap om och förstå familjefokuserad omvårdnad som teori och modell kan sjuksköterskor effektivare stödja och uppmuntra familjen för ökande hälsokompetens (Wright och Lehey, 2023). Ohälsa kan uppstå när personers egenvårdskapacitet inte räcker till och behov finns av stödjande omvårdnad (McLaughlin et al., 2003). Exempelvis kan det handla om när föräldrar är påtagligt oroad och BVC-sjuksköterskan med sin erfarenhet i sin profession kan lugna och förmedla kunskap som tillgodoser krav på egenvårdsförmåga som föräldrarna behöver (jfr Wright och Lehey, 2023). Förmågan BVC-sjuksköterskan då besitter benämns som omvårdnadskapacitet och som syftar till att kompensera när personens egen egenvårdskapacitet helt eller delvis saknas (jfr Shields, 2015). Genom att fokusera på familjens behov kan förmedlad kunskap och extra stöd till föräldrarna öka deras egenvårdskapacitet som i sin tur främjar barnet (Shields, 2015; Wright och Lehey, 2023). I avhandlingens delstudier har familjen varit kontexten för att möjliggöra att barnet mår bra (jfr Benzein et al., 2017). Den familjefokuserade pediatrika omvårdnaden innebär att sjuksköterskans omsorg genomsyras av tänkandet att om delar av familjen har mentala, sociala svårigheter eller fysisk ohälsa, påverkar detta övriga familjen och även barnet, vilket i sin tur kan leda till ökad ohälsa eller föräldraoro som kan skapa obalans i hela familjekonceptet (jfr Benzein et al., 2017).

## Hälso- och e-hälsolitteracitet

Utöver familjefokuserad omvårdnad utgör hälsolitteracitet en teoretisk utgångspunkt i avhandlingen. Begreppet hälsolitteracitet har sitt ursprung i det mer allmänna dynamiska begreppet litteracitet som handlar om förmågan att kunna läsa, förstå och skriva. Hälsolitteracitet handlar om individens förmåga att tillgodogöra sig och förstå hälsorelaterad information för att sedan kunna fatta hälsofrämjande beslut eller använda den i syfte att förbättra sin egen eller familjemedlemmars hälsa. American Institute of Medicine's definition av hälsolitteracitet lyder ”utsträckningen individer har förmåga att få, bearbeta och förstå



grundläggande hälsoinformation och hälsotjänster som behövs för att fatta lämpliga hälsobeslut” (Ratzan, 2001).

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver att graden av hälsolitteracitet är ett resultat av personers hälsokompetens och förmåga relaterat till situationens komplexitet och krav (World Health Organization, 1998). Rootman och Gordon-El-Bihbety (2008) beskriver grader av hälsolitteracitet, nämligen den lägsta – svag och otillräcklig grad – som innebär att individen har en begränsad läsförståelse och gör mer riskfyllda val vid behandling eller val gällande hälsa i vardagen. Nästa grader beskrivs som problematisk – där personer kan läsa men inte omsätta funnen hälsoinformation. Därefter följer graderna tillräcklig samt utmärkt hälsolitteracitet. Att bygga upp personlig hälsolitteracitet och relaterade förmågor är en livslång process. Ingen individ är helt och hållet hälsolitterat. Alla är någon gång i behov av hjälp att förstå eller agera på viktig hälsoinformation eller för att navigera i ovanliga situationer. Även högutbildade personer kan tycka att hälsofrågor är för komplicerade för att förstå, särskilt när ett hälsotillstånd gör dem mer sårbara vilket gör frågan om grad av hälsokompetens komplex (Rootman och Gordon-El-Bihbety, 2008). Tydlig information mellan vårdgivare och patienter spelar en viktig roll för individens förmåga att uppnå hälsokompetens och öka sin egen hälsolitteracitet. Föräldrar som har låg förmåga att läsa och förstå hälsorelaterad information behöver bli vägleda av professionen så att informationen kan anpassas till deras förmåga och på det sättet stärka deras hälsolitteracitet (Ringsberg et al., 2020).

Färdigheter som behövs för att ta till sig Internetbaserad hälsoinformation eller att navigera i hälsovårdssystem eller söka egenvårdsråd är i fokus när vi talar om graden av e-hälsolitteracitet (Norman och Skinner, 2006; Ringsberg et al., 2020). Socialstyrelsens (2023) definition av begreppet e-hälsolitteracitet berör kunskapen att använda och utbyta information via digitala verktyg för att sedan uppnå eller kunna bibehålla hälsa. E-hälsomyndigheten (2023) beskriver e-hälsolitteracitet som personers förmåga att kunna läsa, analysera, använda och förstå hälsoråd och information samt digitala verktyg via Internet. Begreppet e-hälsolitteracitet varierar sig lite mellan olika definitioner och då olika experter, organisationer och myndigheter tolkar begreppet på olika sätt utifrån sitt fokus. Socialstyrelsen uttalar att individen ska stå i centrum genom e-hälsa, att verksamheter ska få hjälp att utvecklas genom digitalisering och målsättningen är att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa och digitalisering och genom detta ska vården också vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker (Socialstyrelsen, 2023) Regeringen har tillsatt en e-hälsomyndighet som sorterar under Socialdepartementet som ett stöd för en del av detta (E-hälsomyndigheten, 2023). e-Hälsa och eHälsolitteracitet är relevant eftersom Internet för många föräldrar är ett förstahandsval för hälsoinformation. I en studie om mammors förstahandsval gällande information vid akuta skador hos barn valde mammor oavsett grad av eHälsolitteracitet att söka den akuta informationen via Internet (Manganello et al., 2017). Vikten av att föräldrar har förmåga att söka och kunna finna rätt råd för egenvård eller hjälp via Internet beskrivs i en studie (Johnston et al., 2015) som visar att föräldrars förmåga att söka vård eller ge egenvård är en avgörande faktor för hälsolitteracitet, dvs att förstå hälsoinformation och omsätta den så att barnet får rätt vård. Sjuksköterskor anses väl lämpade att hjälpa föräldrar utveckla sin hälso- och Hälsolitteracitet genom att ge vägledande råd och på det sättet kunna stödja föräldrar att öka sin hälsokompetens. Vården som helhet beskrivs ha behov av att införa utbildningsstrategier för att

hälsovårdspersonal, inklusive sjuksköterskor ska kunna vägleda föräldrar rörande e-hälsorelaterade medier (Walker et al., 2017).

Bland nyblivna föräldrar ökar hälsolitteracitet under första året efter att deras barn fötts. Vissa upplever dock att det fortfarande är svårt att förstå hälsoinformation trots upprepade söktillfällen. Det är därför viktigt att urskilja dessa föräldrar för att ge stöd tidigt helst redan inom mödravården innan förlossningen. Även efter förlossningen använder i synnerhet mammor i stor utsträckning e-hälsorelaterad information gällande både barnets hälsa, egen hälsa och i synnerhet kring viktnedgång efter förlossningen via olika webbplatser (Walker et al., 2017). Att stärka mammors e-hälsa och e-Hälsolitteracitet kan senare resultera i bättre hälsa för både mamman och barnet. Detta är därmed ett viktigt mål för folkhälsan (Pawellek et al., 2023).

## Rational

Internet har blivit en allt naturligare del i vår vardag, och en allt större del av dagens föräldrar tillhör den ”digitala generationen”. Det innebär att de har vuxit upp med Internet som en alltid närvarande möjlighet till information och sociala interaktioner. Tidigare forskning om digitala interventioner riktade till barn och deras föräldrar har mest fokuserat på sjuka barn eller barn med specifika diagnoser och hur digital support kan hjälpa föräldrar, genom appar eller faktakunskap om deras barns sjukdomar. Barn som tillhör barnhälsovården är dock oftast friska och där handlar forskningen mycket om föräldragrupper, överviktsprogram och liknande. Det finns i nuläget bristande kunskap om föräldrars behov av digitalt stöd i samband med BVC som underlättar för dem i form av ökad hälsolitteracitet och samtidigt minskar deras föräldrastress och därmed kan bidra till barnets långsiktiga hälsa och utveckling.

Tidigare forskning med inriktning mot barnhälsovård har internationellt riktat sig mot sjuka barn och den svenska forskningen har koncentrerats på bemötandet, det nationella programmet, föräldragrupper, övervikts- och andra interventioner samt föräldragrupper. Vid tiden för forskarutbildningens början framkom en kunskapslucka gällande Internet-användning och hur det påverkade föräldrar och BVC-sjuksköterskors kommunikation. För att få kunskap om hur Internet kunde användas som en resurs inom barnhälsovård behövde jag veta hur föräldrar sökte råd och information om sina barn och hur BVC-sjuksköterskan tyckte att det påverkade dem i sin yrkesutövning. Bristen på studier om föräldrars upplevelse av digitalt stöd för barn indikerade ett behov av att utveckla barnhälsovårdsprogrammet digitalt för att minska föräldrastress.

## Syften

Det övergripande syftet med avhandlingen var att utröna hur föräldrar och BVC-sjuksköterskor uppfattar och använder Internet som en källa för hälsokompetens samt att utvärdera effekten av en digital pilotintervention utvecklad i samarbete med föräldrar med målet att minska föräldrastress, öka hälsolitteracitet och tillfredsställelse med BHV.

De fyra studiernas syften var att:

- I.** Beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter och åsikter om föräldrars Internetanvändning.
- II.** Beskriva hälso- och barnutvecklingsrelaterade sökmönster på Internet bland föräldrar till friska barn samt hur informationen används i kontakter med barnhälsovården.
- III.** Beskriva föräldrars behov av och förväntningar på digital support inom barnhälsovården.
- IV.** Utvärdera effekten av en pilotintervention bestående av digitalt stöd till föräldrar, avseende föräldrastress, eHälsolitteracitet och tillfredsställelse med BHV.

# Metod

Avhandlingen inkluderar två studier (**I**, **II**) som tidigare ingått i en licentiatavhandling (Valan, 2020). En översikt av design, datainsamling, deltagare, analys och status på de fyra ingående studierna ges i tabell 1.

Tabell 1. Översikt över metoder och progress

	Design/ metod	Deltagare, n (män/ kvinnor)	Datainsamling (år)	Analys	Status
Studie I	Kvalitativ	20 (0/20)	Intervjudata (2014–2015)	Kvalitativ innehålls- analys	Publicerad
Studie II	Mixad metod	687 (152/535) 2 (1/1)	Frågeformulär kompletterad med intervjudata (2015–2016)	Deskriptiv statistik samt Kvalitativ innehålls- analys	Publicerad
Studie III	Kvalitativ	18 (1/17)	Workshop-diskussioner (2022)	Kvalitativ innehålls- analys	Inskickad
Studie IV	Prospektiv kvantitativ pilot	124 (34/90)	Frågeformulär (2022)	Statistik, deskriptiv/ jämförande	I manus

## Design

Avhandlingen omfattar fyra studier som alla avser aspekter på behov av digital utveckling inom barnhälsovården (Tabell 1). Metodologiskt ingår såväl kvalitativa som kvantitativa tillvägagångssätt. Studie **I** och **III** är kvalitativa och baseras på intervjuer. Studie **II** baseras på ett frågeformulär med tillägg av en kompletterande intervju vilket gör studie **II** till en så kallad mixad metod-studie. Studie **III** baseras på diskussioner som framkom vid workshops. Studie **IV** är en kvantitativ pilotintervention, baserad på resultat från studie **III** och har utvärderats med hjälp av enkäter. Sammanfattat undersöker studie **I** och **II** föräldrars internetanvändning för råd och information om sina barn och hur detta påverkar BVC-sjuksköterskan. Studie **III** undersöker vilka förväntningar och behov föräldrar har på ett digitalt komplement till barnhälsovårds-programmet inom BHV. Studie **IV** utvärderar den pilotintervention som planerades utifrån resultatet av studie **III** avseende effekter på utfallsmått.

## Studiekontext

Alla studier genomfördes i Västernorrlands län, ett medelstort (21 548 kvadratkilometer) stort län med cirka 250 000 invånare år 2023. Inom upptagningsområdet där studierna genomfördes finns en medelstor stad, en stor andel landsbygd och flera bebodda öar. Medelåldern i länet är 41,2 år (Ekonomifakta, 2023). Västernorrlands län har tre sjukhus och 21 hälsocentraler. Sjukhusen och en majoritet av hälsocentralerna är regionstyrda med några privat styrda. Varje hälsocentral har i uppdrag att driva barnhälsovård. Örnsköldsviks kommun har BVC på alla sina hälsocentraler men även en separat familjecentral utöver detta.

Studie **I** och **II** genomfördes vid 13 olika hälsocentraler i länet medan studie **III** och **IV** genomfördes vid två olika hälsocentraler med liknande social struktur inom Örnköldsviks upptagningsområde (Region Västernorrland, 2023).

## Deltagare och rekrytering

### **Studie I och II**

Deltagarna i studierna var BVC-sjuksköterskor och föräldrar till barn inskrivna på BVC under tiden när forskningsprojekten pågick. Rekrytering av deltagare till de fyra studierna i avhandlingen omfattade tre rekryteringsmoment. Proceduren i studie **I** och **II** var följande; Enhetscheferna på alla hälsocentraler och familjecentraler blev tillfrågade skriftligt om tillstånd för att kunna rekrytera de BVC-sjuksköterskor som tillhörde vårdenheten. Tretton enhetschefer godkände detta och efter muntlig förfrågan med kompletterande skriftlig information till berörda specialistsjuksköterskor (n=25) tackade 20 specialistsjuksköterskor ja till medverkan i såväl studie **I**. Förfrågan till BVC-sjuksköterskorna gällde om de var villiga att bli intervjuade i studie **I** och därefter förmedla förfrågan och att förmedla information om enkätstudie **II** till föräldrarna på deras BVC. Inklusionskriterier för BVC-sjuksköterskorna i var att de skulle vara utbildade specialistsjuksköterskor med inriktning som distriktssköterska eller mot barn och unga, samt jobba inom BHV sedan minst ett år. Inklusionskriterier för föräldrar i studie **II** var att de skulle ha sitt barn listat på en hälsocentral/BVC i Västernorrlands län samt kunna läsa och uttrycka sig skriftligen på svenska. Urvalsstorleken baserades på antagandet att det räckte att cirka 10 % av föräldrarna tackade ja till medverkan. Det innebar att varje BVC-sjuksköterska ansvarade för att konsekutivt förmedla erbjudande om deltagande och enkäten till cirka 40 föräldrar. En översikt över inkluderade BVC-sjuksköterskor (**I**) och föräldrar (**II**) ges i tabell 2.

*Tabell 2. Fördelning av inkluderade BVC-sjuksköterskor och barn samt svarande föräldrar vid de hälsocentraler (HC) som deltog i studie **I** och **II***

Hälsocentral (kod)	BVC-sjuk-sköterskor (n)	Barn listade vid varje HC (n)	Andel barn på varje HC (%)	Besvarade enkäter (n)
1	3	1467	8	118
2	2	338	13	43
3	2	600	13	77
4	1	942	4	40
5	2	501	13	65
6	1	805	4	35
7	2	318	19	60
8	1	225	12	30
9	2	1445	5	76
10	1	399	8	32
11	1	358	11	40
12	1	746	5	40
13	1	459	8	39
<b>Totalt</b>	<b>20</b>	<b>8603</b>		<b>687</b>

## Studie III och IV

Rekryteringen till studie III genomfördes med hjälp av en informationsaffisch i BVC-väntrummet på två hälsocentraler. Där fanns information om studie III och IV samt information om de forskningsetiska principer som tillämpades i studierna. Intresserade föräldrar kunde sedan erhålla mer information genom sin BVC-sjuksköterska som även förmedlade kontakten till forskargruppen inför de workshops som hörde till i studie III.

Initialt anmälde tjugo föräldrar sitt intresse till studien. Totalt inkluderades i studie III dock endast 12 föräldrar varav alla var mammor, varav fyra var förstagångsmammor och övriga hade två till tre barn. Bortfallet utgjordes bland annat av att tiderna inte passade samt ovilja att intervjuerna skulle spelas in på band. Workshoparna var ett första steg i utvecklingen av en användarcentrerad intervention där intressenter, dvs. föräldrar (n=12), BVC-sjuksköterskor (n=2), chefer och forskare inom omvårdnad (n=3) samt en person med kunskap inom informatik och datavetenskap (n=1) anställd inom Regionen bjöds in för att påverka utformningen av den planerade interventionen.

Informationsaffischen informerade om att alla föräldrar som bodde på samma adress som barn listade på två berörda hälsocentraler senare skulle få ett brev hem med erbjudande om deltagande i studie IV, en interventionsstudie där en hälsocentral utgjorde basen för interventionen och en annan likvärdig hälsocentral utgjorde en kontrollgrupp. En powerberäkning gjordes baserat på det primära utfallsmåttet Parental Stress (föräldrastress) för att påvisa en statistiskt säkerställd skillnad med moderat effekt mellan interventions- och kontrollgrupp. Med en power på 0,8 och signifikansnivå på 0,05 krävdes 77 deltagare (totalt 154) i interventions- respektive kontrollgrupp. Ett informationsbrev skickades därefter hem till alla barns adresser (n=528) på de två hälsocentraler som hade valts ut som interventions- och kontrollgrupp och där föräldrarna kunde tacka ja via mejl. Efter tre påminnelser tackade 147 föräldrar ja till att delta. Dessa indelades i interventionsgrupp (n=75) och kontrollgrupp (n=72) baserat på vilken vårdcentral de tillhörde. Bägge grupperna skulle besvara enkäter vid tre punkter dvs vid baseline, samt vid uppföljning efter sex och tolv månader.

## Datainsamling

### Kvalitativ approach

Kvalitativ forskning försöker förstå och tolka komplexa erfarenheter och fenomen samt sammanhang. I stället för att kvantifiera och mäta data som görs inom kvantitativa approacher, syftar kvalitativa approacher till att fånga rika beskrivningar och mångfacetterade aspekter av det som undersöks. Intervjuer och diskussioner ansågs därför utgöra en lämplig form av data (jfr Polit och Beck, 2021).

### Intervjuer

I studie I genomfördes individuella intervjuer med BVC-sjuksköterskor med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuguiden bestod av tre övergripande frågor utformade så att specialistsjuksköterskan hade möjlighet att uttrycka sin subjektiva erfarenhet och mening (jfr Mishler, 1986). De övergripande frågorna var "Kan du berätta vilken betydelse du tror att

föräldrarnas Internetanvändande har för barnhälsovården”, ”Kan du berätta hur du upplever att ditt arbete påverkas av den information föräldrar knutna till din barnhälsovård, tagit del av genom Internet”, samt ”Kan du berätta om din relation till småbarnsföräldrar påverkas av den information föräldrar tagit del av genom Internet, och i så fall hur”. Dessa ställdes till alla och svaren fördjupades med följdfrågor. Intervjuerna genomfördes på BVC-sjuksköterskans arbetsplats, varade 40–120 min och ljudinspelades för senare transkribering inför kvalitativ innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004).

Studie **II** omfattade datainsamling via frågeformulär men som utöver strukturerade flervalsfrågor även omfattade några öppna frågor och textsvar som analyserades tematiskt, samt ytterligare en semistrukturerad intervju med ett föräldrapar i enlighet med en mixad metod i enlighet med Creswell och Creswell (2018). Parintervjun med två föräldrar – en mamma och en pappa – innehöll liknande ämnesområden som frågeformuläret, nämligen: ”Kan ni berätta om hur ni använder Internet?”, ”Kan ni berätta om orsakerna till att ni använder du Internet?”, ”I vilken utsträckning anser ni att Internet är tillförlitligt?”, samt ”Brukar ni använda den information ni hittat på Internet i kontakten med er BVC-sjuksköterska och i så fall hur?”. Intervjun varade 1 timme och 16 minuter.

Studie **III** där tolv föräldrar deltog i workshops som genomfördes, innebar att de blev filmade och ljudinspelade och samtalen skrevs ut till text. Samtalen under genomförda workshops utgick från en generell hållen intervjuguide, men deltagarna var fria att ta upp egna frågor. De frågor som diskuterades under varje workshop var följande: ”Vilka är era önskemål och behov när det gäller strukturen av en digital kanal?”, ”Vilka behov av stöd, utöver den vanliga CHC-verksamheten, har ni som föräldrar idag?”, ”Hur skulle CHC kunna utvecklas och förbättras med hjälp av digital teknik för att vara mer stödjande för er som föräldrar”, samt ”Hur går vi vidare, vad bör vi fokusera på och vad verkar orimligt att utföra?” Deltagarna bjöds alla in till en första workshop, men endast sex kunde delta den dagen. De övriga sex föräldrarna bjöds in till en annan dag då fem deltog. Den sista föräldern deltog i en modifierad workshop – det vill säga en enskild dialog – vilken inkluderades eftersom hon ville uttrycka sin erfarenhet av att bo på landsbygden på en relativt otillgänglig ö i skärgården, även om hon inte kunde delta vid de två första tillfällena. Efter den första workshopen efterfrågade föräldrarna en andra workshop för kompletterande frågor och en fördjupad diskussion, då några mammor (n=5) ville uttrycka sina åsikter ytterligare vilket tillgodoseddes.

## Kvantitativ approach

Kvantitativa data används för att få svar på kvantitativa forskningsfrågor relaterade till syftet. Enligt Polit och Beck (2021) är den kvantitativa metodens mål att data som samlats in sammanställs genom statistiska procedurer, ofta hypotestestande analyser som leder till svar och som kan bli användbar kunskap. En kvantitativ ansats tillämpades eftersom syftet var att få en förklaring till hur föräldrar använder sig av Internet för att få hälsoinformation och råd angående sina barns hälsa och utveckling.

### **Frågeformulär**

I studie **II** användes frågeformulär, då målet var att få ta del av ett större antal föräldrars internetanvändning för att få råd eller information kring sina barns hälsa och utveckling (jfr Trost och Hultåker, 2016; Ejlertsson, 2019). Studie **II** baserades på en enkät bestående av 21 frågor (Bilaga 2). Även i studie **IV** användes frågeformulär (Bilaga 5) då målet var att utvärdera en digital pilotintervention avseende effekter på upplevd föräldrastress och eHälsolitteracitet via före- och eftermätningar. De ingående frågeformulären beskrivs mer i detalj nedan.

#### *Internetanvändning för hälsoråd eller information kring barn*

Frågeformuläret som användes i Studie **II** innehåller frågor om hur föräldrar använder Internet för att få information och råd kring sina barns hälsa och utveckling (Bilaga 2). Frågeformuläret utvecklades av mig och dåvarande huvudhandledaren Karin Sundin. Innehållet i frågeformuläret baseras på ett annat liknande frågeformulär som handlar om kvinnors användning av Internet när de söker graviditetsrelaterad information (Larsson, 2009). Frågeformuläret som omfattar 21 frågor inleds med bakgrundsfrågor av sociodemografisk natur. Därpå följer frågor som besvarar studiens syfte. Första delen syftar till att kartlägga om föräldrar använder Internet och i så fall hur de gör för att hitta information och råd kring sina barns hälsa och utveckling samt om de anser informationen användbar. Andra delen syftar till att undersöka om de anser att informationen är pålitlig och om de använder sig av informationen i sina kontakter med BVC. Såväl högt standardiserade frågor med slutna svarsalternativ (n=19) som lågt standardiserade frågor med öppna svarsalternativ (n=2) ingick (jfr Trost och Hultåker, 2016). Fem av frågorna med slutna svarsalternativ gav möjlighet att ge andra förslag än de givna och fem av frågorna gav utrymme att motivera eller förklara sitt svar ytterligare.

Innan studien påbörjades genomfördes en så kallad face-validity-test i en föräldragrupp bestående av 40 föräldrar knutna till barnhälsovården vid en av hälsocentralerna i Västernorrland. Denna validitetstest gjordes för att klarlägga om några av frågorna var svåra eller otydliga, om de var ställda på ett sätt som kunde missförstås eller om det saknades svarsalternativ samt om de svarade på vad som avsågs mätas. De korrigeringar som behövde göras, genomfördes innan frågeformuläret delades ut till den stora gruppen föräldrar i studie **II** (jfr Ejlertsson, 2019).

#### *Föräldrastress*

I studie **IV** användes frågeformuläret "Parental Stress Scale" utvecklat av Berry och Jones (1995) för att besvara syftet gällande det primära utfallsmåttet föräldrastress. Hypotesen var att digitalt stöd som komplement till det vanliga BHV-programmet skulle minska stress bland föräldrarna. Efter kontakt med en av upphovspersonerna (Berry) fick forskargruppen tillstånd att översätta frågeformuläret till svenska och använda det fritt i Sverige. Översättningen från engelska till svenska skedde enligt en modifierad version av Brislin's (1970) översättningsmetod som innebar att forskargruppen tillsammans översatte det engelska frågeformuläret till svenska och anpassade frågorna något för att passa en svensk kontext. Frågorna sändes därefter till en auktoriserad engelsk-svensk språkgranskare som återöversatte frågorna till engelska och där vi i forskargruppen jämförde skillnaderna mellan originalet och den re-översatta versionen och med hjälp av språkgranskaren gjordes några förändringar så att frågeformuläret bedömdes tillförlitligt och användbart i den kulturella kontexten (Bilaga 5). Frågeformuläret testades sen



vad gällde face-validity i en begränsad grupp av deltagare bestående av småbarnsföräldrar på arbetsplatsen och bedömdes kunna förstås språkligt och var enkelt att besvara. Frågeformuläret är kort med totalt 18 påståenden där föräldrar skattar sin typiska relation till sitt barn på en femgradig Likert-skala från ”Håller inte alls med” (1) till ”Håller starkt med (5). Åtta påståenden (1,2,5,6,7,8,17,18) reverseras inför analysen. Formuläret indelas enligt originalförfattarna (Berry & Jones, 1995) i fyra delskalor som undersöker stressorer (sex påståenden), kontrollförlust (tre påståenden), tillfredsställelse (tre påståenden) och belöning (sex påståenden). Till studie **IV** användes i stället en 2-faktorsmodell som mäter *a*) föräldratillfredsställelse samt *b*) föräldrastress i enlighet med Harding och medarbetare (2020). En totalsumma beräknas genom att lägga ihop alla frågor för att få en poäng mellan 5 och 30 på respektive delskala, där högre poäng indikerar högre nivåer av föräldratillfredsställelse/stress (Berry och Jones, 1995; Harding et al., 2020). Frågeformuläret är välanvänt internationellt och anses ha god validitet och reliabilitet i form av hög intern konsistens (Cronbach’s  $\alpha = 0.88$ ) (Berry och Jones, 1995; Zelman et al., 2018; Algarvio et al., 2018; Pontoppidan et al., 2018; Leung och Tsang, 2010), tillfredsställande construct-validitet med såväl fyra-faktors (Berry och Jones, 1995; Algarvio et al., 2018; Zelman et al., 2018) som två-faktorslösningen (Pontoppidan et al., 2018; Harding et al., 2020) samt anses ha tillfredsställande test-retest korrelation (Berry och Jones, 1995).

#### *eHälsolitteracitet*

I studie **IV** användes även frågeformuläret eHEALS (Norman och Skinner, 2006) för att undersöka graden av eHälsolitteracitet bland deltagarna. Hypotesen var att deltagande i en digital intervention ökar graden av eHälsolitteracitet över tid. Frågeformuläret har tidigare översatts av Isakssons forskargrupp enligt Brislins (1970) översättningsmodell och har fått godkännande av upphovsmannen att fritt användas. Frågeformuläret finns dock översatt av ytterligare en forskargrupp parallellt i Sverige med vissa smärre skillnader i formuleringar men bägge versionerna anses valida och reliabla. eHEALS omfattar åtta frågor och analyseras som en totalskala utan subskalor. Varje fråga har 1 till 5 poäng där högre poäng bedöms innebära högre eHälsolitteracitet. Instrumentet är internationellt välanvänt och anses ha tillfredsställande validitet och reliabilitet (Norman och Skinner, 2006). Den svenska versionen är också använd och testad vad gäller validitet och reliabilitet där instrumentet uppvisat hög intern konsistens (Cronbach’s  $\alpha = 0.94$ ) och hög test-retest korrelation (0.86,  $p < 0,001$ ) (Wängdahl et al., 2020).

## Analys

### Kvalitativ innehållsanalys - procedur och trovärdighet

I kvalitativ innehållsanalys är målet att visa på variation i data genom att utifrån syftet med studien identifiera meningsenheter som svarar på syftet, kondensera dessa till kortare enheter, koda enheterna och sen jämföra koderna och sortera dem baserat på innehåll i kategorier och teman samt baserat på tolkning utifrån abstraktionsnivå. På så sätt identifieras mönster som blir enklare att åskådliggöra och förstå för läsaren (Graneheim och Lundman, 2004; Polit och Beck, 2021). I studie **I** och **III** tillämpades metoden kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Enligt Graneheim och Lundman börjar analysen med en grundlig genomläsning av de utskrivna texterna för att få en övergripande förståelse av materialet. Då jag själv hade genomfört intervjuerna och även skrivit ut dem kände jag att jag tidigt hade fått en

förståelse för materialet. Med utgångspunkt från studiens syfte identifierades därefter meningsbärande enheter i texten. En meningsbärande enhet kan enligt Graneheim och Lundman (2004) vara ord, meningar eller stycken som är centrala utifrån syftet. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att enheten kortades ned och förtydligades utan att kärnbudskapet gick förlorat. Därpå kodades de kondenserade meningsenheterna och fick en etikett som beskrev innehållet – en kod. I kodningsprocessen gick jag hela tiden från delar av texten till helheten i originaltexten för att försäkra mig om att inte kontexten eller innebörden förlorades. Koderna jämfördes därefter och grupperades i teman på olika nivåer utifrån likheter och skillnader och även avseende abstraktionsnivå. Dessa preliminära teman namngavs med för innehållet lämpliga benämningar. Under hela processen var medförfattarna inblandade i de olika stegen vilket är viktigt då analysen inte är någon linjär process utan komplex i vissa avseenden när det kommer till abstraktion och tolkning. I samarbetet eftersträvades konsensus under diskussionerna kring de olika faserna av analysen och i synnerhet gällande sortering och benämningar på koder och teman, vilket också sågs som ett sätt att öka trovärdigheten i tolkningarna. Temana hade också en inbördes hierarki och ibland sammanfördes två eller flera subteman till ett tema och ibland delades ett alltför omfattande tema i subteman för att kunna presentera resultatet på ett enhetligt och trovärdigt sätt (jfr Graneheim et al., 2017; Graneheim och Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020).

Trovärdighet i kvalitativ analys kan öka om man tillämpar olika procedurer för att visa på trovärdighet. Graneheim och Lundman (2004) föreslår att begreppen giltighet, pålitlighet och överförbarhet används för att beskriva olika typer av trovärdighet inom kvalitativ metod och dessa anses motsvara begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet inom kvantitativ metod. För att nå dessa aspekter av trovärdighet föreslås olika strategier. Graneheim och medarbetare (2017) menar att giltighet – dvs om man fångar det som avses att undersökas – hör samman med val av studiekontext, deltagare och datainsamlingsmetoder och vid val av deltagare med varierande erfarenheter så ökar möjligheterna att belysa forskningsfrågan från olika perspektiv. Ytterligare ökar giltigheten vid val som att identifiera lagom stora meningsenheter, varken för stora eller för små, samt att tillse att kategorierna täcker all data. Pålitlighet i metod handlar om att beakta faktorer som kan skapa instabilitet som förändringar och variationer under datainsamlings-perioden och under analysprocessen. Överförbarhet slutligen handlar om huruvida resultatet även kan gälla andra grupper och kontexter än de studerade. Även om det alltid är upp till läsaren att bedöma överförbarheten underlättar en tydlig beskrivning av kulturen och kontexten, urval av deltagare, deras egenskaper och av datainsamlingen samt en klar beskrivning av analysprocessen bedömningen. En fyllig presentation av fynden tillsammans med lämpliga exemplifierande citat från originalintervjuerna kan öka möjligheterna att läsaren kan se överförbarheten till andra kontexter (Graneheim och Lundman, 2004). Alla dessa trovärdighetsskapande strategier har beaktats i de ingående kvalitativa studierna.

#### *Tematisk analys av textsvar*

Fritextsvar i den mixade datainsamlingen inom studie II analyserades utifrån innehåll genom enkel sortering inspirerad av sorteringen av koder i kvalitativ innehållsanalys. Det handlade till exempel om att gruppera och sortera de olika webbplatser som deltagarna angivit att de använde för informationshämtning (Graneheim och Lundman, 2004). En kompletterande intervju genomfördes och analyserades med kvalitativ innehållsanalys och sågs då som en del i den

mixade metoden som tillämpades i studie **II** (Creswell och Creswell, 2018). Creswell och Clarke (2006) menar att resultatet kan få en djupare mening om en metod kompletteras med en annan, som i studie **II** där en kvantitativ resultatdel förstärktes med en kompletterande kvalitativ intervju inom samma ämne.

## Statistiska analyser

I studie **II** och **IV** analyserades datamaterialet med beskrivande statistik i form av frekvenser och proportioner. SPSS, version 24 användes för analyserna i studie **II** medan Jamovi, version 2.3.26 användes för analyserna i studie **IV**. I studie **IV** gjordes utöver de beskrivande analyserna också jämförande statistiska analyser. Repeated measure ANOVA genomfördes för att jämföra förändringar avseende interventions- och kontrollgrupp över tid. Utbildning och avstånd till CHC inkluderades som covariater eftersom grupperna skiljde sig åt i dessa variabler. Sphericity kontrollerades med hjälp av Mauchly's test där Huyn-Feldts test användes där detta förekom. Effektstorleken beräknades med hjälp av Cohens  $d$ , genom ett parat  $t$ -test med baslinje och 8 månader som variabler. Enligt Cohen (1988) är riktmärkena för effektstorlek 0,2, 0,5 respektive 0,8 för liten, medelstor respektive stor effektstorlek. Wolf (1986) menar att ett värde  $>0,25$  kan anses vara kliniskt signifikant och ett värde på  $>0,5$  statistiskt signifikant skillnad (jfr Wolf, 1986). Ett  $p$ -värde på  $<0,05$  ansågs som statistiskt signifikant i såväl studie **II** som studie **IV**.

## Forskningsetiska överväganden

Avhandlingens delstudier har följt de fyra forskningsetiska principerna "Respekten för människors rättighet och värdighet, Nyttan och rättvisan med forskningen, Integritet och sekretess samt Öppenhet och transparens" samt Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Etiskt godkännande har givits för alla studier (Dnr 2011-446-31M och Dnr 2021-00412). För att skydda individens integritet ställs några huvudkrav på forskningen som gäller krav på informerat samtycke (information, samtycke och nyttjande) samt konfidentialitet och som redovisas nedan i relation till avhandlingens studier (Vetenskapsrådet, 2017).

### *Informerat samtycke*

Avhandlingens studier har följt gällande regler för etikprövning och forskning. Enligt Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor ska deltagarna erhålla *information* om syftet med studien och ge *informerat samtycke*. Deltagarna i alla studier informerades om att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Samtycket var uttryckligt preciserat till den forskning där det skulle *nyttjas* och dokumenterades skriftligt. Informationen som föregick samtycket omfattade den övergripande planen för forskningen, de metoder som skulle användas, de följder och risker som forskningen skulle kunna medföra samt vem som var forskningshuvudman.

### *Konfidentialitet*

*Konfidentialitetskravet* är kopplat till de principer för behandling av personuppgifter som finns. Personuppgifter får enligt Dataskyddsförordningen (Dir. 2016:15) endast samlas in för särskilda, uttryckligt angivna ändamål och inte senare behandlas på annat sätt i enlighet med *nyttjandekravet*. De får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av personen under en längre

tid än vad som är nödvändigt. Personuppgifterna ska också behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse. Anonymisering eller avidentifiering förutsätter att kopplingen mellan svar på en enkät och en bestämd individ har eliminerats så att varken obehöriga eller forskargruppen kan återupprätta den. Ingen kan alltså kombinera exempelvis en viss uppgift med en bestämd individs identitet (Vetenskapsrådet, 2017). Anonymisering gällde studie **II** där någon kodlista inte upprättades utan deltagarna fick en pappersenkät i handen för att fylla i under besöket på hälsocentralen. Inga namn eller personliga identifikationsuppgifter förutom kön, ålder, boendesituation, utbildningsnivå och barnets ålder registrerades på enkäten. I studie **IV** tillämpades i stället pseudonymisering då en kodlista behövdes för att kunna skicka påminnelser och samla in prospektiv data vid flera tillfällen. Begreppet konfidentialitet är enligt Vetenskapsrådet mer en allmän förpliktelse att inte sprida uppgifter man fått i förtroende och innebär skydd mot att obehöriga får del av dem (jfr Vetenskapsrådet, 2017). Även i de kvalitativa studierna tillämpades konfidentialitet då deltagarna var kända under intervjuerna och intervention, men i utskrifter av intervjudata och rapportering i publikationer anonymiserades deltagarnas identiteter.

# Resultat

Det övergripande syftet med avhandlingen var att utröna hur föräldrar och BVC-sjuksköterskor uppfattar och använder Internet som en källa för hälsokompetens, ytterligare att utvärdera effekt av en digital pilotintervention utvecklad i samarbete med föräldrar med målet att minska föräldrastress, öka hälsolitteracitet och tillfredsställelse med BHV. Nedan har resultatet i avhandlingens delstudier syntetiserats i rubriker som gäller flera studier.

## Internet ställer nya krav på barnhälsovården

Resultatet visade att ökad Internetanvändning bland föräldrar förändrar såväl rollen som BVC-sjuksköterska som föräldrarollen (**I, II**). BVC-sjuksköterskorna beskrev att Internet underlättar vården samt ökar tillgång och tillgänglighet till vård och vårdinformation samt att epostkommunikation minskar BVC-sjuksköterskornas stress. De berättade att egenvården underlättades genom föräldrarnas Internetanvändning men även att Internet kunde komplicera den professionella rollen och yrkesutövningen, och därmed upplevde de ett behov av en uppdaterad BVC-specialistsjuksköterskeroll. Det kunde innebära att de mötte föräldrarna i ett ömsesidigt lärande där de diskuterade vilken information de funnit på Internet (**I**).

BVC-sjuksköterskorna bekymrades över de stressade och oroliga föräldrar de mötte. Många framställde att föräldrarnas alltmer ökande tid på sociala medier kunde påverka föräldrabarnrelationen negativt. De ansåg även att många föräldrar sökte råd på Internet men saknade en kritisk inställning till informationen och dess källor. BVC-sjuksköterskorna framförde ett behov och en vilja att förändra rådgivningen där de i ökad grad kunde stödja föräldrarna och hjälpa dem att validera internetinformation som de hittat. I och med det, menade de, skulle föräldrastödet också förändras från faktabaserade råd här och nu till ett långsiktigt egenvårdsstöd (**I**).

Resultatet i studie **II** visade också att föräldrarna i allmänhet uppfattade att Internet var en bra informationskälla för råd och information om sina barns hälsa och utveckling, men uttryckte samtidigt en osäkerhet inför mängden av information. Osäkerhet beskrevs även av många föräldrar kring den egna förmågan att söka, sortera och värdera funnen information. Kopplat till detta visade resultatet att majoriteten av föräldrarna (81,7%) önskade få stöd och vägledning från sin BVC-sjuksköterska avseende pålitlig Internetinformation och anpassade webbsidor (**II**).

Sammantaget visade resultaten i studie **I** och **II** att det fanns ett behov av förändrade roller bland både BVC-sjuksköterskor och föräldrar. Föräldrar ville i ökande utsträckning bli självständiga och kunna söka och värdera information på Internet kring deras barns hälsa och utveckling. Samtidigt menade de att de behövde stöd från barnhälsovården för att utvecklas i den riktningen. BVC-sjuksköterskor beskrev dock att de själva behövde utveckling och nya verktyg för att kunna stödja föräldrar mot ökad hälsolitteracitet. Resultaten av studie **I** och **II** indikerade på betydelsen av att tillsammans med föräldrar (**III**) utveckla kvalitetssäkrade digitala verktyg och mötesformer som komplement till dagens barnhälsovård baserad på personliga möten och utvärdera effekter av dessa i en pilotintervention (**IV**).

## Behov av en användarcentrerad digital intervention

För att förstå mer om föräldrars behov av och förväntningar på digital support inom barnhälsovården utformades workshops där föräldrar, BVC-sjuksköterskor, och i vissa fall även IT-ansvarig samt forskare, möttes för diskussioner. Resultatet från dessa användarcentrerade workshops (III) visade att föräldrarna upplevde behov av att bli stärkta i sitt föräldraskap och sin självständighet samtidigt som de fortfarande sökte stöd och ville ha meningsfulla relationer med såväl andra föräldrar som BVC-sjuksköterskorna.

Föräldrarna uttryckte samtidigt behov av bekräftelse på att de gjort rätt efter att hittat egenrådsråd på Internet som de tillämpat på sina barn, vilket de menade kunde minska deras känsla av oro. De uttryckte även behov av ökat oberoende och ökad egenmakt, vilket de ansåg kunde utvecklas genom att dela och ta del av erfarenheter med andra. Detta menade de också kunde minska deras sårbarhet och känslor av ensamhet (III). Ytterligare uttryckte föräldrarna behov av att skapa långvariga relationer via BHV, med BVC-sjuksköterskan samt med andra föräldrar de träffat i föräldragrupper. Långvariga kontinuerliga kontakter liksom en familjär stämning på BVC efterfrågades, vilket de menade skulle kunna öka deras känsla av trygghet. Slutligen lyftes vikten av förbättrad tillgänglighet via en framtida digital kanal. Snabb och enkel access in till hälso- och sjukvården samt vikten av återkoppling på kontakter och frågor poängterades (III). Utifrån föräldrars uttryckta behov och förväntningar på en digital intervention inom BHV designades en pilotintervention som berörde såväl mötesformer, aktiviteter och innehåll.

## Pilotinterventionens innehåll, aktiviteter och genomförande

Inför starten av det som kallades den kompletterande digitala kanalen (IV) skickades ett informationsbrev kring innehållet ut till alla föräldrar i interventionsgruppen som tackat ja. I brevet medföljde också en manual som beskrev hur man bokade in sig på olika aktiviteter (Bilaga 3).

Föräldrarna inbjöds bland annat till onsdagsmingel för att prata med andra föräldrar eller ställa frågor till BVC-sjuksköterskan. Det erbjöds också föräldragrupper runt efterfrågade ämnen som ofta kom på tal på BVC eller hade uttryckts behov av under workshops i studie III. Efterfrågade ämnen var bland annat eksem, barns normala utveckling, introduktion av smakportioner och användning av sociala medier. Därutöver erbjöds åldersrelaterade föräldragrupper som fokuserade på hur det är att vara förälder till barn 12–18 månader samt barn 2 till 5 år. Det fanns även tillgång till några tider att boka personligen varje dag som användes om föräldern behövde specifik rådgivning eller om någonting ville diskuteras privat mellan bara dem och BVC-sjuksköterskan. Alla dessa möten var digitala med ljud och bild. En sammanställning av de aktiviteter som planerades gavs i en inbjudan till föräldrarna (Bilaga 4).

## Effekter av pilotinterventionen

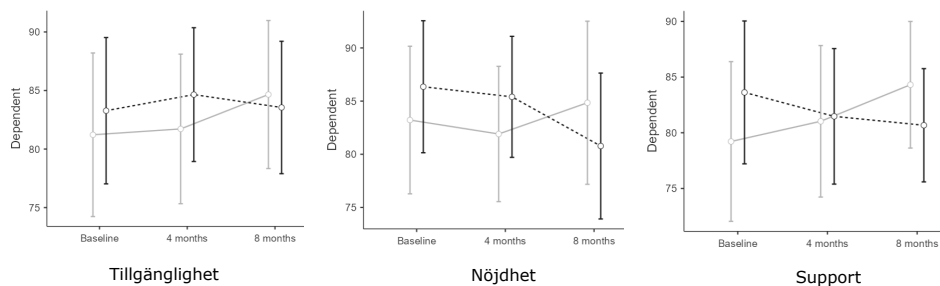
Syftet med pilotinterventionen, som bestod av digitalt stöd till föräldrar, var att minska föräldrarnas upplevda stress och samtidigt öka deras eHälsolitteracitet (IV) och öka tillfredsställelsen med BVC. Resultatet visade inte på några signifikanta förändringar över tid vare sig mellan grupperna eller inom grupperna gällande föräldrastress. Gällande eHälsolitteracitet framkom dock en tendens till förbättring vid andra tillfället inom interventionsgruppen vilket dock återgått vid det tredje mättillfället (Tabell 3).

Inom interventionsgruppen hade uppfattningen om BHVs tillgänglighet ökat (Figur 2). Inom kontrollgruppen hade uppfattningen om att Internet var användbart ökat (Tabell 3), men deras nöjdhet med BHV hade minskat (Figur 2). Ett fynd var dock att i samtliga fall bröts de två gruppernas kurvor över tid avseende uppfattningar om BVC:s tillgänglighet, nöjdhet samt support till förmån för interventionsgruppen. Av de 75 deltagarna i interventionsgruppen var det endast en mindre grupp (n=22) som deltog i någon av de erbjudna aktiviteterna. Majoriteten (n=53) utnyttjade inte interventionen alls medan en liten grupp föräldrar (n= 5) deltog i flera aktiviteter. Interventionsgruppen skattade att BHV var mindre tillgänglig än kontrollgruppen redan från början, men skattades sedan vara mer tillgängligt över tid (Figur 2). Kontrollgruppen skattade att BHV var mer tillgänglig men skattade att tillgängligheten minskade över tid.

Tabell 3. Jämförelser mellan och inom grupper över tid

	Baseline Mean (SD) [n=65 vs 59]	4 månader Mean (SD) [n=44 vs 46]	8 månader Mean (SD) [n=41 vs 47]	p-value Inom grupperna [n=32/40]	p-value Mellan grupperna [n=32/40]	Effect-size Cohen's <i>d</i>
Parental stress (5-30)				0.452	0.351	
Intervention	21.83 (4.83)	22.20 (4.54)	22.56 (4.83)			0.25
Control	21.00 (5.28)	21.11 (5.24)	21.51 (5.20)			0.09
Parental satisfaction (5-30)				0.882	0.076	
Intervention	32.88 (2.63)	32.55 (2.54)	32.51 (2.78)			0.02
Control	33.41 (1.55)	33.33 (1.94)	33.34 (1.81)			0.02
eHEALS (8-40)				0.492	0.019	
Intervention	30.69 (6.33)	32.02 (5.66)	31.83 (4.88)			0.29
Control	33.02 (4.22)	34.26 (4.06)	34.36 (3.90)			0.20
Internet usability (1-5)				0.727	0.002	
Intervention	3.72 (0.93)	3.91 (0.77)	3.88 (0.81)			0.11
Control	4.10 (0.66)	4.30 (0.66)	4.36 (0.57)			0.29
Internet importance (1-5)				0.899	0.004	
Intervention	3.95 (0.91)	4.11 (0.89)	3.98 (1.01)			0.04
Control	4.36 (0.64)	4.59 (0.58)	4.51 (0.51)			0.14
CHC accessibility (0-100)				0.480	0.742	
Intervention	83.22 (21.54)	82.00 (19.84)	82.39 (21.61)			0.15
Control	84.12 (16.70)	85.09 (14.68)	83.39 (16.01)			0.00
Satisfaction with CHC (0-100)				0.101	0.838	
Intervention	85.02 (19.03)	82.32 (18.73)	83.44 (21.00)			0.11
Control	88.03 (14.60)	86.46 (15.91)	81.09 (22.07)			0.31
CHC as support (0-100)				0.221	0.910	
Intervention	81.19 (22.73)	81.45 (21.25)	83.59 (15.61)			0.25
Control	82.71 (16.89)	82.02 (16.00)	80.45 (16.64)			0.09

På liknande sätt (Figur 2) skattades nöjdheten med BHV i kontrollgruppen högre i början av interventionen men minskade allt eftersom, medan den däremot ökade över tid i interventionsgruppen. Interventionsgruppen skattade på samma sätt över tid en ökad support från BHV medan kontrollgruppen skattade att supporten minskade över tid. Sammantaget skattade interventionsgruppen initialt lägre än kontrollgruppen på alla tre variabler, men kurvorna korsades över tid till förmån för interventionsgruppen.



*Figur 2. Föräldrars uppfattning om tillgänglighet till BHV, nöjdhet med BHV och BHV som support över tid. Interventionsgruppen heldragen linje, kontrollgrupp prickad linje.*



# Diskussion

## Resultatdiskussion

Den här avhandlingen har visat på att ökad användning av Internet ställer nya krav på barnhälsovården, samt att föräldrar har behov av digitala mötesplatser och digitalt stöd inom BHV men att dessa måste utformas användarcentrerat. Därför utvecklades en digital pilotintervention utifrån föräldrars behov och önskemål vad gäller mötesformer, innehåll och aktiviteter. Resultatet från interventionen visar dock inte på några statistiskt säkerställda effekter gällande utfallsmåttet föräldrastress och eHälsolitteracitet vilket kan bero på ett flertal orsaker som kommer att diskuteras mer nedan.

### Nya krav på barnhälsovården

Ett förvånade resultat var att BVC-sjuksköterskorna var så medvetna om att deras roll skulle, eller höll på att förändras (I). Petersson och medarbetare (2005) konstaterade redan 2005 att efter ett kvartsekel av föräldragrupper hade utvecklingen inte kommit långt, trots att det gått många år sedan införandet av föräldragrupper som ett verktyg inom BHV. Föräldragrupperna var ett svar på regeringens uppdrag till Statens Folkhälsoinstitut att öka kunskap bland föräldrar, till exempel om smakportioner och kost, amning, undvikande av olycksfall och skador med mera. Föräldragrupper riktade till alla lockade dock inte alla föräldrar. Däremot lockade riktade grupper till föräldrar med liknande behov fler (Petersson et al., 2005). Lefèvres (2016) avhandling handlade om föräldragrupper inom BHV och hon utvecklade en ledarskapskurs för BVC-sjuksköterskor för att locka fler att våga leda på ett föräldrafrämjande sätt och därmed locka fler föräldrar till att delta. Dessa kunskaper och det låga deltagandet i föräldragrupper talar för vikten av en behovsstyrd inriktning på föräldrastödet. Tell (2019) som i sin avhandling studerat användningen av Rikshandboken bland BVC-sjuksköterskor menar att den nationella webbaserade vägledningen ger alla BVC-sjuksköterskor samma tillgång till kunskap att förmedla och använda. Precis som BVC-sjuksköterskor själva har tillgång till en sådan kunskapsbank via Internet, är det rimligt att anse att även föräldrar har rätt till liknande evidensbaserade kunskapskällor, vilket potentiellt skulle kunna minska deras föräldrastress.

I studie IV visades det att trots att den digitala supporten utvecklats i samverkan med föräldrar så deltog endast knappt 30% av föräldrarna i interventionsgruppen i någon av aktiviteterna. Tjugotvå föräldrar varav endast 4 pappor deltog i någon aktivitet. Enligt Försäkringskassan (2023) så tas 30% av föräldraledigheten ut av pappor och 70% av mammor vilket kan svara på det låga deltagandet bland pappor. De flesta av föräldragrupperna i studie IV var förlagda till dagtid, av naturliga skäl eftersom BVC är öppet dagtid, och de kunde därigenom mest besökas av den som var föräldraledig med barnet. Fem föräldrar dvs knappt 7 % deltog i flera aktiviteter och av dem var det tre fäder som var med mer än en gång.

Hrybanova, Ekström och Torstensson (2019) visade att pappor som fått sitt första barn uppskattade praktisk information anpassad till deras behov inom BHV vilket kan förklara deras intresse i vår digitala support. Önskemålet om en möjlighet att träffa andra pappor och diskutera

sina perspektiv (Hrybanova, Ekström och Torstensson, 2019) visar att interventioner liknande vår kan vara en möjlighet att få papporna mer intresserade av support via BVC. Att rikta sig direkt till papporna kan vara ett sätt att få dem mer ännu mer delaktiga i barnhälsovården (jfr Firouzan et al., 2018). Delaktiga pappor bidrar till en positiv utveckling hos barnen. Genom att de efterfrågar mer riktad kunskap (jfr Hrybanova, Ekström och Torstensson, 2019) kan användandet av en digital kanal vara ett sätt att få papporna mer delaktiga. Pålästa föräldrar är också positivt för sjukvården, då de inte behöver så mycket förklaringar och de upplevs mer införstådda (Shervington et al., 2019). Å andra sidan har det också rapporterats att sjuksköterskor känner sig osäkra och tveksamma till ökad Internetanvändning bland föräldrar (Sjöström et al., 2019).

Studie **III** visade att föräldrarna bland annat hade förhoppningar om att digitala föräldragrupper skulle motverka känslor av ensamhet och av att känna sig ensam om ett problem. De förväntade sig även att kunna ta del av andra föräldrars erfarenhet och kunskap på ett enkelt sätt. Sjuksköterskeledda föräldragrupper har också visats kunna stödja föräldrar i att delge varandra bra kunskap (Shervington et al., 2019), men även om BVC erbjuder föräldragrupper väljer endast ca 40% att delta (Lefèvre et al., 2016). Detta pekar mot att förändringar krävs för att intressera fler, alternativt så har föräldrar i dag inte lika stort behov av support från BHV. Enligt Lefèvre och medarbetare (2016) har föräldragrupper dock enligt föräldrar visats vara bra för att bryta isolering, positivt för att bygga nya nätverk och få nya vänner. Däremot ansåg föräldrarna att föräldragrupperna borde planeras mer utifrån deras egna önskemål. Ytterligare ansåg de att BVC-sjuksköterskorna måste bli tryggare i att leda föräldragrupper. Slutsatsen var att det är viktigt att BHV är mer lyhörd för föräldrarnas önskemål, vilket också var målet med studie **III**. BVC-sjuksköterskorna i studie **I** menade att osäkra föräldrar blev osäkrare utifrån de råd och den information de hittade på Internet. Panza och medarbetare (2020) har följt nyblivna mammor under barnets första år. Föräldrarna fick ett månadsbrev med råd om föräldraskap, omsorg om barnet och om barnets utveckling. Resultatet av studien (Panza et al., 2020) visar att föräldrar med högre utbildning kunde ta till sig råden och använda dem i sitt föräldraskap medan de lägre utbildade föräldrarna blev stressade av råden i breven och gjorde att de kände sig förminskade. Råd och vägledning kan därför inte vara alltför generell utan bör vägas mot föräldrarnas behov och kunskapsnivå för att anses som jämlik och stödjande (jfr Panza et al., 2020). Glatz och medarbetare (2023) menar att föräldrars användning av sociala medier kan vara både negativt och positivt. De föräldrar som i studien var stressade och lite nedstämda mådde sämre av att jämföra sig med andra föräldrar på sociala medier medan de med mer positiv självbild och högre hälsokompetens upplevde sociala medier som positivt. Glatz och medarbetare (2023) drar slutsatsen att professioner (jfr BHV) som möter föräldrar har en viktig roll att få dem att reflektera över sociala mediers påverkan på dem själva. Det beskrivs vara viktigt att reflektera över hur, när och varför de jämför sig med andra och detta kan möjliggöra en bättre självbild, till skillnad från att endast utsätta sig för tillfällen som försvagar synen på sig själv som förälder.

Majoriteten av föräldrarna i studie **II** önskade att BVC-sjuksköterskan skulle vägleda dem om vart de kan hitta tillförlitlig information på Internet. BVC-sjuksköterskans egen kunskap och även förmåga att förmedla denna kunskap är därför av vikt för att föräldrar ska ha nytta av den, något som resultatet i studie **I** visar indikationer på. Sjöström och medarbetare (2019) beskriver

att distriktssköterskor upplever att föräldrar ofta vill lyfta fram information från tveksamma källor på Internet och det är lätt att förstå hur rollen som distriktssköterska därmed kan förändras från att vara rådgivande och stödjande till argumenterande. BVC-sjuksköterskor behöver alltså både eHälsokompetens själva men också goda faktakunskaper och förmåga att förmedla dem till föräldrar som har olika behov. Detta är ett sätt att stödja som är i linje med den familjefokuserade omvårdnaden (jfr Benzein, Hagberg och Saveman, 2017). Sawrikar och medarbetare (2020) menar att föräldrar ska utbildas för att de ska våga söka stöd. Deras studie visade till exempel att föräldrars självförtroende var avgörande för om de sökte professionell hjälp för sitt barn vid psykisk ohälsa. Mammorna hade lättare att söka hjälp om de kände till symtomen som hörde till en psykisk diagnos. Förslag gavs därför att utbilda föräldrar i psykisk ohälsa för att barn snabbare ska få hjälp och eventuell behandling och stöd (Sawrikar et al., 2020). Här har svensk barnhälsovård en fördel genom det täta barnhälsovårdsprogrammet som följer barnet kontinuerligt och BVC skulle då ha en potential att öka föräldrarnas kunskap (jfr Sawrikar et al., 2020) om till exempel psykisk ohälsa vid sådana misstankar.

## Behov av digitala metoder

De tre första studierna i avhandlingen (**I-III**) visar att det finns ett stort behov av att utveckla och införa digitala mötesformer inom BHV. En frågeställning är dock om ett digitalt möte har samma kvalitet som ett fysiskt möte. I en studie (Armoiry et al., 2018) om tvåvägs-kommunikation genom IKT utvärderades tillfredsställelse och acceptans. Resultatet visade att fysisk och digital kommunikation upplevdes som likvärdigt. Då utvecklingen av nya metoder sker successivt och användarna behöver tid på sig att lära sig ny teknik påtalas också vikten av långsiktiga resultatmått i interventionsstudier liknande studie **IV** (jfr Armoiry et al., 2018). Den workshop som genomfördes i studie **III** hade målsättningen att föräldrar, BVC-sjuksköterskor och andra intressenter genom samskapande skulle utveckla en familjefokuserad och behovsbaserad digital kanal vilket är viktigt då studier visar att digitalt stöd måste anpassas efter behoven hos den sökande (Paterson et al., 2013). En del av hindren för digital utveckling beskrivs vara den mänskliga faktorn och Delemere och Maguire (2022) menar att många av de digitala hindren i vården egentligen ligger hos vårdgivaren. En stor del av oss som arbetar i professionen tycks fortfarande vara rädd för tekniken och ser inte fördelarna med att eHälsa och digital teknik får ökande utrymme i den befintliga vården (Öberg, et al., 2018; Tully et al., 2021). Det finns dock även studier som talar för att det fysiska mötet behövs för de yngre barnen (jfr Kemery och Goldsmith, 2020) men även för mammorna. När det handlar om att upptäcka till exempel en postpartum-depression har det ifrågasatts det om det är möjligt via ett digitalt möte (jfr Skoog, Hallström och Berggren, 2017).

Resultatet i studie **III** indikerar att ett digitalt komplement till barnhälsovårdsprogrammet skulle kunna öka föräldrars självständighet och minska stressen i familjen, t ex genom att slippa åka i väg med barnet på vintervägar till BVC. Ett övergripande resultat i studie **III** var att föräldrar genom ett digitalt komplement till barnhälsovårdsprogrammet ansåg sig kunna bli stärkta i sitt föräldraskap, men de bedömde sig fortfarande i behov av stöd och en kontinuerlig relation med BVC-sjuksköterskan. Detta talar för att det finns behov av såväl fysiska som digitala möten. Under Covid19-pandemin ökade föräldrastressen och trots att det inte längre finns några restriktioner har föräldrastressen fortsatt vara hög (Adams et al., 2021; Li et al., 2022). Behovet

av att utforma tillgängliga folkhälsainsatser, även digitala, riktade mot föräldraspecifika stressorer är därför fortfarande angeläget (Adams, et al., 2021). Om digitalt stöd implementeras väl kan vården bli mer förberedd på att bemöta föräldrastress (jfr Adams et al., 2021).

Såväl BVC-sjuksköterskor som föräldrar efterfrågar digital kommunikation och stöd i olika former (**I-III**). Det finns idag också ett stort utbud av stöd via Internet såsom chattar, sociala medier, faktakunskaper, med mera, men de är sällan anpassade efter olika familjers behov. Ett problem är också att webbsidor och forum är i olika grad faktabaserade och därmed kan inte alla betraktas som pålitliga och utgöra stöd för föräldrar. Davis och medarbetare (2017), som kritiskt undersökte appar som föräldrar använde för hälsokunskap, konstaterade att apparna är alltför generella eller för begränsade för att passa olika familjer med olika behov (jfr Davis et al., 2017).

Även om det finns en stor potential i digitala verktyg och digital kommunikation i vården uttrycks bland personal också kritik mot införande av ny teknik (Steele Gray et al., 2014; Öberg et al., 2018). Distriktssköterskor har till exempel beskrivit sin arbetssituation som att ”vårda i ett digitalt kaos”, något de har blandade känslor inför (Öberg et al., 2018). Pandemin har dock tvingat en allt större allmänhet att använda digital teknik vilket inneburit att allt fler har behövt anpassa sig till att använda nya digitala tjänster. Kristjánsdóttir och medarbetare (2022) har beskrivit eHälsa-kunskaper ur en demokratisk och socioekonomisk synvinkel. De konstaterar att den digitala kompetensen är högre bland föräldrar med högre utbildning men att det digitala intresset handlar mer om aspekter som tillgång till teknik, intresse för teknik och samt hur de digitala lösningarna tilltalar föräldern. De konstaterar även att med en utvecklad eHälsa kan egenvården underlättas och speciellt uppmuntras utvecklingen mot ökad eHälsa i glesbygd.

## Det digitala stödet

Målet med pilotinterventionen (**IV**) som genomfördes var att utvärdera om denna kunde minska föräldrastress samt öka föräldrars eHälsolitteracitet. Den genomförda pilotinterventionen (**IV**) visade dock inte på några statistiskt säkerställda skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp över tid gällande föräldrastress, något som skulle kunna bero på för låg power eller för kort uppföljningstid i och med att så få föräldrar i interventionsgruppen använde supporten. Dock fanns indikationer på att interventionen skulle kunna bli framgångsrik i och med att interventionsgruppen, som i jämförelse med kontrollgruppen vid baseline generellt skattade lägre avseende nöjdhet med BHV, i slutet av interventionen skattade högre nöjdhet på frågorna om tillgänglighet till BVC, nöjdhet med BHV och support från BHV. Att få deltar är problematiskt då studier visar att deltagande i föräldragrupper, oavsett om de är digitala eller sker via fysiska träffar, ökar föräldrars hälsokompetens (Muscat et al., 2020). Muscat och medarbetare (2020) menar dock att det dels är nödvändigt med handledar-utbildning för dem som leder föräldragrupperna, dels betonas vikten av att tidigt informera föräldrar om de föräldragrupper som erbjuds. I studien av Muscat och medarbetare (2020) informerades föräldrar vid ett hembesök av familjevårdare och de blev sedan även påmind om det digitala stödet vid besök på hälsocentraler, något som ökade deltagandet. I samband med barnhälsovårdens tidiga hembesök kan sådan information ges även i Sverige. Vad gäller föräldrautbildning som syftar till ökad eHälsolitteracitet visar en amerikansk studie att utbildningen ökade föräldrarnas självförtroende gällande att hitta information på Internet och

ökade även förmågan att utföra rätt egenvård och därmed ökade även säkerheten för att barnet inte skulle utsättas för risk att felbehandlas (Armstrong-Heimsoth et al., 2017). I en studie av Löfgren och medarbetare (2017) framkom att utbildning för föräldrar medförde minskad föräldrastress men bara när utbildningen utgick från barnets egna hälsoproblem och kopplades till verkliga situationer.

Föräldrarna som deltog i studie **III** hade en förhoppning om att några digitala mottagningstider per dag kunde avsättas för dem och som kunde öka möjligheterna för dem att få kontakt med BVC när barnet var sjukt, något som egentligen inte hör till verksamheten inom BHV. Dessa möten kunde dels handla om konsultationsmöjligheter kring till lämplig egenvård, dels förenkla och öka tryggheten genom att de inte behövde åka i väg med det sjuka barnet till hälsocentralen eller sjukhuset. Detta är sannolikt kostnadseffektivt då vårdplatser av svårt sjuka barn kostar väldigt mycket och skulle kunna styras mot vård i hemmet (jfr Castor et al., 2020). En webbaserad intervention för att stödja barn som vårdades i hemmet i palliativt skede utvärderades av Foster Akard och medarbetare (2020). Föräldrarna i studien upplevde den digitala interventionen positiv och kände att barnen uppskattade lugnet och kontinuiteten som följde på dessa videobaserade möten. Föräldrar och barn kom även närmare varandra då de tillsammans via en digital sida fick dokumentera och lägga in bilder under förloppet (Foster Akard et al., 2020). Även om studien av Foster Akard och medarbetare (2020) handlade om svårt sjuka barn så finns det god överförbarhet av resultaten till svensk barnhälsovård. Möjligheten för föräldrar med barn att koppla upp sig och få hjälp via video av en BVC-sjuksköterska rapporterades muntligt vara en stor fördel (**IV**). Många avgöranden inom avancerad vård skulle också kunna möjliggöras genom ökad andel videokonferenser mellan till exempel primärvården och sjukhusvården, eller genom att en barnspecialistläkare kopplar upp sig med digitala verktyg för att stödja behandlingen av barn på en hälsocentral eller på en barnavdelning med få läkare men behandlingskunniga sjuksköterskor (jfr Bele et al., 2019). I pilotinterventionen (**IV**) som genomfördes inom ramen för denna avhandling hade BVC-sjuksköterskan till exempel möjlighet att skicka en film om eksembehandling och sedan koppla upp sig mot föräldrarna och svara på deras frågor kring barnets eksem efter att de sett filmen och på så sätt blev det också ett pedagogiskt verktyg.

## Metoddiskussion

Vad gäller urvalet och deltagarantalet hade det i planeringen av studierna bedömts vara tillräckligt. Däremot framkom ett stort internt bortfall i studie **IV** i och med att väldigt få deltagare använde interventionen som de hade tillgång till. Detta resulterade i att många svarade på eftermätningarna utan att ha deltagit i interventionen och som förmodligen påverkade resultatet som visade på alltför små förändringar. En svaghet var även att väldigt få pappor deltog (**II-IV**). Det här kan ha fler orsaker. En är att mammor tidigt i barnens liv har frekvent kontakt med BHV. Amning, uttag från föräldraförsäkringen samt traditionella könsroller kan också ha haft betydelse. En positiv tolkning kring att endast en tredjedel använde sig av den digitala supporten kan vara att de inte hade behov av den vilket indikerar att familjerna klarade sig på egen hand utan stöd från BVC. De som använde supporten mer frekvent hade, baserat på uttalanden de gjorde, troligen nytta av den och några föräldrar efterfrågar den än i dag. Klusterrandomiseringen utgjordes av två, som vi bedömde, socioekonomiskt likvärdiga

hälsocentraler. Trots detta visades kontrollgruppen redan från baseline uppvisa högre eHälsolitteracitet och lägre föräldrastress samt att de hade högre utbildning än interventionsgruppen. Detta visar att de två hälsocentralerna inte var likvärdiga, något som också kan ha påverkat resultatet.

En svaghet i studie **II** var att den enkät som användes inte var validerad. Emellertid, eftersom den mer kan ses som en survey och inte som ett instrument som fångar ett specifikt fenomen så hade det inte varit så enkelt att psykometriskt testa enkäten. Deltagandet i studie **II** var dock högt (86%) vilket är en styrka. De instrument som har använts i studie **IV** var psykometriskt testade. En svaghet kan dock vara att föräldrastress-instrumentet översattes av forskargruppen till svenska och där den svenska versionen ännu inte var fullt ut validerad.

Gällande analysmetoder var min ambition inför studie **I** att genomföra en fenomenologisk-hermeneutisk analys och frågeguiden var formulerad utifrån detta med få och öppna frågor av narrativ karaktär. Till följd av min ovana att intervjua blev dock intervjuerna inte tillräckligt djupa eller berättande varför jag rekommenderades att använda en annan analysmetod, kvalitativ innehållsanalys. Denna analysmetod fungerade bättre då syftet var att visa på variation i data, inte på innebörder.

I studie **II** var den initiala planen att samla in enbart enkätdata. Enkäten skapades av forskargruppen men byggde på en annan enkät som handlade om hur blivande mammor inom mödravården söker hälsoråd och information på Internet (Larsson, 2009). Trots att deltagandet var högt (86%) ansågs resultatet vara alltför beskrivande och sakna djup varpå det beslutades att komplettera enkäten med en parintervju och därmed klassades studien som en mixad metodstudie. Creswell och Creswell (2018) beskriver att sådana kvalitativa data kan förstärka kvantitativa resultat.

Resultatet i studie **IV** blev inte vad jag förväntade. Vi kunde inte visa på några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna och inte heller kunde några statistiskt säkerställda förändringar inom grupperna påvisas över tid gällande de huvudsakliga utfallsmåtten föräldrastress och eHälsolitteracitet. Trots detta menar vi att interventionen varit förmånlig för vissa föräldrar men skulle behöva utvärderas kvalitativt och även kvantitativt med längre interventionstid och större undersökningsgrupper och kanske avseende andra utvärderingsvariabler än föräldrastress och eHälsolitteracitet. En svaghet var att endast en knapp tredjedel av deltagarna i interventionsgruppen deltog i de digitala aktiviteter som erbjöds, vilket innebär att de flesta självskattade sin upplevda föräldrastress och eHälsolitteracitet utan att direkt ha deltagit i interventionens digitala aktiviteter. En mindre grupp, ca 7 %, av föräldrarna deltog dock i flera aktiviteter och uttryckte uppskattning, vilket visar att behovet av stöd från BHV är viktigt men behovet kan variera bland olika föräldrar. Resultatet i studie **IV** indikerar samtidigt att föräldrarna i interventionsgruppen i slutändan var nöjdare över tillgänglighet, var mer tillfredsställda i allmänhet och med den support de erbjöds på BVC, vilket visar på en viss positiv effekt av studien. En längre tids intervention med ett större utbildningsområde, till exempel i områden med långa avstånd och glesbygd skulle möjligen kunna ge starkare resultat.

Angående trovärdighetsaspekter i min avhandling så måste min förförståelse nämnas. Jag intervjuade flera av mina kollegor i studie I samt ledde även interventionsgruppen i studie IV på den hälsocentral jag arbetar på, vilket innebär en risk för bias. När resultaten nu var negativa så kan man kanske ändå tro att min inverkan inte var överdrivet positiv, alternativt så var de nöjda med de insatser som redan erbjöds på BVC. Jag är både utbildad till distriktssköterska och specialistsjuksköterska mot barn och unga och har jobbat inom BHV sedan 2010. Jag var redan från början positiv till den digitala utvecklingen. På grund av detta kan min förförståelse ha påverkat design, till exempel vad gäller utfallsmått och val av instrument. Min förförståelse kan också ha inverkat på intervjuerna och mina tolkningar i de kvalitativa studierna. Emellertid, mina handledare har fungerat som en motvikt till min förförståelse och kontinuerligt uppmanat mig att hålla mig till grunddata och undvika alltför stora steg i abstraktion och tolkning (jfr Lindgren et al., 2020).

Den optimala digitala interventionen skulle kanske kunna leda till att föräldrar blir mer jämlika. I nuläget talar varken avstånden eller bränslepriserna för att föräldrar i glesbygdsområden i ökad utsträckning ska kunna delta i föräldragrupper, men med en digital föräldragrupp skulle de kunna delta på någorlunda lika villkor. Digitala föräldragrupper kan vara både kostnadseffektiva och miljöfrämjande. Digitala möten skulle även kunna användas för att möta oroliga föräldrars frågor om sina sjuka barn, och för dem som söker kontakt ofta. Mötet skulle kunna bespara en resa till akuten och timmar av väntan till bedömning och rådgivning av sjuksköterskor om barnets problem som skulle kunna hanteras via egenvård. Det vore en tidvinst, både för föräldrarna och för akutmottagningar. Om barnhälsovården skulle implementera effektiva digitala kanaler för support och erbjuda besök som föräldrar kan boka in sig dagligen på så är jag övertygad om att detta kunna öka tillgänglighet och minska föräldrastress även om min avhandlings delstudier inte kunde visa på detta med säkerhet.

## Konklusion och kliniska implikationer

BVC-sjuksköterskor är generellt sett kunniga och välutbildade och har erfarenhet av att möta föräldrar inom BHV. En av huvuduppgifterna är att främja ett lyhört samspel och en trygg anknytning mellan barn och föräldrar och det förverkligas genom att stödja och stärka föräldrar i deras roll. Den digitala utvecklingen har skyndsamt gått framåt, inte minst behovet av eHälsa under pandemin. Föräldrar inom BHV idag är uppväxta med Internet som en naturlig källa för kunskap och därför måste BHV utvecklas genom digitalisering av delar av det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att möta dessa föräldrars behov. Digital support kan handla om att få mötas digitalt för frågor och funderingar, digitala föräldragrupper, videoinspelningar och filmer för utökad kunskap kring vanliga problem som till exempel eksem, förstoppning samt om amning med mera. Videoinspelningarna som görs av föräldrarna för att belysa barnets problem till exempel vid amning borde kunna skickas digitalt för att sedan följas upp utifrån BVC-sjuksköterskors och föräldrars följdfrågor. Det digitala inslaget, väl implementerat borde öka tillgängligheten på BVC, bespara föräldrar resor, men även minska föräldrastress och över tid även öka föräldrarnas hälsolitteracitet. Resultatet i avhandlingen pekar mot en för framtiden förändrad roll som BVC-sjuksköterska och en förväntan från föräldrar om ett välfungerande digitalt komplement till barnhälsovårdsprogrammets fysiska besök. I och med detta ges BVC en potentiell möjlighet för utökad och mer effektivt föräldrastöd.

## Fortsatt forskning

Resultatet av studie **IV** visar på intressanta tendenser men interventionen bör genomföras och utvärderas i en större population, under en längre tidsperiod och kanske även inom en annan kontext, till exempel inom uttalad glesbygd. En sådan studie med denna avhandling som bakgrund förväntas kunna förändra barnhälsovården med ett utökat föräldrastöd genom ett digitalt komplement till det nuvarande barnhälsovårdsprogrammet. Med fördel skulle en kvalitativ uppföljande intervjustudie med de som verkligen deltagit i interventionen kunna genomföras för att ge ytterligare resultat. Min uppfattning är att det finns ett stort behov av fortsatt forskning och behov av utveckling inom barnhälsovården som helhet.



## Författarens tack

Jag vill ta tillfället i akt och verkligen tacka er som på ett eller annat sätt hjälpt mig att genomföra denna forsknings och livsresa som en doktorandavhandling innebär! Ett speciellt varmt tack riktar jag till några av er.

Först och främst vill jag ge ett ödmjukt tack till alla föräldrar och barn och barnhälsovårdssjuksköterskor jag mött inom Barnhälsovården som bidragit till min forskning, utan er hade jag inte haft den kunskap jag har idag och det resultat som avhandlingen visar på. Ett speciellt tack till alla underbara barn jag har fått lära känna inom barnhälsovården, jag är tacksam för att fått äran att följa er en bit i livet och med min forskning kanske även bidra till er framtid som kommande föräldrar

Jag vill rikta ett särskilt tack till mina handledare: Åsa Hörnsten som med sin värme och klokhet trodde på min förmåga och Ulf Isaksson som med sin trygga kunskap om statistik gjorde att jag fortsatte min resa efter min Licentiatexamen. Inte att förglömma de handledare som ledde mig hit och till min Licentiatexamen: Karin Sundin, Professor emerita, Umeå Universitet, Lisbeth Porskrog Kristiansen, Mittuniversitetet och Mats Jong Mittuniversitetet. Ni kommer alltid ha en plats i mitt hjärta allihop!

Tack till STREAM-Strategy for Research Milieu in Örnsköldsvik, utan ert beviljade forskningsanslag hade den här doktorandresan aldrig blivit gjord.

Tack till Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet som tagit er an min doktorandsträvan och närt mig med kunskap och gör så att ett stort mål i livet förverkligas. Tack även till de forskare, professorer och doktorander som deltagit på seminarier och läst, granskat och diskuterat som vart värdefullt.

Tack även till mina kollegor inom Regionen. Tack för ert tålmod, era skratt, er stöttning och er omtanke. Tack till Lena och Elinor på den fantastiska resursen Medicinska Biblioteket och min chef Katarina Ehlin som stöttat mig och vridit på varenda sten för min utveckling och för att få detta att fungera!

Tack till Anna-Lena Lundberg, områdesdirektör för Närsjukvårdsområde Norr, Region Västernorrland och Kerstin Wikman, Verksamhetschef över primärvården, Närsjukvårdsområde Norr, Region Västernorrland för att ni värdesätter min forskning och erbjuder mig att implementera digitala komplement i vårt län för att stötta föräldrar.

Tack till mina vapendragare Kristina Lundberg och Jonny Mybrand som inte trodde på mig när jag sa att jag var klar efter min Licentiatexamen, och som i stället puttade mig fram ända hit.

Tack även Mamma- vart än du nu är. Din uppfostran till att vara nyfiken och tro på mig själv är en del av att jag nu befinner mig här. Du saknas mig och jag tror du hade vart stolt över mig nu. Tack till Pappa Leif som fixar och trixar och finns som en trygghet. Tack syster Hannah för peppen och tack till mina sex bröder för att ni tuktade mig till den ledande storasyster som jag är. Ja tack till hela min familj.

Tack till mina älskade barn: Dennis, Lovisa, Kalle och Hugo - utan er är jag ingen. Ni med er unika olikhet, er omtanke och kärlek, jag är så stolt över att jag fick äran att vara er mamma! Ett tack till era respektive och naturligtvis mitt barnbarn Freja, som dessutom är med på avhandlingens framsida.

Tack alla ni andra som varit en del av den här tiden – ingen nämnd och ingen glömd!

## Referenser

- Adams, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J., & Bean, M. K. (2021). Parents are stressed! Patterns of parent stress Across COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 626456. doi.org/10.3389/fpsy.2021.626456
- Algarvio, S., Leal, I., & Maroco, J. (2018). Parental Stress Scale: Validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. *Journal of Child Health Care, 22*(4), 563–576. doi.org/10.1177/1367493518764337
- Armoiry, X., Sturt, J., Phelps, E. E., Walker, C.-L., Court, R., Taggart, F., Sutcliffe P., Griffiths, F., & Atherton, H. (2018). Digital clinical communication for families and caregivers of children or young people with short- or long-term conditions: Rapid review. *Journal of Medical Internet Research, 20*(1). e799. doi.org/10.2196/jmir.7999
- Armstrong-Heimsoth, A., Johnson, M., McCulley, A., Basinger, M., Maki, K., & Davison, D., (2017). Good Googling: A consumer health literacy program empowering parents to find quality health information online. *Journal of Consumer Health on the Internet, 21*. 111-124. doi.org/10.1080/15398285.2017.1308191
- Augustin, M., Licata-Dandel, M., Breeman, L. D., Harrer, M., Bilgin, A., Wolke, D., Mall, V., Ziegler, M., Ebert, D. D., & Friedmann, A. (2023). Effects of a mobile-based intervention for parents of children with crying, sleeping, and feeding problems: Randomized controlled trial. *JMIR MHealth and UHealth, 11*(1), e41804. doi.org/10.2196/41804
- Avçin, E., Can, Ş., & Yeşil, F. (2021). Parents' family-centered care perception and investigating factors affecting such perception. *Anatolian Journal of Family Medicine, 4*(2). 128-133. doi: 10.5505/anatoljfm.2020.98159
- Bele, S., Cassidy, C., Curran, J., Johnson, D. W., Saunders, C., & Bailey, J. A. M. (2019). Barriers and enablers to implementing a virtual tertiary-regional telemedicine rounding and consultation (TRAC) model of inpatient pediatric care using the Theoretical Domains Framework (TDF) approach: A study protocol. *BMC Health Services Research, 19*(1), 29. doi.org/10.1186/s12913-018-3859-2
- Baggens, C. (2002). *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet]. ISBN:91-7373-4284
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2017). *Att möta familjer inom vård och omsorg (2:a uppl.)*. Studentlitteratur. ISBN: 978914411587
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships, 12*(3), 463-472. doi.org/10.1177/02654075951230
- Brislin R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*, 185–216. doi.org/10.1177/135910457000100301
- Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: From toddlers to pre-K. *Applied Developmental Science, 11*(4), 208–213. doi.org/10.1080/10888690701762100
- Cashin, G. H., Small, S. P., & Solberg, S. M. (2008). The lived experience of fathers who have children with asthma: A phenomenological study. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(5), 372–385. doi.org/10.1016/j.pedn.2007.08.001
- Castor, C., Bolin, K., Hansson, H., Landgren, K., & Kristensson Hallström, I. (2020). Healthcare costs and productivity losses associated with county-based home-care service for sick children in Sweden. *Scandinavian Journals of Caring Science, 34*. 1054-1062. doi.org/10.1111/scs.12815
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. doi.org/10.4324/9780203771587

- Creswell, J., & Clark, P. (2006). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications. ISBN: 9781412927925
- Creswell, J., & Creswell, D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5:e ed.). SAGE Publications. ISBN: 9781506386706
- Dataskyddsförordningen. (Dir. 2016:15). Kommittédirektiv.
- Davis, D., Logsdon, C., Vogt, K., Rushton, J., Myers, J., Lauf, A., & Hogan, F. (2017). Parent education is changing: A review of smartphone apps. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(5), 248–256. doi: 10.1097/NMC.0000000000000353
- De Maat, D. A., Jansen, P. W., Prinzie, P., Keizer, R., Franken, I. H. A., & Lucassen, N. (2021). Examining longitudinal relations between mothers' and fathers' parenting stress, parenting behaviors, and adolescents' behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 771–783. doi.org/10.1007/s10826-020-01885-0
- Delemere, E., & Maguire, R. (2022). Caregivers of children feel confident about using the Internet for health information. *Health Information & Libraries Journal*, 40(1), 54–69. doi.org/10.1111/hir.12430
- Derwig, M., Tiberg, I., Björk, J., & Hallström, I. (2021). Child-centred health dialogue for primary prevention of obesity in child health services – a feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 384–392. doi.org/10.1177/1403494819891025
- E-hälsomyndigheten. (2023). *E-hälsa underlättar vardagen*. <https://www.ehalsomyndigheten.se/privat/>
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144131443
- Ekonomifakta. (2023). *Västernorrlands län. Ekonomifakta*. <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Regional-statistik/Alla-lan/Vasternorrlands-lan/>
- Engström, M., Randell, E., & Lucas, S. (2022). Child health nurses' experiences of using the Safe Environment for Every Kid (SEEK) model or current standard practice in the Swedish child health services to address psychosocial risk factors in families with young children – A mixed-methods study. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105820. doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105820
- Ergo, A., Eichler, R., Koblinsky, M., & Chakraborty, N. (2011). *Strengthening Health Systems to Improve Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes: A Framework Acknowledgments*. United States Agency for International Development (USAID)
- Foster Akard, T., Wray, S., Friedman, D., Dietrich, M., Hendricks-Ferguson, V., Given, B., Gerhardt, C., Hinds, P., & Glimer, M.J. (2020). Transforming a face-to-face legacy intervention to a web-based legacy intervention for children with advanced cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(1), 49–60. doi: 10.1097/NJH.0000000000000614
- Foster, M., & Shields, L. (2019). Bridging the child and family centered care gap: Therapeutic conversations with children and families. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(2), 151–158. doi: 10.1080/24694193.2018.1559257
- Firouzan, V., Noroozi, M., Mirghafourvand, M., & Farajzadegan, Z. (2018). Participation of father in perinatal care: A qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 297. doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5
- Försäkringskassan. (2023). *Statistik och analys*. Hämtat 230922 från <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys>
- Föräldrabalken (SFS 1949:381). Hämtat 230821 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381\\_sfs-1949-381/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/)

- Glatz, T., Daneback, K., Alsarve, J., & Sorbring, E. (2023). Parents' feelings, distress, and self-efficacy in response to social comparisons on social media. *Journal of Child and Family Studies, 32*. 2453-2464. doi.org/10.1007/s10826-023-02611-2
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today, 56*, 29–34. doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harding, L., Murray, K., Shakespeare-Finch, J., & Frey, R. (2020). Understanding the Parental Stress Scale with a foster carer cohort. *Family Relations, 69*(4), 865-879. doi:10.1177/10664807221104119
- Harrison, T. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of science. *Journal of Pediatric Nursing, 25*(5). 335-343. doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006
- Hartz, J., Yingling, L., & Powell-Wiley, T. M. (2016). Use of mobile health technology in the prevention and management of diabetes mellitus. *Current Cardiology Reports, 18*(12), 130. doi.org/10.1007/s11886-016-0796-8
- Hedenborg, S. (2004). Reproduktionens resurser. Spädbarnsvård i Stockholm 1750-1850. Lund: Studentlitteratur. ISBN: 91-44-03246-3
- Hong, X., Zhu, W., & Zhao, S. (2023). Type of family support for infant and toddler care that relieves parenting stress: Does the number of children matter? *Healthcare, 11*(3), 421. doi.org/10.3390/healthcare11030421
- Hrybanova, Y., Ekström, A., & Thorstensson, S. (2019). First time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*, 921-930. doi.org/10.1111/scs.12690
- Hull, K. E., & Ortyl, T. A. (2019). Conventional and cutting-edge: Definitions of family in LGBT communities. *Sexuality Research and Social Policy, 16*(1), 31–43. doi.org/10.1007/s13178-018-0324-2
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., & Kelly, M. (2015). Opportunities for nurses to increase parental health literacy: A discussion paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 38*(4), 266-281. doi.org/10.3109/01460862.2015.1074318
- Kemery, D. C., & Goldsmith, K. (2020). Can you see me? Can you hear me? Best practices for videoconference-enhanced telemedicine visits for children. *Journal of Pediatric Nursing, 55*, 261-263. doi: 10.1016/j.pedn.2020.08.015
- Kolbrun Svavarsdóttir, E., & Jonsdóttir, H. (2011). *Family Nursing in Action*. University of Iceland Press. ISBN: 978-9979-54-881-2
- Koliouli, F., Zaouche Gaudron, C., Bourque, C J., & Raynaud, J-P. (2022). Parental sense of competence, paternal stress and perceived construction of the relationship with the premature newborn: A mixed method study. *Early Human Development, 168*. doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105576
- Kristjánsdóttir, Ó., Welander Tärneberg, A., Stenström, P., Castor, C., & Kristensson Hallström, I. (2022). eHealth literacy and socioeconomic and demographic characteristics of parents of children needing paediatric surgery in Sweden. *Nursing Open, 10*. 509-524. doi.org/10.1002/nop2.1316
- Kungl. Maj:ts proposition nr 39. (1937). Sveriges riksdag. Hämtat från [Kungl. Maj:ts proposition nr 39 Proposition 1937:39 - Riksdagen](#)
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal Child Health Journal, 15*, 297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7

- Landell, N.E. (2006). Nils Rosén von Rosenstein 300 år. *Läkartidningen*, 36(32-33), 2317-2319
- Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20. doi:10.10116/j.midw.2007.01.010
- Lefèvre, Å. (2016). *Group-based parental support in child health service. Development and evaluation of a group leadership course for nurses*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. ISBN 978-91-7619-323-325
- Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenhorn, E., & Hallström, I. (2016). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care*, 20(1), 46-54. doi: 10.1177/1367493514544344
- Leung, C., & Tsang, S. K. (2010). The Chinese parental stress scale: Psychometric evidence using Rasch modeling on clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 26-34. doi: 10.1080/00223890903379209
- Lewandowski, L. A., & Tesler, M. D. (2003). *Family centered care: Putting it into action: The Spn/Ana Guide to Family-Centered Care*. American Nurses Association. 1558102108
- Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
- Luleå Kommun. (2023). Protokoll maj 1917. Hämtat från; [https://www.lulea.se/download/18.2b7bdc7f183d5df682e4816d/1633421246081/Protokoll\\_maj\\_C3%A5r\\_1917.pdf](https://www.lulea.se/download/18.2b7bdc7f183d5df682e4816d/1633421246081/Protokoll_maj_C3%A5r_1917.pdf)
- Lundgren, J., Thiblin, E., Lutvica, N., Reuther, C., Farrand, P., Woodford, J., & von Essen, L. (2023). Concerns experienced by parents of children treated for cancer: A qualitative study to inform adaptations to an internet-administered, low-intensity cognitive behavioral therapy intervention. *Psycho-Oncology*, 32(2), 237-246. doi.org/10.1002/pon.6074
- Löfgren, H. O., Petersen, S., Nilsson, K., Padyab, M., Ghazinour, M., & Hägglöf, B. (2017). Effects of parent training programs on parental stress in a general Swedish population sample. *Psychology*, 8(5), 700-716. doi.org/10.4236/psych.2017.85045
- Malin, J. L., Karberg, E., Cabrera, N. J., Rowe, M., Cristaforo, T., & Tamis-LeMonda, C. S. (2012). Father-toddler communication in low-income families: The role of paternal education and depressive symptoms. *Family Science*, 3(3-4), 155-163. doi.org/10.1080/19424620.2012.779423
- Manganello, J. A., Falisi, A. L., Roberts, K. J., Smith, K. C., & McKenzie, L. B. (2017). Pediatric injury information seeking for mothers with young children: The role of health literacy and eHealth literacy. *Journal of Communication in Healthcare*, 9(3), 223-231. doi.org/10.1080/17538068.2016.1192757
- Maycock, B., Binns C., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 484-490. doi: 10.1177/0890334413484387
- Mayone Stycos, J., & Blake, J. (1954). The Jamaican family life project: Some objectives and methods. *Social and Economic Studies*, 3(3/4), 342-349. <https://www.jstor.org/stable/27850989>
- McLaughlin Renpenning, K., & Taylor, S. (Red.). (2003). *Self-Care Theory in Nursing*. Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1725-2
- Milton, L. (2001). *Folkhemets barnmorskor. Den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid*. [Doktorsavhandling, Uppsala Universitet]. ISBN: 91-554-5002-4
- Mishler, E. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Harvard University Press. ISBN: 0674764609
- Mjöldroppen. (2023). Föreningen mjöldroppen i Stockholm. (mjöldroppen.se)

- Muscat, D., Ayre, J., Nutbeam, D., Harris, A., Tunchon, L., Zachariah, D., & McCaffery, K. (2020). Embedding a health literacy intervention within established parenting groups: An Australian feasibility study. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(1), e67–e78. doi.org/10.3928/24748307-20200217-01
- Myndigheten för Familjerätt och Föräldraskapsstöd. (2021, september 9). *Nya föreskrifter och allmänna råd från 1 oktober!* <https://www.mfof.se/nyhetsarkiv/nyheter/2021-09-09-nya-foreskrifter-och-allmanna-rad-fran-1-oktober.html>
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I P., Moe, I., Arfwedson Wang, C E., & Sörensen Höifödt, R. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: The indirect path of parenting stress. *BMJ Psychology*, 8(58). doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), doi: 10.2196/jmir.8.2.e9
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(11), 1187-1212. doi.org/10.1111/jcpp.12280
- Panza, C., Volta, A., Broccoli, S., Kendall, A., Marchesi, M., & Rossi, P G. (2020). Evaluation of an intervention aimed at supporting new parents: The Baby Newsletter project. *Journal of Pediatrics* 46(123). doi.org/10.1186/s13052-020-00886-5
- Paterson, B. L., Brewer, J., & Stamler, L. L. (2013). Engagement of parents in on-line social support interventions. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 114-124. doi.org/10.1016/j.pedn.2012.05.001
- Pawellek, M., Köninger, A., Melter, M., Kabesch, M., Apfelbacher, C., Brandstetter, S., & KUNO-Kids Study Group. (2023). Development of mothers' health literacy: Findings from the KUNO-Kids study. *Health Literacy Research and Practice*, 7(1), 39-51. doi.org/10.3928/24748307-20230131-01
- Persson, K., (1981). Mjölkdroppen-barnhälsovårdens pionjär. *Tidskriften Sjukhuset*. 7-8.
- Petersson, K., & Håkansson, A. (2005). Ett kvartsekel med föräldrargrupper i barnhälsovården - var står vi idag? *Läkartidningen*, 102. 2754-2756
- Peyton, D., Goods, M., & Hiscock, H. (2022). The effect of digital health interventions on parents' mental health literacy and help seeking for their child's mental health problem: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e28771. doi.org/10.2196/28771
- Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (Ninth edition). Wolters Kluwer Health. ISBN: 9781975154141
- Pontoppidan, M., Nielsen, T., & Kristensen, I. H. (2018). Psychometric properties of the Danish Parental Stress Scale: Rasch analysis in a sample of mothers with infants. *PLoS One*, 13(11). doi: 10.1371/journal.pone.0205662
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214. doi.org/10.1093/heapro/16.2.207
- Region Västernorrland. (2023). *Region Västernorrland*. <https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/regionens-organisation/narsjukvardsomrade-norr/>
- Renpenning, M. K., Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 9780826117250
- Rikshandboken (2023). *The National Handbook for Child Health Services [Rikshandboken i barnhälsovård]*. Hämtad 24 mars 2023, från <https://www.rikshandboken-bhv.se/rhb/om-rikshandboken/rikshandboken---the-national-handbook-for-child-health-services/>

- Ringsberg, K., Olander, E., & Tillgren, P. (Red.). (2020). *Health Literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2:a uppl.). Studentlitteratur. ISBN: 9789144089157
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association. ISBN: 978-1-897485-00-2
- Rutigliano, B. E., Randolph, A. L., & Park, C. N. (2023). Understanding parents' self-awareness of their parenting style(s) and its influences on their parenting choices—A grounded theory study. *The Family Journal*, 31(3), 385-391. doi.org/10.1177/10664807231163268
- Rädda Barnen. (2023). Barn och självkänsla- minska sociala mediers påverkan. Hämtad 12 juni 2023 från <https://www.raddabarnen.se/rad-och-kunskap/foralder/barns-sjalvkansla-minska-sociala-mediars-paverkan/>
- Sarkadi, A., & Bremberg, S. (2005). Socially unbiased parenting support on the Internet: A cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 43-52. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00475.x
- Sawrikar, V., Mendoza Diaz, A., Tully, L., Hawes, D., Moul, C., & Dadds, M. (2020). Bridging the gap between child mental health need and professional service utilisation: Examining the influence of mothers' parental attributions on professional help-seeking intentions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 239-251. doi.org/10.1007/s00787-020-01682-6
- SFS 2003:460. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. (Ändrad: t.o.m. SFS 2023:39). Utbildningsdepartementet - Riksdagen
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*. (Ändrad: t.o.m. SFS 2023:191). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Shajani, Z., & Snell, D. (2023). *Nurses and Families* (eight edition). F.A. Davis Company. ISBN: 978-1-71964-650-5
- Shervington, L., Wimalasundera, N., & Delany, C. (2019). Paediatric clinician's experiences of parental online health information seeking: A qualitative study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 56, 710-715. doi.org/10.1111/jpc.14706
- Shields, L. (2015). What is "family-centered care"? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144. doi: dx.doi.org/10.5750/ejpc.v3i2.993
- Sjöström, A., Hörnsten, Å., Hajdarevic, S., Emmoth, A., & Isaksson, U. (2019). Primary health care nurses' experiences of consultations with Internet-informed patients: Qualitative study. *JMIR Nursing*, 2(1), e14194. doi:10.2196/14194
- Skoog, M., Hallström, I., & Berggren, V. (2017). There's something in their eyes'- Child health services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 739-747. doi: 10.1111/scs.12392
- Socialstyrelsen. (1991). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Allmänna förlag. ISBN 91-38-11267-1
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. ISBN: 978-91-7555-169-2
- Socialstyrelsen. (2023). *E-hälsa*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/>
- Statens mediaråd. (2023). *Medie- och informationskunnighet*. Hämtat 230922 från <https://www.statensmedierad.se/mik-sveriges-kunskapsbank/vad-ar-mik>
- Statistiska Centralbyrån. (2023). *Barn- och familjestatistik*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/barn-och-familjestatistik/>

- Steele Gray, C., Miller, D., Kuluski, K., & Cott, C. (2014). Tying eHealth tools to patient needs: Exploring the use of eHealth for community-dwelling patients with complex chronic disease and disability. *JMIR Research Protocols*, 3(4), e67. doi.org/10.2196/resprot.3500
- Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J., & Moberg, H. (2005). *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv*. Statens Folkhälsoinstitut. ISBN: 917257335X
- Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Schweiz: International council of nurses. ISBN: 978-91-85060-70-2
- Svensk sjuksköterskeförening. (2023a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat 230922 från <https://swenurse.se/publikationer?query=Kompetensbeskrivning+f%C3%B6r+distriktsk%C3%B6terskor>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2023b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat 230922 från <https://swenurse.se/publikationer?query=Kompetensbeskrivning+f%C3%B6r+barnsjuksk%C3%B6terska>
- Taba, M., Allen, T. B., Caldwell, P. H. Y., Skinner, S. R., Kang, M., McCaffery, K., & Scott, K. M. (2022). Adolescents' self-efficacy and digital health literacy: A cross-sectional mixed methods study. *BMC Public Health*, 22(1223). doi.org/10.1186/s12889-022-13599-7
- Tam, B., Findlay, L., & Kohen, D. (2017). Conceptualization of family: Complexities of defining an indigenous family. *Indigenous Policy Journal*, 28(1).
- Tell, J. (2019). *Implementation and Use of Web-Based National Guidelines in Child Healthcare*. [Doktorsavhandling, Blekinge tekniska högskola]. ISBN:978-91-7295-3635
- Tillman, K. H., & Nam, C. B. (2008). Family structure outcomes of alternative family definitions. *Population Research and Policy Review*, 27(3), 367-384. doi.org/10.1007/s11113-007-9067-0
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y.L., Howat, P., Burns, S., & Binns, CW. (2009). Dads make a difference: An exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal* 4(15). doi.org/10.1186/1746-4358-4-15
- Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken* (5:e uppl.). Studentlitteratur. ISBN: 9789144115450
- Tully, L., Case, L., Arthurs, N., Sorensen, J., Marcin, J. P., & O'Malley, G. (2021). Barriers and facilitators for implementing paediatric telemedicine: Rapid review of user perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 630365. doi.org/10.3389/fped.2021.630365
- Valan, L. (2020). *Föräldrars användning av Internet för rådgivning avseende sina friska barns hälsa och utveckling och dess inverkan på barnhälsovårdens konsultativa arbete*. [Licentiatavhandling, Mittuniversitetet]. ISBN: 987-91-88947-48-2
- Valan, L., Kristiansen, L. P., Sundin, K., & Jong, M. (2018). Health-related Internet information both strengthens and weakens parents' potential for self-care: A mixed-methods study on parents' search patterns. *Open Journal of Nursing*, 8(10), 731-745. doi: 10.4236/ojn.2018.810055
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhet som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus Universitet. ISBN 87-7934-809-2
- Vetenskapsrådet. (2017) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISBN 978-91-7307-352-3
- Vismara, L., Sechi, C., & Lucarelli, L. (2020). Reflective parenting home visiting program: A longitudinal study on the effects upon depression, anxiety and parenting stress in first-time mothers. *Heliyon*, 6(7), e04292. doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04292
- Walker, L. O., Mackert, M. S., Ahn, J., Vaughan, M. W., Sterling, B. S., Guy, S., & Hendrickson, S. (2017). e-Health and new moms: Contextual factors associated with sources of health information. *Public Health Nursing*, 34(6), 561-568. doi.org/10.1111/phn.12347



- Weiner, G. (1995). *De räddade barnen. Om fattiga barn, mödrar och fader och deras möte med filantropin i Hagalund*. [Doktorsavhandling, Linköping Universitet]. ISBN: 91-87922-56-8
- Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans: Om anknytning och identitet i relationer*. Stockholm: Natur Kultur läromedel. ISBN 9789127132368
- Weston, K. (1991). *Families We Choose: Lesbians, Gays, Kinship*. Columbia University Press. ISBN: 9780231110938
- Wolf, F. (1986). *Meta-Analysis. Quantitative Methods for Research Synthesis*. Carlifornia: Sage Publications. ISBN 0-8039-2756-8
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- World Health Organization. (2009). *Self-care in the context of primary health care. Report of the Regional Consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206352/B4301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wright, L., & Leahey, M. (2023). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention* (ed. 8). ISBN:978-1-7196-4650-5
- Wu, Q., & Xu, Y. (2020). Parenting stress and risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A family stress theory-informed perspective. *Developmental Child Welfare, 2*(3), 180-196. [doi.org/10.1177/2516103220967937](https://doi.org/10.1177/2516103220967937)
- Wängdahl, J., Jaansson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2020). The Swedish version of the Electronic Health Literacy Scale: Prospective psychometric evaluation study including thresholds levels. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(2). doi: 10.2196/16316
- Yardi, S., Caldwell, P., Barnes, E., & Scott, K. (2018). Determining parents' patterns of behaviour when searching for online information on their child's health. *Journal of Paediatrics and Child Health, 54*, 1246-1254. [doi.org/10.1111/jpc.14068](https://doi.org/10.1111/jpc.14068)
- Yogman, M., & Garfield, C. (2016) Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. *Pediatrics, 138* (1): e20161128. [10.1542/peds.2016-1128](https://doi.org/10.1542/peds.2016-1128). Doi : 10.1542/peds.2016-1128
- Zelman, J. J., & Ferro, M. A. (2018). The parental stress scale: Psychometric properties in families of children with chronic health conditions. *Family Relations, 67*(2), 240-252. [doi.org/10.1111/fare.12306](https://doi.org/10.1111/fare.12306)
- Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, A. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(2), 961-970. [doi.org/10.1111/scs.12534](https://doi.org/10.1111/scs.12534)

# Bilagor

1. Översikt över barnvaccinationer i Sverige
2. Enkät till föräldrar
3. Manual för bokning
4. Innehåll i interventionen
5. Digital enkät, studie IV

## Bilaga 1.

### Översikt över vacciner i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2023)

Vaccin mot	Infört	Tidigare ingått men upphört år	Enligt svenskt vaccinationsprogram
Smittkoppor	Tidigt 1800-tal (1816 svensk lag på vaccination för barn)	1976	Obligatorisk för hela befolkningen fram tills att sjukdomen utrotats
Tuberkulos	1940-talet	1975	1 dos till nyfödda
	1940-talet	1986	1 påfyllnadsdos vid 14–15 år
	1986	fortgår	Endast riskgrupper
Difteri och stelkramp	1940-talet	1986	3 doser mellan 3 och 12 mån
	1965	1977	1 påfyllnadsdos vid 7-8 år
		1977	1 påfyllnadsdos vid 10 år (barn födda t.o.m. 2001)
		1986	3 doser vid 3, 5 och 13 månader
		2007	Införs även 2 påfyllnadsdoser vid 5 år, 14-16 år (för barn födda 2002)
Kikhosta	1950-talet	1979	Då tre doser vid 3, 5 och 12 månader
	1996	Gäller fortfarande	3 doser vid 3, 5 och 12 månader
	2005	2012	1 påfyllnadsdos vid 10 år (gäller barn födda innan 2001)
	2007	Gäller fortsatt	2 påfyllnadsdoser, vid 5 år och vid 14 år
Polio	1957	1986	3 doser mellan 9 och 18 mån
	1957	1977	1 påfyllnadsdos vid 7–8 år
	1986	Gäller fortsatt	3 doser vid 3, 5 och 12 mån och påfyllnadsdos vid 5 år
Mässling	1971	1982	1 dos efter 18 mån
Röda hund	1974	1982	1 dos till flickor vid 12 år
MPR (Mässling, Påssjuka, Röda Hund)	1982	2007	2 doser, vid 18 mån och 12 år (barn födda t.o.m. 2001)
	2007	Gäller fortsatt	2 doser vid 18 månader och vid 6-8 år (barn födda från 2002)
Hib (Haemophilus influenzae typ b)	1993	Gäller fortsatt	3 doser vid 3, 5 och 12 mån
Hepatit B	1996	Gäller fortsatt	För riskgrupper och rekommenderas från 2016 till alla spädbarn. 3 doser vid 3, 5 och 12 mån
Pneumokocker	2009	Gäller fortsatt	3 doser vid 3, 5 och 12 mån
HPV (Humant papillomvirus)	2010	2020	2-3 doser till flickor födda 1999 när de är 10-12 år
	2020	Gäller fortsatt	2 doser till både flickor och pojkar (pojkar födda från 2009) i årskurs 5
Rotavirus	2019	Gäller fortsatt	2 doser mellan 6 veckor och 3 månader

## **Bilaga 2**

### **Enkätstudie**

#### **Hur du som förälder söker råd och information om ditt barn på Internet**

**1. Ange din ålder \_\_\_\_\_**

**2. Hur bor du?**

- Ensam
- Särboende
- Tillsammans med barnets andra förälder
- Tillsammans med en partner, dock inte barnets andra förälder.
- Hos min förälder/föräldrar
- På annat sätt, Ange vilket \_\_\_\_\_

**3. Vilken utbildning har du, Ange den högsta genomförda;**

- Grundskola
- Gymnasiet
- Folkhögskola
- KY-Utbildning eller liknande
- Enstaka kurs / kurser på högskolenivå
- Högskola / Universitet upp till 3 år
- Högskola / Universitet mer än 3 år

**4. Hur gammalt är ditt barn?**

- Under 3 månader
- 3-5 månader
- Mellan 5 månader och 1 år
- Mellan 1-3 år
- Över 3 år

**5. Var använder du Internet? Flera svarsalternativ kan väljas.**

- I Hemmet
- I någon annans hem
- På min arbetsplats
- På skolan
- På biblioteket
- På Internetcafé
- På min telefon
- Annan plats, ange vart \_\_\_\_\_

**6. Hur ofta använder du Internet för att söka råd och information om ditt barns hälsa och utveckling?**

- Flera gånger varje dag
- Någon gång per dag
- En gång i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- Någon gång i månaden
- Någon enstaka gång per år
- Aldrig

**7. Vilka Internetsidor använder du oftast när det gäller ditt barn?**

---

---

**8. Hur har du använt ovannämnda Internetsidor?**

- Läst information angående barnets utveckling
- Läst information angående barnets hälsa
- Läst andra föräldrars råd på forum
- Ställt frågor angående barn på forum
- Chattat med andra föräldrar
- Tagit del av nyheter gällande barns utveckling och/eller hälsa
- Läst bloggar som andra föräldrar skrivit
- Bara kollat runt utan egentligt syfte
- Annat t.ex.

---

**9. Anser du att information och råd på dessa sidor är tillförlitliga?**

- Ja
- Nej
- Ibland

Motivera gärna ditt svar

---

---

**10. Har du fått rekommendationer av din BVC-sjuksköterska tillförlitliga Internetsidor?**

- Ja

Om ja, i så fall vilka

---

---

- Nej

**11. Har du själv rådfrågat din BVC-sjuksköterska om de Internetsidor du besöker är tillförlitliga?**

- Ja
- Nej
- Ibland

**12. Har din BVC-sjuksköterska erbjudit sig att svara på de eventuella funderingar du har kring den information och de råd du läser på Internet?**

- Ja
- Nej

**13. Skulle du vilja att din BVC-sjuksköterska erbjudit sig att svara på de eventuella funderingar du har kring den information och de råd du läser på Internet?**

- Ja
- Nej

**14. Har du själv tagit initiativ till att diskutera den information du funnit på Internet med din BVC-sjuksköterska?**

- Ja
- Nej

**15. Skulle du vilja att BVC-sjuksköterskan rekommenderar tillförlitliga Internetsidor på något av ditt barns besök på BVC-mottagningen?**

- Ja
- Nej

**16. Tar du reda på om informationen på Internet är tillförlitlig och vetenskapligt baserad?**

- Ja ibland
- Ja alltid
- Ibland ja och ibland nej
- Nej aldrig

Motivera gärna ditt svar

---

---

**17. Hur använder du de råd och den information du hittar på Internet? Fler alternativ kan väljas**

- Som ett egenrådsråd
  - Som de råd jag skulle kunna fått av BVC-sköterskan
  - Som information när jag frågar om råd på BVC
  - Som komplement till de råd som jag får på BVC
  - Som något annat, ange vad;
- 
- 

**18. Tycker du att Internet är användbart för information och rådgivning som gäller ditt föräldraskap och ditt barns behov?**

- Ja
- Nej

**19. Varför använder du Internet för att få information och råd gällande ditt barn?**

**Flera alternativ kan väljas**

- Enkelt
- Tillgängligt
- Möjligheten att diskutera / utbyta erfarenheter med de i samma situation
- Skönt att kunna vara anonym
- En vana att använda Internet som första alternativ

- Tycker inte jag fått bra råd från BVC, ville ha bättre
  - Använde Internet som komplement till de råd jag fått från BVC
  - Jag kunde inte vända mig till BVC på grund av tid på dygnet
  - Jag har försökt få råd av andra vårdgivare, t.ex. Vårdcentralen, BVC och sjukvårdsupplysningen men ej fått svar
  - Jag har fått bra råd förut och känner att jag litar på mina Internetkällor
  - Annat, förklara gärna
- 
- 

**20. Är det någon information eller råd du har funnit på Internet som du saknar av din BVC-sjuksköterska?**

- Ja
- Nej

Motivera gärna

---

---

**21. Har du ytterligare synpunkter om detta ämne eller på frågorna vore vi tacksamma om du ville uttrycka dem här**

---

---

---

---

---

---

---

---

*Tack för din medverkan!*



## Bilaga 3

### Manual för att boka ett digitalt möte

1. Logga in på 1177.se -du måste ha bank-id eller mobilt bank-id
2. Man måste ha ordnat så man är ombud för sitt/sina barn... Finns instruktioner första gången
3. Agera ombud – tryck på den länk som visas för det barn du vill boka för
4. Mottagning / vårdval – klicka på Bjästa hälsocentral – första gången måste man hitta den och lägga till den, sen finns den som alternativ.
5. Välj Boka en tid direkt – bocka i För begränsat urval
6. Välj Boka tid direkt
7. Har tagit del av info-måste vara i-bockad för att gå vidare...

8. Välj BVC- digital kontakt

Här kommer en almanacka med tillgängliga tider – Välj tid

Skriv anledningen till bokningen av tiden och även din mailadress

*Samma dag du bokar in din tid kommer du då få en länk via din mailadress till vårt digitala möte*

9. Fortsätt till nästa steg ...
10. Tryck Ja genomför bokningen Samma dag du bokar in din tid kommer du då få en länk via din mailadress till vårt digitala möte
11. Tryck på zoom länken i mejlet – på frågan som kommer så svara Join from your browser
12. Du hamnar i ett väntrum och när mötet börjar släpps du in – skriv gärna in ditt namn om du får frågan <3

Välkomna till det digitala mötet!

### Vid digitala föräldragrupper – se separat överblick om urval

Samma process som ovan fram till steg 8

8. Välj BVC- digital föräldragrupp  
Här kommer en almanacka med tillgängliga tider – Välj tid  
Skriv anledningen till bokningen av tiden och även din mailadress  
*Samma dag du bokar in din tid kommer du då få en länk via din mailadress till vårt digitala möte*
9. Fortsätt till nästa steg ...
10. Tryck Ja genomför bokningen
11. Nu är ni inbokad på den föräldragrupp ni valt – zoominbjudan kommer via mejl dagen innan

## Bilaga 4

### Digital kanal via Barnhälsovården (BHV) på Hälsovårdscentralen (BVC)



Från den 1 november 2021 finns följande på ert BVC;

**Dagliga tider för råd och information:** Bokas via 1177.se och väljs som *BVC- digital kontakt*.

**Onsdagsmingel:** Öppen föräldragrupp mellan 10.00 – 11.00 på onsdagar. Här kan ni titta in och prata med andra föräldrar eller ställa frågor till BVC-sjuksköterska. Bokas via 1177.se och väljs som *BVC- digital föräldragrupp* och leta efter den onsdag du/ni vill vara med.

**Föräldragrupper med utbildning och diskussion runt givna ämnen:** Bokas via 1177.se och väljs som *BVC- digital föräldragrupp* och leta efter den eller de tider nedan som du vill vara med på.

November måndagar klockan 10.00 – Utslag prickar och eksem

December onsdagar klockan 10.00 – Att vara förälder

Januari tisdagar klockan 10.00 – Barns utveckling

Februari onsdagar klockan 10.00 – Om data, IT och sociala medier

Mars Tisdagar klockan 10.00 – Om föräldraskap och förskola

April Torsdagar klockan 10.00 – Smakportioner, mat för barn

**Föräldragrupper på kvällstid:** Bokas via 1177.se och väljs som *BVC- digital föräldragrupp* och leta efter den kväll eller kvällar du/ni vill vara med – Här pratar vi om allt som händer runt barnets ålder och utveckling runt angiven ålder

Torsdagar första veckan varje månad klockan 19.00 – Att vara förälder till en 3 åring

Torsdagar andra veckan varje månad klockan 19.00 – Att vara förälder till en 4 åring

Torsdagar tredje veckan varje månad klockan 19.00 – Att vara förälder till barn mellan 12 månader och 18 månader

Torsdagar fjärde veckan varje månad klockan 19.00 – Att vara förälder till en 2 åring

Fredag första veckan varje månad klockan 19.00 – Att vara förälder till en 5 åring

Ni har även tillgång till tre tider per dag (ni ser vilka när ni loggar in i 1177.se) då det är privatrådgivning om ni vill ställa frågor eller om ni vill ha råd.



Väl mött! / Lotha BVC

# Enkäter vid 8 månader Bjästa

Välkommen tillbaka till Barnhälsovårdsprojektet i Bjästa och Domsjö.

Nedan följer ett antal frågor vi önskar att ni tar er tid att besvara, vilket vi beräknar tar cirka 10-15 minuter i anspråk. Dina svar behandlas konfidentiellt och kan inte härledas till dig som person.

Om du önskar avbryta din medverkan så kommer det inte att inverka på din eller ditt barns framtida vård.

Du kan komma att bli kontaktad med en förfrågan om en kompletterande intervju.




Om du har frågor om studien är du välkommen att kontakta Lotha Valan

lotha.valan@umu.se alt 070-3248243

- 
- 1) Mitt födelseår (du som förälder) \_\_\_\_\_
- 
- 2) Mitt kön  Kvinna  
 Man  
 Annat / vill ej uppge
- 
- 3) Högsta utbildningsnivå  Grundskola  
 Gymnasium/folkhögskola  
 Högskola/universitet
- 
- 4) Boendesituation  sambo/gift  
 ensamstående  
 särbo  
 annat
- 
- 5) Hur många barn har du?  Ett barn  
 Två barn  
 Tre barn  
 Fler än tre barn
- 
- 6) Min föräldraroll är;  Mamma, vårdnadshavare  
 Pappa, vårdnadshavare  
 Bonusmamma  
 Bonuspappa  
 Mamma, icke vårdnadshavare (Till exempel familjehem)  
 Pappa, icke vårdnadshavare (Till exempel familjehem)  
 Annan relation
- 
- 7) Vilken BVC tillhör ditt barn  Bjästa  
 Domsjö
- 
- 8) Ungefär hur många kilometer har ni till er BVC? \_\_\_\_\_
- 
- 9) Jag är tillfredsställd i min roll som förälder  Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet

- 
- 10) Jag skulle göra allt eller det mesta jag kan för mitt/ mina barn om det behövdes
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 11) Att ta hand om mitt /mina barn tar ibland mer tid och energi än jag har
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 12) Ibland oroar jag mig för om jag gör tillräckligt för mitt/mina barn
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 13) Jag känner mig nära mitt/mina barn
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 14) Jag trivs med att spendera tid med mitt/mina barn
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 15) Mitt/ mina barn är en viktigt källa till ömhet för mig
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 16) Att ha barn ger mig en mer tydlig och optimistisk syn på framtiden
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 17) Den huvudsakliga källan till stress i mitt liv är mitt/mina barn
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 18) Att ha barn medför alltför lite tid och flexibilitet i mitt liv
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet
- 
- 19) Att ha barn har inneburit en ekonomisk börda
- Håller inte alls med
  - Håller inte med
  - Varken eller
  - Håller med
  - Håller med helt och hållet

- 20) Det är svårt att hitta balans mellan olika ansvarsområden på grund av mitt/mina barn
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 21) Mitt/mina barns uppförande är ofta pinsamt eller stressande för mig
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 22) Om jag skulle få möjligheten att börja om skulle jag kanske välja att inte skaffa barn
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 23) Jag känner mig tyngd av ansvaret att vara förälder
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 24) Att ha barn har inneburit att jag har för få val och för lite kontroll över mitt liv
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 25) Jag känner mig tillfreds som förälder
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 26) Jag tycker att mitt/mina barn ger mig glädje
- Håller inte alls med  
 Håller inte med  
 Varken eller  
 Håller med  
 Håller med helt och hållet
- 
- 27) I vilken grad anser du att barnhälsovården är tillgänglig för dig som förälder?
- Inte alls Helt och hållet
- =====
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 28) I vilken grad anser du att du är nöjd med era möten inom barnhälsovården?
- Inte alls Helt och hållet
- =====
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 29) I vilken grad anser du att barnhälsovården är ett bra stöd för dig som förälder?
- Inte alls Helt och hållet
- =====
- (Place a mark on the scale above)

- 30) I vilken grad anser du att den digitala kanalen ökat tillgängligheten på Barnhälsovården ( BVC ) för dig som förälder?
- Inte alls Helt och hållet
- 
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 31) I vilken grad anser du att du är nöjd med dina digitala möten inom Barnhälsovården (BVC)?
- Inte alls Helt och hållet
- 
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 32) I vilken grad upplever du att den digitala kanalen har varit ett bra stöd för dig som förälder utöver det vanliga barnhälsovårdsprogrammet?
- Inte alls Helt och hållet
- 
- (Place a mark on the scale above)
- 
- 33) Hur användbart upplever du att Internet är för att hjälpa dig att fatta beslut om din hälsa?
- Inte användbar alls  
 Inte användbar  
 Osäker  
 Användbar  
 Mycket användbar
- 
- 34) Hur viktigt är det för dig att kunna få tillgång till hälsorelaterad information på Internet?
- Inte viktigt alls  
 Inte viktigt  
 Osäker  
 Viktigt  
 Mycket viktigt
- 
- 35) Jag vet vilka hälsorelaterade resurser som finns tillgängliga på Internet
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 36) Jag vet vart jag hittar information angående hälsa på Internet
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 37) Jag vet hur jag hittar användbara resurser angående hälsoinformation på Internet
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 38) Jag vet hur jag använder Internet för att få svar på mina hälsofrågor
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 39) Jag vet hur jag använder hälsoinformationen som jag hittar på Internet för att hjälpa mig
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt

- 
- 40) Jag har de förmågor jag behöver för att kritiskt bedöma den hälsoinformation jag hittar på Internet
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 41) Jag kan skilja på hög och låg kvalitet i de källor om hälsa som finns på Internet
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 42) Jag känner mig säker på att kunna använda information från Internet för att fatta beslut kring min hälsa
- Instämmer inte alls  
 Instämmer i låg grad  
 Obeslutsam  
 Instämmer i hög grad  
 Instämmer helt
- 
- 43) Övriga kommentarer
-

