

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Förstagångsmammors upplevelse av kontakten med barnavårdscentralen

*Ann-Charlotte Stark
November 2009*

Examensarbete, 15hp, avancerad nivå
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska 75 hp
Examinator: Birgitta Fläckman
Handledare: Bernice Skytt**

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva förstagångsmammors upplevelse av kontakten med personalen på BVC samt hur de upplever informationen de får från personalen på BVC. Studien hade en beskrivande design och tio förstagångsmammor på en BVC i Mellansverige deltog i studien. Data samlades via intervjuer och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet redovisas i sju kategorier. I kategorin *telefonkontakt* beskriver förstagångsmammor att de önskade bättre tillgänglighet och mer telefontider över dagen. *Bemötandet* av personalen på BVC upplevdes som personligt, de blev igenkända, det fanns tid för frågor vid besöket och de kunde fråga om allt. *Förväntningarna* inför kontakten med BVC var höga, de trodde att personalen hade svar på allt. I kategorin *föräldrastöd* framkom att förstagångsmammorna önskade föräldragrupper i större utsträckning och över en längre tid. *Informationen* uppfattades som otillräcklig och den information som gavs var inte alltid relevant för tillfället. I kategorin *besök* framkom önskemål om längre besökstider. De flesta förstagångsmammor hade blivit erbjudna hembesök, det upplevdes positivt inför den kommande kontakten med BVC. Slutligen i kategorin *kontinuitet* framkom det att förstagångsmammorna ansåg det som värdefullt att få träffa samma BVC sjuksköterska vid besöken, de kände sig därigenom trygga och fick en bättre kontakt med BVC sjuksköterskan.

Sökord: Förstagångsmammor, barnvårdscentral, föräldrastöd, föräldrautbildning

Abstract

The aim of the study was to describe first-time mothers' experience of the contact with staff at the Child Health Centre (CHC) and how they perceive the information they receive from the staff at CHC. The study had a descriptive design and ten first-time mothers from one CHC in central Sweden participated. Data were collected through interviews and analyzed using qualitative content analysis. The result is presented in seven categories. In the category *telephone contact* describes first-time mothers that they wanted better access and that they wanted more telephone hours throughout the day. *The meetings* with the staff at the CHC was perceived as personal, that they were recognized, it was time for questions at the visit and they could pose questions about everything and that they were concerned about everything. *The expectations* before the contact with the CHC were high, they expected that staff had answers for everything. In the category of *parenting* the first-time mothers described that they wanted more of parent and over a longer period of time. *The information* was perceived to be inadequate and not always relevant for the situation. In the category *visits* a wish was posed for longer visiting hours to be longer. Most first-time mothers had been offered home visits and these were perceived as positive for the forthcoming contact with CHC. Finally, in the category *continuity* first-time mothers described that they found it valuable to meet the same nurse at the visits, thereby they felt safe and gained a better contact with the nurse.

Keywords: First-time mother, Child health centre, parenting support, parent education

Innehållsförteckning

Introduktion

Folkvetenskap och Folkhälsoarbete	1
Barnhälsovårdens utveckling	1
BVC verksamheten	2
Orems teori i relation till egenvård och familj	3
Föräldraskap och barnets hälsoutveckling	4
Förstagångsmammors upplevelse av BVC kontakten	4
KASAM – känsla av sammanhang	5
BVC-sjuksköterskan	5
Problemområde	6
Syfte	6
Frågeställning	6

Metod

Design	7
Urval och undersökningsgrupp	7
Datainsamlingsmetod	7
Tillvägagångssätt	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9

Resultat

Telefonkontakt	10
Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med telefontider	10
Bemötande	11
Upplevs personligt	11
Ger möjlighet till frågor	12
Visar omtänksamhet	12
Förväntningar	13
Upplevelse av höga och inga förväntningar	13
Föräldrastöd	13
Önskemål om föräldragrupper i större utsträckning	13
Upplevelse av samarbete med andra professioner	14

Information	14
Otillräcklig information	14
Tydlig information	15
Besök	15
Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med besökstider	15
Lokalisering/placering av BVC	16
Besökets innehåll	16
Kontinuitet	17
Samma BVC sjuksköterska skapar trygghet och förtroende	17
Olika läkare ger dålig kontakt	17
Skapar förtroende	17
Diskussion	18
Huvudresultat	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	20
Allmän diskussion	22
Slutsats	22
Referenslista	23

Introduktion

Folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete

Folkhälsovetenskap är vetenskapen och konsten att förebygga sjukdom, förlänga livet och främja hälsa genom organiserade samhällsinsatser. Alla faktorer som bestämmer människors hälsa hör till folkhälsovetenskapen. Ekonomiska, sociala, geografiska och politiska förutsättningar för hälsa ingår i folkhälsovetenskapen (Bing, 2003). Allt som allt ägnar folkhälsovetenskapen sig åt hur samhällets gemensamma insatser kan förbättra människors hälsa. Folkhälsoarbete är samhällets totala insats för att upprätthålla, förbättra och främja folkhälsa.

Folkhälsoarbete är systematiska och målinriktade insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen (Bing, 2003). Under 1800-talet handlade folkhälsoinsatser för barn om att hindra infektionssjukdomar och undernäring. Under 1900-talet har det skadeförebyggande arbetet reducerat farorna avsevärt (Bing, 2003; Zetterström, 2005). Det nya folkhälsoarbetet tar utgångspunkt i välbefinnande och hälsa. Folkhälsorapporter bildar underlag för folkhälsoarbetet. De beskriver framför allt skillnader i dödlighet och sjuklighet. På 20 år har spädbarnsdödligheten halverats. Beträffande barn framgår att dödligheten fortsätter att minska i alla åldersgrupper men att det kvarstår stora sociala skillnader i hälsa (Bing, 2003; Folkhälsorapporten, 2009). Sverige har idag den lägsta barnadödligheten i Europa (Sjukvårdsrådgivningen, 2006).

Barnhälsovårdens utveckling

I Sverige har folkupplysning och hälsofostran en lång tradition. Under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet var spädbarnsdödligheten stor på grund av miserabla hygieniska och sociala förhållanden (Jansson, 2000). En verksamhet som kallades Mjölkdroppen var föregångare till dagens barnavårdscentral (BVC). Till en början var huvuduppgiften att dela ut komjölsblandningar till fattiga spädbarn. Den första Mjölkdroppen startade 1901 på Södermalm i Stockholm. På 1910-talet började vissa Mjölkdroppar förespråka att de skulle lita på mödrars goda vilja och egna förmåga att sköta sina barn. Däremot ansåg Mjölkdropparna att de behövde lära sig mer om barnavård och hygien. Nu började Mjölkdropparna lämna över ett större ansvar till mödrarna och de undervisades i att tillreda mjölkblandningarna själva, i spädbarnsvård och i skötsel av hemmet. Mjölkdroppen förändrades så småningom till en allmän förebyggande mödra- och barnavård som vände sig till mödrar ur alla samhällsklasser. I början av 1940-talet övertog samhället ansvaret för hälsovårdsarbetet. Mjölkdroppen har allt sedan starten haft en stor betydelse för barnens hälsa och sedan starten har Sverige haft en väl fungerande förebyggande barnhälsovård (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2007; Jansson, 2000; Sjukvårdsrådgivningen, 2006; Zetterström, 2005).

BVC verksamheten

Det föds cirka 100 000 barn i Sverige varje år (Socialstyrelsen, 2005). I stort sett alla barn kommer i kontakt med BVC (Sundelin & Håkansson, 2000; Zetterström, 2005). BVC:s verksamhet är frivillig och erbjuds alla föräldrar (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2001; Jansson, Petersson & Udén, 2001; Sjukvårdsrådgivningen, 2006). Enligt Lagerberg, Magnusson och Sundelin, (2008) visade det sig att alla föräldrar inte hade klart för sig att BVC var en frivillig service, utan en tredjedel av föräldrarna trodde att de själva var skyldiga att ta kontakt. I en studie av Kornfält (2000) beskrevs det att alla BVC- verksamheter i Sverige ska följa samma generella program för hälsoundersökningar av barn 0-6 år och att skrivna riktlinjer för det generella programmet ska finnas på varje BVC. I det generella programmet ska kontroll av barnets längd, vikt, huvudomfång, psykiska och motoriska utveckling samt vaccinationer ingå (Sjukvårdsrådgivningen, 2006).

I flera studier beskrevs syftet med barnhälsovården. Att skapa en gynnsam miljö för barnets utveckling genom att arbeta utifrån huvudmålen; minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos barn, minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn samt stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och därigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn (Hagelin, Jackson & Wikblad, 1998; Jansson et al, 2001; Kornfält, 2000 och Socialstyrelsen, 2005). Dessa mål innebar hälsofrämjande aktiviteter, tex generellt föräldrastöd och föräldrautbildning i ökad utsträckning och har präglat svensk barnhälsovård i nästan två decennier (Hagelin et. al, 1998). Enligt Barnkonventionen har alla barn rätt till hälso- och sjukvård och det är utifrån dessa mål BVC arbetar (Barnombudsmannen, 2009).

Det hälsofrämjande arbetet (health promotion) är en process som skall leda till att barn och föräldrar får ökad kontroll över olika positiva och negativa hälsotillstånd. BVC används vid både små och stora problem och även av grupper som annars kan vara svåra att nå och som riskerar att komma utanför allt stöd på grund av allmän myndighetsrädsel. En viktig förklaring kan vara att som nybliven förälder blir de vid BVC i första hand sedd som just förälder, oberoende av social status eller eventuell förekomst av psykosociala problem (Hagelin et. al, 1998). Lagerberg et. al, (2008) menar att barnhälsovården framträder som en viktig arena för förändringsarbete, både genom sitt förhållningssätt och sin möjlighet att stärka föräldrar i deras roll och genom sina arbetsmetoder, tex hembesök och föräldragrupper. Mödrars och sjuksköterskors syn på det första mötet i barnhälsovården har analyserats i några studier.

Resultaten visade att mödrar som fått hembesök var mer tillfreds med t ex amningsrådgivningen än mödrar som endast besökt barnvårdscentral. Mödrar som fått hembesök angav i större omfattning att det första mötet bör ske hemma; av sjuksköterskorna ansåg 96 procent att det första mötet bör vara ett hembesök. Eftersom hembesök visar på fördelar bör alla nyblivna föräldrar erbjudas hembesök. Generella hembesök ger dessutom god grund för den fortsatta vården (Fägerskiöld, & Ek, 2003a; Fägerskiöld et. al, 2001; Jansson et. al, 2001). I en studie av Jansson, Sivberg, Wilde-Larsson och Udén, (2003) beskrevs betydelsen av ett förhållningssätt som stödjer föräldrar att få tilltro till sin egen förmåga att fatta hälsobefrämjande beslut. Det framkom även i deras studie att medarbetare i barnhälsovården måste vara observanta på sitt förhållningssätt, speciellt gentemot föräldrar i låg social position och se föräldrarna som en samarbetspartner. Föräldrarnas egen rätt och kompetens måste accepteras i ett ömsesidigt beslutstagande. Viktiga begrepp var att ge föräldrarna kraft att få tilltro till sin egen förmåga att fatta hälsobefrämjande beslut genom att: skapa en ömsesidig relation, visa ömsesidig tillit, sträva efter jämlik nivå, visa stöd och bekräftelse, fungera som rådgivare och undervisare och ta hänsyn till familjens totala livssituation. Dessa begrepp, visade sig vara väsentliga i barnhälsovården ur såväl mödrars som sjuksköterskors perspektiv. Vilket stämde överens med begreppet empowerment med folkhälsoarbete och med Antonovskys salutogena perspektiv på hälsa (Jansson et. al, 2003). Än idag präglas barnhälsovården av den naturvetenskapliga syn som fanns när verksamheten startade. Jansson et. al, 2003 menade i sin studie att detta synsätt måste utvecklas för att också stärka föräldrars självkänsla och kompetens. Barnhälsovården bedrivs i familjens direkta närmiljö, och den skiljer sig från traditionellt sjukvårdsarbete eftersom den bedrivs i gränslandet mellan vardagslivet och vardagslivets utveckling. Föräldrarna behöver stöd i den utvecklingen och hembesöket kan vara ett bra hjälpmedel (Jansson et. al 2003).

Orems teori i relation till egenvård och familj

Enligt Baldwind och Davis, (1989) beskrevs att Orems teori om egenvård utgår från människans behov ställt i relation till omvårdnad. Jahren-Kristoffersen, (2002) beskrev Orems teori om egenvård som målinriktade handlingar som människan på eget initiativ utför för sig själv eller för beroende och hjälplösa anhöriga. Egenvård och så kallad närståendeomsorg beskrivs som en form av allmänmänskligt beteende, som lärs in inom den kultur eller sociala miljö som individen tillhör. Beteendet består av vanor och medvetna handlingsmönster, som har till syfte att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos individen själv eller hans anhöriga. Beskrivningen av egenvård som en målinriktad handling är beroende av de båda andra delteorierna, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem och grundade sig på en överordnad syn på människans natur och möjligheter och begränsningar i livet. I definitionen av egenvård betonade Orem också människans naturliga benägenhet att ta hand om hjälplösa och omsorgsbehövande anhöriga, så kallad närståendeomsorg. Jahren-Kristoffersen, (2002) menade att omsorg om barn, sjuka, funktionshämmande och

äldre vårdbehövande personer är en naturlig och integrerad del av människans egenvård vilket även styrks i andra studier (Cox & Taylor, 2005; Biggs, 2008). I en studie av Taylor (2001) påpekades att Orems egenvårdsteori ger struktur för att pröva innebörden av familjen från en sjuksköterskas perspektiv.

Föräldraskap och barnets hälsoutveckling

När i livet man väljer att få barn har förändrats samtidigt som önskan till föräldraskap är stor (Socialstyrelsen, 2005). Att bli förälder kan medföra en stor förändring i livet på många sätt. Faktorer som egen barndom och uppväxt, socialt nätverk ex mor- och farföräldrar, ekonomi och boendeform är avgörande när det gäller föräldrarnas möjligheter att kunna ta hand om barnet samt förmågan att kunna hantera eventuella konflikter som uppstår (Davidsson, 1986). Nyblivna föräldrar kan känna krav att de ska vara engagerande, kärleksfulla, stabila och stödjande vilket kan resultera i att de inte orkar med rollen som förälder (Bing, 2005). Jansson (2000) tog i sin studie upp att anpassningen till rollen som förälder inte är helt problemfri. Det finns idag en omfattande kunskap om att det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har betydelse för barnets fortsatta hälsoutveckling. I en studie av Knauth (2001) framkom att det är viktigt att föräldrars relation fungerar för att de ska kunna vara föräldrar och Simons (2003) tog i sin studie upp att barnets hälsa påverkades av föräldrarnas hälsa och deras beteende.

Förstagångsmammors upplevelse av BVC kontakten

I en studie av Arborelius och Bremberg (2003) undersöktes mödrars upplevelse av kontakten med BVC. Frågor om hur mamman mådde och vilket stöd hon upplevde att hon fick från personalen på BVC ställdes. Studiens resultat visade att servicen på BVC uppskattades mycket och särskilt av förstagångsmammor. Studier av Erver och Fahlström (2001) har påvisat att mödrar upplevde att de saknade frågor om familjens hela situation och upplevde kontrollerna på BVC stressiga. Förstagångsmammor uppskattade servicen och tog BVC för given (Erver & Fahlström, 2001).

I en senare studie (Lagerberg et. al, 2008) beskrevs att mammornas egna kommentarer handlade bland annat om att BVC var en trygghet och att verksamheten var särskilt viktigt för förstagångsmammor och i början av spädbarnstiden. Många hade åsikter om BVC:s tillgänglighet, att de lätt kunde få råd och hjälp, att sjuksköterskan lyssnade och att de vågade fråga om allt möjligt, även ställa ”dumma frågor”. Vissa hade önskat mer handfasta råd, och det fanns mammor som var kritiska mot att personalen var stressad så att de inte vågade ställa frågor. I studier av Jansson (2000), Jansson et. al, (2003) framkom att mödrar som erhållit hembesök var mer tillfreds med det första mötet än mödrar som gjort mottagningsbesök. Detta speciellt inom områdena amningsrådgivning, möjlighet till att samtala i lugn och ro, att sjuksköterskan hade tid och att sjuksköterskan var personlig.

KASAM – känsla av sammanhang

Något som kan liknas vid ett paradigmskifte i synen på hälsa och anpassning inträffade genom Aaron Antonovskys bok *Hälsans mysterium* (1987) (Lagerberg et. al 2008). Det gällde inget mindre än ett nytt sätt att tänka. I stället för att fokusera på det som skapade sjukdom – patogenesen – borde det enligt Antonovsky studeras det som gjorde att människor höll sig friska trots en ogynnsam start – salutogenesen. Den avgörande faktorn var enligt Antonovsky så kallad känsla av sammanhang, KASAM som bestod av komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991). Sammantaget fungerar KASAM som en buffert mot stress (Jakobsson, 2008; Lagerberg et. al 2008). Enligt Jansson (2000) var mödrars tillfredsställelse med sin första BVC-kontakt större om de hade en starkare känsla av sammanhang. Förstagångsmödrar i lägre socialgrupp visade svagare känsla av sammanhang än mödrar i högre socialgrupp (Jansson, Sivberg, Wilde-Larsson & Udén, 2002).

BVC-sjuksköterskan

Hagelin et. al (2007) tog upp i sin bok att sjuksköterskan hade ett omvårdnadsansvar för barnet och dess familj. Det innebar att det var hennes ansvar att omvårdnadsåtgärder planerades, samordnades med andra yrkesgrupper, genomfördes och utvärderades. Hon organiserade det lokala barnhälsovårdsarbetet och såg till att alla barn erbjöds hälsoundersökningar och vaccinationer som ingick i det allmänna programmet. Hon var oftast den som stod för kontinuitet och kontakterna med barnet och dess familj i arbetet på mottagningen, vid hembesök och vid besök på förskolor. Sjuksköterskan hade därmed en central uppgift när det gällde att ge råd och stöd angående barnets hälsa och psykiska, sociala och fysiska utveckling såväl till föräldrar som till personal inom barnomsorgen. Vidare innebar sjuksköterskans omvårdnadsansvar att tydliggöra såväl de etiska som teoretiska grunderna för arbetet så att vardagsarbetet byggde på vetenskap och beprövad erfarenhet samt en humanistisk människosyn. Fägerskiöld, Timpka och Ek (2003) menade i sin studie att det centrala i mötet mellan mödrar och BVC-sjuksköterskor var att de kunde prata om moderskapet, att BVC-sjuksköterskan var öppen och villig att prata om alla typer av känslor, upplevelser och attityder som kan uppstå.

Familjer var en sårbar grupp i samhället som påverkades av förändringar (Hagelin et. al 2007).

Jansson, Isacson och Nyberg (1998a) resultat i studien visade att nyblivna föräldrar var mottagliga för information om omhändertagandet av barnet, sjuksköterskan hade en viktig uppgift när det gällde att nå alla nyblivna föräldrar och ge dem vägledning.

I en studie av Fägerskiöld et. al 2001, framkom att förstagångsmammor förväntade sig att BVC-sjuksköterskan skulle tro på den nyblivna mammans styrka och vara tillgänglig, tillmötesgående

och kunnig. BVC-sjuksköterskans hembesök uppskattades mycket. Jansson et. al (2001) menade i sin studie att BVC-sjuksköterskans första möte med föräldrarna till ett nyfött barn kan ha konsekvenser på kvaliteten på den fortsatta kontakten. En bra start lägger en solid grund för en varaktig relation. Studier (Fägerskiöld et. al 2003, Jansson et. al 2001, Kearney, York & Deatricks, 2000) visade att hembesöket sågs som en viktig del i att etablera förtroende och se hela familjens livssituation vilket i sin tur var viktigt för att skapa ett gynnsamt klimat. Det framkom även i en studie av Jansson et al (2001) att det var svårt att få tid att göra hembesök. De flesta var nöjda med sjuksköterskans tillgänglighet (Lagerberg et. al 2008) på BVC. Mer än åtta av tio tyckte att BVC-sjuksköterskan var mycket eller ganska lätt att nå.

Problemområde

Aktuella studier däribland svenska studier (Fägerskiöld et. al 2001, Fägerskiöld et. al 2003, Hagelin et. al 1998, Jansson 2000, Jansson et. al 2003) visade att barnavårdscentralen hade en betydande funktion för förstagångsmammor framför allt det första levnadsåret. Det var BVC sjuksköterskan som träffade förstagångsmammorna och barnen mest regelbundet inom vården speciellt under det första året av barnets liv (Jansson et. al 2002). Författaren vill med denna studie intervjua förstagångsmammor om upplevelsen av kontakten med barnavårdscentralen och förmedla till hälso- och sjukvårdspersonal inom BVC verksamheten hur förstagångsmammornas upplever den första kontakten. BVC personalen möter dagligen förstagångsmammor och deras barn. Med anledning av detta anser författaren att det vore intressant att belysa förstagångsmammornas upplevelse av kontakten med barnavårdscentralen från ett lokalt perspektiv.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva förstagångsmammors upplevelse av kontakten med personalen på Barnavårdscentralen samt hur de upplever informationen de får från personalen på Barnavårdscentralen.

Frågeställning

Hur upplever förstagångsmammor kontakten med personalen på BVC?

Hur upplever förstagångsmammorna informationen från personalen på BVC?

Metod

Design

Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats.

Urval och undersökningsgrupp

Tio förstagångsmammor rekryterades via BVC i Mellansverige. Barnet skulle vara mellan 8 månader och 4 år. Författaren hade önskemål att både yngre och äldre mammor som fått sitt första barn skulle delta i studien. Författaren önskade få så stor spridning som möjligt gällande ålder på förstagångsmammorna och barnet, så kallad ”purposive sampling” (Polit & Beck, 2004). Deltagandet var frivilligt och om någon valde att inte delta i studien, valde författaren en ny deltagare. Elva förstagångsmammor tillfrågades, en valde att inte delta i studien. Åldern på barnen varierade mellan 8 månader och 3 år. Åldern på förstagångsmammorna varierade mellan 17 år och 32 år. Medelåldern på förstagångsmammorna var 26,3 år.

Datainsamlingsmetod

Datainsamling har skett med hjälp av intervjufrågor som konstruerats av författaren.

Intervjuerna skedde med hjälp av en intervjuguide (bilaga 1) innehållande semistrukturerade intervjufrågor (Granskär & Höglund-Nilsen, 2008). Frågorna berörde hur förstagångsmammorna upplevde bemötandet från personalen på BVC, hur de upplevde informationen från personalen på BVC och hur de upplevde tillgängligheten till BVC. Följdfrågor så som; Vill du berätta mer? Kan du utveckla? På vilket sätt? ställdes. Dessutom ställdes frågor om mammans ålder och ålder på barnet.

Tillvägagångssätt

Tillstånd från forskningsetiska rådet inhämtades för att genomföra studien. Tillstånd inhämtades även från verksamhetschefen och vårdenhetschefen i det aktuella BVC området. Därefter fick författaren hjälp av BVC sjuksköterskan att utse deltagare som överensstämde med inklusionskriterierna. Författaren kontaktade respondenterna både muntligt och skriftligt. Respondenterna fick lämna ett skriftligt medgivande om att författaren fick kontakta dem. Författaren kontaktade endast de förstagångsmammor som tackat ja till att ingå i studien. Om någon tackade nej så gick frågan vidare till nästa. De som valde att delta i studien gavs vidare information om studien och tid och plats för intervjun bestämdes av respondenterna.

Intervjuerna genomfördes under våren 2009 av författaren i BVC:s lokaler och endast en intervju genomfördes i respondenternas hem. Intervjuerna pågick mellan 20-40 minuter. Intervjuerna spelades in på band.

Dataanalys

Materialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Burnard, 1991). Meningsbärande enheter togs fram ur texten som kodades och därefter delades in i subkategorier och kategorier enligt Graneheim och Lundman (2004) och Hsieh och Shannon (2005). Cavanagh (1997) menar att det centrala i innehållsanalysen är analysen av ord till mindre innehållsrelaterade kategorier. Ord och fraser som klassificeras i samma kategori har samma innebörd. Downe-Wamboldt (1992) menar att innehållsanalys är ett sätt att ge intressanta och teoretiskt användbara generaliseringar med minimal förlust av information från de ursprungliga uppgifterna. En text som är föremål för analys bör ses i sitt sammanhang, vilket innebär att tolkningen av intervjupersonernas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur (Granskär & Höglund-Nilsen, 2008)

Data från intervjuerna har transkriberats ordagrant. Författaren började analysen med att läsa igenom materialet flera gånger för att få en helhetsbild. Intervjutexterna delades sedan in i meningsbärande enheter som utgörs av de uttalanden och ord som i innehåll och kontext har samma mening. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att de förkortas utan att förlora kärnan. Det kondenserade materialet abstraherades sedan till koder som jämfördes utifrån likheter och skillnader samt sorterades in i subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorierna har diskuterats i handledningsgruppen för att öka trovärdigheten i studien. Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
De vet verkligen vem man är, lilla nnn, jag kommer från en stor stad själv och har goda vänner kvar i den stora staden och där känner de inte barnen	De vet verkligen vem man är	Igenkänd	Upplevs personligt	Bemötande
Det är bara telefon-tider som är viktig annars inget annat	Bara telefontider som är viktig	Viktigt med telefon-tider	Upplevelse av telefon-tider	Telefonkontakt
Det tar ju alltid längre tid än vad, nämen det kanske skulle behövas lite längre besökstider, kanske	Tar alltid längre tid	Längre besökstider	Upplevelse av besökstider	Besök

Forskningsetiska överväganden

Författaren erhöll tillstånd att genomföra studien av högskolans forskningsetiska råd. Tillstånd inhämtades från forskningsetiska rådet för att värna om förstagångsmammornas identitet då de kan hamna i en beroendeställning till vården. Respondenterna fick ett informationsbrev där de informades om studiens syfte, om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta deltagandet. I brevet fanns namn, telefonnummer och e-mail till författaren dit respondenterna kunde vända sig för ytterligare information. Författaren tog kontakt med förstagångsmammorna först när de svarat ja på att delta i studien. Förstagångsmammorna fick skriva under en tillståndsblankett att de var villiga att delta i studien. Intervjuerna har behandlats konfidentiellt och resultatet redovisas så att ingen enskild individ kan identifieras. Materialet förvarades inlåst under databearbetningen.

Resultat

Resultatet presenteras i löpande text utifrån studiens frågeställningar förstagångsmammornas upplevelse av kontakten med personalen på BVC och förstagångsmammornas upplevelse av informationen från personalen på BVC. Resultatet från intervjuerna redovisas i kategorier och subkategorier. Kategorierna beskrivs en och en och beskrivningen stöds med citat. De kategorier som framkommit har valts att beskrivas i den ordningen som blir vid en kontakt med BVC dvs BVC sjuksköterskan tar telefonkontakt med förstagångsmammorna när de kommit hem från BB. Det blir ett bemötande mellan BVC sjuksköterskan och förstagångsmammorna som har stor betydelse för den fortsatta kontakten. Förväntningarna hos förstagångsmammorna inför kontakten med BVC börjar ta

form. Föräldrastödet och informationen förstagångsmammorna får från BVC sjuksköterskan har stor betydelse för den fortsatta kontakten och för att förstagångsmammorna ska känna trygghet tillsammans med sitt nyfödda barn. Besöket på BVC och kontinuiteten med personalen på BVC visar sig ha stor betydelse för förstagångsmammorna och den fortsatta kontakten.

Tabell 2 Sammanställning av kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Telefonkontakt	Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med telefontider
Bemötande	Upplevs personligt Ger möjlighet till frågor Visar omtänksamhet
Förväntningar	Upplevelse av höga och inga förväntningar
Föräldrastöd	Önskemål om föräldragrupper i större utsträckning Upplevelse av samarbete med andra professioner
Information	Otillräcklig information Tydlig information
Besök	Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med besökstider Lokalisering/placering av BVC Besökets innehåll
Kontinuitet	Samma BVC sjuksköterska skapar trygghet och förtroende Olika läkare ger dålig kontakt Skapar förtroende

Telefonkontakt

Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med telefontider

Förstagångsmammorna i studien påpekade hur viktigt det var med tillgängligheten till BVC, att de som förstagångsmamma snabbt kunde komma i kontakt med BVC sjuksköterskan per telefon. Förstagångsmammorna uppgav att det hade varit svårt att få kontakt på telefontiden mellan klockan 8 och 9 på morgonen, det var oftast upptaget och sedan var telefontiden slut. Det gick inte att komma fram och sedan gick det inte att få någon kontakt per telefon med BVC sjuksköterskan den dagen. Förstagångsmammorna önskade mer telefontider över dagen.

Förstagångsmammorna önskade att de snabbt kunde komma i kontakt med BVC sjuksköterskan om det uppstod något problem med barnet eller om de undrade över något angående barnet. De uppgav att de som förstagångsmamma alltid kände en stark oro över sitt barn och önskade snabbt kunna komma i kontakt med BVC sjuksköterskan per telefon annars ringde de akuten.

”Det är det som är dåligt tycker jag, när man ringer då ska man prata med sjuksköterskan. Tänk om det är något akut och det går inte att springa hit och ta kontakt, då ringer man till akuten i stället.”(I3)

Det framkom att förstagångsmammorna önskade att man kunde ringa när som helst dagtid, de önskade att tillgängligheten på telefon var bättre. Förstagångsmammorna uppgav också att de tyckte att BVC sjuksköterskan sällan var på plats när det var telefontid, att det kunde ta upp till 3-4 dagar innan de fick tag på BVC sjuksköterskan.

Det framkom att det fanns förstagångsmammor som upplevde att det alltid fanns någon att prata med på telefontiden och att det ofta var någon på plats under telefontiden. Förstagångsmammorna visste vilka nummer de skulle ringa för att komma till BVC och de upplevde att personalen på BVC alltid var tillgängliga om de behövde hjälp med någonting. Det gick alltid att ringa och fråga om det var någonting de undrade över. Förstagångsmammorna uppgav att det var viktigt med telefontider eller att de fick lämna telefonnummer på telefonsvarare så att BVC sjuksköterskan kunde ringa upp vid tillfälle senare under dagen.

”Tycker att det är bra vart än man ringer inom vården här i nnn... så ber de att man ska slå in numret och så ringer de upp.” (II)

Bemötande

Denna kategori består av subkategorierna *upplevs personligt, möjlighet till frågor, och omtänksamhet* som beskriver hur respondenterna upplevde bemötandet från personalen på BVC.

Upplevs personligt

I föreliggande studie framkom att förstagångsmammorna upplevde bemötandet från BVC personalen som personligt. Att de blev igenkända och att personalen kunde barnets namn vilket upplevdes positivt av förstagångsmammorna. Det framkom att förstagångsmammorna

upplevde läkaren som förstående och personlig, att läkaren var där för barnet och mamman. Förstagångsmammorna beskrev att de kände sig väl bemötta, väl omhändertagna och personalen uppfattades som trevlig.

”De vet verkligen vem man är, lilla nnn, jag kommer från en stor stad själv och har goda vänner kvar i den stora staden och där känner de inte barnen.” (I1)

Det framkom i studien att BVC sjuksköterskan ansågs som duktig men att de gick lite grann på samma linje, mammorna kände sig som en i mängden. Förstagångsmammorna önskade att de skulle vara lite mer personligt. Det kändes ibland som att bemötandet var slentrianmässigt och oengagerat.

”Och sedan tycker jag också att det borde vara lite mera personligt; du och jag. Det känns som att det blir för mycket alltså alla över en kam, känner jag.” (I9)

Ger möjlighet till frågor

Förstagångsmammorna upplevde bemötandet från personalen på BVC som lugnt och beskrev att det alltid fanns tid för frågor och att de kunde fråga om allt. BVC sjuksköterskan svarade tålmodigt på alla frågor som förstagångsmammorna hade fast det kanske var likadana frågor de hört många gånger. Förstagångsmammorna uppgav att BVC-sjuksköterskan inte hade haft svar på alla frågor men BVC sjuksköterskan kunde fråga läkaren eller någon annan personal och de fick sedan svar på sina frågor.

” Inga frågor är dumma man kan fråga vad som helst och jag tycker att det har varit bra.” (I6)

Förstagångsmammorna upplevde bemötandet väldigt bra trots att de känt sig som besvärliga mammor när de frågat om det mesta.

Visar omtänksamhet

Förstagångsmammorna upplevde BVC sjuksköterskan som omtänksam, att hon brydde sig om och att de kände sig trygga med henne. Det framkom att hon hade bra hand med barnen vilket också märktes på barnen enligt förstagångsmammorna. BVC sjuksköterskan upplevdes som snäll, tillmötesgående, glad och positiv.

”Man känner sig trygg när man kommer till henne.” (I6)

Förstagångsmammorna beskrev att de upplevde bra bemötande från läkare och att de brydde sig om mammorna och barnen, att de efterfrågade hur de mådde. Det kändes som att de var där för deras skull. Förstagångsmammorna uppgav att personalen på BVC var bra och omtyckt.

Förväntningar

Denna kategori består av subkategorin *upplevelse av förväntningar* och beskriver vad förstagångsmammorna hade för förväntningar inför kontakten med BVC. Förstagångsmammorna tyckte att BVC uppfyllde de förväntningar de hade på BVC.

”Jag visste inte vad det var så att det gör det. Väger och mäter och tittar så att hon mår bra.”(15)

Upplevelse av höga och inga förväntningar

Det framkom att förstagångsmammorna hade höga förväntningar på BVC, förstagångsmammorna trodde att personalen på BVC visste allt och hade svar på allt. Det fanns förstagångsmammor som inte visste att kontakten med BVC var så tät och att BVC fyllde den funktion som BVC gör. Det fanns förstagångsmammor som inte hade några förväntningar inför kontakten med BVC. De hade inte funderat så mycket på vad BVC verksamheten hade att erbjuda. Någon förstagångsmamma uppgav att hon trodde att de bara vägde och mätte barn på BVC och kände att hennes förväntningar inför BVC kontakten blev mer än väl uppfyllt då BVC hade så mycket mer att erbjuda än att bara mäta och väga barn.

”Jag tror inte att jag hade några förväntningar, eller jag vet inte. BVC har liksom varit man går dit och väger och mäter barn, det är väl det enda jag trodde.”(18)

Föräldrastöd

Denna kategori består av subkategorierna *önskemål om föräldragrupper och upplevelse av samarbete* och beskriver vad förstagångsmammorna hade för upplevelse av föräldrastödet på BVC.

Önskemål om föräldragrupper i större utsträckning

Förstagångsmammorna önskade föräldragrupper i större utsträckning och att föräldragrupperna hade varit över längre tid. Det upplevdes som viktigt att träffa andra förstagångsmammor i lugn och ro, dela med sig av kunskap, höra att andra hade det lika, att känna tillhörighet

till gruppen. Det framkom framför allt från de förstagångsmammor som var nyinflyttad och inte kände så många på orten.

”Jag förväntade mig föräldragrupp i större utsträckning, fem gånger tyckte jag var lite lite, jag hade velat haft över längre tid, så att man verkligen har kunnat bekanta sig med de andra.”(I2)

Upplevelse av samarbete med andra professioner

Förstagångsmammorna uppgav att de blev förvånade över att BVC samarbetade med andra instanser. Tex kom de från tandvården och berättade och informerade om tänder och hur den fortsatta kontakten med tandvården skulle bli när barnet blev lite äldre. Tandvården skulle följa upp barnet och komma med mer information längre fram. Förstagångsmammorna upplevde att det var bra att BVC verksamheten samarbetade med andra och att de kom till BVC för att informera föräldrarna.

”Då var det mycket, då kom det läkare och berättade lite och det var någon som kom och berättade om första hjälpen och lite så där och säkerhet, så det var bra tycker jag.”(I5)

Information

Under denna kategori ingår subkategorierna *otillräcklig information* och *tydlig information* och beskriver hur respondenterna upplevde informationen de fick från personalen på BVC.

Otillräcklig information

Förstagångsmammorna upplevde informationen de fick från personalen på BVC som otillräcklig, att de själva först måste ha tagit reda på för att kunna förstå. Förstagångsmammorna upplevde att de fått för lite information från personalen och att den information som gavs inte alltid var relevant för tillfället.

”Den information de berättar den måste man ha tagit lite reda på själv för att förstå, tror jag.”(I1)

Förstagångsmammorna uppgav att de tagit hjälp av någon annan mamma, internet eller någon blogg för att kunna förstå den information de fått från personalen på BVC. Flera av förstagångsmammorna uppgav också att personalen använde svåra termer och oklara förkortningar ofta i samband med informationen om vaccinationerna. Förstagångsmammorna önskade mer tydlighet i informationen.

Tydlig information

Förstagångsmammorna uppgav att de tyckte att de fick bra information och att de fick den information de behövde som förstagångsmamma. De uppgav också att de fick information som var anpassad till barnets ålder och behov och det upplevdes som positivt. Förstagångsmammorna upplevde informationen om vaccinationer bra, att de fick både muntlig och skriftlig information i samband med vaccination av barnet. Informationen om olika produkter om barnet t ex blivit allergisk mot något upplevdes som bra. Förstagångsmammorna fick vägledning om vilka produkter som fanns på marknaden.

Förstagångsmammorna upplevde informationen vid hembesöken bra. BVC sjuksköterskan berättade bl a om barnskrik och om hur farligt det var att som förälder tappa fattningen och skaka sitt barn, s k shaken baby syndrome. BVC sjuksköterskan informerade om vilka skador som kunde bli på barnet av detta.

”Man frågar mycket, man fick massor av papper och man läste igenom papperen säkert tusen gånger och ställde säkert frågorna fast man läst papperen, men jag tycker att jag fått bra information.” (I10)

Förstagångsmammorna upplevde att både muntlig och skriftlig information oftast i samband med vaccinationer var bra, att de först fick information muntligt på BVC och att de sedan fick skriftlig information med sig hem. De upplevde att som förstagångsmamma så visste de inte så mycket, att de fick både muntlig och skriftlig information var av stor betydelse.

Besök

Denna kategori innehåller *upplevelse av besökstider, önskvärd plats* och *besökets form* som beskriver hur förstagångsmammorna upplever besöket på BVC.

Upplevelse av otillräckligt och tillräckligt med besökstider

Förstagångsmammorna upplevde besökstiderna på BVC som för korta, att de kände sig stressade vid besöken framförallt när det var andra föräldrar som väntade utanför och ville in. Förstagångsmammorna uppgav att det borde vara längre besökstider, att mer tid skulle finnas för varje barn och att det skulle finnas tid för att exempelvis hinna ställa frågor.

Det fanns också förstagångsmammor som tyckte att besökstiden var tillräcklig och att tid fanns för att ställa frågor och att de inte kände sig stressade vid besöken.

”Jag känner mig aldrig stressad eller så och nej jag har aldrig känt mig stressad... jag kollar ju aldrig på klockan, jag vet ju aldrig när nästa kommer... så det känns inte som att jag behöver skynda på så det är ganska skönt.”(I10)

Lokalisering/placering av BVC

Förstagångsmammorna upplevde att det var bättre då BVC låg nere på stan, mer centralt och att det upplevdes lugnare på det andra stället. Samtidigt som de tyckte att det var bra att allting var samlat på sjukhuset. Det framkom vidare att förstagångsmammorna tyckte att det var lättare att få kontakt med BVC via besök än telefon. Förstagångsmammorna tyckte att BVC sjuksköterskan såg hur det var med barnet på en gång då än att de skulle försöka berätta hur det var på telefon. De flesta av förstagångsmammorna hade blivit erbjuden hembesök efter hemkomsten från BB och upplevde det positivt att BVC sjuksköterskan kom hem på besök och kontrollerade hur barnet mårde. Det framkom också att förstagångsmammorna hade fått välja om de önskade hembesök. Det upplevdes positivt att de fått välja typ av besök vid första kontakten med BVC sjuksköterskan. Alla förstagångsmammor visste inte att de fick hembesök av BVC sjuksköterskan efter hemkomsten från BB.

”Nej, jag vart kallad en vecka efter till BVC. Jag visste inte att man fick hembesök. Men det gjorde inte mig någonting, jag tyckte att det var bra att gå dit.”(I8)

Besökets innehåll

Förstagångsmammorna upplevde att personalen på BVC endast utförde kliniska undersökningar och att det inte blev så mycket annat, inget prat. Förstagångsmammorna upplevde att de kom med barnet till BVC för att mäta och väga. Respondenterna uppgav att de inte träffade läkare så ofta utan bara vid vaccinationer.

”Det är inte så mycket prat runt om utan de är mer, ja nu ska vi lyssna och det här ser bra ut och så känner de på huvudet och, ja men hon kan lyfta huvudet, ja men ja mmm och så är det klart.” (I1)

Det framkom att deltagarna upplevde att de önskade mer kliniska undersökningar, att förstagångsmammorna kände sig trygga när läkaren kom till BVC och undersökte barnet ordentligt.

Kontinuitet

Denna kategori innehåller subkategorierna *samma BVC sjuksköterska, olika läkare* och *upplevelse av förtroende* som beskriver hur respondenterna upplever kontinuiteten på BVC.

Samma BVC sjuksköterska skapar trygghet och förtroende

Förstagångsmammorna beskrev det som värdefullt att få träffa samma BVC sjuksköterska vid besöken och att de fick komma på besök regelbundet till BVC. De kände sig trygga i att få träffa samma BVC sjuksköterska som visste allt om barnet vilket gjorde det lättare att samtala och gjorde att de fick en bättre kontakt.

”Vi har haft samma BVC sjuksköterska hela tiden.”(I7)

Olika läkare ger dålig kontakt

Förstagångsmammorna upplevde att det inte fanns någon kontinuitet med vilken läkare de träffade, att det var olika doktorer från gång till gång som de träffade. Det framkom att förstagångsmammorna tyckte att det ibland var svårt att förstå läkaren och att de inte fick lika bra kontakt med läkaren på BVC som sjuksköterskan. De upplevde att läkaren var stressad och var där bara för att göra sin uppgift. Det framkom att mötet med läkaren gick så snabbt att de inte kom ihåg besöket.

”Läkaren känns det väl som man inte har så mycket kontakt med, det går så fort liksom så det är knappt så man kommer ihåg besöket för det var så snabbt möte och så bara kolla lite snabbt så där på henne och inget mer.”(I4)

”Man har inte fått någon kontinuitet liksom.”(I7)

Skapar förtroende

Förstagångsmammorna kände förtroende, tillit och trygghet till den BVC sjuksköterska de var van att träffa vid besöken på BVC. De upplevde att de kunde prata om allting och ta upp de frågor de hade. Förstagångsmammorna uppgav att om de fick träffa någon annan BVC sjuksköterska vid besöket så hade de inte samma förtroende för denne som den BVC sjuksköterska de var van att träffa.

”Om jag tyckte att det var viktigt från början så tänker man ju om lite grann när man skall prata med någon som man inte har samma förtroende för.”(I0)

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva förstagångsmammors upplevelse av kontakten med personalen på BVC samt hur de upplever informationen de får från personalen på BVC. Resultatet redovisas i sju kategorier. I kategorin *telefonkontakt* beskriver förstagångsmammor att de önskade bättre tillgänglighet och att de önskade mer telefontider över dagen. *Bemötandet* med personalen på BVC upplevdes som personligt, att de blev igenkända, att det fanns tid för frågor vid besöket, att de kunde fråga om allt och att de blev bemötta med omtänksamhet. *Förväntningarna* inför kontakten med BVC var höga, de trodde att personalen hade svar på allt. I kategorin *föräldrastöd* framkom att förstagångsmammorna önskade föräldragrupper i större utsträckning och över en längre tid. *Informationen* uppfattades som otillräcklig och att den information som gavs inte alltid var relevant för tillfället. I kategorin *besök* framkom önskemål om längre besökstider. De flesta förstagångsmammor hade blivit erbjuden hembesök som upplevdes positivt inför den kommande kontakten med BVC. Slutligen i kategorin *kontinuitet* framkom det att förstagångsmammorna ansåg det som värdefullt att få träffa samma BVC sjuksköterska vid besöken, de kände sig därigenom trygga och fick en bättre kontakt med BVC sjuksköterskan.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie beskrev förstagångsmammorna att telefontiderna till BVC var för korta och de önskade att tillgängligheten på telefon skulle vara bättre. I studier av Fägerskiöld et.al (2001), Jansson et. al (1998) och Aston, Meagher-Stewart, Sheppard-Lemoine, Vukic & Chircop (2006) visade resultaten att om kontakten med BVC ska vara bra så krävdes att tillgängligheten var god. Jansson et. al (2001) tog i sin studie upp vikten av att de fick konsultera BVC sjuksköterskan per telefon. Förstagångsmammorna i föreliggande studie tyckte att tillgängligheten borde vara bättre, med mer telefontider under dagen.

Förstagångsmammorna kände tillit och trygghet till BVC sjuksköterskan. I Fägerskiöld et. al (2001) studie tog de upp hur viktigt det var att mamman kände tillit och hade stöd från BVC sjuksköterskan. I föreliggande studie framkom att de flesta av förstagångsmammorna upplevde bemötandet bra från personalen på BVC. Förstagångsmammorna beskrev personalen som lugn och att de tog sig tid för dem. De upplevde att det fanns möjlighet att ställa frågor vid besöket.

I tidigare studiers resultat av Fägerskiöld, Wahlberg & Ek (2000) och Fägerskiöld et. al (2003a) framkom hur viktigt det var att sjuksköterskan var empatisk och en god lyssnare. Förstagångsmammorna beskrev i föreliggande studie att de flesta upplevde att de inte fick lika bra kontakt med läkaren på BVC som sjuksköterskan. De upplevde att läkaren var stressad och var där bara för att göra sin uppgift.

I föreliggande studie framkom att de flesta förstagångsmammor tyckte att BVC uppfyllde förväntningarna de hade inför kontakten med BVC. Några mammor i studien hade inga förväntningar på BVC och några av mammorna trodde inte att kontakten var så tät med BVC och att BVC fyllde den funktion de gör. De täta kontrollerna under barnets första månader var en stor trygghet för förstagångsmammorna där de fick en bekräftelse på att barnet gick upp i vikt och mådde bra. Fägerskiöld et. al (2001) och Jansson et. al (2001) kom fram till liknande resultat i sina studier.

I resultatet i föreliggande studie framkom att förstagångsmammorna upplevde den allmänna informationen de fick från personalen på BVC som otillräcklig, att de själva först måste ha tagit reda på för att kunna förstå den. De hade även upplevt att de fått för lite information från personalen. I tidigare studier av Fägerskiöld et. al (2003a) visade det sig att det var viktigt att sjuksköterskan kunde se ur mammornas perspektiv och kunde dela med sig av sina erfarenheter. I föreliggande studie uppgav förstagångsmammorna att de tagit hjälp av någon annan mamma, internet eller någon blogg för att kunna förstå den information de fått från personalen på BVC. Förstagångsmammorna upplevde att personalen använde svåra termer och oklara förkortningar i samband med informationen. I en svensk studie framkom att många föräldrar söker information via internet för att få stöd i föräldrarollen (Sarkadi & Bremberg, 2005). Förstagångsmammorna i föreliggande studie uppgav att de tyckte att personalen inte var tillräckligt engagerad när de gav information.

I resultatet i föreliggande studie framkom att förstagångsmammorna önskade föräldragrupper i större utsträckning och att föräldragrupperna hade varit över längre tid så att de kunde bekanta sig med de andra mammorna och utbyta erfarenheter med varandra. I en studie av Petersson, Petersson och Håkansson, (2005) framkom i resultat att det centrala i föräldrabildningen var att stödja och aktivera föräldrar i föräldrarollen samt att skapa möjlighet till kontakt och social gemenskap mellan föräldrar. Det framkom även i föreliggande studie. Förstagångsmammor som var nyinflyttad på orten och inte kände så många tyckte att föräldragrupperna var viktig för att kunna knyta kontakt med andra mammor och få en social gemenskap. I Orems omvårdnadsteori beskrevs hur vårdaren kan assistera patienterna på

olika sätt genom att agera eller utföra, stödja, undervisa, vägleda och tillhandahålla en utvecklande miljö (Baldwin & Davis, 1989). Orems omvårdnadsteori stämmer bra överens med barnhälsovårdens riktlinjer om att främja barnens hälsa, utveckling och trygghet genom att kunna stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap (Barnhälsovård, 2009).

I resultatet från föreliggande studie framkom att förstagångsmammorna fått hembesök av BVC sjuksköterskan under den första tiden. Det fanns också de förstagångsmammor som inte hade blivit erbjuden hembesök. Någon mamma visste inte att de fick hembesök och en mamma hade fått valt om hon ville ha hembesök. I flera tidigare studier har det framkommit hur viktigt hembesöket var för den fortsatta kontakten med BVC Fägerskiöld et. al (2003b), Hagelin et. al (1998), Jansson et. al (2001), Jansson et. al (2002). I studier av Fägerskiöld et. al (2003b), Hagelin et. al (1998), Jansson et. al (2001), Jansson et. al (2002) framkom det att mödrar skrevs ut tidigare efter förlossningen och eftersom amningsfrekvensen hade minskat var det av vikt att sjuksköterskan erbjöd alla nyblivna föräldrar och barn hembesök. Hembesöket hade även visat sig vara effektivt vid stödjande samtal för att stärka familjens psykiska hälsa. Hembesöket gav sjuksköterskan en helhetsbild av familjen och en bra kontakt vilket vid senare konsultationer medförde ökad kvalitet i form av igenkännande, individualitet och bättre rådgivning. I studier av Jansson, Isacson & Nyberg (1998b), Örtenstrand & Waldenström, (2005) och Kearney et. al (2000) framkom att hembesöket inte hade någon större betydelse för att etablera en bra kontakt med familjen. I föreliggande studie framkom att förstagångsmammorna uppskattade att få träffa samma BVC sjuksköterska vid besöken och att de fick komma på besök regelbundet vilket styrktes i studien av Cronin (2002).

Metoddiskussion

Författaren till föreliggande studie valde att göra en intervjustudie, för att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ ansats med beskrivande design. Enligt Kvale (1997) anses det vara en lämplig metod att beskriva frågor om människors upplevelse av ett givet ämne. Urvalet av respondenter i studien skedde genom ”purpose sampling” enligt Polit och Beck (2004).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) så bör en kvalitativ studies trovärdighet granskas utifrån begrepp som ”credibility”, ”dependability” och ”transferability”.

Begreppet ”credibility” beskrivs som bedömningen av studiens giltighet, med begreppet ”dependability” menas materialets pålitlighet och stabilitet. ”Transferability” beskrivs som materialets överförbarhet.

För att uppnå trovärdighet ”credibility” i studien är det viktigt att välja rätt metod vid datainsamlingen. Författaren valde intervju som datainsamlingsmetod. Det är viktigt att använda rätt metod när data samlas in för att öka trovärdigheten (Graneheim och Lundman, 2004). Intervjuer ger deltagarna möjlighet att beskriva sina upplevelser och möjlighet finns för intervjuaren att ställa följdfrågor för att materialet skall bli djupare. Intervjuerna varade mellan 20 och 40 minuter vilket gav ett rikt material som anses öka trovärdigheten. För att ytterligare stärka trovärdigheten har citat använts vid resultatredovisningen.

”Dependability” menas stabilitet av data. Genom att diskutera materialet i studien med kollegor i uppsatsgruppen kan ”dependability” och ”credibility” ökas enligt Graneheim och Lundman (2004). I föreliggande studie har handledaren (BS) och deltagare i uppsatsgruppen varit aktiva medbedömare på delar av materialet. Vid analysarbetet med indelning av materialet i kategorier och subkategorier har diskussioner förts mellan författaren, handledaren samt deltagarna i handledargruppen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) så minskas risken för förändringar i analysprocessen genom att ha en dialog med uppsatsgruppen under analysens gång.

Begreppet ”transferability” beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som överförbarhet till andra grupper och situationer. För att öka ”transferability” har författaren beskrivit urvalsmetod, deltagarnas karaktäristiska, datainsamlingsmetod samt analysprocessen så tydlig som möjligt för läsarna. Resultatet har presenterats i tydliga subkategorier och kategorier tillsammans med passande citeringar, för att öka ”transferability”.

Författaren till föreliggande studie har trots ovana att intervjua ändå fått ett rikt material att arbeta med men skulle troligtvis ha kunnat få ut mer av respondenterna om författaren har varit van att intervjua och kunnat ställa bättre följdfrågor. Författaren har redovisat resultatet med citat från intervjuer. Majoriteten av intervjuerna genomfördes i BVC:s lokaler i direkt anslutning till BVC besöket. Begränsningar med studien kan vara att studien genomfördes på samma ställe som författaren hade sin verksamhetsförlagda utbildning och hade frågor som handlade om författarens handledare. Endast en intervju genomfördes i respondentens hem och denne hade fått sett intervjufrågorna i förväg, vilket var respondentens eget önskemål. Möjligen är svaren i den intervjun mer fyllig, men bör inte ha haft någon nämnvärd betydelse eller påverkan på resultatet.

Allmän diskussion

Många studier finns om hur förstagångsmammor upplever kontakten med BVC. Om hur viktig den första kontakten är med personalen på BVC. Studier visar att nyblivna föräldrar är mottagliga gällande information om omhändertagandet av barnet där sjuksköterskan har en viktig uppgift när det gäller att nå nyblivna föräldrar och ge dem vägledning (Jansson et al, 1998). Första kontakten med föräldrarna till ett nyfött barn kan ha konsekvenser på kvaliteten på den fortsatta kontakten framöver. En bra start vill lägga en solid grund för en varaktig relation (Jansson et al, 2000).

Författaren till föreliggande studie valde att intervjua förstagångsmammor om upplevelsen av kontakten med barnavårdscentralen för att förmedla till hälso- och sjukvårdspersonal inom BVC verksamheten om hur viktigt det är att knyta en förtroendegivande kontakt med förstagångsmammorna redan vid första besöket. BVC personalen möter dagligen förstagångsmammor och deras barn. Enligt önskemål om förändringar som förstagångsmammorna hade i föreliggande studie skulle BVC verksamheten genom att avsätta en speciell BVC sjuksköterska eller grupp av BVC sjuksköterskor kunna få tid att se över t ex besökstider, telefontider etc. Genom en kvalitetsmätning för att kunna erbjuda förstagångsmammorna en bra kontakt med BVC. En framtida uppföljande studie som undersöker förstagångsmammors upplevelse av bemötande från BVC sjuksköterskan skulle vara av intresse, detta utifrån de resultat som framkom i föreliggande studie. Efter insättande av åtgärder skulle studien kunna göras om igen och på så vis undersöka om förstagångsmammornas upplevelse av bemötandet från BVC sjuksköterskan har förändrats.

Slutsats

Förstagångsmammorna i studien önskade bättre tillgänglighet vid telefonkontakt med personalen på BVC, att besökstiderna var längre och de önskade föräldragrupper i större utsträckning. Förstagångsmammorna beskrev också att det var värdefullt att få träffa samma BVC sjuksköterska vid besöken de kände sig därigenom trygga och fick en bättre kontakt.

Referenslista

- Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm. Natur och kultur.
- Arborelius, E.U., & Bremberg, S.G. (2003). Supportive and nonsupportive qualities of child health nurses' contacts with strained infant mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 169-175.
- Aston, M., Meagher-Stewart, D., Sheppard-Lemoine, D., Vukic, A., & Chircop, A. (2006). Family Health Nursing and Empowering Relationships. *Pediatric Nursing*, 32, 61-67.
- Baldwin, J., & Davis, L.L. (1989). Assessing Parents as Health Educators. *Pediatric Nursing*, 15, 453-457.
- Barnhälsovården. (2009). Barnhälsovård, riktlinjer. Örebro Läns Landsting. Åtkomst September 2, 2009 från <http://www.orebroll.se/upload/Prim/Kansli/BHV/Dokument/Handboken/Kap%20%22.%201.%20Barnh%C3%A4lsov%C3%A5rd%20Riktlinjer.pdf>
- Barnombudsmannen. (2009). Barnkonventionen. Åtkomst Februari 28, 2009 från <http://www.bo.se/Adfinity.aspx?pageid=55>
- Biggs, A. (2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science. *Nursing Science Quarterly*, 21, 200-206.
- Bing, V. (2003). *Små, få och fattiga – om barn och folkhälsa*. Lund. Studentlitteratur.
- Bing, V. (2005). *Föräldrastöd och samverkan. Familjecentralen i ett Folkhälsoperspektiv*. Växjö, Grafiska punkten. Författaren och förslagshuset, Gothia.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: Concepts, Methods and Applications. *Nurse Researcher*, 4, 5-16.
- Cronin, C. (2002). First-Time Mothers – Identifying Their Needs, Perceptions and Experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267.
- Cox, K. R., & Taylor, S.G. (2005). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. Pediatric Asthma as Exemplar. *Nursing Science Quarterly*, 18, 249-257.
- Davidsson, J. (1986). *Primärvård- hälso och sjukvård i primärvårdens regi*. Lund, Studentlitteratur.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content Analysis: Method, Applications and Issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

- Ervér, M.A., & Fahlström, G. (2001). "Det är en pärs...det är jobbigt att ha barn, ändå är det det bästa som finns". Fokusgrupper om stöd i föräldraskap. *Vård i Norden*, 3, 43-46.
- Folkhälsorapporten. (2009). Åtkomst September 29, 2009 från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A.C. (2000). What Child Health Nurses Believe Mothers With Infants Expect of Them. *Nursing and Health Sciences*, 2, 83-91.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A.C. (2001). Maternal Expectations of the Child Health Nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3, 139-147.
- Fägerskiöld, A., & Ek, A.C. (2003a). Expectations of The Child Health Nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review*, 50, 119-128.
- Fägerskiöld, A., Timpka, T., & Ek, A.C. (2003b). The View of the Child Health Nurse Among Mothers. *Nordic College of Caring Sciences, Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 160-168.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. ss. 159-171. Studentlitteratur AB.
- Hagelin, E., Jackson, K., & Wikblad, K. (1998). Utilization of Child Health Services During the first 18 months of life: Aspects of Health Surveillance in Swedish Preschool Children Based on Information in Health Records. *Acta Paediatrica*, 87, 996-1002.
- Hagelin, E., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2007). *Barnhälsovård*. Liber AB Stockholm.
- Hsieh, H-F., & Shannon S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Jahren-Kristoffersen, N. (2002). *Allmän omvårdnad*. Liber AB. Stockholm.
- Jakobsson, U. (2008). KASAM – instrumentets utveckling och psychometriska egenskaper – en översikt. *Vård i Norden*, 28, 53-55.
- Jansson, A-K. (2000). *Sjuksköterskan I primärvården med särskilt fokus på barnhälsovård*. Bulletin No 8. Department of Nursing, Medical Faculty, Lund University. Bloms i Lund Tryckeri AB.

- Jansson, A-K., Isacson, Å., & Nyberg P. (1998a). Quality in Child Healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2, 195-204.
- Jansson, A-K., Isacson, Å., & Nyberg P. (1998b). Help seeking patterns among parents with a newborn Child. *Department of Nursing, Medical Faculty. Public Health Nursing*, 15, 319-328.
- Jansson, A-K., Petersson, K., & Udén, G. (2001). Nurses first encounters with parents of Newborn children - public health nurses' views of a good meeting. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 140-151.
- Jansson, A-K., Sivberg, B., Wilde Larsson, B., & Udén, G. (2002). First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit to the clinic? *Acta Paediatrica*, 91, 571-577.
- Jansson, A-K., Sivberg, B., Wilde Larsson, B., & Udén, G. (2003). Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj: första mötet med barnhälsovården viktigt för den fortsatta kontakten. *Läkartidningen*, 100, 1348-1349, 1351.
- Kearney, M. H. York, R. & Deatrick, J. A. (2000) Effects of Home Visits to Vulnerable Young Families. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 369-376.
- Knauth, D. (2001). Marital Change During the Transition to Parenthood. *Paediatric Nursing*, 27, 169-172, 184.
- Kornfält, R. (2000). Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. *Acta Paediatrica*, 434, 76-79.
- Kvale, S. (1997). *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur. Lund.
- Lagerberg, D., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2008). *Barnhälsovård i förändring*. Gothia Förlag. Stockholm.
- Petersson, C., Petersson, K., & Håkansson, A. (2005). Ett kvartssekel med föräldragrupper i barnhälsovården. *Läkartidningen*, 39, 2754-2756.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research; Principal and Methods*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sarkadi, A., & Bremberg, S. (2005). Socially unbiased parenting on the Internet: a cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health & Development*, 31, 43-52.
- Simons, J. (2003). How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stress. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 400-411.

Sjukvårdsrådgivningen. (2006). Undersökningar på barnvårdscentralen.

Åtkomst februari 28, 2009 från

<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=21554>

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport*. Åtkomst december 10, 2008, från

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Socialstyrelsen. (2005a). Statistikdatabaser. Åtkomst februari 28, 2009 från

http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/graviditet/MFR.htm

Sundelin, C., & Håkansson, A. (2000). The importance of child health services to the health of children. *Acta Paediatrica*, 434, 2-7.

Taylor, S. (2001). Orem's General Theory of Nursing and Families. *Nursing Science Quarterly*, 14, 7-9.

Zetterström, R. (2005). Svenska barns hälso och sjukvård, - ett monster för andra länder. *Läkartidningen*, 23, 1808-1814.

Örtenstrand, A., & Waldenström, U. (2005). Mother's experiences of child health clinic services in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94, 1285-1294.