Föräldrars användning av Internet för rådgivning avseende sina friska barns hälsa och utveckling och dess inverkan på Barnhälsovårdens konsultativa arbete.

En studie i Svensk Barnhälsovård.

Lotha Valan

Huvudhandledare: Mats Jong
Biträdande handledare: Lisbeth Porskrog Kristiansen & Karin Sundin

Fakulteten för Humanvetenskap
Avhandling för avläggande av licentiatexamen i Omvårdnad
Mittuniversitetet. SE-85170 Sundsvall, Sverige
Sundsvall, 2020-06-05

Akademisk avhandling som med tillstånd av Mittuniversitetet i Sundsvall framläggs till offentlig granskning för avläggande av licentiatexamen den 5 Juni 2020, klockan 10.30, Mittuniversitetet Sundsvall. Seminariet kommer att hållas på svenska.

Föräldrars användning av Internet för rådgivning avseende sina friska barns hälsa och utveckling och dess inverkan på Barnhälsovårdens konsultativa arbete.

En studie i Svensk Barnhälsovård.

© Författare, Lotha Valan 2020
Tryck: Kopieringen Mittuniversitetet, Sundsvall
ISSN: 1652 - 8948
ISBN: 987-91-88947-48-2

Fakulteten för Humanvetenskap
Mittuniversitetet, SE-85170 Sundsvall, Sverige
Telefon: +46 (0)10 142 80 00
Mittuniversitetet licentiatexamen 169

Jag vill berätta att man klarar sig,
fastän man faller tusen meter i sorg.
Att man tror att man ska dö,
Men man överlever.
Jag hade behövt höra det hundratals gånger.
Allt går,
På något sätt så går det till slut.
Även om man lär sig,
och dör ganska mycket på vägen.

Författarens tack

Jag vill ta tillfället i akt och verkligen tacka er som på ett eller annat sätt hjälpt mig att genomföra denna forskningsresa och Licentiatavhandling! Ett speciellt varmt tack riktar jag till några av er:

Först och främst vill jag ge ett ödmjukt tack till alla Barnhälsovårdssjuksköterskor och Föräldrar bidragit till min forskning. Utan er hade jag inte haft Resultatet licentiatavhandlingen visar och inte heller de nya kunskaper jag fått med mig.

Jag vill rikta ett särskilt Tack till mina handledare Karin Sundin, professor emerita Umeå universitet, Mats Jong, docent hälsovetenskap, Mittuniversitetet och Lisbeth Porskrog Kristiansen, professor vårdvetenskap, Högskolan i Gävle. Karin som tog emot mina idéer och puttade in mig på forskningsbanan, till Lisbeth och Mats som med sin peppade glöd och klokhet fått upp mig på fötter gång på gång och tack även för ert tålamod och engagemang som fört mig ända hit! Ni kommer alltid ha en plats i mitt hjärta.

Stort tack till institutionen för Omvårdnad, Mittuniversitetet som genom Mittnordiska forskarskolan lät mig bli en av ett lärande och viktigt gäng. Jag vill även uttrycka ett innerligt tack till Forskning och Utveckling i Region Västernorrland som valt mig till den här möjligheten att delta i, jag är evigt tacksam för chansen

Tack även till alla doktorandkollegor, de i mitt gäng: Kristina, Lena, Anna och Linda H får ett speciellt hjärtligt tack, alla seniora forskare som under åren kommit med klarheter och klokheter. Tack till alla er på Mittuniversitetet som visat intresse för mina studier och mitt arbete.

Tack även till er mina kollegor på Regionen. Tack för ert tålamod, er stöttning och er omtanke. Tack till Lena och Erik på Medicinska biblioteket, till Erling för hjälpen med SPSS, tack till Per som inte lät mig säga upp mig och slutligen lät mig söka licentiattjänsten och till Katarina som ”tagit över” mig och fortsatt peppa mig och pusslat för att allt skulle funka.

Tusen tack till min vapendragare och vän för evigt Kristina Lundberg. Du har hjälpt mig genom det svåra, du har diskuterat och stöttat, med dig har jag skrattat och gråtit, åh det är aldrig så mysigt och intressant att åka tåg som tillsammans med dig.

Tack även till mina älskade barn: Dennis, Lovisa, Kalle och Hugo – Utan er är jag ingen. Ni med er unika olikhet, er omtanke och kärlek, ni är bland de finaste människor jag vet och jag är stolt över att vara en del av er. Älskar er till månen och tillbaka!

Tack till Mamma Barbro, om inte du hade uppfostrat mig till att va så nyfiken och till den jag är hade jag inte befunnit mig här. Dina ord; Åh vem kan påstå det, bevisa't? Sitter i min ryggmärg…. Det och Pippis; Det här har jag aldrig gjort så det borde jag klara av … Tack till Pappa Leif som fixar så fort jag ber om hjälp och finns som trygghet. Tack till Hanna, systeryster för ditt engagemang och din förmåga att få mig att tro på mig själv. Tack till mina 6 bröder som hållit sig undan så jag kunnat forska. Ja tack till hela min familj.

Sen mitt X, Jonas Valan. Jag måste tacka för att du alltid genom denna långa resa till sjuksköterska, distriktsköterska, specialistsjuksköterska mot barn och unga alltid peppat mig, stöttat mig och sagt att det bara är att köra på och trott på min förmåga. Även vid ansökan till licentiatanställningen stod du bakom mig och puttade mig framåt. Jag är dig tacksam för detta även om licentiatexamen bland orsaker slutligen satte stopp för vårt äktenskap.

Tack även till alla fina underbara barn jag får lära känna genom mitt jobb på barnhälsovården, det är för er denna forskning behövs, jag är tacksam för att få äran att följa med en bit i livet och kanske bidra till er framtid.

Sist men inte minst; Tack till alla mina vänner, ert kärleksfulla sätt och förmågan att finnas vid min sida när jag behöver <3 Jag nämner ingen och glömmer ingen av er, men ett innerligt tack för vår vänskap.

Innehållsförteckning

Författarens tack v
Sammanfattning ix
Summary in English xii
Förord xv
Lista över artiklar ingående i licentiatavhandlingen xvii
Introduktion 1
Bakgrund 2
Familjen 2
Hälsolitteracitet som teoretiskt begrepp 3
Informationssökande i relation till föräldrars hälsolitteracitet 5
Internet 9
Barnhälsovården i Europa och världen 10
Barnhälsovården i Sverige 13
Rådgivning inom Barnhälsovården 17
Vetenskaplig utgångspunkt 17
Teori om familjefokuserad omvårdnad 18
Teorin om egenvård; förmågan till egenvård eller egenvårdsbrist 19
Rational 21
Övergripande Syfte och delsyften 22
Metod 23
Procedur för rekrytering av deltagare 24
Datainsamlingsmetoder 26
Semistrukturerade intervjuer 26
Enkät 28
Dataanalys 29
Kvalitativ innehållsanalys 29
Statistiska analyser 31
Etik 32
Resultat av intervjustudien 33

Barnhälsovårdens sjuksköterskors erfarenhet av föräldrars Internetanvändning 33

Internet underlättar vård samt tillgång och tillgänglighet av vård och vårdinformation 34

Internet gör yrkesutövande mer komplext..... 36

Ett behov av förändrad yrkesroll för BVC-ssk 40

Resultat av delstudie 2 - Hur söker och använder föräldrar till friska barn den webbaserade information de finner? 42

I vilken utsträckning och varför används Internet 42

Föräldrars trovärdighetsbedömning av funnen information..... 43

Anledningar till att använda Internet 45

Vård och sjukvårdsrådgivning via Internet..... 47

Diskussion 50

Metoddiskussion..... 60

Metoddiskussion 60

Generellt 60

Förförståelse..... 61

Delstudie I 61

Delstudie II 62

Kliniska implikationer och konklusion 64

Referenslista 65

Sammanfattning

Att bli förälder är en livsomvälvande händelse som kan vara både glädjande och skrämmande. Som förälder ansvarar man för en annan människa där man i vissa fall behöver ny information, kunskap och råd för att leva upp till de nya kraven som en förändrad familjesituation kräver. Förmågan att tillgodogöra sig information, kunskap och råd kan relateras till begreppet hälsolitteracitet som berör hur personer förstår och tillgodogör sig hälsorelaterad information. Den svenska barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa och utveckling och förebygga ohälsa hos barn, samt stödja föräldrar i föräldrarollen. Barnhälsovårdens sjuksköterskor följer barnets hälsa och utveckling till dess att barnet fyller fem år och är en viktig del i stöttningen av föräldrarna. De flesta av dagens föräldrar är födda i den digitala generationen och Internet är en naturlig källa till information och ökad kunskap. Föräldrarnas hälsolitteracitet kan inverka på hur internetinformationen påverkar dem och deras agerande för att möta barnens behov. I nuläget är litet känt om hur informationsöverflödet från digitala källor som Internet används av föräldrar och i interaktionen med barnhälsovården. Denna licentiatavhandlings syfte är att generera ökad kunskap om hur föräldrar använder Internet för hälsorelaterad information relaterat till deras 0–6 åriga friska barn och hur detta kan påverka dem själva samt om och i så fall, hur detta inverkar på barnavårdssjuksköterskans konsultativa arbete.

I licentiatavhandlingen ingår två delstudier: Delstudie I genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor (n=20) verksamma

inom Barnhälsovården. Syftet var att beskriva deras erfarenheter och uppfattningar om föräldrars internetanvändning. I resultatet framkom tre kategorier som belyste syftet: Det framkom att ”Internet underlättar vård samt tillgång och tillgänglighet av vård och vårdinformation”, vidare att ” Internet gör yrkesutövande mer komplext” samt till sist uttrycktes det ”Ett behov av förändrad yrkesroll för barnhälsovårdssjuksköterskan”.

I delstudie II genomfördes en enkätundersökning med föräldrar (n=687) som hade barn inskrivna på barnhälsovården inom en region i norra Sverige. Syftet var att beskriva föräldrars internetanvändning för råd eller information relaterat till hälsa och barns utveckling för deras friska barn samt hur informationen användes i kontakten med Barnhälsovården. Nästan alla föräldrar (n=686), uppfattade att Internet är en bra informationskälla för råd och information om barns hälsa och utveckling, men de uttryckte osäkerhet inför mängden av information samt kring den egna förmågan att söka, sortera och värdera funnen information. I resultatet sågs också att många föräldrar 81,7% (n = 561) önskade ha stöd och vägledning av sin barnhälsovårdssjuksköterska avseende internetinformation och webbsidor.

Licentiatavhandlingens resultat visar att föräldrar har ett behov av stöd och att barnhälsovårdens sjuksköterskor genom den uppbyggda relationen dem emellan både kan vägleda och ge råd för att stödja föräldrar. Genom att stödja föräldrar på detta sätt kan barnhälsovården bidra till att öka föräldrars hälsolitteracitet och därmed även deras hälsokompetens.

Barnhälsovårdens medarbetare behöver kompetensutveckling och verktyg för att kunna stödja föräldrar mot större hälsolitteracitet och därigenom även en högre hälsokompetens. Det ses som viktigt att utveckla fler kvalitetssäkrade digitala verktyg som komplement till dagens Barnhälsovård baserad på personliga möten. Verktygen skulle kunna bestå i att stötta föräldrar till att söka och värdera information från evidensbaserade källor, samt att införliva chatt och videokonferensmöjligheter mellan föräldrar och barnhälsovårdssjuksköterskorna också inom offentlig sjukvård.

Nyckelord: Barnhälsovård, Hälsolitteracitet, Internet, Familj, Rådgivning

Summary in English

Becoming a parent is a life-changing event that can be both gratifying and scary. As a parent, one is responsible for another person, where there sometimes is a need for new information, knowledge, and advice to live up to the new requirements that a changing family situation requires. The ability to make use of information, knowledge, and advice can be related to the concept of health literacy that affects how people understand and make use of health-related information. The goal of Swedish child health care is to promote children's health and development and prevent ill-health in children, as well as support parents in the role of parenting. Child health care nurses follow the child's health and development until the child turns five years and is an important part of supporting the parents. Most of today's parents are born in the digital generation and the Internet is a natural source of information for increased knowledge. Parental health literacy can affect how Internet information affects them and their actions based on the needs of the children. At present, little is known about how the information flow from digital sources such as the Internet is used by parents and in the interaction with child health care. The purpose of this licentiate thesis is to generate increased knowledge about how parents use the Internet for health-related information related to their 0–6-year-old healthy children and how this may affect themselves and if so how this, in turn, affects the nurse's consultative work.

The licentiate thesis includes two sub-studies: Sub-study I was conducted as a qualitative interview study with nurses (n = 20) active

in child health care. The purpose was to describe their experiences and perceptions of parents' internet use. In the results, three categories emerged that highlighted the purpose: “The Internet facilitates care and access to care- and care information”, further “The Internet makes professional practice more complex” and finally “A need for a changing professional role for the child health care nurse".

In sub-study II, a survey was conducted with parents (n = 687) who had children enrolled in child health care. The purpose was to describe parents' Internet use for advice and information related to health and child development for their healthy children and how the information was used in contact with child health care. Almost all parents (n = 686) perceived that the Internet was a good source of information for advice and information on children's health and development, but they expressed uncertainty about the amount of information and their own ability to search, sort and evaluate the information found. The results also showed that many parents 81.7% (n = 561) wanted support and guidance from their child health care nurse regarding internet information and web pages.

The thesis results showed that parents need support and that the child health care nurses can both guide and advice to support parents through the established relationship between them. By supporting parents in this way, the child health care can promote parental health literacy.

Based on the research carried out and to meet parental demand for advice on their children's health there is a proposal for a digital solution, a chat or a kind of digital reception where parents can consult the child

health care nurse and confirm whether they thought right, or get additional advice and information, which would be an innovative proposal.

The staff of Swedish child health care are in need of competence development, as well as tools in order to be able to support and promote parents towards health literacy. It seems necessary to develop adequate and quality assured digital tools as a complement to the present child health care which has its base in personal meetings. The tools could include the competence of supporting parents to search and validate information from evidence-based sources, as well as the incorporation of chat and videoconference possibilities between parents and child health nurses.

Keyword: Child Health Care, Counseling, Health Literacy, Internet, Family

Förord

2010 började författaren (LV) en anställning inom Barnhälsovården som Barnhälsovårdsjuksköterska. I arbetet upptäcktes då en brist i förståelse mellan föräldrar och barnhälsovårdssjuksköterskor. Dagens föräldrar omnämns som den digitala generationen och antas använda Internet, det vill säga uppvuxna med Internet till hands från att de föds och vana vid det. Sjukvården hade inte hängt med den snabba internetutvecklingen och många hälsoprofessioner hade inte ställt om till, eller hunnit skaffa, den digitala kompetensen. De barnhälsovårdssjuksköterskor som jobbade när jag började var sedan länge anställda och upplevdes ha en auktoritet som sakkunnig och hade en annan syn än föräldrarna som tog del av den digitala tidens kunskapsflöden, Upplevelsen var att de kunde inte riktigt kunde mötas i samförstånd utifrån sina olika kunskapsgrunder. Då började funderingarna på hur tänket kunde ändras inom Barnhälsovården för att kunna möta föräldrar på deras nivå. Svensk Barnhälsovård har en lång historisk bakgrund. När barnavården blev statsunderstödd växte barnavårdscentralen stort under närmaste decenniet. Från början var grundmeningen med hälsoarbetet på barnavårdscentralerna att förebygga och identifiera sjukdom, samt att följa barns fysiska hälsa och tillväxt. Sedan utvecklades program för vaccinationer, hälsoövervakning, prevention av olyckor och hälsoupplysning (Socialstyrelsen, 2014). Barnhälsovården har idag egna väntrum på Hälsocentralerna för att skilja det hälsovårdande arbetet med barnen från de övrigt sjuka på en Hälsocentral. Allt eftersom att samhället har

utvecklats har barnhälsovårdens inriktning också utvecklats. Idag ligger en stor del av barnhälsovårdens uppgifter i att stödja föräldraskapet och är mer psykosocialt inriktat. Stödet till föräldrarna främjar barnets utveckling och utgör en kvalitetsfaktor i barnavårdens arbete (Socialstyrelsen, 2014). Så frågan kvarstod, Hur stödjer barnhälsovårdsjuksköterskorna föräldrar bäst och möter dem på deras nivå i denna digitala tid?

Det var där den här forskningsresan började ….

Lista över artiklar ingående i licentiatavhandlingen

I. Valan, L., Sundin, K., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Child health nurses' experiences and opinions of parent Internet use. *Early child development and care*; *188* (12), 1736 – 1747
Doi: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-method study on parents' search patterns. *Open Journal of* Nursing, *8* (10). Doi: 10.4236/ojn.2018.810055

Introduktion

Hälsoråd som söks av föräldrar via Internet kan både oroa dem och stärka dem i deras beslut kring sina barns hälsa. För att bidra med mer kunskap om barnhälsovården avseende mötet mellan föräldrar och barnhälsovårdssjuksköterskan (BVC-sjuksköterskan) är avsikten med denna licentiatavhandling att närmare studera hur föräldrar använder Internet för råd och information vidare undersöks hur föräldrar använder informationen i kontakt med barnhälsovården och hur barnsjuksköterskan påverkas av detta och hur hon uppfattar föräldrars användande av Internet.

En ambition är att denna nya kunskap kan användas i möten mellan BVC-sjuksköterskan och föräldrar och kan bidra till att stärka hälsolitteracitet och öka föräldrars hälsokompetens och därmed stärka dem i sin föräldraroll och gynna barnens välmående.

Bakgrund

Familjen

Familjen som begrepp i modern tid har ofta setts som en kärna bestående av mamma, pappa, och barn, men familj kan även innefatta de personer som håller fast vid varandra på grund av känslomässiga band. I den föreliggande licentiatavhandlingen har författaren tolkat begreppet familj relativt strikt till att vara bestående av de vårdnadshavare som gått till barnhälsovården med sitt barn, utan vidare värderingar kring vårdnadshavarnas kön, sexualitet eller konstellation. Förväntningar över hur en familj ska se ut förändrar sig över tid, det vi uppfattar som norm idag behöver inte vara det imorgon (Benzein, Hagberg och Saveman, 2017). Som vårdnadshavare för ett barn har föräldrar ansvar som innebär både rättigheter och skyldigheter. När en person är vårdnadshavare är denne även juridisk förälder och det betyder ansvar för barnet upp till 18 års ålder. Wiklund, Wiklund, Pettersson och Boström (2018) menar att bli förälder för första gången är den mest livsomvälvande händelse livet kan innehålla och att föräldraskapet innefattar känslomässiga, fysiska och revolutionerande mentala förändringar. Att bli förälder kan även innebära en känsla av osäkerhet. Den nyblivna föräldern står inför en obekant situation vilket kan skapa en känsla av otrygghet och osäkerhet (Region Västernorrland, 2020). Föräldrar i Wiklund et al (2018) studie utryckte glädje över sitt nyblivna föräldraskap men menade samtidigt att de hade känslan av att de var oförberedda och kände osäkerhet inför sin uppgift att ta hand om det nyfödda barnet. Flergångsföräldrar hade en annan trygghet då de

hade mer erfarenheten och en annan säkerhetskänsla (Wiklund et al., 2018).

Hälsolitteracitet som teoretiskt begrepp

Hälsolitteracitet (engelska begreppet; Health literacy) har som begrepp utvecklats från det mer allmänna begreppet ”literacy” – litteracitet, det vill säga individens förmåga att kunna läsa, förstå och skriva, till att mer inkludera förmågan att förstå och tillgodogöra sig hälsorelaterad information samt även främja eller förbättra hälsa genom att fatta självständiga beslut i hälsofrågor, på svenska kallat Hälsolitteracitet. Den definition som tillämpas i detta licentiatavhandlingsarbete formulerades av Ratzan (2001), en definition som har anammats av American Institute of Medicine:” the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions".

Hälsolitteracitet kräver en komplex sammansättning av färdigheter som att kunna läsa, lyssna, analysera- och ta beslut, samt också förmågan att tillämpa dessa färdigheter på hälsosituationer. Det sistnämnda inkluderar till exempel förmågan att förstå instruktioner om receptbelagda läkemedel, tid för möten och tidsbokningar, kunna läsa medicinska utbildningsbroschyrer, förstå läkarens anvisningar och eventuella samtyckesformulär eller samförstånd, och förmågan att förhandla om komplex hälsovård (Ringsberg, Olander & Tillgren, 2014. s 47–49). Världshälsoorganisationen (WHO) har i sin publikation om hälsolitteracitet (2013) sammanfattat graden av hälsolitteracitet som en avvägning av individens kompetens och förmåga relaterat till

situationens krav och komplexitet. WHO definierar i publikationen hälsolitteracitet till fyra nivåer; otillräcklig, problematisk, tillräcklig och utmärkt hälsokunskap. WHO värderar då svag/otillräcklig hälsolitteracitet i graden av begränsad läsförståelse, mera riskfyllda hälsoval, behandlingsbeslut vid sjukdom och sämre val i vardagen. Nästan hälften av europeiska medborgare har vid publikationen visat sig ha otillräckliga eller problematisk grad av hälsolitteracitet (WHO, 2013).

I andra definitioner av Hälsolitteracitet fokuseras det på specifika färdigheter som behövs för att navigera i hälsovårdssystemet eller i webbaserad information och även på vikten av tydlig kommunikation mellan vårdgivare och patienter. Både vårdgivare och patienter spelar viktiga roller i hälsolitteracitet eller i patientens förmåga att uppnå hälsokompetens (Ringsberg, Olander & Tillgren, 2014. s 50–52, 227–237).

Regionerna satsar idag på ”personcentrerad" vård som en del av en övergripande satsning på att förbättra kvaliteten på vården och minska kostnaderna. Enskilda patienter och de olika professionerna i vården måste samarbeta för att säkerställa effektiv kommunikation och god vård. Patienterna måste ta en aktiv roll i hälsorelaterade beslut och utveckla förståelse för sin hälsoinformation (Region Västernorrland, 2020), det vill säga utveckla sin hälsolitteracitet (Jfr Ratzan, 2001). Sjukvårdspersonal behöver använda effektiv hälsokommunikation, och även tillhandahålla tryckt och webbaserad information på lättförståeligt språk (Region Västernorrland, 2020).

Om föräldrar saknar eller har låg förmåga att förstå hälsorelaterad information är det vårdpersonalen/professionens uppgift att anpassa informationen så att hälsolitteracitet ska kunna uppnås och stärkas, alternativt hjälpa att vägleda mot detta (Ringsberg, Olander & Tillgren, 2014. s 86–92)

Med utvecklingen av Internet som en källa till hälsoinformation kan hälsolitteracitet också innefatta förmågan att söka på Internet och utvärdera webbplatser (Jfr Ratzan, 2001). I en studie av Manganello, Falisi, Roberts, Smith och McKenzie (2017) var Internet ett förstahandsval för information vid akuta skador för mödrar med yngre barn. Dessa mammor fick i studien även göra en självskattning om de hade hög eller låg hälsolitteracitet i sitt urskiljande av information. Även om dessa mödrar självskattade sig som personer med lägre hälsolitteracitet så hindrade detta inte att de ändå valde att söka informationen på Internet.

Informationssökande i relation till föräldrars hälsolitteracitet

I dagens digitala samhälle är Internet en självklar kanal för att söka kunskap. Manganello et al. (2017) observerade i en studie att Internet var den mest använda källan för information när föräldrar ville ha kunskap om sina barns skador, dock var föräldrar med låg hälsolitteracitet mindre benägna att söka information via Internet. Dessa föräldrar hade även svårt att tala med läkare om sina barns skador. Studien visar att ju lägre hälsolitteracitet föräldrar hade ju mindre föredrog de Internet som informationskälla (Manganello et al. 2017). Drent, Brousseau och Morrison (2018) menar att de flesta föräldrar i

deras studie (76 % av 1081 medverkande personer) har tillgång till Internet genom sina smartphones, men att de med låg hälsolitteracitet hellre ville ha utskrifter eller broschyrer om barns hälsotillstånd. Dessa föräldrar ville även erhålla kompletterande information om vilka symtom och tecken de borde känna till när de gällde sina barn. Föräldrar med högre hälsolitteracitet kunde själva se symtomen på sjukdom hos sina barn och handla i enighet därifrån. Hälften av föräldrarna i studien upplevde att de själva lätt kunde finna adekvat information via Internet och att detta var att föredra för det var ett enkelt och snabbt sätt (Drent, Brousseau & Morrison, 2018).

Johnston, Fowler, Wilson och Kelly (2015) beskriver hälsolitteracitet som föräldrars förmåga att förse sig eller ta del av kunskap, för att sedan även förstå den så att kunskapen går att omvandla i praktisk handling. De menar att speciellt förstagångsföräldrar kan ha svårt att finna adekvat information på Internet eftersom det är första gången de tar del av barnhälsovård eller information som har att göra med barn/ om barn. Studien visar att om föräldrarna får vägledning i vad som är och hur man söker adekvat kunskap genom Internet eller litteratur, såsom vetenskapligt förankrade webbsidor eller böcker, så ökar deras förmåga till hälsolitteracitet (Johnston, et al. 2015).

I en interventionsstudie utförd av Dalrymple, Rogers, Zach och Luberti (2018) med syfte att skapa en patientportal för sjuka barns föräldrar konstaterar de att för att lyckas och nå framgång är det viktigt med ett positivt intryck och att informationen är anpassad så att även föräldrar med låg hälsolitteracitet kan ta till sig informationen. Bedömningen av

föräldrars hälsolitteracitet skedde genom att de besvarade ett frågeformulär.

Yardi, Caldwell, Barnes och Scott (2018) beskriver att föräldrar till barn som är inneliggande eller har legat på sjukhus till stor del (96 %, 26 av 27 respondenter) använder Internet för medicinsk information och hälsoinformation. Som förberedelse för läkarbesök söker de information på Internet för att veta vad de ska fråga, och efter ett läkarbesök eller en rond använder de Internet för att förstå vad som sas och att få svar på det som inte blev sagt. Neill, Jones, Lakhanpaul och Thomson (2014) menar att föräldrar väljer Internet som informationskälla för att det är lättillgängligt. De intervjuade föräldrarna valde även att gå ut i sociala medier med sina frågor då detta gav snabba svar och därigenom även kunde undvika kritiskt bemötande från läkare eller annan vårdpersonal. Internet sågs även som ett bra alternativ på obekväma tider då det upplevdes besvärande att väcka någon eller ta sig till vårdinrättningar. I de fall där föräldrar ändå haft kontakt med vårdpersonal, uppskattade föräldrarna att få tips om tillförlitliga applikationer för smarta telefoner eller Internetsidor. Seblefsky, Karner, Voitl, Klein, Voitl och Böck (2015) menar i deras studie att en stor del föräldrar till exempel söker information när barnet är sjukt, om symtomen är av en sådan art och svårighet att de kan leda till att de kan behöva söka vård på en öppenvårdsmottagning. När barnet blir akut sjukt används Internet dock mer sällan utan mottagningen besöks direkt. Majoriteten (91 % av 471 medverkande personer) söker direkt på Google efter information, medan 76,4% i

studien går direkt in på hälsorelaterade forum för att söka information. Författarna ser inga samband mellan kön och sökmönster, men däremot uttrycker de att föräldrarnas ålder spelar roll. Yngre föräldrar har en större benägenhet att vända sig till Internet i första hand för att inhämta sin information. Neill at al. (2014) påtalar även att informationssökning via Internet kan vara svårt på grund av mängden information och att svårigheten att hitta adekvata sidor snarare kan öka fäders oro. Fäder uttryckte att Internet många gånger blev ett lätt alternativ för den tid de spenderade med barnen och behövde information var begränsad till helger på grund av deras jobb.

I flera studier (Han & Belcher, 2001; Martinez, 2009; Nicholas, McNeil, Montgomery, Stapelford & McClure, 2004) ses att föräldrar till kroniskt sjuka barn vänder sig till sociala medier på Internet för att komma i kontakt med andra föräldrar som delar erfarenheter av liknande diagnoser och problem. På sociala medier fick de även tips om vart de skulle vända sig i olika situationer samt stöd till att utveckla strategier och verktyg för att hantera barnrelaterade ämnen som skola, träning och barnens utveckling och hälsa. Föräldrarna upplevde även att det var ett lättare sätt att komma i kontakt med det de själva var specifikt intresserade av, jämfört med om det till exempel var på webbsidor där informationen var mer allmän.

Niela-Vilèn, Axelin, Salanterä och Melender (2014) konstaterar i sin studie att Internetbaserat föräldrastöd är bra som komplement men inte utbytbart mot ett verkligt möte med professionell personal. En svårighet med Internet som informationskälla är att knappt hälften av föräldrarna ifrågasatte om informationskällan på Internet var tillförlitlig. Yardi et

al. (2018) drar slutsatsen utifrån sin studie att det är viktigt att diskutera internetanvändandet i mötet i vården, och även att vårdgivarna vägleder mot tillförlitliga källor.

I en litteraturstudie av Jain och Bickham (2014) framkommer det att dagens unga vuxna använder Internet men författarna menar att användarnas bristande hälsolitteracitet är en svårighet och utmaning. De menar att hälsoråd bör kunna sorteras utifrån sin relevans, och med dagens avancerade sökmotorer är det inte säkert att det mest relevanta svaret kommer upp först. Vidare har många allmänna webbsidor inte författarreferenser till sina texter vilket kan göra det svårare att tolka deras trovärdighet. Studien visar även att unga vuxna ofta ej har den vokabulär (”rätt” medicinska termer eller symtom) som är nödvändig för att hitta den mest relevanta hälsoinformationen. När de väl hittat webbsidor med adekvat hälsoinformation, kan även hälsolitteraciteten saknas för att förstå informationen.

Internet som källa för hälsoinformation är ett kraftfullt verktyg för unga och unga vuxna om de investerar i källkritik och personlig utveckling av både sina hälsorelaterade kunskaper i mediekunskap och i att finna lämpliga och tillförlitliga källor online (Jain & Bickham, 2014).

Internet

Internet började som ett militärt projekt för att kunna kommunicera mellan olika delar av landet i USA på 1950-talet. Men Internet, som det är format idag, påbörjade sin utveckling 1978–1980 då några intresserade entreprenörer gick samman för att utveckla hemdatorer med möjlighet att kopplas ihop online (Leiner, et al. 1997).

Utvecklingen gick då fort framåt. Den tidiga implementering med fildelnings och dokumentationsprogram som kunde delas via internet, samt utvecklingen av persondatorer och arbetsstationer, gjorde det möjligt för Internet som koncept att börja blomstra under 1980-talet (Leiner et al. 1997).

Runt 1985 var Internet väl etablerat som ett teknologiskt hjälpmedel för forskare och utvecklare, men nu började även E-post utvecklas som ett meddelandesystem. E-posten kunde nu användas både mellan datorer inom samma företag, men även utanför, både i olika företag och universitet, även över landet mellan olika system och olika människor. Tillväxten fick framgång i den kommersiella sektorn genom med en snabb utveckling av bättre och billigare datorer och modem tillgängliga för allmänheten. En nyckel till den snabba tillväxten på Internet har varit utvecklingen av en fri och öppen tillgång till grundläggande dokument, speciellt specifikationer och protokoll (Leiner et al, 1997).

World wide web (www) inkluderar idag informativa websidor, bloggar, Youtube, Instagram, Facebook och andra sociala medier med mera. Internet har utvecklats till att vara ett sätt att interagera med andra och ett sätt att kommunicera och även ett sätt ta del av ny kunskap (Wysocki, 2015).

Barnhälsovården i Europa och världen

De flesta europeiska länderna har en barnläkarledd Barnhälsovård (BHV) där både barns tillväxt, utveckling samt vaccinationsprogram följs. Länder som Italien, Estonia, Danmark och Georgien har en väl fungerande läkarledd BHV med gratis barnhälsovårdsprogram,

utvecklingsbedömningar, screening för syn och hörsel och vaccinationer (Corsello, et al. 2016; Julge, 2016; Mathiesen et al. 2016; Margevelashvili et al. 2016). Danmark har förutom den läkarledda delen även en kommunal hälsosjuksköterska som gör flertalet hembesök under förskoletiden. I likhet med det svenska programmet innefattas det av ett första hembesök cirka en vecka efter hemgång från Barnbördshus (BB), men till skillnad från Sverige och Norge gör den danska hälsosjuksköterskan sedan fler hembesök som inte är åldersbestämda utan är anpassade utifrån barnens behov (Håkansson et al. 2006). Makedonien är ett av de länder som har barnläkarledd BHV men där finns problemet med att hälsovårdsmyndigheten inte har kontroll över att vården i landet kan erbjudas på ett likvärdigt sätt. Privata aktörer blandas med statliga och detta gör att utformningen av BHV kan skilja sig över landet (Tasic, Danilovski & Gucev, 2016). Länder som Slovenien, Tyskland, Turkiet och Österrike har även de läkarledda barnhälsovårdsprogram, i Slovenien beror detta mest på av bristen på sjuksköterskor, i Tyskland beror BHV programmet mer på om befolkningen har statliga eller privata hälsoförsäkringar (Jurčić et al. 2016; Ehrich et al.2016; Janda, 2016; Kerbl et al. 2016; Cullu & Vural, 2016).

Den Barnhälsovård som är sjuksköterskeledd hittar vi i länder som Sverige, Portugal, Norge, England och Irland, där barnhälsovårdsprogrammet även innehåller teamträffar där läkare ingår för vissa somatiska kontroller (Rikshandboken; Bandiera, Ferrieira & Azevedo, 2016; Helsetilsynet, 2019; Staines et al. 2016; Håkansson et al. 2006). Englands hälsodepartement har säkerställt att lokala

myndigheter har en lagstadgad skyldighet att gentemot barn ha ansvar för utbildning, sociala strukturer, välfärd, skyddande och förebyggande hälsa. Primärvård med hälsoprogram och vaccinationsprogram erbjuds på lokala BHV enheter. Barns välbefinnande i England rankas nära botten i Unicefs lista ” Child well-being status” för välutvecklade i – länder. Detta på grund av hög barnadödlighet, droger och alkohol i unga åldrar, fattigdom och mängden tonårsgraviditeter. Vaccinationerna i England når inte heller WHOs norm på 95 % täckningsgrad, utan rör sig mellan 88–92% beroende på år och barnens ålder (Wolfe, Sigfrid, Chanchlani & Lenton, 2016). Barnhälsovården i England är en mix av offentligt tillhandahållna tjänster på små mottagningar, genom sjukhus, privata hälsocentraler och kommunala inrättningar, detta beroende på geografiska orsaker och även på historiska arrangemang. Bristen på barnläkare gör att BHV till stor del sköts av sjuksköterskor och där läkare behövs görs teaminsatser med läkare och sjuksköterska. Metabol screening, vaccinationer och immunisering samt hörseltester är gratis och övrig BHV finansieras många gånger av privata donatorer (Wolfe et al. 2016).

Ryssland har ett trestegssystem för att stödja barns hälsa; poliklinisk vård, sjukhusvård och rehabilitering. Det som i Ryssland betecknas som barnhälsovård genomförs i team med läkare och sjuksköterska där man i första hand koncentrerar sig på vaccinationsprogrammet och övrig vård är sjukhusvård med eventuell rehabilitering (Branor, Namazova-Baranova, Albiskiy, Ustinova Terletskaya & Komarova, 2016). Kroatien har teamledd BHV bestående av en barnläkare och en sjuksköterska med BVC som täcker ca 85 % av landets barn. På öar

tillhörande landet sköts de resterande 15 % av barnen däremot BHV av familjeläkare och genom sjuksköterskemottagningar. BHV är gratis och har ett väl fungerande preventivt inriktat program med vaccinationer och utvecklingsbedömningar och rådgivning (Mestrovic et al. 2016). Albanien har en primärvård som står för utbildning och information till föräldrar och barn mellan 0–14 år. Konsultationscentralerna är teamledda genom läkare och sjuksköterska och gäller för barn mellan 0 – 6 år, de når även en 98 % vaccinationsgrad bland barn (Bali et al. 2016).

Barnhälsovården i Sverige

Barnhälsovården föddes ur arbetet med att förebygga den höga barndödligheten i Sverige, 1816 hade det kommit en svensk lag där barn under 2 år förordades bli vaccinerade mot smittkoppor. Sverige var då tidigt jämfört med andra länder genom ett införande av ett lagstadgat obligatorium för barnhälsa. Andra länder, till exempel England införde denna vaccination 1853, och räknas ändå som ett land i framkant för barnhälsa (Carlsson & Arvidsson, 1994; Sundin, Hogstedt, Lindberg & Moberg, 2005).

Under slutet av 1800-talet infördes Skolhälsan; 1864 kom lagen Näringsfrihetsförordningen som sa att barn under 12 år inte fick arbeta, 1881 skärptes lagen och detta innebar att man inte fick arbeta förrän man avslutat sin skolgång och då inte mer än 6 timmar per dag för barn 12–14. Mellan 1850 – 1930 utvecklades även den medicinska vetenskapen och pediatrik som medicinsk specialitet etablerades. Samtidigt utvecklades även medicinska upptäckter som förbättrade

barnens hälsa utifrån behandling av de infektionssjukdomar de ofta drabbades av (Sundin et al. 2005).

I Sverige vid sekelskiftet 1900 var luftvägsinfektioner såsom mässling, kikhosta, tuberkulos och även diarrésjukdomar de vanligaste dödsorsakerna för barn och under 1920-talet infördes vaccination mot tuberkulos. Under 1900 – talets början utbildades det fler barnsjuksköterskor, distriktssjuksköterskor och barnläkare vilket fick en stor betydelse för hälsoarbete riktat mot barn (Sundin et al. 2005).

Efter ett riksdagsbeslut 1937 om frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård skapades barnavårdscentraler successivt över hela landet. Dessa kallades då barnavårdsstationer och var en stödjande verksamhet för barn och mödrar som ofta låg i anslutning till BB eller förlossningsavdelningen och i mindre orter utan BB placerades dessa intill provinsialläkarnas mottagningar. Syftet med dessa mottagningar var att upptäcka graviditetsproblem som havandeskapsförgiftning eller blödningar, men där gavs även information om amning, hygien och barnavård. En förebyggande vård genom hälsokontroller av barnet pågick även på dessa barnavårdsstationer. Mottagningarna var fria från avgifter för mödrar och barn och detta innebar en nära 100 % anslutning från föräldrarna och så är det ännu idag inom det vi nu kallar Barnhälsovårdscentraler (BVC) (Sundin et al. 2005). Vaccin mot polio introducerades 1950 och gavs via barnavårdsstationerna. Poliovaccinet var en del av ett preventivt arbete att minska barnadödligheten. Under 1940-talet infördes även en förbättring av skolans barnbespisning med syfte att ge barnen bättre hälsa genom näringsriktig kost. Skolans uppgift förutom

undervisning var även hygien och år 1944 beslutade riksdagen en utbyggnad av skolhälsovården som nu även innefattade syn, hörsel och undervisning om hygieniska levnadsvanor (Sundin et al. 2005).

Under 1960-talet hade handikappförbundet initierat att hälsoövervakning skulle ske även i förskolan. Socialstyrelsen beslutade då att det skulle införas en allmän hälsokontroll för 4 åringar. Fram till 1967 styrdes Barhälsovårdsutvecklingen av statsbidragsbestämmelser (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000). Barnhälsovården fick 1978 ansvaret för förskolans hälsovård och 1981 fastställde Socialstyrelsen att barnhälsovården skulle tillhöra primärvården. För att få jobba inom barnhälsovården måste man nu vara utbildad sjuksköterska och ha specialistsjuksköterskeexamen med inriktning distriktssköterska eller med inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdom och kallas då för BVC-ssk (Baggens, 2002). Under 1990-talet initierade Socialstyrelsen en översyn av barnhälsovårdens program och basprogram i hälsoundersökningar presenterades i Socialstyrelsens allmänna råd 1991:8. Detta utgör än idag delvis den bas som Barnhälsovården arbetar utifrån (Baggens, 2002). Dock upphörde Socialstyrelsens allmänna råd för Barnhälsovården att gälla 2009.

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och tillgängliggöra vägledning för Barnhälsovården som skulle gälla nationellt och år 2014 publicerades Socialstyrelsens 172-sidiga arbete ”Vägledning för Barnhälsovården” (Socialstyrelsen 2014). Barnhälsovården är en fortsättning på Mödravårdens arbete och lämnar sedan när barnet fyller sex år över till skolhälsovården.

År 2005 startades en webbsida som hette ”Growing people” initierad av Sveriges pediatriska samfund. Initialt var den lösenordskyddad för att fungera som hjälp för professionerna. INERA tog 2011 över Growing people och öppnade den för alla och döpte om den till Rikshandboken. INERA ägs av Sveriges kommuner och landsting (SKL) har ansvar för den digitala utvecklingen av digitala tjänster i samarbete med kommuner, regioner och landsting. Då Socialstyrelsen 2014 kom med sin vägledning publicerades den även via Rikshandboken och detta blev då riktlinjerna för Barnhälsovårdens arbete. (Rikshandboken, 2020; Hagelin, Magnusson och Sundelin, 2000).

I både Rikshandboken.se och av Socialstyrelsen (2014) beskrivs barnhälsovårdens mål 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”*. Idag är svensk barnhälsovård sjuksköterskeledd med speciella teamträffar beroende på ålder. Barnhälsovårdsprogrammet börjar med ett hembesök när barnet är cirka 1 vecka gammalt. Barnen kallas sen vid 1–3 veckor, efter 1 månad, efter 6–8 veckor, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12 och 18 månader och vid 3, 4 och 5 år, varav besöken vid 1, 6 och 12 månader samt 3 år är teamträffar. Svensk Barnhälsovård innefattar preventivt arbete, vaccinationer, tillväxt och utvecklingsbedömningar samt föräldrastöd (Rikshandboken, 2020).

Rådgivning inom Barnhälsovården

Rådgivningen inom Barnhälsovården i Sverige har en informativ och pedagogisk målsättning med uppgift att förmedla generell åldersanpassad information. Detta möjliggörs idag genom broschyrer, informationsfoldrar och samtal kring barnet och barnets utveckling med inriktning på deras ålder (Rikshandboken, 2020).

Styrdokumentet ”Vägledning för barnhälsovården” (Socialstyrelsen, 2014) tydliggör att Rikshandboken ska ge konkreta råd för hur rådgivning inom Barnhälsovården (BHV) ska göras. Dokumentet utgör grunden för dagens svenska barnhälsovård, vilken Rikshandboken i stort sett utgår från. Vägledningen lyfter också fram barnhälsovårdens förhållningssätt med syfte att öka individens delaktighet och egenvårdsförmåga (Socialstyrelsen, 2014).

BVC-ssk arbete består i att ge stöd och rådgivning inom BVC som utgår dels från de nationellt styrda samtalsämnena baserade på barnets ålder, samt dels föräldrafrågor som rör den faktiska utvecklingen. De regionala BVC enheterna har även lokala anvisningar om vilka broschyrer eller informationsfoldrar som ska användas som grund för träffar och samtalas om vid varje nyckelålder.

Vetenskaplig utgångspunkt

Denna licentiatavhandling antar ett pragmatiskt synsätt som innebär ett parallellt antagande om att det både existerar en sann verklighet och samtidigt existerar en mängd olika verkligheter. Epistemologiskt antar licentiatavhandlingen att det går att avtäcka respektive fånga dessa verkligheter, därför har både kvalitativa och kvantitativa metoder

använts för att besvara forskningsfrågan (Dewey, 2020). Licentiatavhandlingen tar utgångspunkt i familjefokuserad omvårdnad som omvårdnadsteori med intention att stödja och ha omtanke om familjen (Wright och Leahey, 2013) och se familjen i ett sammanhang för att kunna ge kunskap för egenvård som stöd (Orem, 2001). Stödet till föräldrarna främjar även barnets utveckling (Socialstyrelsen, 2014).

I den vetenskapliga ansats som valts för denna licentiatavhandling ingår två omvårdnadsteorier som interagerar med varandra i såväl båda delstudiernas syfte som resultat. De två som inspirerat är teorierna om familjefokuserad omvårdnad (Wright & Leahey, 2013; Kolbrun Svavarsdottir & Jonsdottir, 2011), och teorin om ”self-care deficit”, det vill säga förmågan till egenvård (Hartweg, 1991). Familjen bestående av en eller två, eller fler föräldrar och ett eller flera barn är en helhet och gemensamheten är en kontext (Wright, Watson & Bell, 2002) där BVC-ssk kan gå in och stödja. Barnhälsovårdens sjuksköterska arbetar med hälsopromotion som utgångspunkt på familjenivå (Winroth, 2015. s 126–128) och behöver i sitt arbete stötta föräldrar till förmågan till egenvård (Hartweg, 1991) och även vägleda mot större hälsolitteracitet (Jfr Ratzan, 2001). De två omvårdnadsteorierna genomsyrar tillsammans hela arbetet från datainsamling till licentiatavhandling, men har haft mest praktisk betydelse i samband med analys och fördjupad förståelse av studiens resultat.

Teori om familjefokuserad omvårdnad

Teorin utgår från synen att familjen är en komplex helhet och att om ohälsa finns i någon del av konstellationen så påverkas familjen som

helhet. Teori, omvårdnad och studiens forskning är alla interaktiva delar av familjefokuserad omvårdnad och är även viktiga beståndsdelar i sjuksköterskans omvårdnad av familjen. Genom att förstå familjefokuserad omvårdnad som teori och modell så kan sjuksköterskan få ett helhetsgrepp om familjen och på detta sätt få en större förståelse för att stödja och uppmuntra familjen till hälsokompetens. Teorin har skapats ur konsensus av ett systemiskt förhållningsätt där interaktioner, relationer, mönster, sammanhang och funktioner alla varit ömsesidigt beroende av varandra (Benzein, Hagberg och Savman, 2017). I licentiatavhandlingens delstudier (I och II) har familjen inte definierats som en särskild norm utan varit helheten runt barnet som möjliggör att barnet mår bra. Sjuksköterskans omvårdnad genomsyrar tänkandet att om delar av familjen har ohälsa eller mentala svårigheter så påverkar det den övriga familjen, genom till exempel ökad föräldraoro, eller barnets ohälsa (Benzein, Hagberg och Saveman, 2017).

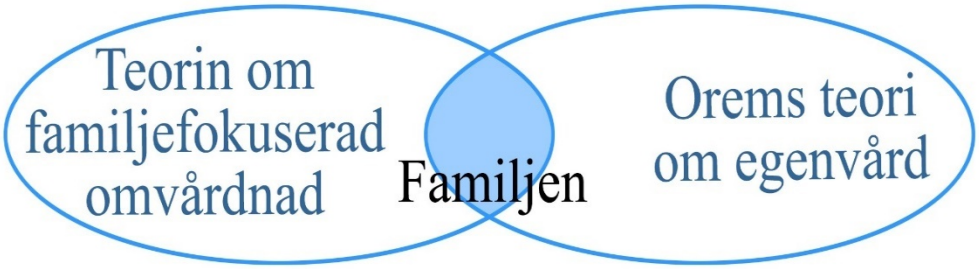
Teorin om egenvård; förmågan till egenvård eller egenvårdsbrist

Dorothea Orems egenvårdsteori (Orem, 2001) presenterades första gången 1971, men har därefter genomgått flera revideringar. Orem har konstruerat en egenvårdsmodell, vilken består av tre olika teorier. En teori om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystem. Med egenvård menar Orem de aktiviteter som individen självständigt utför för att upprätthålla sin egen hälsa. Egenvårdskapaciteten är kort sagt den förmåga individen har att upprätthålla hälsa och välbefinnande och den varierar med bland annat ålder, hälsotillstånd, livserfarenhet och andra resurser. Teorin om egenvårdsbrist beskriver när en person

är i behov av omvårdnad och detta är enligt Orem när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Teorin om omvårdnadssystem beskriver olika omvårdnadssituationer som kan uppstå, när någon är i behov av hjälp (omvårdnad) och någon annan har förmågan att hjälpa. Denna förmåga kallas omvårdnadskapacitet och syftar till att kompensera en individs egenvårdskapacitet, helt eller delvis, då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehovet.

Orems teori om omvårdnadssystem kan användas i beskrivningen av sjuksköterskans förmåga att stärka patienten mot bra egenvård som är direkt jämförbar med de sätt som barnhälsovårdens sjuksköterskor hjälper föräldrar (Orem, 2001). Orems (Hartweg, 1991) Teorin om egenvårdsbrist kan istället jämföras med föräldrars sökande på Internet efter information och deras förmåga att ta till sig och använda den hälsokunskapen, Detta går att omsätta i nutidens internetera och är i detta fall att jämföra med hälsolitteracitet, och vikten att kunna ta till sig egenvård och öka sin hälsokunskap för främjandet av egen hälsa och personlig omvårdnad eller sin familjs.

Nedan visas omvårdnadsteorierna familjefokuserad omvårdnad och Orems teori om egenvård som en överlappande interaktion runt familjen. Figur 1;



Figur 1. De två teoriernas överlappande område

Rational

Internet spelar en stor roll som informationskälla för föräldrar i deras strävan att öka hälsa och välmående hos sina barn. Tidigare forskning fokuserar på barn med specifika diagnoser och sjukhusvistelser, hälsolitteracitet och internetanvändning för råd samt samhörighet och kunskap om sitt barns sjukdom. Studier visar även att föräldrarnas användning och tillämpning av internetråden påverkas av deras hälsolitteracitet. Det saknas kunskap om hur föräldrar använder Internet i interaktionen med vården när de har frågor som rör deras normalt friska barn. Denna licentiatavhandling bidrar till att minska kunskapsluckan om hur föräldrar använder Internet för råd och information om sina barn samt hur barnhälsovårdens sjuksköterskor

kan möta och stödja dessa föräldrar inom ramen för barnhälsovårdens konsultativa arbete.

Övergripande Syfte och delsyften

Det övergripande syftet med denna licentiatavhandling är att generera ökad kunskap om hur föräldrar använder Internet för hälsorelaterad information relaterat till deras friska 0–6 åriga barn och om och i så fall hur detta kan påverka dem själva samt om och i så fall hur detta inverkar på barnavårdssjuksköterskans konsultativa arbete.

- Syftet med delstudie I var att beskriva barnhälsovårdens sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om föräldrars internetanvändning.

- Syftet med delstudie II var att beskriva föräldrars internetanvändning för råd eller information relaterat till barns hälsa och utveckling för deras friska barn samt hur informationen användes i kontakten med Barnhälsovården

Metod

Licentiatavhandlingsarbetet har övergripande sett en deskriptiv design, där både kvalitativ metod (kvalitativa intervjuer) och mixad metod (kvantitativa enkäter i kombination med intervju) använts för att besvara forskningsfrågorna i det övergripande syftet. De kvalitativa intervjuerna har använts för att beskriva BVC-ssk upplevelser och ta del av deras erfarenhet, och de kvantitativa enkätstudierna för att ta del av en större grupp av föräldrars uppfattningar och data (Creswell och Creswell, 2018: Polit & Beck, 2017). För att kunna beskriva och förstå hur BVC-ssk arbete påverkas av föräldrars internetanvändning genomfördes delstudie I med en kvalitativ intervjustudie. En kvalitativ deskriptiv design användes då syftet var att nå en beskrivning av BVC-ssk upplevelser av hur hon i sitt arbete påverkas av föräldrars användning av Internet för råd och information angående sina barn. Tolkande beskrivning är en mindre kvalitativ undersökning av ett kliniskt fenomen, som syftar till att fånga teman och mönster inom subjektiva uppfattningar och därigenom generera en tolkningsbeskrivning som kan leda till en större klinisk förståelse av detta fenomen (Thorne, 2008). Enligt Polit och Beck (2017) är kvalitativa metoders mål att utveckla en förståelse av ett fenomen i dess naturliga miljö och hur detta fenomen upplevs av individerna i dess närhet. Resultatet av delstudie I kan ge en större kunskap om BVC-ssk erfarenheter och uppfattning om föräldrars internetanvändning och resultatet av delstudie II kan ge en större förståelse av föräldrars internetanvändning för råd eller information relaterat till hälsa och

barns utveckling för deras friska barn samt hur informationen används i kontakten med Barnhälsovården.

En mixad metod (Creswell, Vicky och Lark, 2007) användes för att svara på forskningsfrågorna i delstudie II. Som ett första steg distribuerades en enkät till föräldrar och som ett andra steg gjordes en narrativ intervju som integrerad med enkäterna gav en möjlighet att uppnå en djupare förståelse av insamlade data (Creswell och Creswell, 2018).

Procedur för rekrytering av deltagare

I båda delstudierna har ett ändamålsenligt urval tillämpats, vilket innebär att deltagare som uppfyller uppställda inklusionskriterier tillfrågades om deltagande (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier för urvalet till delstudie I var BVC-ssk som var utbildade distriktssköterskor alternativt specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot barn och unga som arbetade inom primärvården i Västernorrland med barnhälsovård. De skulle vid intervjutillfället ha arbetat med barnhälsovård i minst ett år (Jfr Polit & Beck, 2017). Skriftlig information om studien och förfrågan om tillstånd att genomföra studien har skickats via mail till enhetscheferna vid alla Hälsocentraler i Västernorrland under 2013.

Inklusionskriterier för urvalet till delstudie II var: Föräldrar som hade ett friskt barn mellan 0-6 år som var listad i barnhälsovården på barnhälsocentraler i primärvården, i Västernorrlands län i Sverige. Inklusionskriterier var även att föräldrarna kunde läsa och uttrycka sig i både tal och skrift på svenska. Föräldrar som inte förstod svenska och

som inte kunde svara på enkätfrågorna i skriftlig form samt de föräldrar som valde att inte fylla i frågeformuläret exkluderas.

Efter att tillstånd erhållits från enhetscheferna skickades via mail en förfrågan till tjugofem BVC-ssk om de var intresserade av att delta i delstudie I, och om de var villiga att förmedla förfrågan om deltagande i enkätstudien till föräldrarna. Enkäterna utgjorde datainsamlingen i delstudie II. Avhandlingsförfattaren tog sedan kontakt med de BVC-ssk som tackat ja till deltagandet i studien eller som önskade mer information om studien, via telefon och bestämde tid att förklara eller plats att genomföra intervjun (Jfr Olsson & Sörensen, 2011). Sammanlagt tackade tjugo av de tjugofem inbjudna BVC-ssk ja till medverkan.

Efter genomförd medverkan i delstudie I, överlämnade de tjugo intervjuade BVC-ssk i sin tur ett informationsbrev med förfrågan om deltagande i delstudie II till de fyrtio första föräldrarna i samband med barnens ordinäre och planerade BVC besök. Dessa föräldrar fick varsitt exemplar av enkäten samt ett försättsblad med information om studien, om innebörden av deltagande och att deltagandet var frivilligt. Det stod även att de efter ett deltagande skulle lämna enkäten i en sluten låda i BVC väntrummet. Av 800 utlämnade enkäter återbördades 687 in vilket motsvarar en svarsfrekvens på 86%. Se tabell 1 nedan för detaljer (Jfr Olsson & Sörensen, 2011).

Tabell 1: Beskrivande information om Inkluderade hälsocentraler med barnhälsovård

Hälsocentraler (HC)	Barn listade vid varje HC	Antal BVC-ssk	Besvarade enkäter	Andel (%) barn registrerade/ listade vid varje HC
1	1467	3	40+ 39+ 39	8 %
2	338	2	21 + 22	13 %
3	600	2	37 +40	13 %
4	942	1	40	4 %
5	501	2	33 +32	13 %
6	805	1	35	4 %
7	318	2	30 +30	19 %
8	225	1	30	12 %
9	1445	2	36 + 40	5 %
10	399	1	32	8 %
11	358	1	40	11 %
12	746	1	40	5 %
13	459	1	39	8 %
Total	8603	20	687	100 %

Datainsamlingsmetoder

Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer genomfördes både med BVC-ssk i delstudie I och med ett föräldrapar i delstudie II. Semistrukturerade intervjuer har inneburit att intervjun utgår i förväg förberedda frågeområden som lades fram på liknande sätt i alla intervjuer, men som

sedan efterföljdes av kompletterande frågor beroende på respondentens svar.

Intervju är en muntlig utfrågning som kan ge en större mängd data och forskarna kan ställa mer komplicerade frågor än vid enkät (Hansagi & Allebeck, 1994; Kvale & Brinkman, 2014*)*.

I delstudie I gav intervjuerna BVC-ssk möjlighet att uttrycka sin subjektiva kunskap och mening (Mishler, 1986). En intervjuguide användes med tre huvudfrågor där BVC-ssk ombads berätta om sina upplevelser. Frågorna ”Berätta vilken betydelse du tror att föräldrarnas Internetanvändande har för barnhälsovården?” och ”Berätta hur du upplever att ditt arbete påverkas av den information föräldrar knutna till din barnavårdscentral, tagit del av genom Internet?” Och ”Berätta om din relation till småbarnsföräldrar påverkas av den information dessa föräldrar tagit del av genom Internet, och i så fall hur?” användes. Frågorna ställdes på likartade sätt så att grundmeningen med syftet uppfattades likartat av alla intervjuade (Jfr. Olsson & Sörensen, 2007).

Data samlades in vid ett individuellt intervjutillfälle per BVC-sjuksköterska. Ljudinspelning av intervjuerna skedde separat vid varje tillfälle. BVC-sjuksköterskornas intervjuer varade mellan 40–120 minuter och transkriberades därefter ordagrant till så många sidor som behövdes utifrån intervjuns storlek (Jfr. Graneheim & Lundman, 2004).

I delstudie II gjordes en semistrukturerad intervju med två föräldrar från en av hälsocentralerna som en del av den mixade designen (Creswell och Creswell, 2018). Den kvalitativa intervjun med två föräldrar innehöll samma ämnesområden som frågeformuläret. Hur använder du

Internet? Varför använder du Internet? Är Internet tillförlitlig? Har du använt den information du hittade på Internet när du kontaktar din BVC-ssk? Intervjun varade en timme och 16 minuter och registrerades och transkriberades därefter till 16 sidor med text och 1,5 radavstånd och 12,5 teckenstorlek. I texten kallas modern Intervjuad Mor (IM) och fadern som Intervjuad Far (IF).

Enkät

En enkätstudie har i delstudie II genomförts för att få del av ett stort antal föräldrars erfarenhet av sitt Internetanvändande (Jfr Ejlertsson, 2019; Trost och Hultåker, 2016). För att få ett representativt urval av föräldrar inom ett helt län i delstudie II användes en multistegs urvalsmetod (multistage sampling) där en tiondedel av de listade barnens föräldrar som population fick enkäten tilldelad (Tabell 1). Enkäten bestod av 21 frågor med syfte att undersöka hur föräldrar använder Internet för att få råd och finna information angående sina barns hälsa och utveckling. Inledande bakgrundsfrågor ställdes för att få information om dem som besvarat enkäten. Till exempel; ålder, utbildningsnivå, kön (Jfr Trost och Hultåker, 2016). Efter detta riktades frågorna mer mot syftet i sig. Både frågor med förvalda svarsalternativ och frågor med öppna svarsalternativ ingick i enkäten (Trost och Hultåker, 2016). Enkäten är uppdelad i tre domäner efter de inledande bakgrundsfrågorna. Första domänen berörde *hur*, *var* och *vad* föräldrar använder Internet för råd och information. Andra domänen har frågor inriktade på *om* eller *hur* föräldrar sedan använder denna funna information i relationen med sin BVC-ssk, i den avslutande och sista domänen av enkäten handlar frågorna om Internet som *användbart*,

tillförlitligt och *varför* föräldrar söker råd via Internet. I enkäten var 19 av 21 frågor slutna, medan två av frågorna var öppna. Fem av frågorna gav möjlighet att ge annat förslag än de givna och fem av frågorna gav utrymme att motivera eller förklara svaret. Enkätens öppna frågor och öppna fält för att ge valfria förklaringar analyserades separat. De två öppna frågorna var; "Vilka webbplatser använder du på Internet" och "Om du har ytterligare kommentarer om detta ämne skulle vi vara tacksamma om du skulle kunna uttrycka dem här". Citat från de öppna frågorna presenteras i resultatet som citat markerade med P + nummer X, vilket innebär att detta är skrivet av den person som fyllde i frågeformuläret X (Trost och Hultåker, 2016).

Innan enkätstudien påbörjades genomfördes en pilottestning av enkäten i en föräldragrupp knuten till barnhälsovården vid en av hälsocentralerna. Denna pilot gjordes för att pröva om någon av frågorna var svåra, otydliga eller om de var ställda på ett sätt som kunde missförstås. Mindre korrigeringar genomfördes innan enkäten delades ut till den stora gruppen föräldrar. Pilotenkäterna användes inte som data i studien då frågorna hade förändrats utifrån pilottestningens utfall (Ejlertsson, 2019).

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys

De transkriberade intervjuerna insamlat i både delstudie I och II analyserades med en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004), vilket har inneburit att intervjumaterialet analyserats på ett systematiskt och neutralt sätt.

Denna metod gav möjlighet att identifiera både det manifesta och det latenta innehållet i intervjutexterna. Inledningen av analysen skedde med manifest ansats för att redogöra för det konstaterande och uppenbara i texten. Materialet analyserades vidare med latent ansats för att få fram den underliggande meningen av texten (Graneheim & Lundman, 2004). Textanalysen har delats in i metodologiska steg. Första steget bestod av upprepade översiktliga genomläsningar av alla transkriberade intervjutexter (delstudie I och II) samt text från öppna frågor (delstudie II) sammantaget för att få en första förståelse av texten som en helhet. De textenheter som överensstämde med syftet särskildes och bildade underlag för analys. Texten delades in i meningsenheter utifrån att de innehållsmässigt handlade om samma sak. De identifierade meningsenheterna kondenseras, kodades och de med samma betydelse sorterades och sammanfördes till subkategorier och kategorier. Materialet lästes sedan igenom igen för att finna gemensamt innehåll och om nödvändigt reducera antalet kategorier. Kategoriseringen skedde i så många steg som var nödvändigt till det att fler kategorier inte kunde sammanföras och konsensus bland medförfattarna hade uppnåtts (Lundman & Graneheim, 2017).

Genom att identifiera och formulera ett övergripande tema med underliggande kategorier sammanbands det latenta innehållet i texterna. För att säkerhetsställa trovärdigheten återgick vi kontinuerligt under hela analysen till ursprungsmaterialet (Lundman & Graneheim, 2017).

I delstudie I kodades och sorterades materialet till tre kategorier med tre subkategorier vardera samt i ett övergripande tema ”Föräldrars

internetanvändning påverkar BVC-sjuksköterskans arbete”. Se tabell 2 i resultatet

Statistiska analyser

Numeriska data insamlat i delstudie II analyserades med beskrivande statistik i form av frekvenser och proportioner. IBM SPSS version 24, användes för bearbetning och dataanalys. (Polit & Beck, 2017).

Etik

Inom såväl omvårdnadsforskning som annan forskning krävs etiska reflektioner och etiska överväganden. Detta innebär att det ställs höga krav på forskare att informera deltagarna, att ansvara för deltagarnas säkerhet och konfidentialitet utifrån informerat samtycke med deltagarna. Det ligger även ett ansvar på forskaren att bedöma betydelsen, det vill säga om samhället eller individen kan ha nytta av den nya kunskap som vill nås (EPN, 2013; Polit & Beck, 2017). En etisk reflektion i relation till studien kan vara att deltagarna kan uppleva det positivt att dela med sig av sina erfarenheter. De fick därmed få möjlighet att bearbeta känslor, tankar och uppleva en befrielse att få delge sin åsikt och dessutom en känsla av att de hjälper till att utveckla barnhälsovården. En av riskerna med specifikt kvalitativa studier kan vara att deltagarna delger mer information än de hade planerat att göra och sedan mår dåligt av det. Forskarnas medvetenhet om de etiska kraven är viktig då BVC-sjuksköterskorna under intervjuerna kan komma att beröra både svårigheter inom sitt arbete och personliga styrkor och svagheter. Allt data som presenterats som del av resultat är avidentifierat, så det framgår ej vem som sagt vad i det färdiga resultatet, på liknande sätt så är andra identifierbara aspekter så som plats, namn, ort eller vårdinrättning avidentifierat (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2017). Deltagandet i studierna var frivilligt och deltagarna var informerade om konfidentialitetsaspekterna. Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden vid Umeå universitet (Dno - 2011-446-31M).

Resultat av intervjustudien

Barnhälsovårdens sjuksköterskors erfarenhet av föräldrars Internetanvändning

Syftet med delstudie I var att beskriva barnhälsovårdens sjuksköterskors erfarenheter och uppfattning om föräldrars internetanvändning. Ett övergripande tema som genomsyrar kategorier och subkategorier formulerades; ”Föräldrars internetanvändning påverkar BVC-ssk arbete.” Resultatet åskådliggörs i tre kategorier med vardera tre subkategorier. Kategorierna visar att Internet underlättar vård samt tillgång och tillgänglighet av vård och vårdinformation och Att Internet gör yrkesutövande mer komplex. Framför allt visar resultatet att BVC- ssk ser det som en nödvändighet att förändra sin föräldrastödjande roll som uttrycks i kategorin ”Ett behov av förändrad yrkesroll för BVC-ssk. För en översikt över det identifierade temat och kategorier och subkategorier, se tabell 2

Tabell 2. Övergripande tema, kategorier och Subkategorier identifierade i delstudie 1.		
Tema **FÖRÄLDRARS INTERNETANVÄNDNING PÅVERKAR BVC-SSK ARBETE**		
	Kategorier	
Internet underlättar vård samt tillgång och tillgänglighet av vård och vårdinformation	**Internet gör yrkesutövande mer komplext**	**Ett behov av förändrad yrkesroll för BVC-ssk**
	Subkategorier	
Egenvård som ett komplement till professionell vård	*Sjuksköterskors åsikter om föräldrars tid på sociala medier som oroande i föräldra-barn relationerna*	*Ett behov för en förändrad rådgivning*
BVC-ssk och föräldrar möts i ett tillfälle för ömsesidigt lärande	*Föräldrar saknar en kritisk inställning till Internetinformation*	*Uppleva behovet av att stödja föräldrar och validera Internetinformationen*
E-postkommunikation minskar BVC-ssk stress	*Stressade och oroliga föräldrar som en särskilt bekymmersam grupp*	*En övergång från grundläggande till mer avancerad rådgivning*

Internet underlättar vård samt tillgång och tillgänglighet av vård och vårdinformation

BVC-ssk uttrycker en uppfattning om att Internet kan gagna hennes professionella arbete genom att det underlättar att få kontakt med föräldrar genom E-post och genom att det är lättare att själv hitta

information och därmed hänvisa föräldrarna till evidensbaserad information på websidor. Det underlättar också genom att BVC-ssk kan hänvisa till pålitlig information som föräldrar kan lära av och öka sin kunskap genom, därigenom även sin hälsokompetens som förälder. BVC-ssk uppskattar även att föräldrar med god egenvårdsförmåga, som har kunskap nog att sålla bland informationen de får via Internet, kan gagnas av egenvård som ett komplement till annan professionell vård. Detta upplevdes minska BVC-ssk arbetsbelastning, då dessa föräldrar kunde finna svar på sina frågor och funderingar utan BVC-ssk hjälp. Dessa föräldrar upplevdes även ha en ökad trygghet då Barnhälsovårdscentralen var stängd under kvällar och helger, tack vare deras egen förmåga att hitta lösningar via Internet.

Vidare upplevde BVC-ssk att de skapade ett ömsesidigt lärande i mötet mellan dem själva och föräldrarna. Föräldrar som hittade information på nätet uppgavs skapa diskussioner kring detta med sin BVC-ssk vilket ställde krav på att BVC-ssk ska vara påläst och kunnig. Ett sådant krav beskrevs av BVC-ssk som kunskapsfrämjande för om de professionella inte omedelbart hade svaret kunde de be om att få återkomma efter att ha läst på. Denna kunskapspåfyllnad upplevdes som en positiv följd av föräldrarnas Internetanvändning. Föräldrarna blev mer pålästa och ifrågasättande och detta ställde i sin tur krav på BVC-ssk att vidmakthålla och uppdatera sina professionella kunskaper. Samtidigt erfor BVC-ssk en viss komplexitet i att hon behövde möta ödmjukt inför föräldrarnas framfördes. I vissa fall kunde det, föräldrarna presenterade för henne kunde vara information eller behandlingsriktlinjer hon ännu inte fått vetskap om. Känslan var att

BVC-ssk inte längre kunde ge svar utan att vara försäkrat om kunskapen var vetenskaplig eller evidensbevisad baserad. BCV- ssk uppfattade det att även var lärande att bli ifrågasatt.

> *Ja men mitt arbete påverkas det gör det ju, för jag måste ju också vara mer påläst och jag får ju söka kunskap sen, jag lär mig ju säkert mer utav det tror jag absolut! Så nog tror jag att jag utvecklas av det här också… P18*

E-post kommunikationen upplevdes som underlättande för BVC-ssk arbete. Denna sorts rådgivande och patientnära kommunikation framkommer ha ersatt en del av de tidigare telefonsamtalen med föräldrarna. Med hjälp av E-post kommunikationen var det lätt att skicka länkar om behandlingsriktlinjer, boka om eller ge nya tider samt att vara en kanal för att kunna ge rådgivning och stöd. E-post meddelanden gick att svara på när tid fanns, och gav även tidsutrymmet för BVC-ssk att läsa på inför sitt svar. Förutom att det var enkelt att tillhanda ha så upplevde BVC-ssk att det även minskade hennes arbetsrelaterade stress. Även de BVC-ssk som vid intervjutillfället sa sig vara obekväma med Internet själva uttryckte e-post som en positiv väg att kommunicera med föräldrarna.

Internet gör yrkesutövande mer komplext

BVC-ssk uttryckte en oro för att den tid som föräldrar upplevdes tillbringa på sociala medier (till exempel Facebook, Snapchat, Twitter och Instagram) tog tid som egentligen barnen behövde. Det gavs uttryck om uppfattningar om föräldrars tid på sociala medier var oroande för

goda föräldra-barn relationerna. Den tid som ägnats åt sociala medier är också tid som BVC-ssk uppfattar som att barnen behöver tillsammans med sina föräldrar, och när den saknas kan skada anknytningsprocessen. Sålunda utmanades BVC-ssk att arbeta proaktivt med föräldrarnas internetaktivitet på sociala medier och även ge information om hur internetanvändandet kan interageras med barnens välbefinnande.

> *Åh det kan ju vara stressande också med Internet, åh all information som man kan få. Och hur ska man sålla… det kan ju vara bra diskussioner i föräldragrupperna hur …, ja , om det är stressande eller bra för dem? Åh det är ju väldigt olika har jag förstått, en del tycker ju att de måste ha dom här kontakterna, åh andra blir jättestressade av att va ute på Internet och söka information…. Så det är väldigt individuellt tycker jag, ibland föräldrar hur de tycker. P12*

Oroliga föräldrar upplevdes av BVC- ssk bli ännu oroligare av Internet då de tidvis saknade en kritisk inställning till den information de fann på Internet. BVC-ssk upplevde att föräldrars deltagande på vissa familjesidor och chattforum kunde skapa en viss osäkerhet och även öka oro hos föräldrarna. Informationen som framkom där uppfattades även kunna ge föräldrarna direkt felaktig information som i nästa steg försvårade och skapade mer arbete för BVC-ssk. Ibland upplevdes det ta extra tid för att korrigera föräldrarnas felaktiga kunskap med argumentation om evidensbevisad kunskap. Vid en felaktig rådgivning

eller information, som exempelvis inhämtats från en annan förälder, kunde barnet ha börjat behandlas på ett sätt som missgynnade dess tillfrisknande. Upplevelsen som framkom i resultatet, var att dessa oroade föräldrar även sökte BVC-ssk kontakt oftare, då för att BVC-ssk skulle bekräfta eller bestrida det föräldern läst eller fått som råd på de Internetforum de besökt. Denna föräldraoro misstänkte BVC-ssk även kunde öka föräldrars vårdsökande till akut sjukvård när hon själv inte var på plats, eller hade öppet, för att stävja de felaktiga råd föräldrarna tagit till sig. Upplevelsen var att dessa råd via forum ofta var missvisande eller förvirrande, och för föräldrarna skrämmande och kunde skapa en otrygghet. En känsla bland BVC-ssk var att yngre föräldrar i vissa fall blint trodde på internetråden och sällan ifrågasatte dem, att påståenden och lekmannaråd de läst nästan upplevdes som en verifierad sanning på ett vis.

> *Jag tror ju att i föräldrarollen är man ju otrolig känslig och skör och påverkbar, så att … jag menar man vill ju sitt barn det allra allra bästa. Åh vad är det? Så ska man gå in på nätet och leta det och så får man tusen olika råd, så kan man ju väldigt lätt bli förvirrad. Har man en att vända sig till som förr var det kanske svärmor eller mamma, eller sin BVC-ssk, så var det ju så mycket enklare. Men idag blir det ju mycket mer information och så … Åh råd från alla håll och kanter och det tror jag gör att man som förälder blir mer osäker, så kanske att det egentligen är lite negativt. IP4*

Vaccinmotståndare hänvisade ofta till sådan självvald information och fann sedan stödjande argument via internetrelaterade vaccinationsmotståndssidor. Detta upplevde BVC-ssk som en försvårande faktor för det professionella jobbet, vilket även kändes bekymrande för henne personligen, då hon hade känslan av att inte räcka till för barnens välbefinnande. Vaccinmotstånd upplevdes svårt att bemöta innan BVC-ssk hittat informationen och funnit motargument i evidensbaserad kunskap. Föräldrar i lägre socioekonomiska grupper skapade även de en utmaning för BVC-ssk arbete då de upplevde att de flesta föräldrar inte hade stöd i sitt sociala nätverk för att sålla bland internetråden och att de inte heller vågade ta upp den information de letat fram via Internet i sitt möte med sjuksköterskan på BVC.

En personligt försvårande faktor som en del BVC-ssk upplevde var att de antingen inte hade tiden att sätta sig in i vilka internetsidor som var pålitliga eller att hinna läsa på för att sedan kunna förmedla dessa till föräldrarna, eller så kände de att de inte heller hade förmågan att göra detta.

> *”… nej men det kan ju vara om biverkningarna på vaccin. Eller det kan vara olika överkänsligheter när det gäller födoämnen. …. Det kan vara att alla som ammar tappar sitt hår. Det var det en mamma som uppgav. Åh när vi försökte dementera det i föräldragruppen så sa hon; Nä men det är ju så, för det hade hon ju läst på en sådan sajt. Då spelade det ju ingen roll vad vi sa …. IP8*

Ett behov av förändrad yrkesroll för BVC-ssk

Resultatet visade att BVC-ssk själva ser ett behov av att finna nya vägar att kommunicera och att den professionella rollen behöver ha en strategi för att hjälpa behövande föräldrar att validera internetfunnen information. Det finns behov av en förändrad yrkesroll som BVC-ssk. Detta har sin grund i att rådgivningen utvecklats genom att föräldrar hittar Internets basala råd och att BVC-ssk råd då måste innefatta mer avancerad rådgivning. Utvecklingen gör att BVC-ssk ser ett behov av att förändra sin professionella roll för att kunna stödja föräldrar i de behov de upplever i sin process att ta hand om sitt barn.

I resultatet berättade BVC-ssk om att de upplever att föräldrar söker information på Internet och provar att behandla sitt barn utifrån de råd de tror på, men när detta visar sig inte fungera – då beställer de tid för fördjupade råd via BVC och sin BVC-ssk. Dagens föräldrar utnyttjar Internet för både sociala och informativa syften, och BVC-ssk upplevelse är att det är viktigt att stödja dessa föräldrar i kritiskt tänkande och hjälpa dem urskilja egenvårdsråd eller information som är rätt för deras barn eller dem själva och på detta sätt stötta deras egenvårdförmåga och då även deras hälsolitteracitet. Vissa föräldrar upplevde sig så pass pålästa att det inte räckte för BVC-ssk att ge råd utan att även behöva motivera dessa med en påvisad studie eller annan skriftlig information.

> *"På ett visst sätt känns det som, jag är ganska säker på vad jag säger och har kunskaper .... Men ibland måste du sälja in det lite mer ... än du brukade tidigare ... som att jag använder fler och bättre argument för att verifiera. Och ha*

evidens, åh .... Det är inte längre nog att bara säga att nu gör du så är, nu kan jag ofta behöva referera till en studie, för att understryka och säga: forskning visar ... det är därför det är bra. Det räcker inte med att säga att det är bra, behöver också ange varför och på vilket sätt ... det är så bra ... men det är också ganska bra för mig själv .... Jag lär mig fler saker och Jag behöver också söka på internet ... skratt ... ". IP 17 (Valan et al, 2017).

Resultat av delstudie 2 - Hur söker och använder föräldrar till friska barn den webbaserade information de finner?

Syftet med delstudie II var att beskriva föräldrars internetanvändning för råd eller information relaterat till hälsa och barns utveckling för deras friska barn samt hur informationen användes i kontakten med Barnhälsovården. Svarsfrekvensen på 800 utdelade enkäter var 86 % (n=687), med föräldrar i ålder 18 till 69 år (m=31.87, SD ± 6). De flesta av respondenterna var kvinnor (78%, n=535).

I vilken utsträckning och varför används Internet

Nära på alla föräldrar som besvarade enkäten använder Internet dagligen (97 %, n=686) och resultatet visar att 94 procent (n=646) av dem uppfattade att Internet var väldigt användbart som informationskälla.

De flesta föräldrarna i studien vände sig till Internet angående information om sina barns hälsa (79,9 %) och sina barns utveckling (65,3%). Internet uppfattades som ett bra och effektivt sätt att söka information på, se tabell 3 nedan;

Tabell 3: Ämnen för föräldrars sökningar på Internet

Alternativ	n/ (%)
Hälsa	542 (79,9%)
Utveckling	443 (65,3%)
Läsa råd på forum	347 (51,2%)
Leta utan syfte	261 (38,5%)
Läsa nyheter om barn	217 (32%)
Läsa andra föräldrars bloggar	189 (27,9%)
Fråga egna frågor på forum	69 (10,2%)
Något annat	39 (5,8%)
Chatta, skriva med andra föräldrar	35 (5,2%)
Totalt antal svar	2142
Antal svar per person (medelvärde)	3,1

Föräldrarna redovisade förutom att de letade på specifika ämnen även att de sökte för att få dagliga tips om sina barn eller livet runt barnen, eller för att få ta del av andra föräldrars åsikter och erfarenhet.

Föräldrars trovärdighetsbedömning av funnen information

De flesta föräldrarna bedömde att informationen de funnit på Internet kunde räknas som trovärdig (98,4%, n= 676), och 31 procent (n=214) angav att de kontrollerade att den var grundad i vetenskap.

Föräldrarna beskrev i studiens öppna svar att om de inte litade på ett hittat svar så kunde de söka på fler liknande sidor och ifall sidorna gav likadana svar eller liknande förklaringar så kändes det betryggande och

föräldrarna accepterade detta som pålitlig information. De föräldrar som fortfarande ansåg sig osäkra skrev att de kunde ta den information de hittat till sin BVC-ssk för att höra om hon kunde bekräfta att informationen stämde.

> *IF: Det blir nog ofta så att man dubbelkollar saker; Dom säger så, vad står det här … Kan det stå samma sak?*
>
> *IM: Ja ….*
>
> *IF: Ja ofta står det ju samma sak, då är det perfekt!*
>
> *IM: Men jag kan väl säga att man tar det som egenråd, ja men det man googlar och kollar på Internet åh ja… äh jag vet inte. Sen är det bättre att du då kollar på BVC för då säger BVC nämen har han grönt snor, hur länge har han haft det? Ja i två dagar, har han feber? Nej … nehe men då är det nog bara en vanlig förkylning som är på väg att läka, så ni behöver inte oroa er. Nej det blir ju som en annan …. När man får prata med någon så blir det som att man kan ställa följdfrågor….*
>
> *IF: Motfrågor ja …*
>
> *IM: BVC kan ju träffa och se barnet, det kan ju inte vårdguiden göra …*

Resultatet visade även att föräldrar kände en viss osäkerhet om att hitta den rätta informationen de var i behov av på grund av att Internet innehåller så mycket information och att de även var oroliga att de inte fann rätt information ifall de sökte på fel ställe (webbsidor).

> *IM: Jaha ja, det är ju alltid tillgängligt…*
>
> *IF; Åh snabbt att få reda på information…*
>
> *IM: Ja precis*
>
> *IF: Informationen är ju bara några sekunder bort…*
>
> *IM: Ja oftast, om man vågar chansa i alla fall!*

Anledningar till att använda Internet

Resultatet visar att de flesta föräldrar använde Internet som informationskälla för att det var så enkelt (74 %, n=510) och även tillgängligt (79 %, n=539). Nära hälften (41 %, n=278) av föräldrarna upplevde att Internet var deras förstahandsval när det gällde informationssökning om deras barn. Även för att komplettera den information de fått från BVC-ssk, även söka information utanför BVC öppettider. Det intervjuade föräldraparet uttryckte sig som nedan om Internet;

> *”IF: Ja men då blir det ju en konsekvens av att det är så enormt mycket information…*
> *IM: Ja det är nog en blandning tycker jag … både att det är… blandningen blir ju lätt för mycket information och det gör ju att det också kommer mycket felaktig kommunikation.”*

En redovisning av vilka webbsidor som föräldrarna uppgav sig använda ses i tabell 4 nedan. Som tillägg uppgavs även webbsidor avseende exempelvis olika apotek, giftinformationscentralen, fass.se, bloggar, praktisk medicin och andra barnrelaterade sidor, men då dessa enbart nämndes i mellan en till fem procent av svaren redovisas inte dessa på samma sätt. I de öppna svaren skrev föräldrarna att de främst valde webbsidor för att på ett effektivt sätt ta del av nyheter och andra föräldrars upplevelser och erfarenheter.

Tabell 4 Webbplatser som förälder använder för informationshämtning.

Specificerad webbsida	Kortfattat om innehåll	Vetenskaplig eller evidensbaserad webbsida*	Antal föräldrar som angav denna sida som värdefull	Procent av totalt antal
1177.se **En nationell statligt ägd och rekommenderad webbplats.**	Fakta och råd om sjukdomar och störningar, utveckling och vägledning angående detta. Innehåller förklarande och stödjande filmer, länkar till kontakt med vården, som både direktlänkar och e-hälsa	Ja	655	95 %
Google.se	Sökmotor som hjälper användarna att vägledas till andra webbplatser med relevant information	Inte relevant	261	38 %
Familjeliv.se	Webbplats med nyheter om barn och familjer, basfakta, bloggar, chattar, forum och även erbjudanden från	Nej	172	25 %

	annonseringar och sponsorer på webbplatserna			
Libero.se **Pampers.se** **"Blöjtillverkare"**	Webbplatser om den blöja som valts med nyheter om barnutveckling i olika åldrar. Webb-butik med förmåner beroende på insamlade poäng genom blöjköp och även chattrum för föräldrar	Nej	92	13%
Viforaldrar.se **Vi föräldrar**	Webbplats från en tidning om föräldraskap och barn som innehåller artiklar, nyhetsbrev, bloggar, forum och professionell rådgivning samt chatt	Ja delvis	34	5 %

* Enligt utvärdering av forskargruppen

Vård och sjukvårdsrådgivning via Internet

Resultatet visar att föräldrars erfarenheter av att få rekommendationer av sin BVC-ssk avseende pålitliga webbsidor varierade. Nästan 60 procent (n=407) av föräldrarna upplevde att de fått rekommendationer om webbsidor som gällde hälsa och utveckling för sina barn. Trots detta, så var det bara sex procent

(n=41) av föräldrarna som själva frågade om pålitliga webbsidor när det fanns behov av detta.

> *IF: Åsså är det väl så idag också, vår generation vi är väl…. Vi är som uppväxta med Internet och har det som ett naturligt alternativ i telefonen hela tiden … Vi kan ju ta upp den vid matbordet, vid fikabordet, på bilresan eller när vi är inne på stan… ta upp den och så googla fram det….*
>
> *I: Men har ni hittat tillförlitliga källor?*
>
> *IF: Nej med Internet är mer vår BVC-ssk som vi haft, som vi har haft mailkontakt med och fått veta och det är guld värt.*

Många ville dock att BVC-ssk skulle ge rekommendationer (81,7 %, n= 561). I de öppna skrivna svaren, redovisade föräldrar att de såg Internet som en uppslagsbok men att de sedan även ville kontakta BVC för att de blivit osäkra av internetråden, eller att de helt enkelt ville få råden bekräftade.

> ”*Använder Internet för vård och hälsofrågor istället för uppslagsverk och uppslagsverk/läkarbok. Tycker det är bra som en första orientering. För att kolla att jag orienterat mig rätt ringer jag ibland BVC och förklarar vad jag kommit fram till … ” P523.*

Föräldrar bekräftade att de uppskattade kontakten med BVC-ssk via E-post. Några föräldrar skrev uttryckligen att de önskade en möjlighet att chatta med sin BVC-ssk som komplement till de

fysiska ordinära möten de hade med sin BVC-ssk. Föräldrar summerade även sin enkät med att de uppskattade sin BVC-ssk och att de ville ha en kunnig professionell BVC-ssk som även hade en uppdaterad kunskap om barn och deras utveckling och hälsa.

> *”Vore bra om det fanns en chatt som var öppen vissa timmar dygnet runt som tex. Försäkringskassan har. Där skulle man kunna ställa frågor om barnet och få råd och tips. Att kunna få kontakt med en BVC-ssk större delen av dygnet ... ” P268*

Diskussion

Det övergripande syftet med licentiatavhandlingen var att generera ökad kunskap om hur föräldrar använder Internet för hälsorelaterad information om deras 0–6 åriga friska barn och om och i så fall hur, detta kan påverka dem själva samt om och i så fall hur, detta inverkar på barnavårdssjuksköterskans konsultativa arbete. Delstudie I visar att Internet kan underlätta tillgång till vårdinformation för både föräldrar och BVC-ssk, samtidigt som Internet gör yrkesutövande mer komplext och behovet av en ny roll som BVC-ssk har uppkommit. I likhet med hur Orem beskriver sin teori om omvårdnadssystem (2001) behöver BVC-ssk stärka föräldrars hälsokapacitet genom sin yrkesroll och kompetens. Stressade och oroliga föräldrar blir mer oroliga, tillsammans med föräldrar som saknar en kritisk inställning till Internetinformation, ser BVC-ssk som en svårighet i sitt professionella yrkesutövande.

I delstudie I upplevde BVC-ssk att oroliga föräldrar kunde bli ännu oroligare av Internet då de tidvis saknade en kritisk inställning till den information de fann. Persson, Fridlund, Kvist och Dykes (2012) menar att fäder som får barn för första gången känner förändring både i sin självkänsla och i sitt partnerskap. Om Mamman till barnet upplevde oro så blev även fadern orolig. Wiklund et al. (2018) menade att nyblivna föräldrar har en känsla av osäkerhet inför den nya situationen som förälder. Att som förälder inte kunna sålla bland de råd man hittar på Internet innebär en osäkerhetskänsla och skapar en känsla av otrygghet. BVC-ssk i delstudie I upplever att dessa föräldrar ofta söker kontakt för

att verifiera de råd de hittat via Internet. Även om detta innebar mer jobb eller ökad arbetsbelastning för BVC-ssk, är kontakt och rådgivning vid ett sådant tillfälle en viktig del i att stödja föräldrarnas utveckling av hälsolitteracitet.

I resultatet från delstudie I framkommer ett behov av en förändrad yrkesroll för BVC-ssk. Föräldrar upplevs ha ett behov av stöd i att validera internetinformationen, vilket gör att BVC-ssk behöver förändra rådgivningen så att de kan understödja föräldrars hälsolitteracitet. Ovanstående återspeglas i resultatet som stödjande för föräldrar med låg hälsolitteracitet. Dorothea Orems (Hartweg, 1991) egenvårdsteori är applicerbar i BVC-ssk stöd mot högre hälsolitteracitet för föräldrar. Det vill säga sättet på vilket föräldrar kan ta del av, förstå och ta till sig internetråden med stöd av BVC-ssk. Liknande aspekter har identifierat i en annan svensk studie av Sjöström et al. (2019). I deras studie framkom att distriktsköterskor som möter patienter, utmanas till att utveckla en ny roll, där de upplever att det är viktigt att vara uppdaterad och även att coacha patienter mot framgångsrik egenvård som komplement till den traditionsenliga rådgivningen. I både delstudie I och studien av Sjöström et al. (2019) har föräldrar och patienter funnit hälsoråd via Internet som de kunnat ta till sig och då föds behovet att bemötas utifrån den kontext som de befinner sig. Den traditionella rådgivningen och professionsrollen är, som ovan nämnts, i behov av förändring. även inom andra områden. Fynden i delstudie I pekar på att föräldrar med hög hälsolitteracitet hittar information själva via Internet och påbörjar en behandling eller en hälsofrämjande åtgärd

för sitt barn, men ibland behöver de ändå råd av BVC-ssk när detta inte fungerat. Det kan vara rimligt att anta att graden av hälsolitteracitet hos föräldrarna påverkar beslut om egenvårdsåtgärder och om eller när vårdkontakter bedöms nödvändiga. Detta kan då i nästa steg leda till att de råd som föräldrar har behov av, upplevs som mer avancerade av BVC-ssk. På ett motsvarande sätt framkom i en studie av Drent, Brousseau & Morrison (2018) att föräldrar med hög hälsolitteracitet helst först använde Internet för att hitta relevant information och jämföra den mot olika aspekter av sina barns hälsoproblem.

Som nämnt i resultatet från delstudie I, har BVC-ssk uppfattningen att oroliga föräldrar kunde bli ännu oroligare av Internetinformation, medan trygga föräldrar inte uppfattades ha svårigheter att söka och använda råd från Internet. Det kan förefalla som att oroliga föräldrar i viss mån kan bestå av personer med låg hälsolitteracitet och omvänt att trygga föräldrarna består av de som har hög hälsolitteracitet. Liknande tankar lyfts fram i flera studier. I en studie där föräldrar på en akutmottagning blev intervjuade om hur de önskade att få information rörande hälsa, föredrog 45 % av föräldrarna personlig undervisning medan 38 % använde Internet för att få mer information om barnets tillstånd eller sjukdom. Föräldrar med låg hälsolitteracitet använde Internet i mindre utsträckning kring hälsoaspekter än de med högre hälsolitteracitet. De efterfrågade även sammanfattande och kort skriftlig information (Drent, Brousseau & Morrison, 2018). Sjöström et al. (2019) har i sin studie presenterat resultat, där oroliga patienter sökte information kring diagnoser på Internet, men att den funna

informationen i hög grad förstärkte deras symtom och därigenom gjorde dem ännu mer oroliga.

Hälsolitteracitet förefaller dock inte vara en konstant faktor. I en studie där bedömningsskalor användes för att gradera Hälsolitteracitet hos föräldrar framkom att en universitetsutbildning eller hög utbildningsnivå ofta kunde resultera i en högre grad hälsolitteracitet men vid en stressfylld situation med ett barn inneliggande för vård kunde hälsolitteracitet påverkas negativt (Mackley et al. 2016). En tolkning är att om en orolig förälder (Jfr delstudie I) blir stressad av de råd de finner på Internet så påverkas deras hälsolitteracitet negativt och därigenom även förmågan att förstå och analysera den funna informationen. I enlighet med BVC-ssk uppfattning kan de trygga föräldrarna använda internetråden utan att bli extra oroliga och därmed kunna tillämpa sin hälsolitteracitet i högre utsträckning. Så graden av hälsolitteracitet förfaller även bero på situationen föräldrar befinner sig i.

I delstudie II sökte flertalet av föräldrarna information på internet (97 %, n=666) och i likhet med studien av Yardi et al. (2018) söker nästintill alla (96 %, n=308) föräldrar i föreliggande licentiatavhandling hälsoinformation via Internet. Många av föräldrarna i studien av Yardi et al. (2018) är dock osäkra på om den information de funnit är tillförlitlig. Vissa föräldrar är så tveksamma att de inte heller vågar föra fram och diskutera sin funna information i ett möte med professionen eller vårdpersonal. I delstudie II framkom att föräldrar ansåg Internet som trovärdigt (98,4 %, n=676), men få 6% (n=41) lyfte internetfunnen information med sin BVC-ssk. Samtidigt efterfrågade föräldrar

hänvisningar till trovärdiga internetkällor. Yardi et al. (2018) föreslår i sin studie att professionen bör finna strategier att vinna förtroende för att bemöta dessa föräldrar och även guida dem i sökstrategier. Den svenska barnhälsovårdens hembesök för nyfödda finns i syfte att öka förtroendet mellan BVC-ssk och föräldrar och kan ligga till grund för en tillit för innovationer som skapas i syfte att understödja föräldrars hälsolitteracitet och omsorgsförmåga.

Föräldrarna i delstudie II har webbportalen 1177.se som sitt förstaval (95%, n= 655) för att söka hälsorelaterad information om sina barn, vilket är positivt då den innehåller evidensbaserad information. Mer problematiskt är att 25% (n=172) använder ett chattforum på plattformen Familjeliv.se, en källa som i sig inte är baserad på vetenskaplig kunskap, utan på råd och personliga åsikter från andra föräldrar. Kanske är dock problematiken inte så avgörande. Farrel (2018) som undersökt fenomenet drar slutsatsen att ungefär hälften av de hälsorelaterade råden som ges till eller mellan föräldrar på föräldraforum on-line är helt korrekta och bara en liten del av råden är helt missvisande. Som ett exempel var rådgivning om magsjukor och tarmåkommor till sextiosex procent jämförbara med evidensbaserad kunskap, men när det gällde eksem var svaren mer svårbedömda och hade inte samma evidensbaserade koppling. Sammantaget var runt hälften av alla råd sanningsenliga och jämförbara med de evidensbaserade hälsoråden som fanns runt de diskuterade ämnena. Farrel (2018) menar att detta bör minska oron för föräldraanvändningen av forum på Internet.

En aspekt som ej berördes av Farrel (2018) ovan var föräldrars potentiella risk att bli mer oroliga, då de ej har kompetensen att bedöma hur trovärdig informationen är vilket har lyfts fram som del av fynden i delstudie I. I en kvalitativ fallstudie lyfts fram att föräldrar upplever svårigheter att bedöma trovärdighet när de gör internetsökningar och att i sitt utnyttjande av Internet som källa för hälsoråd vill de helst ha vägledning och utbildning som är i nivå med deras behov (Benedicta, Caldwell & Scott, 2019). Detta förefaller ske på ett adekvat och kunskapsutvecklande sätt när föräldrar använder diagnosspecifika forum, så som cancerrelaterade forum, där de finns personer med samma sjukdomserfarenheter, upplevelser och diagnoser. Här delar deltagarna med sig av evidensbaserad information i hög grad (Gage-Bouchard, LaValley och Devonish, 2018). Däremot verkar föräldraforum ha en större bredd och därigenom en osäkrare kunskapsfyllande funktion som är beroende av föräldrarnas grad av hälsolitteracitet.

Behovet av att stödja föräldrar egenvårdsstrategier i form av sökande efter hälsorelaterad information på Internet framkommer tydligt i resultatet från delstudie II och kan ses som en möjlighet för en praktisk tillämpning av familjefokuserad teori. Familjefokuserad omvårdnad skulle i det här fallet kunna användas och främja en egenvårdsstödjande insats av BVC-ssk för att möta familjens eller föräldrarnas behov. Konkret handlar detta om att stödja de föräldrar som behöver stöd, stötta utveckling av föräldrars tilltro till den egna förmågan och egenvårdskapacitet. Med andra ord, stödja deras hälsolitteracitet i den basala omvårdnaden av det egna barnet. Socialstyrelsen (2014)

uttrycker i sin vägledning att Barnhälsovårdens hälsofrämjande förhållningssätt bör öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Detta ligger i linje med Dorothea Orems (Hartweg, 1991) uppmuntran till patientstödjande egenvårdsråd. Redan 2014 uttryckte Socialstyrelsen behovet av detta hälsofrämjande förhållningssätt men la en ”öppen” aspekt i sin vägledning, kanske med tanke på den digitala utvecklingen som redan då var på gång och som just nu pågår.

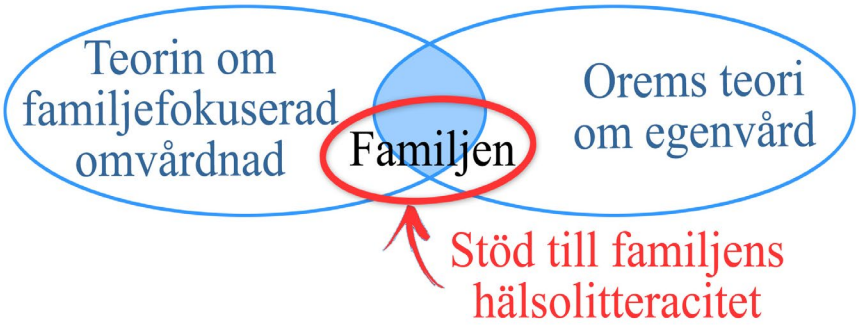
Många föräldrar använder Internet för att få information och råd om sina barns hälsa och utveckling för att det är lättillgängligt och enkelt, ett snabbt sätt att få information enligt (delstudie II). Samma argument har föräldrarna i studien av Drent, Brousseau och Morrison (2018); att Internet är ett enkelt, snabbt och lätt sätt att få information om barnens sjukdom eller hälsotillstånd. Ytterligare likheter finns med denna studie då föräldrarna i delstudie II på samma sätt efterfrågar möjligheten till en livechatt för kommunikation och råd avseende hälsoproblem (Drent, Brousseau & Morrison, 2018). Syftet med en livechat skulle kunna vara att hjälpa dem att avgöra vilket vårdbehov som föreligger. Den kontakten menar föräldrarna i båda studierna skulle kännas pålitlig och värdefull, både genom den personliga kontakten men ändå ge möjligheten att få hjälp eller råd hemifrån. I linje med ovanstående resonemang har Lass et al. (2018) konstaterat att två tredjedelar av de barn som kommer till primärvårdsjouren för akuta åkommor, inte har vårdbehovet för detta, utan det hade kunnat lösas med egenvårdsåtgärder eller vård inom ordinarie öppettider. Möjligen har föräldrar med låg hälsokompetens inte kunnat avgöra själv vilken vård eller vårdnivå som var påkallad. Lass et al. (2018) menar vidare att

föräldrar med låg hälsolitteracitet brister i förmågan att söka adekvata hälsoråd via Internet och detta kan ha ett direkt samband med det upplevda behovet av att söka vård. Detta samstämmer med resultat från delstudie I, där BVC-ssk upplever att oroliga och otrygga föräldrar i högre grad söker faktiska vårdmöten än internetinformation när de tror att barnen är i akut behov av vård. Drent, Brousseau och Morrison (2018) drar slutsatsen att en chattmöjlighet skulle kunna minska akutens besök då de osäkra föräldrarna får råd och bedömning redan hemma och skulle bespara dem resa till akuten. Idag finns chatt via 1177.se men inte en videofunktion vilket uttrycks som ett önskemål av föräldrarna i delstudie II. Mer flexibla digitala kommunikationslösningar (Chat, bildkonferensmöjligheter) har en potential till att möjliggöra mer avancerad rådgivning och på detta sätt även stödja föräldrars egenvårdsförmåga. På sikt är det realistiskt att anta att det skulle kunna avlasta akutvården i Sverige.

Dagens föräldrar använder Internet i mycket hög grad (Dalrymle et al. 2018; Lass et al., 2018; Yardi et al., 2018) och Barnhälsovården måste hitta ett sätt att stödja föräldrar med utgångspunkt från deras unika situation och förutsättningar. Svensk Barnhälsovård är unik då den består i ett heltäckande nationellt program som även om det är frivilligt, följs av nära 100 % av Sveriges föräldrar. Med utgångspunkt från Socialstyrelsens vägledning (2014) och med en familjefokuserad teori som bas i barnhälsovårdens hälsofrämjande förhållningssätt bör föräldrar stimuleras till ökad delaktighet och tilltron till den egna förmågan (egenvårdskapaciteten) hos familjerna (Jfr Orem 2001). När föräldrarna mår bra och känner sig trygga i sin föräldraroll så mår även

barnet bra enligt synsättet utifrån familjefokuserad teori och när man ser familjen som en helhet. Familjen kan ses som ett interpersonellt system, där varje persons beteende påverkar de andra familjemedlemmarnas. En orolig förälder kan göra den andre föräldern orolig och oron påverkar barnet (Bentzein, Hagberg & Saveman, 2017). I figur 2 nedan symboliserar den röda cirkeln i licentiatavhandlingens (delstudie I och II) koppling till omvårdnadsteorierna runt familjen, där stödjande av familjens hälsolitteracitet och i förlängningen hälsokompetens och omsorgsförmåga, står i fokus BVC-ssk konsultativa roll.

Se Figur 2:



Figur 2: Främjande av familjens hälsolitteracitet är barnsjuksköterskorna konsultativa fokus

Mötet mellan BVC-ssk och föräldrarna blir en omvårdnadsåtgärd. I teorin om familjefokuserad omvårdnad så behöver BVC-ssk i mötet beakta sitt expertkunnande parallellt med föräldrarnas expertis på den upplevelse de har, att de är jämbördiga. När sedan BVC-ssk kunnat få

del av synen på hur familjen ser på situationen och problemet så ökas förståelsen och på detta sätt kan familjen lättare stöttas i den verklighet de upplevs vara i (Bentzein, Hagberg & Saveman, 2017). Alla föräldrar oavsett grad av hälsolitteracitet bör få råd och stöd i att stärka sin egen förmåga, utifrån den nivå de befinner sig på och på detta sätt höja sin hälsokompetens. Fynden från delstudie II understödjer behovet av flexibla, digitala kommunikationsverktyg. Dessa finns redan till viss del i Sverige genom privata vårdaktörer, men den offentliga sjukvården i regionerna tycks i nuläget ligga efter i utvecklingen. Detta är ytterst problematiskt då kostnaderna för de privata vårdaktörernas tjänster belastar den regionala ekonomin.

Styrkan i att ha en digital livefunktion med sin personliga BVC-ssk är att föräldrar kan känna sig trygga i den redan utvecklade relationen, vilket ger en bättre grund för att stötta dem till bättre egenvårdskapacitet (Orem, 2001).

Metoddiskussion

Metoddiskussion

Det pragmatiska förhållningsätt som valts i denna licentiatavhandling stödjer kombinationen av kvalitativ och kvantitativ forskning som kompletterar varandra (Creswell och Creswell, 2018, kap 10). Licentiatavhandlingen består av en kvalitativ studie och en studie med en mixad metod där den kvantitativa enkäten kompletteras av en föräldraparsintervjuintervju vilken utgör en del av den mixade metoden. Motivet till att utöka studien med en kvalitativ intervju var för att bättre kunna förklara och fördjupa tolkningen av resultaten i den kvantitativa delen av studien (Creswell och Creswell, 2018, kap 10).

Generellt

En möjlig begränsning i det genomförda arbetet är att datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av att avhandlingsarbetet författare var novis inom området. Detta har dock kontinuerligt beaktats och diskuterats genom kontinuerlig handledning med mer erfarna forskare (handledare), såväl som före som efter de olika momenten. Det slutgiltiga resultatet bedöms vara både adekvat och trovärdigt eftersom licentiatavhandlingsarbetet stöttats av handledare med stor erfarenhet av forskning, samt att de två ingående delarbetena är publicerade i internationella tidskrifter med peer-review förfarande. Resultatet bedöms även överförbart till resterande barnhälsovård eftersom barnhälsovården är ett nationellt program som ser snarlikt ut i hela landet och föräldrar som deltar i programmet är i snarlik ålder. Genom att metoden är tydligt beskrivet och visar ett tydligt urval och

analysarbete ges läsaren en möjlighet att bedöma giltigheten i studien (Lundman & Graneheim, 2017, kap 11).

Förförståelse

Förförståelse syftar på forskarens erfarenhet inom forskningsområdet genom sin personliga kunskap och kännedom. Alla forskare är positionerade, det vill säga att de riktar in sig på ett fokuserat område som de själva har intresse av (Henricson och Billhult, 2014). Licentiatavhandlingens författare har mångårig klinisk erfarenhet som specialistsjuksköterska inom Barnhälsovården och har erfarit den problematik som återspeglas i studierna. Förförståelsen har varit en tillgång för att förstå intervjuerna och det som sagts ur ett professionellt perspektiv. Förförståelsen har även bidragit till att förstå komplexiteten i barnhälsovården då detta är en fristående och mycket annorlunda verksamhet olik andra miljöer i Hälso- och sjukvården. Utmaningen har varit att förförståelsen inte skulle blockera för datas ”annanhet”, där har handledargruppen kunnat ställa mer naiva frågor.

Delstudie I

Ett av motiven till att genomföra kvalitativa studier är att kondensera de mest centrala och bärande aspekterna ur ett omfångsrikt material. I detta analysförfarande finns alltid en risk att genomföra identifiering, kodning, sortering och abstraktioner i för stora eller få små enheter, där viktig innebörd går förlorat eller där innebörden riskerar att förstoras (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att använda kvalitativ innehållsanalys gavs möjlighet att få fram kategorier som svarar mot syftet och trovärdigheten ökar genom att vi i resultatet illustrerar

kategorierna med citat från intervjuerna (Creswell och Creswell, 2018, kap 9). Delstudie I är en kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer med BVC-ssk gjorde det möjligt att beskriva och tolka BVC-ssk upplevelse genom att låta dem beskriva sina erfarenheter och uppfattningar om föräldrars internetanvändning. BVC-ssk var intresserade av att dela med sig av sina erfarenheter och det fanns möjlighet att ställa följdfrågor och göra förtydliganden utifrån det som framkom i intervjun vilket gjorde att en ingående beskrivning av deras erfarenheter och upplevelser framkom. Forskarens förförståelse kan ha bidragit till att BVC-ssk känner sig förstådd då de båda är jämlika som professionskollegor och det subjektiva i intervjuernas resultat togs emot på ett öppet sätt och öppnade möjligheten för en djupare förståelse. Forskaren har dock under intervjuerna låtit den intervjuade ha den mer framträdande rollen där hen har kunnat tala fritt utifrån få ställda frågor. Antalet intervjuer som genomfördes (n=20) ansågs vara tillräckligt för att uppnå informationsmättnad då intervjuerna med BVC-ssk var innehållsrika och att det i flera intervjuer framkom liknande resultat. Resultatet lyfter fram det som är representativt för barnhälsovårdens konsultation och de deltagande BVC-ssk har stor erfarenhet och talar för resultatets giltighet (Lundman & Graneheim, 2017, kap 11).

Delstudie II

Enkäten i delstudie II skapades av licentiatavhandlingsförfattaren tillsammans med handledare (KS) utifrån redan existerande enkäter inom området samt efter genomgång av vetenskaplig litteratur. Det är dock en svaghet att enkätfrågorna ej var psykometriskt testade före studiens genomförande, vilket gör att det finns begränsningar avseende

dess validitet och reliabilitet (Ejlersson, 2019). Som ett led i att delvis hantera denna begränsning genomfördes en pilottestning av enkäten innan datainsamling påbörjades. En mindre föräldragrupp knuten till barnhälsovården vid en av hälsocentralerna besvarade enkäten i syfte att verifiera och stärka dess validitet och reliabilitet. I piloten gavs möjligheten till att utröna om någon av frågorna var svåra, otydliga eller om de var ställda på ett sätt som kunde missförstås av föräldrarna. Mindre korrigeringar genomfördes innan enkäten delades ut till den stora gruppen föräldrar som ingick i studien (Olsson och Sörensen, 2011. S. 148–156).

I efterhand går det att se att vissa data saknas i frågeformuläret som föräldrarna besvarade, de kanske viktigaste variablerna är möjligen avseende socioekonomi, samt om de var förstagångs- eller flergångsföräldrar. Båda dessa variabler hade varit värdefulla tillsammans med variabeln utbildningsnivå som fanns med i enkäten, då dessa har tydliga kopplingar till hälsolitteracitet. I Wiklund et al. (2018) menar författarna att flergångsföräldrar har en annan trygghet än de föräldrar som blir föräldrar för första gången. Resultatet i delstudie I visar att BVC-ssk tycker att oroliga föräldrar kan bli ännu oroligare av internetfunnen information och råd, men vad som då inte framgår i resultatet är om det rör sig om nyblivna förstagångsföräldrar eller inte.

Ett stort deltagande med 687 ifyllda enkäter i retur av 800 (86% svarsfrekvens) gör att resultatet kan generaliseras på fler föräldrar knutna till barnhälsovården. Alla enkäter som kom tillbaka var komplett ifyllda och hade därmed inget internt bortfall. För att komplettera styrkan av resultatet från den kvalitativa delen lades en sekventiellt

förklarande intervju till. En intervju genomfördes med ett föräldrapar, denna intervju var så innehållsrik och nyanserad så den bedömdes räcka för att hjälpa till att förklara och styrka resultatet från den kvantitativa delen av studien, detta görs som citat i resultatet (Jfr Creswell, Vicky och Clark, 2007).

Kliniska implikationer och konklusion

BVC-ssk är kunniga och välutbildade distriktsköterskor eller specialistutbildade mot barn och unga och har genom detta kunskapen att möta föräldrar på deras nivå. Det som verkar saknas är kompetens inom digitala informations- och kommunikationsmetoder. Vidare, bidrar licentiatavhandlingen med värdefull kunskap och en förståelse för föräldrars internetanvändning så att Barnhälsovården kan inse det akuta kompetens- och utvecklingsbehov som finns hos BVC-ssk. Barnhälsovårdens medarbetare behöver kompetensutveckling och verktyg för att bättre kunna stödja föräldrar mot hälsolitteracitet och därigenom även en högre hälsokompetens. Det ses som viktigt att utveckla fler kvalitetssäkrade digitala verktyg som komplement till dagens Barnhälsovård. Verktygen skulle kunna bestå i att stötta föräldrar till att söka och värdera information från evidensbaserade källor, samt att införliva chatt och videokonferensmöjligheter mellan föräldrar och BVC-ssk också inom offentlig sjukvård. Resultatet i licentiatavhandlingsarbetet stödjer en förändring i BVC-ssk yrkesroll då behovet av en förändrad yrkesroll framkommit hos både BVC-ssk och hos föräldrar.

Referenslista

Baggens, C. (2004). The institution enters the family home: Home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. *Journal of Community Health Nursing, 1(21)*, s. 15–27.
doi: 10.1207/s15327655jchn2101_2

Bali, D., Kuli-Lito, G., Ceka, N., & Godo, A. (2016). Maternal and Child Health Care Service in Albania. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 11-20 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.037

Bandeira, T., Ferreira, R., & Azevedo, I. (2016). Child Health in Portugal. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 142–147 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.051

Benedicta, B., Caldwell, P., & Scott, K. (2019). How parents use, search for and appraise online health information on their child´s medical condition: A pilot study. *Journal of Paedriatrics and Child health, vol 56.* s. 252 -258. doi: 10.1111/jpc.14575

Benzein E, Hagberg M & Saveman B-I. (2017). Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systemiskt förhållningssätt. Benzein E, Hagberg M & Saveman B-I. (Red). *Att möta familjer inom vård och omsorg*, Studentlitteratur, Lund. s 53- 63 ISBN 9789144115870

Branor, A., Namazova-Baranova, L., Albiskiy, V., Ustinova, N., Terletskaya, R., & Komarova, O. (2016). The Russian Child Health Care system. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 148-155. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.052

Carlsson, G., & Arvidsson, O. (1994). *Kampen för folkhälsan.* Natur och Kultur, Uppsala. ISBN 9127040976

Corsello,G., Ferrara, P., Chiamenti,G., Nigri, L., Campanozzi, A., & Pettoello- Mantovani, M. (2016). The Child Health Care System in Italy. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 116-126
doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.048

Creswell, J., & Creswell, D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage. ISBN 9781506386706

Creswell, J., Vicki, L., & Clark, P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks California, SAGE
ISBN 9781412927925

Cullu, F., & Vural, M. (2016). An Overview on Child Health Care in Turkey. *Journal of Pediatrics. Vol 177*.s. 213-216 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.057

Dalrymple, P., Rogers, M., Zach, L., & Luberti A. (2018). Understanding Internet Access and use to facilitate patient portal adoption. *Health Informatics Journal, Vol 24*. s. 368-378
doi: 10.1177/1460458216675497

Dewey, J., & Weber, E. T: (2020). *America's Public Philosopher*. New York: Columbia University Press. ISBN: 9780231198950

Drent, A., Brousseau, D., & Morrison, A. (2018). Health Information Preferences of Parents in a Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatrics, Vol 57*. s. 519-527. doi: 10.1177/0009922817730346.

Ehrich, J., Grote, U., Greber-Grote, A., & Strassburg,M. (2016).The Child Health Care System of Germany. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 71–86 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.045.

Ejlersson, G. (2019). *Enkäten i Praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144131443

EPN. (2019). Etiska riktlinjer av forskning som avser människor. Hämtad 2019-12-21 från Regionala etikprövningsnämders hemsida: **https://etikprovningsmyndigheten.se/**

Farrell, A. (2018). Accuracy of online discussion forums on common childhood ailments. *Journal of the Medical Libary Association. Vol. 106*. s. 455–463 doi: 10.5195/jmla.2018.355

Gage-Bouchard, E., LaValley, S., & Devonish, J. (2019). Deciphering the Signal From the Noise: Caregivers´Information Appraisal and Credibility Assesment of Cancer- Related Information Exchanged on Social Networking Sites. *Cancer Control, vol 6.* s. 1-8
doi: 10.1177/1073274819841609

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today, Vol 24,* s. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hagelin, E., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2000). *Barnhälsovård*. Liber, Stockholm. ISBN 914704957X

Han, H., & Belcher, A. (2001). Computer-mediated support group use among parents of children with cancer – An exploratory study. *Computers in Nursing, vol 19*. s. 27–33

Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete.* Lund: Studentlitteratur. ISBN 9144367619

Helsetillsynet. (2019). Tilsynsrapporter. Tillgängligt: https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I: Henricson, M. (RED). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144113289

Håkansson, A., Flärd, H., Bentzen, I., Linder, K., Bentzen, N., & Håkansson, A. (2006). *Läkartidningen, Vol 103*. s. 2385–2389

Jain, A., & Bickham, D. (2014). Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Current opinion in pediatrics, Vol.* 26. s. 435 – 439 doi: 10.1097/MOP.0000000000000119

Janda, J. (2016). Short Review of Child Health Care in Former Czechoslovakia and Czech Republic since 1993. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 56-59 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.041

Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., & Kelly, M. (2015). Opportunities for Nurses to Increase Parental Helath Literacy: A Discussion paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. Vol 38.* s. 266 – 281
doi: 10.3109/01460862.2015.1074318

Julge, K. (2016). Health Services and Well-Being of Children in Estonia. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 63-67
doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.043

Jurčić, M., Truden Dobrin, P., Paulin,S., Seher Zupancic, M., & Bratina, N. (2016). Health Care System for Children and Adolescents in Slovenia. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 173-186 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.054

Kerbl, R., Zinel, G., Winkler, P., Habi, C., Puspök, R., & Waldhauser, F. (2016). Child Health care Services in Austria. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 35-47 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.039

Kolbrun Svavarsdottir, E., & Jonsdottir, H. (2011). *Family Nursing in Action*. University of Iceland Press, Reykjavik. ISBN 978-9979-54-881-2

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den Kvalitativa Forskningsintervjun*. Lund Studentlitteratur. ISBN 9789144055985

Lass, M., Rahr Tatari, C., Hoffmann Merrild, C., Huibers, L., & Terkildsen Maindal. H. (2018). Contacts to the out-of-hours service among Danish parents of small children – a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, vol 36*. s. 216 – 223 doi: 10.1080/02813432.2018.1459431.

Leiner, B., Cerf, V., Clark, D., Kahn, R., Kleinrock, L., Lynch, D., Postel, J., Roberts, L., & Wolff, S. (1997). Brief History of the Internet. Hämtat 20200218 från; https://www.internetsociety.org/internet/history-internet/brief-history-internet/

Lundman, B., & Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: Höglund Nielsen, B., & Granskär, M. (RED). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund; Studentlitteratur ISBN 9789144118635

Mackley, A., Winter, M., Guillen, U., Paul, D. A., & Locke, R. (2016). Health Literacy Among Parents of Newborn Infants. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, *16*(4), 283–288. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000295

Manganello, J., Falisi, A., Roberts, K., Smith, K., & McKenzie, L. (2017). Pediatric injury information seeking for mothers with young children: The role of health literacy and ehealth literacy. *Journal Commun Healthc*. *Vol 9*, s. 223–231 doi: 10.1080/17538068.2016.1192757

Margevelashvili, L., Karseladze, R., Abesadze, G., & Kvlividze, O. (2016). Child Health Care in Georgia. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 68-70 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.044

Martinez, D. M. (2009). The impact of internet message boards for Latino parents of autistic children. A qualitative study. Master thesis, California: California State University.

Mathiesen, P., FrØlich Maarbjerg,S., Lykke, K., & Balslev, T. (2016). The Child Health System in Denmark: Current Problems and Successes. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 60-62 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.042

Mestrovic, J., Bralic, I, Pava Simetin, I., Mujkic,A., Radonic, M., Rodin, U., Troselj, M., Stevanovic, R., Benjak, T., Pristas. I., Mayer, D., & Tomic, B. (2016). The Child Health Care System of Croatia. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 48-55 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.040

Mishler, E. (1986). *Research Interviewing.* London: Harvard University Press. ISBN 0674764609

Neill, S., Jones, C., Lakhanpaul, M., Roland, D., & Thomson, M. (2016). Paret's information seeking in acute childhood illness: what helps and what hinders decision making? *Health expectations, Vol 18.* s. 3044–3056 doi: 10.1111/hex.12289

Nicholas, D., McNeill, T., Montgomery, G., Stapleford, C., & McClure, M. (2008). Communication Features in an Online Group for fathers of Children with Spina Bifida: Considerations for Group Development Among Men. *Social work with groups, vol 26*. S 65 – 80.

doi: 10.1300/J009v26n02_06

Niela-Vilén, H., Axelin, A., Salanterä, S., & Melender, H-L. (2014). Internet- based peer support for parents: A systematic integrative

review. *International Journal of Nursing Studies, vol 51*. S 1524-1537. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.009

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber. ISBN 9789147100514

Hartweg, D.L. (1991). *Dorothea Orem: self-care deficit theory*. Newbury Park, Calif: Sage. ISBN 0-8039-4576-0

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis, Mosby ISBN 032300864X

Persson, E., Fridlund, B., Kvist, L., & Dykes, A_K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week – A qualitative interview study in Sweden. *Midwifery, vol 28*. S 697 – 704 doi: 10.1016/j.midw.2011.08.010

Polit, D., & Beck, C. (2017). N*ursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Walters Kluwer. ISBN 9781496300232

Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion International, Vol 16*. s. 207 – 213. doi: 10.1093/heapro/16.2.207

Region Västernorrland (2020). Att vara förälder – vårdguiden 1177 tillgänglig: https://www.1177.se/Vasternorrland/barn--gravid/att-vara-foralder/

Rikshandboken. (2020). Barnhälsovårdens Nationella program. Tillgängligt: https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/

Ringsberg, K., Olander, E., & Tillgren, P. (2014). *Health literacy-Teori och praktik i hälsofrämjande arbete.* Studentlitteratur, Lund. ISBN 9789144089157

Sebelefsky, C., Karner, D., Voitl, J., Klein, F., Voitl, P., & Böck, A. (2015). Internet health seeking behavior of parents attending a general paediatric outpatient clinic: A cross-sectional observational study. *Journal of Telemedicine and Telecare, vol 21*. s. 400–407. doi: 10.1177/1357633X15583431

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, Vol 2.* s. 1-10 doi: 10.2196/14194

Socialstyrelsen. (2014). Vägledning för Barnhälsovården. Retrieved April 14, 2015, tillgängligt: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf

Staines, A., Balanda, K., Barron, S., Corcoran, Y., Fahy, L., Gallagher, L., Greally, T., Kilroe, J., Mason Mohan, C., Matthews, A., McGovern, E., Nicholson, A., O'Farrell, A., Philip, R., & Whelton, H. (2016). Child Health Care in Ireland. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 87-106 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.046

Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J., & Moberg, H. (2005). *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Statens Folkhälsoinstitut ISBN 917257335X

Tasic, V., Danilovski, D., & Gucev, Z. (2016). The Child Health Care System of Macedonia. *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 127-137 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.049

Thorne. S. (2008). *Interpretive Description.* California: Left Coast Press ISBN 9781598743296

Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144115450

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2017). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144112435

Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A-M. (2018). New parents' experience of information and sense of security to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare, Vol 17,* s. 35–42 doi: 10.1016/j.srhc.2018.06.001

Winroth, J. (2015). Organisation som area för hälsofrämjande arbete. I: Eriksson (RED). *Salutogenes – om hälsans ursprung*. Liber, Stockholm. ISBN 9789147111336

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (6. ed.) Philadelphia: F.A. Davis. ISBN 9780803627390

Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9144017758

Wolfe, I., Sigfrid, L., Chanchlani, N., & Lenton, S. (2016). Child Health Systems in the United Kingdom (England). *Journal of Pediatrics. Vol 177*. s. 217-242 doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.058

World Health Organization. (2013). Health literacy. The solid facts. Tillgänglig; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf

Wysocki, R. (2015). Social Media for School Nurses – Promoting School Health in the 21st Century. *NSAN School Nurse*, s 181-188 doi: 10.1177/1942602X15578286

Yardi, S., Caldwell, P., Barnes, E., & Scott, K. (2018). Determining parents' patterns of behavior when searching for online information on their child's health. *Journal of Peadiatrics and Child Health. Vol 54.* s. 1246 – 1254 doi: 10.1111/jpc.14068