

”Han fick ge sin bild
av sig själv, snarare än
att jag hade mammans
bild av honom”

- en studie om sjuksköterskors
erfarenheter av att erbjuda enskilda
samtal till pappor på BVC

Amanda Wikerstål



Forskningsenhetens rapporter

Forskningsenheten är Region Kronobergs forsknings- och utvecklingsenhet. Verksamheten i Region Kronoberg ska bygga på aktuell evidensbaserad kunskap. Forskningsenheten är en verksamhet för kontinuerlig kunskapsutveckling inom regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Enheten är länets dialogpart i FoU-frågor både på nationell och internationell nivå.

Det ligger ett stort värde i att arbeten som görs presenteras på ett lättillgängligt sätt. Forskningsenheten publicerar därför, efter bedömning av ett redaktionsråd, rapporter.

- En rapport är ett dokument där det ställs vetenskapliga krav på studiedesign, metod, presentation och tolkning/värdering på resultat.

Författarna ansvarar för innehållet i rapporten. Publicering i Forskningsenhetens rapportserie behöver inte betyda att Forskningsenheten och redaktionsrådet delar värderingar eller slutsatser som framförs i rapporten.

Vid frågor om våra publikationer kontakta Forskningsenheten via e-post:

fou@kronoberg.se

eller telefon 0470-59 2280

Förord

Denna rapport har skrivits av Amanda Wikerstål som är leg. psykolog och verksam inom Föräldra- och barnhälsovårdens psykiologienhet, Familjehälsan, i Region Kronoberg. Studien har genomförts inom ramen för den ordinarie verksamheten i syfte att bidra till metodutveckling inom Barnhälsovården. Studien har även godkänts som skriftligt specialarbete inom Specialistutbildningen för psykologer i Sveriges Psykologförbund med inriktning klinisk barn- och ungdomspsykiatri. Pamela Massoudi, klinisk lektor, leg. psykolog samt Birgitta Gunnarsson, klinisk lektor, docent och leg. arbetsterapeut, har varit handledare för studien. Pamela och Birgitta är verksamma inom Specialistpsykiatrien samt Forskningsenheten i Region Kronoberg.

Sammanfattning

Bakgrund: Inom barnhälsovården följs barns hälsa och utveckling under de första fem levnadsåren. En viktig del av uppdraget är att ge stöd till föräldrar i deras föräldraskap samt att uppmärksamma föräldrar som inte mår väl psykiskt. Det har länge påtalats att föräldrastöd inom barnhälsovården når mammor i betydligt högre utsträckning än pappor. Att mammor erbjuds ett enskilt samtal med sin barnhälsovårdssjuksköterska, som inkluderar screening för post partum depression, när barnet är två månader gammalt, är en utbredd och väl implementerad metod i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Metoder för att erbjuda något liknande för pappor/icke-födande föräldrar har länge saknats och är inte väl studerat. Ett pilotprojekt med enskilda samtal till pappor/icke-födande föräldrar genomfördes i Region Kronoberg 2015 och metoden har sedan 2018 implementeras inom barnhälsovården i hela regionen samt spridits nationellt

Syfte: Denna studie undersöker sjuksköterskors erfarenheter av att erbjuda ett barnhälsovårdsprogram med förstärkt fokus på pappa/icke-födande förälder innefattande ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder när barnet är tre månader gammalt.

Metod: Semi-strukturerade fokusgruppsintervjuer har genomförts med de 11 sjuksköterskor som deltog i projektet. Data har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier: att *synliggöra pappan*, ett *värdefullt och mångfacetterat bidrag*, samt *möjligheter och utmaningar vid implementering av det nya arbetssättet*, med tio underkategorier. Sjuksköterskorna beskriver positiva erfarenheter av att erbjuda ett enskilt samtal till pappor, att det varit givande att möta papporna enskilt och att erbjudandet tagits emot positivt. Att rikta sig mer till papporna upplevs ha synliggjort pappornas föräldraskap och samtalen har bidragit till en närmare relation till pappan, ett ökat familjeperspektiv och ett mer jämställt föräldrastöd. Metoden har fungerat väl i verksamheten och materialet har utgjort ett gott stöd. Hinder som identifierats har varit brist på tid och resurser och att det i vissa fall varit svårt att boka tid med papporna och att få dem att komma till det enskilda samtalet.

Konklusioner: Barnhälsovården har behov av att utveckla metoder för att uppmärksamma pappors psykiska hälsa och behov av stöd samt för att i högre utsträckning nå samtliga barnets föräldrar med föräldrastöd. Att barnhälsovården erbjuder ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder kan vara ett steg på vägen mot ett mer jämställt föräldrastöd, även om mer forskning behövs. Inför vidare implementering är utbildning, tillgång till handledning samt tid och organisatoriska förutsättningar viktiga för att sjuksköterskorna ska kunna utföra detta arbete.

Innehåll

Förord	1
Sammanfattning.....	2
Innehåll	3
Inledning.....	5
Bakgrund.....	6
Barnhälsovårdens uppdrag	6
Barnhälsovården och jämställdhet.....	7
Pappors föräldrablivande och betydelse för sina barn	8
Psykisk ohälsa hos nyblivna pappor.....	9
Pilotprojekt: Enskilda samtal för pappor/icke-födande föräldrar på barnavårdscentraler.....	11
Syfte	14
Frågeställningar	14
Metod	15
Design.....	15
Urval	15
Procedur	15
Dataanalys	16
Etiska överväganden.....	17
Resultat.....	18
Synliggöra pappan.....	19
Spännande och givande att fokusera på pappa	19
Positivt mottagande av föräldrarna.....	19
Signalera att papporna är betydelsefulla.....	20
Värdefullt och mångfacetterat bidrag	20
Få en helhetsbild av familjen	20
Få kunskap om pappors psykiska hälsa och stödbehov i familjen.....	20
Erbjuda generellt föräldrastöd.....	21
Skapa närmare relation till pappa.....	22
Möjligheter och utmaningar vid implementering av det nya arbetssättet.....	22
Lättintegrerad helhetsmodell med användbart stödmaterial.....	22
Utmaning att få papporna att delta.....	23
Brist på tid och resurser är hindrande	24

Diskussion	25
Resultatdiskussion.....	25
Diskussion av metod	29
Vidare forskning.....	31
Konklusioner.....	32
Referenser.....	33

Inledning

Barnhälsovårdens (bhv) uppdrag är att främja barns hälsa och utveckling samt att förebygga ohälsa genom att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. En viktig del av uppdraget är att ge stöd till föräldrar i deras föräldraskap samt att uppmärksamma föräldrar som inte mår väl psykiskt, då bristande psykiskt mående hos nyblivna föräldrar inte bara påverkar föräldern utan också riskerar påverka barnet. Det har länge uppmärksammats inom barnhälsovården att föräldrastödet når mammor i betydligt högre utsträckning än pappor. En bidragande del i det är att mammor länge erbjudits ett eget samtal med barnhälsovårdssjuksköterskan (bhv-sjuksköterskan) när barnet är runt två månader, i syfte att upptäcka nedstämdhet. Det har inte funnits något motsvarande för pappor. För ca 5–10 år sedan initierades en rad projekt på olika håll i landet för att pröva nya metoder för att i högre utsträckning nå pappor inom barnhälsovården. Denna studie har sin utgångspunkt i ett av de projekten, som initierades 2015 i Region Kronoberg. Projektet undersökte sjuksköterskornas erfarenheter av ett nytt arbetssätt för att i större utsträckning inkludera pappor och icke-födande föräldrar i barnhälsovården genom att erbjuda icke-födande föräldrar ett enskilt samtal på barnavårdscentralen (bvc). Sjuksköterskornas erfarenheter utvärderades genom fokusgrupper. Vid tidpunkten för fokusgrupperna hade enbart pappor rekryterats och denna rapport kommer därför att beskriva erfarenheterna av enskilda samtal med pappor.

Erfarenheterna från detta och andra liknande projekt, ledde sedan till en utvecklingsprocess inom barnhälsovården nationellt som 2018 resulterade i ett konsensusbeslut att införa ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Implementering har påbörjats i många regioner men det är fortfarande en bra bit kvar tills alla nyblivna pappor/icke-födande föräldrar erbjuds och erhåller ett enskilt samtal, oberoende av var hen bor i Sverige. Resultaten från denna studie kan användas i fortsatt nationellt arbete med implementering av metoden, samt i utbildning och handledning till personal, för att fler pappor/icke-födande föräldrar ska få ett eget samtal på bvc och ett förstärkt och mer jämställt föräldrastöd. Det finns fortsatt behov av att följa och utvärdera den nationella metod som rekommenderas och att samla den kunskap som projekt och utvärderingar genererat.

Föreliggande studie redovisar resultat från Region Kronobergs projekts fokusgruppsintervjuer analyserade med kvalitativ innehållsanalys för att genom en skriftlig rapport bidra till kunskapsläget om hur barnhälsovården kan uppmärksamma båda föräldrarna och erbjuda ett mer jämställt föräldraskapsstöd. Förhoppningen är att kunna ge ett kunskapstillskott till såväl policynivå, när det gäller utveckling av arbetssätt inom barnhälsovården, som en utökad kunskap till de professioner som arbetar inom barnhälsovården: psykologer som utvecklar metoder, utbildar och erbjuder handledning inom området samt alla de bhv-sjuksköterskor som dagligen möter barn och deras föräldrar i sitt viktiga arbete på bvc.

Bakgrund

Barnhälsovårdens uppdrag

Inom barnhälsovården följs barns hälsa och utveckling under de första fem åren. Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2014). För att uppnå dessa mål behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar, riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov, hälsoövervakning och individuellt utformad hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa, samt vara uppmärksam på förhållanden i familjens närmiljö (Socialstyrelsen, 2014).

Barnhälsovård är avgiftsfri och ges på barnavårdscentraler (bvc) med ansvar för de barn som är inskrivna där. På en barnavårdscentral arbetar sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeutbildning och läkare med adekvat kompetens. Inom verksamheten finns även barnhälsovårdspsykolog och andra yrkeskategorier att tillgå (Magnusson et al, 2016). Arbetet inom barnhälsovården utgår ifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Programmet består av tre delar: insatser som erbjudas alla; insatser som erbjuds alla vid behov; insatser för alla vid behov i samverkan med andra (till exempel annan vårdgivare eller socialtjänst) (Rikshandboken, 2021). Barnhälsovårdsprogrammet bygger på principen om universell proportionalism, för en god hälsa på lika villkor för alla barn behövs både universella och riktade insatser som är i proportion till graden av behov (Fagerberg & Kling, 2023). Under barnets första levnadsår träffar familjen bhv-sjuksköterskan 13–14 gånger och mer vid behov samt läkare vid tre tillfällen. Efter det första levnadsåret följs barnets utveckling vid minst fyra-fem tillfällen: vid 18 månader, 2,5–3 år, 4 år och 5 år (Rikshandboken).

Inom barnhälsovården arbetar barnhälsovårdspsykologer (bhv-psykologer) som ofta även har uppdrag mot mödrahälsovården. Psykologen är en del i barnhälsovårdsteamet (Socialstyrelsen, 2014) och arbetsuppgifterna syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa (Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2020). De psykologiska insatserna till familjer, barn och föräldrar sker på olika nivåer och berör såväl universellt som riktat stöd (Fagerberg & Kling, 2023). I bhv-psykologens arbetsuppgifter ingår insatser som metodutveckling, fortbildning och konsultation till personal inom barnhälsovården likväl som psykologiska interventioner riktade till enskilda föräldrar och barn (Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2020). Psykologen har en roll i hela kedjan från identifiering av behov hos barn och föräldrar till intervention, genom arbete med utveckling och implementering av metoder som används inom barnhälsovården, genom konsultativt stöd till personal att möta familjers behov på bvc, samt till att erbjuda psykologiska interventioner. Bhv-sjuksköterskan konsulterar vid behov bhv-psykologen i egna ärenden, och enskilda föräldrar eller barn kan remitteras vidare för riktade insatser hos bhv-psykolog (Fagerberg & Kling, 2023).

Barnhälsovården når nära nog alla Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede i livet. Vid en internationell jämförelse är den nära hundra procentiga anslutningen till vården vid bvc näst intill unik (Magnusson et al., 2016). Studier visar att familjer tar kontakt med bvc vid både små och stora problem och det gäller även familjer som annars kan vara svåra att nå (Magnusson et al., 2016).

Från att ursprungligen främst haft ett hälsoövervakande perspektiv har barnhälsovården alltmer fått en hälsofrämjande och förebyggande uppgift, vilket bland annat inneburit ett ökat fokus på att ge stöd till föräldrar i deras föräldraskap (Hallberg et al., 2005; Magnusson et al., 2016). Föräldrars välbefinnande och kunskap om barns behov har avgörande betydelse för deras barns hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 2014). I flera nationella rapporter och utredningar, men också folkhälsopolitiska direktiv (SOU 1997:161; SOU 2008:131; SOU 2013:010) lyfts vikten av föräldrastöd som hälsofrämjande insats. I detta sammanhang pekas barnhälsovården ut som en viktig arena. Barnhälsovården har som uppdrag att erbjuda föräldrastöd, såväl individuellt som i grupp, för att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och på så sätt skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling hos deras barn (Magnusson et al., 2016).

Idag nås mammor i högre utsträckning än pappor av föräldrastödet på bvc (Massoudi et al., 2011; SOU 2008:31; Wells & Sarkadi, 2012; Wells, 2016) och studier visar också att pappor upplever att stödet riktas mer till mamma (Fägerskiöld, 2006; Wells, 2016). Sannolikt gäller detta icke-födande föräldrar generellt och inte enbart pappor. Det saknas dock studier som specifikt undersöker icke-födande föräldrar. Ur ett barn- och familjeperspektiv samt ur ett jämställdhetsperspektiv är det angeläget att ge en högre andel pappor tillgång till föräldrastödsinsatser. Föräldrastödet behöver utformas så att kvinnor och män i lika hög grad önskar medverka (SOU 2008: 31). För att i högre utsträckning nå nyblivna och blivande pappor med föräldrastödjande insatser behövs mer kunskap om deras behov samt kunskap om hur de upplever kontakten med mödra- och barnhälsovården (SOU 2008: 31)

Barnhälsovården och jämställdhet

I barnhälsovårdens främjande uppdrag ingår att medverka till att skapa förutsättningar för föräldrar, såväl män som kvinnor, att öka sin delaktighet i föräldraskapet och underlätta dialogen inom familjen om föräldraskapets olika förutsättningar ur ett genus- och jämställdhetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2014).

Hälso- och sjukvårdens bemötande av pappor under perinatalperioden skickar betydelsefulla signaler om pappors förväntade föräldraroll. Rollen som förälder är inte könsneutral utan starkt färgad av sociala föreställningar kopplade till föräldrarnas biologiska kön. Med det kommer olika förväntningar och krav på mammor respektive pappor gällande beteenden, intressen och färdigheter (Golestani et al., 2016A). Barnhälsovården står inte utanför samhällseliga normer kring kön och föräldraskap, vilket kan påverka såväl föräldrarnas egna förväntningar på verksamheten liksom personalens bemötande av de föräldrar som kommer, beroende på om de är kvinnor eller män.

Upprepade undersökningar har visat att mammors och pappors kontakt med barnhälsovården skiljer sig åt avsevärt (Golestani et al., 2016B; SOU 2008: 31). Pappor deltar i betydligt lägre omfattning vid besök på bvc (SOU 2008: 31; Golestani et al., 2016B; Wikerstål & Noryd, 2018) och i föräldragrupper på bvc (Hallberg et al., 2010; Wallby, 2008). Under 2008 gjordes 80 procent av besöken på bvc nationellt av mammor (SOU 2008: 31) I Kronoberg 2018 deltog barnets mamma vid 96 procent av alla besök inom barnhälsovården medan pappor deltog vid 34 procent av besöken (Wikerstål & Noryd, 2018). Mammors närvaro vid besöken på bvc är mycket hög under hela barnets tid inom barnhälsovården, oavsett om de kommer själva eller tillsammans med den andra föräldern. Det är mycket sällan pappan besöker bvc själv med barnet (Golestani et al., 2016B). Studier har även visat att pappor i betydligt lägre omfattning erbjuds stödsamtal hos bhv-sjuksköterska (Massoudi et al., 2011; Wells et al., 2017). Hälsorelaterade frågor ställs främst till

mamma (Wells, 2016) och det finns en klar risk att bvc missar att identifiera pappor i behov av stöd (Massoudi et al., 2011)

Barnhälsovården har kritiserats för att misslyckas med att inkludera pappor och att anpassa verksamheten efter pappors behov (Wells, 2015). Den kvinnodominerade miljön, öppettider, väntrummens utformning samt personalens attityder och bemötande har lyfts som hinder för pappors deltagande (Fägerskiöld, 2006; Massoudi et al, 2011; Sarkadi, 2009; Wells, 2016). Studier av pappors upplevelser i mötet med barnhälsovården visar att de önskar bli involverade och att när de känner sig inkluderade och får stöd så är de nöjda med verksamheten (Wells, 2016). Många pappor upplever dock att verksamheten riktar sig främst till mammor, att personalen fokuserar mer på mamman i samtal och de önskar bli mer sedda (Fägerskiöld, 2006; Sarkadi, 2009; Wells, 2016). Pappor beskriver att de upplever sig åsidosatta och osynliggjorda, att de inte får tillräckligt med stöd och/eller att de möts av signaler om att mamman ses som huvudförälder (Fägerskiöld, 2006; Wells, 2015; Wells, 2016). Pappor betonar vikten av att känna sig välkomna och att ha en förtroendefull relation till sjuksköterskan (Fägerskiöld, 2006).

Trots en positiv inställning till pappors deltagande på bvc har studier av bhv-sjuksköterskors attityder till pappor och pappors föräldraförmåga visat sig skilja sig från deras syn på mammor (Massoudi et al., 2011). I en nationell undersökning från 2004 rapporterade ca hälften av sjuksköterskorna en ambivalent syn till pappors instinktiva förmåga att ta hand om spädbarn och höll delvis med om att pappor måste lära sig sådant som mammor kan intuitivt. En uppföljande undersökning i Stockholm 2014 (Wells et al., 2017) visade att sjuksköterskorna hade en mer jämställd syn på mammors och pappors föräldraförmåga jämfört med tio år tidigare. Studien visade t. ex att 68 procent av sjuksköterskorna inte alls höll med om att mammor är instinktivt bättre på att ta hand om spädbarn eller att pappor måste lära sig sådant som mammor kan intuitivt. Fortfarande var det dock så att en betydande minoritet, runt en tredjedel till hälften av sjuksköterskorna, beroende på frågan, inte hade en likvärdig syn på mammor och pappors förmågor att ta hand om spädbarn. Sjuksköterskorna hade 2014 fortfarande mindre kontakt med pappor än mammor och de erbjöd mammor stöd i högre utsträckning än pappor (Wells et al., 2017).

Hälso- och sjukvårdens bemötande av pappor under perinatalperioden har betydelse för att tidigt stötta pappor i deras föräldraroll (Fägerskiöld, 2006; Golestani et al., 2016A; Wells, 2016). Barnhälsovården har möjlighet att underlätta eller hindra pappors deltagande i vården som rör deras barn (Wells, 2016). Ett jämställt bemötande från personalen inom barnhälsovården kan öka barns förutsättningar för ett engagerat föräldraskap från båda föräldrarna (Bergström et al., 2016).

Pappors föräldrablivande och betydelse för sina barn

I forskning betonas vikten av att pappor tidigt involverar sig i sina barns omsorg. Pappors närvaro och engagemang under barnets uppväxt har en positiv påverkan på barnets framtida utveckling och hälsa på en rad viktiga områden (Lamb, 2010; Sarkadi et al., 2008). Involverade pappor har potential att främja sina barns hälsa och välmående, utveckling, sociala anpassning och akademiska framgång (Lamb, 2010). I en översiktsartikel av Sarkadi och medarbetare (2008) visade 22 av de inkluderade 24 studierna, som studerat betydelsen av pappors involvering, klara positiva effekter för barnet socialt, beteendemässigt, psykologiskt och kognitivt. Pappors engagemang föreföll ha olika positiva effekter, till exempel genom att minska förekomsten av beteendeproblem hos pojkar och psykiska besvär hos unga kvinnor, samt främja den kognitiva utvecklingen. Dessutom tycks ett aktivt pappaengagemang bidra till att reducera brottslighet och ekonomisk utsatthet i familjer med låg socioekonomisk status.

Omvänt har studier visat att bristande engagemang och närvaro i interaktion mellan pappor och deras barn, redan när barnen var så små som tre månader gamla, hade samband med ökad risk för beteendeproblem vid ett års ålder, oberoende av hur barnets samspel med mamman såg ut (Ramchandani et al., 2013).

Både män och kvinnor har förutsättningar att genomgå en förändringsprocess vid föräldrablivandet och när pappor aktivt deltar i omvårdnaden om sina barn, anpassas de såväl fysiologiskt som beteendemässigt (Gettler et al., 2011; Storey et al., 2000). Föräldrafärdigheter, för både mammor och pappor, införlivas genom erfarenhet och praktik (Lamb, 2010). Att utveckla omsorgs- och ansvarsförmåga kräver tid och närhet till barnet. I Sverige är det oftare mamma som är hemma den övervägande delen av vardagstiden det första året, vilket kan ge ett ”omsorgsförspång” (Golestani et al., 2016A) och påverka balansen mellan föräldrarna. Olika faktorer har i forskning visat sig kunna främja eller hindra pappors delaktighet och engagemang i den tidiga omvårdnaden (Goodman, 2005; Lamb, 2010; Premberg et al., 2008). Att spendera tid med barnet efter födseln ökar pappors involvering och pappor som har mer kontakt med sina barn hanterar omställningen att bli förälder bättre (Lamb, 2010). Mer delaktighet i omsorg och omvårdnad främjar utvecklingen av närhet och ett känslomässigt band till barnet. Det ger erfarenheter som gynnar pappans självförtroende, omvårdnadsfärdigheter, känslighet för barnets signaler och ansvarstagande (Lamb, 2010). Pappor som spenderar mindre tid med sina barn riskerar känna sig mer osäkra och mindre skickliga, inte utveckla samma känslighet för barnets signaler, vilket kan leda till lägre grad av ansvarstagande och större obalans mellan föräldrarna (Goodman, 2005; Lamb 2010; Premberg et al., 2008). Många nyblivna föräldrar upplever en förändrad parrelation vilket kan utgöra en belastning. Att ha en liknande syn när det gäller föräldrarollen kan underlätta omställningen och minska risk för parrelationskonflikter (Goodman, 2005). Stöd och erkännande från partner, familj och från samhället har betydelse för pappor för att främja en positiv identitet som förälder och för utvecklingen av ett gemensamt föräldraskap (Golestani et al., 2016A; Goodman, 2005; Lamb, 2010).

Psykisk ohälsa hos nyblivna pappor

Att bli förälder innebär en positiv upplevelse för de allra flesta men det är också en period med en ökad psykologisk sårbarhet (Socialstyrelsen, 2014). Ungefär varannan nybliven mamma och en stor andel pappor känner en ökad labilitet, irritabilitet och nedstämdhet, så kallad ”blues”, tre till fem dagar efter förlossningen, något som brukar gå över efter några dagar (Socialstyrelsen, 2014).

Ungefär 13 procent av alla nyblivna mammor visar symptom på depression under de första månaderna efter förlossningen, (Massoudi et al., 2016; Wickberg & Hwang, 1997) och studier av depressionssymptom hos nyblivna pappor har visat på en förekomst mellan 6–10 procent, även om detta inte är lika utforskat (Bergström, 2013; Cameron et al., 2016; Massoudi, 2013; Paulson & Bazemore, 2010). En metaanalys av Cameron et al. (2016) fann en uppskattad depressionsprevalens hos pappor på 8,4 procent under graviteten och det första året post partum. Europeiska studier visade något lägre uppskattad prevalens, runt 6,5 procent, vilket ligger nära den förekomst av depressionssymptom, 6,3 procent som Massoudi (2013) fann i en populationsbaserad studie genomförd i Sverige. Prevalensen för depression hos nyblivna pappor förefaller vara något lägre än för nyblivna mammor vilket också stämmer överens med lägre prevalensnivåer för depression hos män generellt (Massoudi, 2013). Pappor som screenats för depression har också kunnat visa andra uttryck för psykisk ohälsa i form av oro, ångest och mer generella känslor av stress och olycklighet (Massoudi et al., 2016).

De riskfaktorer som visat starkast samband med depressionssymtom hos pappor är tidigare depression, problem i parrelationen, depression hos mamman, mindre stöd än förväntat från partnern, låg utbildningsnivå samt flera stressfyllda händelser under det senaste året (Giallo et al., 2013; Massoudi et al., 2016).

Tidig upptäckt och behandling av psykisk ohälsa hos nyblivna föräldrar är angeläget då bristande psykiskt mående inte bara påverkar föräldern utan också riskerar påverka barnet (Murray & Cooper, 1996; Ramchandani et al., 2008; Ramchandani et al., 2011; Stein et al., 2014). Samspelet mellan förälder och barn och i förlängningen barnets känslomässiga och kognitiva utveckling riskerar att påverkas negativt (Stein et al., 2014). Psykisk ohälsa hos nyblivna pappor väcker oftast inte samma oro som hos mammor, trots att den riskerar att påverka barnets utveckling på likartat sätt (Socialstyrelsen, 2014).

Longitudinella studier har visat att depressiva symptom hos pappor, oberoende av andra faktorer, predicerar en förhöjd risk för beteendeproblem hos barnet vid 3,5 år (Ramchandani et al., 2005), samt beteendestörningar och kamratproblem vid sju års ålder (Ramchandani et al., 2008). Risken var något högre för pojkar och barn vars pappor hade en mer kronisk depression (Ramchandani et al., 2008). Depressiva symptom hos pappor i post partum perioden har även visat samband med emotionella svårigheter vid 4–5 års ålder (Fletcher et al., 2011) och sämre expressivt språk hos barnet vid 2 års ålder (Paulson et al., 2009). Studier har visat att pappor med depressiva symptom läser mindre för sina små barn (Davis et al., 2011; Paulson et al., 2009) och är mer benägna att använda fysisk bestraffning (Davis et al., 2011).

Psykisk ohälsa hos pappan kan påverka barnets hälsa och utveckling både direkt och indirekt, genom påverkan på föräldraförmågan, minskat stöd till mamman samt ökad risk för konflikter och våld i familjen (Stein et al., 2014). Internationella studier har visat att generellt sett tenderar män att söka professionell hjälp, såsom primärvård och psykologisk behandling, i mindre utsträckning än kvinnor (Addis & Mahalik, 2003; Smith et al., 2006), och även att de ofta skjuter upp hjälpsökande (Bevan, 2010; Galdas et al., 2005).

Det finns skäl att så tidigt som möjligt identifiera nedstämdhet hos nyblivna föräldrar för att erbjuda stöd och behandling (Socialstyrelsen, 2014). Socialstyrelsen rekommenderar att alla nyblivna mammor bör erbjudas screening för post partum depression 6–8 veckor efter förlossning (Socialstyrelsen, 2021). Ett enskilt samtal med mamman som inkluderar depressionsscreening är en del i det universella barnhälsovårdsprogrammet (Rikshandboken). Vid ett hälsobesök på bvc erbjuds mamman att fylla i en självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och har i anslutning till detta ett samtal om sitt mående med bhv-sjuksköterskan. De mammor som bedöms ha risk för psykisk ohälsa erbjuds stödsamtal hos bhv-sjuksköterskan eller hänvisas vidare exempelvis till bhv-psykologen (Fagerberg & Kling, 2023). Sjuksköterskorna får fortbildning i EPDS-metoden samt handledning av bhv-psykolog. Det har inte funnits något motsvarande samtal för pappor och det saknas idag tillräckligt stöd för att rekommendera allmän screening av nyblivna pappor för depression (Massoudi, 2013; Socialstyrelsen, 2021).

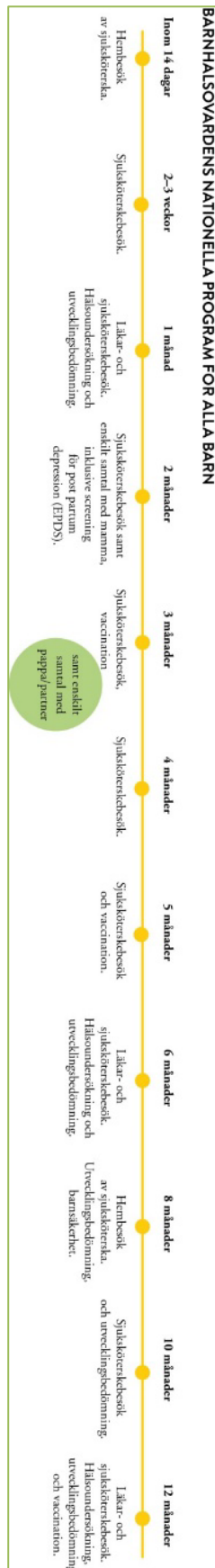
I en nationell undersökning 2004 bedömde nästan 90 procent av bhv-sjuksköterskorna att de i de allra flesta fall inte skulle få veta om en pappa inte mårde väl psykiskt (Massoudi et al., 2011). I en liknande undersökning i Stockholm tio år senare bedömde 75 procent av sjuksköterskorna att de aldrig eller bara i något enstaka fall fick veta om en pappa mårde dåligt psykiskt, medan 85 procent svarade att de i nästan alla eller ganska många fall fick veta om en mamma inte mårde väl psykiskt (Wells et al., 2017).

Det finns en risk att Barnhälsovården missar att identifiera pappor som inte mår väl psykiskt eller behöver stöd i sitt föräldraskap. Barnhälsovården behöver därför utveckla metoder för att bättre nå pappor i allmänhet, både för att det generella föräldrastödet ska nå båda föräldrarna, men också för att identifiera pappor som inte mår väl psykiskt och uppmärksamma behov av extra stöd. Det finns brist på kunskap kring hur metoder för detta bäst utformas för att möta pappors behov.

Pilotprojekt: Enskilda samtal för pappor/icke-födande föräldrar på barnavårdscentraler

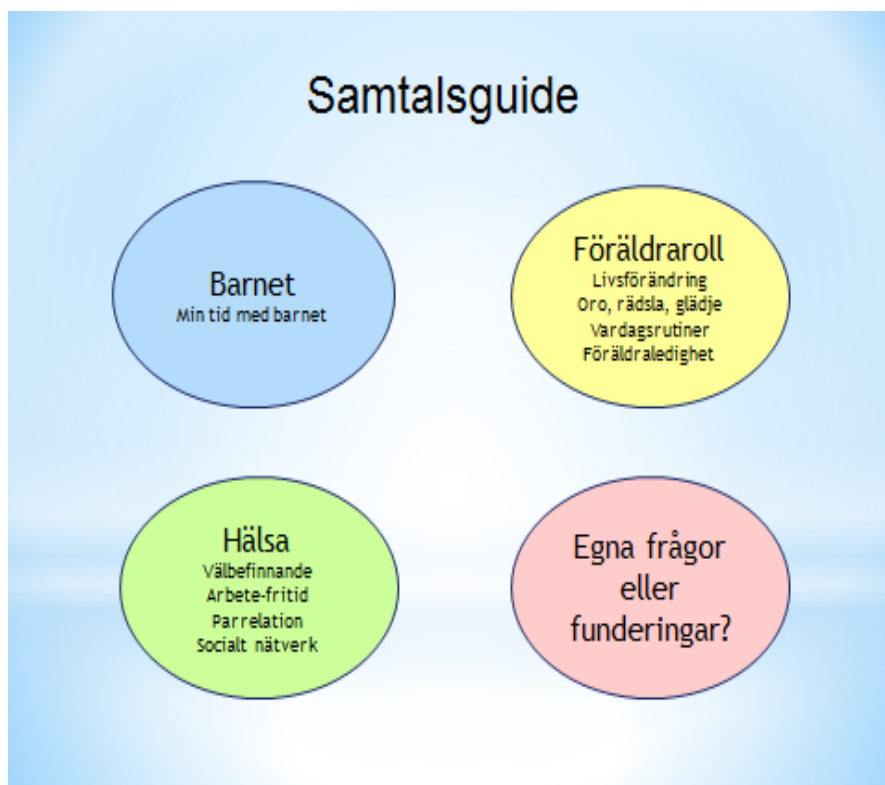
Under 2015 genomfördes ett pilotprojekt i Kronoberg ("Pappor på BVC") på fem av länets barnavårdscentraler. Syftet med projektet var att bättre nå mammor och pappor på lika villkor under kontakten på bvc och att i högre utsträckning uppmärksamma nyblivna pappors/icke-födande föräldrars föräldraskap och psykiska hälsa. Ett modifierat barnhälsovårdsprogram med förstärkt fokus på pappa/icke-födande förälder erbjöds. Programmet innefattade ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder med familjens bhv-sjuksköterska, när barnet var tre månader gammalt. Det enskilda samtalet erbjöds i samband med ett ordinarie besök, som förlängdes med ca 30 minuter. Besöket för pappa/icke-födande förälder låg tidsmässigt efter EPDS-samtalet som erbjöds mamma när barnet är 6–8 veckor.

Utöver det enskilda samtalet med pappa/icke-födande förälder ingick i projektet att sjuksköterskorna skulle vara noga med att träffa båda föräldrarna vid det första hembesöket och att bjuda in dem båda till det första besöket på bvc, när barnet var 2–3 veckor gammalt. Vid dessa besök uppmanades sjuksköterskorna att adressera båda föräldrarnas föräldraskap och välbefinnande och förslag på frågor i detta syfte formulerades i en frågeguide. Frågeguiden innehöll frågor om hur pappan/icke-födande föräldern upplevt förlossningen och att bli förälder, frågor om föräldrarnas respektive roller samt om pappans/icke-födande förälderns tid med och relation till barnet.



Figur 1. Det nationella barnhälsovårdsprogrammet (under barnets första år), inkluderat ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder

Under det enskilda samtalet gavs pappan/icke-födande föräldern möjlighet att samtala själv med sjuksköterskan om sin föräldraroll, sin relation till barnet och sin egen hälsa. Samtalet utgick från en samtalsguide med dessa teman (Figur 2) som både sjuksköterskan och pappan kunde titta på gemensamt under samtalet. Sjuksköterskorna hade även en egen frågeguide för personal med exempelfrågor relaterade till de olika temana. Sjuksköterskorna instruerades att använda EPDS-formuläret på indikation, om tecken på psykisk ohälsa framkom under samtalet. Det enskilda samtalet innehöll inte någon allmän screening med EPDS, då vetenskapligt underlag för en sådan rekommendation saknades (Massoudi, 2013).



Figur 2. Samtalsguide till det enskilda samtalet med pappa/icke-födande förälder

Samtalsguiden och frågeguiden bygger på tidigare forskning om nyblivna pappor och är en utveckling av en motsvarande guide framtagen av forskare vid Karolinska Institutet (Bergström et al., 2016) som vidareutvecklades av mödra- och barnhälsovårdspsykolog Amanda Wikerstål (författaren) och barnsjuksköterska Helena Nyström, samordnande sjuksköterska för Barnhälsovården i Kronobergs län.

Inför projektstart gick sjuksköterskorna en endagsutbildning framtagen och arrangerad av mödra- och barnhälsovårdspsykolog. Uppstartsutbildningen innehöll en teoretisk genomgång om föräldraskap och psykisk hälsa, med fokus på pappor, diskussioner kring jämställt bemötande samt en praktisk genomgång av det modifierade barnhälsovårdsprogramets upplägg, formen för det enskilda samtalet och det samtalsmaterial som skulle användas vid det enskilda samtalet.

Samtliga familjer med nyfödda barn som skrevs in på deltagande bvc under projekttiden informerades om projektet och erbjöds besök enligt det modifierade programmet. Föräldrarna informerades om projektet muntligt och skriftligt vid första hembesöket. De sista besöken inom projektet genomfördes i december 2015 och projektet hade då pågått i ett år.

Syfte

Det övergripande syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att erbjuda ett modifierat barnhälsovårdsprogram med förstärkt fokus på pappa/icke-födande förälder under barnets första månader, innefattande ett enskilt samtal med pappa/icke-födande förälder när barnet var tre månader gammalt.

Frågeställningar

- Vad har sjuksköterskorna för erfarenheter av att erbjuda och hålla enskilda samtal med pappor/icke-födande föräldrar? Erfar sjuksköterskorna att det tillför något till verksamheten och familjerna, i så fall vad?
- Hur fungerar det modifierade barnhälsovårdsprogrammet i barnhälsovårdens verksamhet? Hur erfar sjuksköterskorna upplägget och metoden, inklusive samtalsmaterialet?

Metod

Design

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och med fokusgruppsintervjuer som metod (Wibeck, 2010). Kvalitativ metod ansågs lämplig då syftet med studien var att undersöka de deltagande sjuksköterskornas erfarenheter av att erbjuda ett nytt barnhälsovårdsprogram under barnets första månader, med särskilt fokus på pappa/icke-födande förälder. I fokusgruppsintervjuer uppmuntras deltagarna att dela med sig av sina erfarenheter, de ges möjlighet att ställa frågor till varandra och gemensamt utveckla sina tankegångar (Wibeck, 2010) för att på så sätt få fördjupad förståelse av det studerade.

Urval

Planerna för projektet med enskilda samtal för pappa/icke-födande förälder på bvc presenterades på en informationsdag för barnhälsovården i april 2014. Sjuksköterskor som var intresserade av att delta i projektet ombads förankra deltagandet på sin arbetsplats och sedan anmäla intresse. Elva sjuksköterskor, samtliga kvinnor, från fem olika barnhälsovårdscentraler, anmälde sig och deltog sedan projektet. Två av sjuksköterskorna avslutade sin anställning inom barnhälsovården mot slutet av projektåret och avbröt således sitt deltagande ca 1–2 månader innan projektet officiellt avslutades. Två av de deltagande Barnavårdscentralerna låg i tätorten, en i ett mindre samhälle och två på landsbygden. Från de bvc som låg i tätorten deltog flera sjuksköterskor och från de övriga deltog en sjuksköterska från vardera bvc. Två bvc var privata och övriga var offentliga. Två bvc hade Care need index (CNI) under genomsnittet och tre hade CNI över genomsnittet (CNI spridning 0,79–1,15).

Samtliga 11 sjuksköterskor som deltog i projektet bjöds in som deltagare för att dela med sig av sina erfarenheter genom fokusgruppsintervjuer. Samtliga tillfrågade gav informerat samtycke till att delta. En sjuksköterska hade förhinder och kunde inte delta vid något av de datum som fokusgruppsintervjuerna genomfördes. Hon intervjuades individuellt per telefon kring sina erfarenheter. Sjuksköterskorna hade vid fokusgruppernas genomförande haft enskilda samtal med pappor under cirka ett halvår.

Procedur

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes i mars och april 2015. Den sjuksköterska som inte deltog vid något tillfälle intervjuades per telefon i juni 2015. Fem sjuksköterskor deltog vid respektive tillfälle.

Under fokusgruppsintervjuerna ombads sjuksköterskorna diskutera sina erfarenheter av att arbeta enligt det modifierade barnhälsovårdsprogrammet och att erbjuda enskilda samtal med pappor/icke-födande föräldrar. En semistrukturerad intervjuguide användes som stöd för att se till att alla frågeområden berördes under intervjun. Frågeguiden innehöll frågor om sjuksköterskornas erfarenheter av projektet så här långt, hur det fungerade praktiskt att erbjuda samtalen, hur de upplevde innehållet i samtalen, om samtalen tillförde något till bvc och/eller familjerna samt övergripande frågor och för- och nackdelar med samtalen. Följdfrågor ställdes för att fördjupa

diskussionen och för att engagera samtliga deltagare. Samma intervjuguide användes under telefonintervjun.

Utöver författaren som agerade samtalsledare deltog en bisittare som förde anteckningar och ansvarade för inspelningsutrustningen. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes i ett konferensrum på Familjehälsan (författarens arbetsplats). Fokusgruppsintervjuerna varade i ca två timmar med avbrott för fika. Telefonintervjun tog ca 30 min. Intervjuerna ljudinspelades med hjälp av en digital bandspelare och transkriberades av författaren.

Dataanalys

Data transkriberades ordagrant och analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Graneheim, 2017). Data från fokusgruppsintervjuerna och telefonintervjun utgjorde en analysenhet. Analysarbetet påbörjades direkt efter varje intervjutillfälle då anteckningar gjordes kring eventuella teman och tankar som väcktes i samband med intervjuerna. Intervjuerna transkriberades och lästes sedan igenom flera gånger för att få en helhetsbild och för att sätta sig in i de intervjuades upplevelsevärld. Ur det transkriberade materialet togs meningsbärande enheter, så kallade meningsenheter, ut. De kondenserades, vilket innebar att de förkortades men att innebörden bevarades. De kondenserade meningsenheterna abstraherades och tillskrevs en kod. Koderna jämfördes och sorterades sedan efter innehåll i underkategorier. Underkategorierna reducerades till kategorier och sorterades i en ny lista med kategorier och underkategorier (tabell 1). Handedarna har tagit del av intervjuerna under analysprocessen och medverkat i analysen. Resultatet sammanfattades i text, kategori för kategori. Under nedskrivningen fanns hela tiden möjlighet och öppenhet inför att gå tillbaka och kontrollera texten mot intervjutranskriptionerna. Analys av data diskuterades vid upprepade tillfällen med handledarna till dess att konsensus var nådd. Identifierade huvudkategorier och underkategorier redovisas i resultatavsnittet nedan och belyses med citat från intervjuerna. Citaten är något redigerade för att bibehålla konfidentialitet och/eller underlätta läsbarhet.

Tabell 1. Exempel på hur kategorier och underkategorier utröntes

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Och jag tycker också att man får veta... för mamman känner man ganska väl. Man har pratat om saker och man har haft EPDS, och med det här, får man se pappas sida av saker och ting, kanske om de har något hemma, något problem eller om de tjabbar. Så man får verkligen se från båda håll"</i>	Att få båda föräldrarnas perspektiv och lära känna familjen bättre	Bättre bild av familjen	Få en helhetsbild av familjen	Värdefullt och mångfacetterat bidrag
<i>Jag tror inte att den här pappan hade kommit till mig om inte hade varit för projektet, det tror jag inte. Jag tror inte att han hade ringt till mig och bett att få prata. Så det är ju jättepositivt, och han, han satt länge och han sa flera gånger att "åh vad skönt det var att få prata med någon", jag har ingen så som jag... det kändes som att jag faktiskt var värdefull, just där.</i>	En möjlighet att fånga upp pappors mående och stödbehov. Sjuksköterskan känner sig värdefull.	Fånga stödbehov	Få kunskap om pappors psykiska hälsa och stödbehov i familjen	Värdefullt och mångfacetterat bidrag
<i>Alltså jag har mötts av positiva reaktioner, det här liksom, det var bra, det har jag väntat på.</i>	Papporna har reagerat positivt, detta har de väntat på	Positiva reaktioner pappa	Positivt mottagande av föräldrarna	Synliggöra pappan

Etiska överväganden

Under utvärdering av projektet har hänsyn tagits till god forskningssed och forskningsetiska principer har följts (Vetenskapsrådet, 2017). Studien är inte genomgått etikprövning då det är ett utvecklingsarbete inom ramen för ett specialistarbete och inte bedöms uppfylla kriterier för när etikprövning skall genomföras. Sjuksköterskorna informerades i samband med att de anmälde sitt deltagande i projektet om dess syfte och vad deltagande i studien innebar. Deltagande i fokusgruppsintervjuerna har varit frivilligt och informerat samtycke har inhämtats muntligt inför intervjuerna. Namn på personer har ersatts med ett kodnummer. De ljudinspelade intervjuerna har förvarats så att obehöriga inte kunnat ta del av dem och har enbart använts för utvärderingens ändamål. Resultatet presenteras med hänsyn till konfidentialitet och utan möjlighet att identifiera enskilda deltagare.

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier som skildrar olika aspekter av sjuksköterskornas erfarenheter av att ha erbjudit ett modifierat barnhälsovårdsprogram med förstärkt fokus på pappa/icke-födande förälder under barnets första tre månader, innefattande ett enskilt samtal med pappa/icke-födande förälder. Att *synliggöra pappan* beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av att hålla enskilda samtal med papporna, deras intryck av hur erbjudandet om ett enskilt samtal för pappa tagits emot av familjerna samt sjuksköterskornas erfarenheter av vad det nya arbetssättet förmedlat gällande verksamhetens syn på pappors föräldraskap. Ett *värdefullt och mångfacetterat bidrag* beskriver vad det enskilda samtalet gett sjuksköterskorna i form av ökad förståelse och kunskap om hela familjen, möjlighet att upptäcka stödbehov och erbjuda såväl generellt som indikerat föräldrastöd, samt möjlighet att skapa en närmare relation till båda barnets föräldrar. *Möjligheter och utmaningar vid implementering av det nya arbetssättet* beskriver erfarenheter under implementeringen, hur modellen passat in i verksamheten, vilket stöd samtalsmaterialet utgjort samt vilka hinder som sjuksköterskorna stött på i relation till pappors deltagande och utifrån bristande resurser i organisationen. Inom varje kategori framkom olika underkategorier (tabell 2). I intervjuerna har enbart samtal med pappor beskrivits vilket är skälet till att icke-födande föräldrar inte omnämns i resultatdelen.

Tabell 2. Sammanställning av kategorier och underkategorier

Kategori	<i>Synliggöra pappan</i>	<i>Värdefullt och mångfacetterat bidrag</i>	<i>Möjligheter och utmaningar vid implementering av det nya arbetssättet</i>
Underkategori	<i>Spännande och givande att fokusera på pappa (1A)</i>	<i>Få en helhetsbild av familjen (2A)</i>	<i>Lättintegrerad helhetsmodell med användbart stödmaterial (3A)</i>
Underkategori	<i>Positivt mottagande av föräldrarna (1B)</i>	<i>Få kunskap om pappors psykiska hälsa och stödbehov i familjen (2B)</i>	<i>Utmaning att få papporna att delta (3B)</i>
Underkategori	<i>Signalera att papporna är betydelsefulla (1C)</i>	<i>Erbjuda generellt föräldrastöd (2C)</i>	<i>Brist på tid och resurser är hindrande (3C)</i>
Underkategori		<i>Skapa närmare relation till pappa (2D)</i>	

Synliggöra pappan

Sjuksköterskorna skildrade övervägande positiva upplevelser av att bjuda in till, och hålla enskilda samtal med pappor. De beskrev att såväl pappor som mammor i de familjer som bjudits in att delta reagerat positivt på erbjudandet om ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder, samt att det förstärkta pappafokuset bidragit till att synliggöra pappornas föräldraskap. Att efterfråga pappornas tankar och åsikter upplevdes tydligare förmedla att papporna sågs som viktiga och välkomna till bvc.

Spännande och givande att fokusera på pappa

Sjuksköterskorna beskrev det som övervägande positivt att hålla enskilda samtal med pappor. De uttryckte att det upplevts spännande, roligt och intressant, och samtalen beskrevs i de flesta fall som givande samtal där papporna varit förvånansvärt öppna och delat med sig av tankar och erfarenheter. Trots att det för vissa upplevts ovanligt att sitta enbart med pappan lyftes samtalen fram som ett naturligt ”nytt steg” och som något som ökade kvalitén i kontakten. Att möta pappan i ett eget samtal gav utrymme åt pappan och hans föräldraskap.

Jag tycker överlag att det är väldigt bra och det är spännande att prata med bara papporna, för det är ju sällan man fångar upp enbart pappan. Är båda föräldrarna med så upplever jag nog mycket att pappan sitter i bakgrunden. Och liksom stämmer av med mamman, och det är mamman som pratar väldigt mycket. Nu blir det fokus på bara pappan

Positivt mottagande av föräldrarna

Sjuksköterskorna beskrev att de oftast mötts av positiva reaktioner från familjer som de erbjudit att delta i projektet. Papporna har uttryckt att det känts bra att bli inbjuden, att det är något som behövs och som de har väntat på. Ett fåtal pappor har uttryckt ointresse eller att de inte har behov av ett enskilt samtal.

Den andra pappan som jag inbjöd, han var verkligen jättepositiv. Det var en förstagångspappas om sa ”Åh vad bra, det hade de behövt i mödravården också. För att där var man ju inte medräknad någonstans, förutom när det gällde att diska och städa, då pratade hon med mig. För det var det jag skulle göra

Det förekommer att sjuksköterskorna inför det enskilda samtalet kunnat uppleva att pappan varit lite osäker och inte riktigt vetat vad han skulle förvänta sig. Det har dock sällan varit ett problem under själva samtalen som överlag beskrivs som avslappnade samtal som flutit på bra.

Mammorna har upplevts som positivt inställda, ofta nyfikna och intresserade av samtalet och de har visat att de tyckt att det varit viktigt att deras partners deltagit. I vissa fall har det varit de som tryckt på för att få pappan att delta och att boka tid med sjuksköterskan.

De är positiva! Ja även om det känns lite märkligt att de inte ska stå i centrum som de är vana vid på bvc så tror jag att de tycker att det är jättebra, absolut

Signalera att papporna är betydelsefulla

I och med ett större fokus på pappan upplevde sjuksköterskorna att de tydligare förmedlat att de ser pappor som viktiga personer för sina barn, vars tankar och åsikter är välkomna och värdesätts på bvc. De upplevde att det ökade utrymmet papporna getts stärkt deras roll och lyft fram deras föräldraskap och att det påverkade den fortsatta kontakten på bvc positivt.

En pappa, han har inte varit med innan, med tidigare barn, då träffade jag inte honom alls. Och nu då, med nummer tre, så har jag träffat honom jättemånga gånger efter pappasamtalet. Det var väl en känsla han fick, att "jag är också välkommen till bvc. Det jag tänker och känner är också viktigt

Värdefullt och mångfacetterat bidrag

Sjuksköterskorna beskrev flera vinster med de enskilda samtalen med papporna, för papporna själva, för deras familjer, för sjuksköterskorna i deras roll och för den fortsatta kontakten med barnhälsovården. Under samtalen kom ny information fram som breddat förståelsen för familjen. Samtalen utgav en möjlighet att upptäcka och uppmärksamma behov av stöd, såväl gällande pappans eget psykiska mående som övriga omständigheter relaterat till mamman eller familjen. Det enskilda samtalet blev dessutom ett tillfälle att samtala med pappan om hans föräldraskap och erbjuda generellt föräldrastöd samt skapa en närmare relation till pappan.

Få en helhetsbild av familjen

Att träffa pappan enskilt gav utrymme åt pappans berättelse och hans perspektiv. Sjuksköterskorna beskrev att detta gjort att de fått ta del av information som gett en bredare bild av familjens fungerande, sådant de annars inte hade fått reda på. Det har exempelvis varit att pappans egna erfarenheter och upplevelser av papparollen framträtt; att samtalet gett fler perspektiv och synvinklar på hur barnet är och/eller att sjuksköterskorna fått en mer samlad bild av familjesituationen som helhet. En bättre helhetsbild av familjens fungerande och behov upplevdes vara till stor nytta för den fortsatta kontakten.

De berättar saker som jag aldrig skulle ha fått reda på annars, kan man säga. Om vad de har med sig i bagaget sedan tidigare, förhållande eller barn eller vad det då kan vara. Så det känns faktiskt jättebra, för jag får en helt samlad bild

Få kunskap om pappors psykiska hälsa och stödbehov i familjen

Det enskilda samtalet beskrevs ha bidragit till att sjuksköterskorna i flera fall fått kännedom om pappor med egen bristande psykisk hälsa eller andra omständigheter som gjort att det funnits behov av ökat stöd till familjen. Information beskrevs ha framkommit under själva samtalet eller i relation till den öppning som ett erbjudande om ett samtal riktat till pappan gett. De allra flesta pappor sjuksköterskorna träffade beskrevs ha mått bra, men exempel gavs också på pappor som inte mått väl psykiskt eller som beskrev andra problem. Exempelen som sjuksköterskorna lyfte handlade om en blandning av svårigheter och behov, som pappor med psykiatrisk problematik, ångestsyndrom, med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, eller med egna barndomserfarenheter som påverkade relationen till barnet negativt. Flera pappor berättade om parrelationsproblem. I ett flertal fall där psykisk ohälsa framkom hade kontakt med sjukvården redan initierats och sjuksköterskorna behövde inte själva vidta några åtgärder, som att remittera eller förmedla kontakt inom vården. Oavsett det upplevde sjuksköterskorna att det var värdefullt att få kännedom om pappans bristande psykiska hälsa, för att kunna stötta familjen på bästa sätt i

barnhälsovårdskontakten. Två sjuksköterskor hade erbjudit extra stödsamtal och beskrev att de upplevt att det gjort skillnad för de pappor som de träffat.

Jag har haft någon pappa som... jag har haft jättesvårt att nå honom. Mamma säger ingenting, hon har kommit själv till övriga besök, men vid tre månader, då kom han med, för att vara med på det här. Och då visar det sig att han har det jättejobbigt. Då klarnar ju bilden, av varför han betedde sig som han gjorde, när man var hemma och så. Och det tror jag inte jag hade fått fram annars. Om man inte hade bjudit in honom till det här. Jag tyckte det var en viktig pusselbit för barnet

Vid samtalen med pappa kunde även ny information komma fram relaterat till mammans mående. Exempel gavs på pappor som berättat att mamman till barnet mådde betydligt sämre än vad hon själv berättat i kontakten med bvc och det var först vid samtalet med pappa som det kom fram hur dåligt mamma egentligen mådde. Även mindre oroväckande information beskrevs ha framkommit som varit värdefull för förståelsen för hela familjens fungerande och behov.

Jag har en förstagångsfamilj, en mamma och pappa. Där pappa berättade för mig, att det har varit väldigt svårt för dem att få barn. Mamma berättade ingenting om det. "Och om du märker på henne så är hon väldigt stressad", säger han. "För att det ska hända barnet något". Han försöker följa med så många gånger som möjligt för att lyssna in vad jag säger, för att sedan kunna hjälpa henne hemma att förstå att det här är inget farligt, du hörde vad bvc-sjuksköterskan sa. Jag kan ha en helt annan förståelse för varför hon ringer nu, varför de är två med. Det är värdefull information att ha för att förstå om den här familjen behöver komma några extra gånger

Erbjuda generellt föräldrastöd

Sjuksköterskorna upplevde att det enskilda samtalet blivit ett tillfälle för reflektion kring pappans föräldraskap och att det lett till givande samtal om föräldrarollen och omställningen att bli förälder, vilket flera pappor också uttryckt. Exempelvis beskrevs en pappa som uttryckte att sjuksköterskans frågor fick honom att inse att han berördes mycket mer av de teman som samtalet handlade om än vad han hade trott, och att det varit väldigt skönt att prata om dem, trots att han mådde bra.

Flera sjuksköterskor beskrev att de under det enskilda samtalet kunnat ge pappan stöd i föräldrarollen eller kunnat stötta pappans relation till barnet. Detta upplevdes ha varit värdefullt för pappan även om det handlade om normala omställningsprocesser och det inte funnits behov av extra stöd utöver det enskilda samtalet.

Till exempel att vissa pappor upplever att de har svårt att göra sina barn nöjda. När de är ledsna är det bara mamma som duger. Det har jag några som har tagit upp, att det är svårt att trösta. Och där kan de ju känna sig otillräckliga ibland. Och med dem har jag försökt prata kring det, att ge dem lite perspektiv på det, att investera i relationen när barnet mår som bäst och att ge det tid... Och det tar de till sig. För oftast blir det att de tänker att "jag duger inte"

Skapa närmare relation till pappa

Genom de enskilda samtalen uttryckte sjuksköterskorna att de har fått möjlighet att lära känna papporna bättre och att skapa närmare relationer till dem. Många jämförelser gjordes mellan det enskilda samtalet för pappa och EPDS-samtalet med mamma. Sjuksköterskorna upplever att EPDS-samtalet med mamma ofta leder till en fördjupad relation och nu beskrevs liknande erfarenheter efter att ha haft ett enskilt samtal med pappa.

Det känns som att vi fick en bra relation, absolut att vi fått en djupare relation, vi har pratat så mycket runt om. Och den förståelsen. Så absolut att det var något positivt

Möjligheter och utmaningar vid implementering av det nya arbetssättet

Sjuksköterskornas beskrev att det modifierade barnhälsovårdsprogram som prövades överlag fungerat väl i verksamheten. Det hade fungerat bra att ha samtalet med pappa i samband med tremånadersbesöket och samtalsmaterialet beskrevs som relevant till sitt innehåll och utgjorde ett gott stöd. Hinder som identifierades var brist på tid och resurser och att det i vissa fall varit svårt att boka tid med papporna och att få dem att komma när tiden väl var inne för det enskilda samtalet.

Lättintegrerad helhetsmodell med användbart stödmaterial

Sjuksköterskorna beskrev att det modifierade barnhälsovårdsprogrammet med förstärkt fokus på pappa/icke-födande förälder i stort fungerat väl och varit lätt att integrera i verksamheten. Det upplevdes naturligt att komplettera EPDS-samtalet med ett enskilt samtal för pappan. Att träffa pappan vid besök som inföll innan det enskilda samtalet utgjorde en god grund för att börja etablera en relation. Sjuksköterskorna beskrev att de nästan alltid träffar båda föräldrarna vid hembesöket. Under projektet hade de flesta papporna även deltagit vid första besöket på bvc, vilket sjuksköterskorna trodde underlättats av att det stora flertalet pappor fortfarande är hemma då. Vissa pappor hade inte kommit till besöket vid 2–3 veckor, utan istället valt att komma till något annat besök under de första veckorna. Sjuksköterskornas erfarenheter var att det underlättat för det enskilda samtalet om de träffat pappan någon ytterligare gång på bvc innan tremånadersbesöket, men när hade spelat mindre roll.

Tidpunkten för det enskilda samtalet med pappan i anslutning till vaccinationen vid tremånadersbesöket upplevdes som lämplig. Momenten vid besöket har utan större problem kunnat anpassas utifrån vad som passar bäst för familjen och barnet. Att träffa papporna själva relativt tidigt i kontakten på bvc beskrevs som positivt. Att ett enskilt pappasamtal inföll vid besöket efter EPDS-samtalet med mamman beskrevs skapa en känsla av kontinuitet.

Vi har gjort färdigt allt med vaccinationen och så. Och har man då ett litet ledset barn, så är det smidigt för mamman att gå ut så länge. Så fortsätter vi att prata. Så har vi ett nöjt barn som kommer tillbaka när vi är färdiga

Sjuksköterskorna beskrev samtalsguiden och frågeguiden som användbara, med relevanta teman och frågor. Samtalsguiden gav en bra struktur att utgå ifrån. Dessutom bidrog den till fördjupning och till att samtalet upplevdes som fritt och avslappnat. Strukturen upplevdes underlätta följsamhet till den enskilda pappans behov. De olika ämnena och frågorna beskrevs på ett naturligt sätt ha vävts in i samtalet och sjuksköterskan och pappan har flexibelt kunnat växla mellan de olika

områdena i guiden. Om det är pappor som varit tystlåtna har sjuksköterskorna fått styra samtalet mer och ställa mer frågor. Det beskrevs som positivt att pappan kunnat se vad de ska prata om under samtalet.

De här bubblorna [cirklar med samtalsteman i samtalsguiden] är bra. Jag brukar ta fram den och introducera samtalet lite, och sen fråga: är det något av de här områdena som du vill börja prata om eller så. Det finns ju lite olika under där, ämnen. Igår var det en pappa som högg direkt på den där det står sömn... Sen använder jag de andra frågorna om det kommer i stå och de bara säger ja och nej

Alla sjuksköterskorna hade använt sig av samtalsguiden i samtalen. Guiden med exempelfrågorna hade använts mer flexibelt. Vissa sjuksköterskor hade använt den mer de första samtalen och andra tog upp att de kanske tittat på den inför ett samtal för att påminna sig om några frågor eller valt ut vissa frågor att ställa. Ingen sjuksköterska hade använt EPDS-formuläret på indikation.

Utmaning att få papporna att delta

Vissa sjuksköterskor upplevde det som utmanande att boka tid med papporna och att få dem att komma till samtalet när tiden väl var inne. Här uttrycktes att ansträngningen som lagts ner blev en stressfaktor, om pappan trots detta inte prioriterat att komma till samtalet. Sjuksköterskorna beskrev att papporna överlag varit väldigt positiva när det enskilda samtalet presenterades vid hembesöket och att de uttryckt att de tycker det är bra att bvc vänder sig specifikt till dem som pappor. Men sedan hade sjuksköterskorna ändå upplevt svårigheter att få papporna att komma till det enskilda samtalet vid tre månader. Av de som tackat nej beskrevs att många pappor hade gjort det av arbetsrelaterade skäl, att de haft svårt att ta ledigt, hade långt att pendla, eller att de inte hittat en passande tid. Några hade tackat nej för att de inte tyckt att de behövt samtalet, till exempel hänvisat till att de mår bra.

Det var stor variation bland sjuksköterskorna när det gällde hur stor andel pappor sjuksköterskorna hade haft som tackat nej till samtal. Utöver pappornas beskrivna förhinder lyftes hur sjuksköterskornas sätt att informera om- och bjuda in till samtalet, kunde ha påverkat deltagande. Vissa av sjuksköterskorna beskrev en osäkerhet i hur de skulle bemöta pappor som uttryckte tveksamhet. Det faktum att vissa pappor hade tackat nej med hänvisning till att de mår bra, hade också väckt funderingar kring hur samtalet presenterades.

Någon pappa sa "nej, fast jag kan inte ta ledigt från jobbet för ett sådant samtal, för jag känner att jag mår bra". Då fick jag mig en liten tankeställare. För syftet är ju inte att bara prata med dem som inte mår bra, det är ju att prata med alla. Även om man mår bra så kan det ha varit bra att ha pratat om de här sakerna, för det skapar ökad medvetenhet kring vissa saker

Graden av frivillighet som uttrycktes, explicit eller implicit, lyftes också som en möjlig påverkansfaktor. När samtalet presenterades mer som ett val för papporna att ta ställning till än något självklart, riskerade det påverka deltagande negativt. Jämförelser gjordes med EPDS-samtalet för mamma, där sjuksköterskorna reflekterade över att de förmedlade andra förväntningar på mammors deltagande genom hur de bjöd in och bokade det samtalet. Flera sjuksköterskor lyfte en förväntan om att om pappasamtalet blev en etablerad del av ordinarie verksamhet så skulle samtalet presenteras på ett mer självklart sätt.

På EPDS:en säger jag ju bara såhär: jaha, då bokar vi en tid till EPDS. Och när det handlar om pappasamtalet då säger jag: du det där med pappasamtalet... och kanske till och med att jag får in någon gång ibland att det är frivilligt. Vilket gör att det finns betydligt större risk att de säger nej

Brist på tid och resurser är hindrande

Att erbjuda enskilt samtal till pappor innebar att besökstiden vid tremånadersbesöket förlängdes vilket sjuksköterskorna beskrev tagit av värdefull tid i en tidspressad arbetsvardag. Att det finns begränsat med tid i tidboken upplevdes som ett hinder, framför allt om papporna avbokade eller om samtal bokades in som extrabesök. Många av sjuksköterskorna beskrev att de har ansträngt sig för att vara flexibla och anpassa tider så att det ska passa papporna. Vissa hade därmed bokat tider som egentligen inte legat inom deras arbetstid.

Jag försöker vara så tillmötesgående jag kan när det gäller planering av tider och så där. Jag poängterar att jag tycker det är viktigt att båda kommer. Och då försöker ju många att komma. Jag kanske lägger tiderna i anslutning till lunchen och skjuter på den lite. Det försöker man ju i den mån man har möjlighet

Sjuksköterskorna uttryckte oro för hur de skulle kunna erbjuda enskilda samtal under sommaren då verksamheten går ner i personella resurser. Projektet genomfördes även samtidigt som flera andra nya moment implementerades i barnhälsovårdsprogrammet, vilket tagit sjuksköterskornas tid i anspråk. Att verksamheten behöver ha tillräckligt med tid och resurser för att på ett fullgott sätt utföra ytterligare en arbetsuppgift betonades.

Sen har vi väldigt mycket att göra just nu, jag har lite för lite barn för mina procent så jag har inte haft några problem att få in mina besök i min tidbok. Men mina kollegor som har lite för många barn för sina procent, så har det ju ibland varit knivigt och man har fått lägga över lite och så där

Diskussion

Resultatdiskussion

I föreliggande studie undersöktes sjuksköterskors erfarenheter av att erbjuda ett modifierat barnhälsovårdsprogram under barnets första månader, innefattande ett enskilt samtal med pappa/icke-födande förälder när barnet var tre månader gammalt. Det har länge funnits ett identifierat behov av att i högre utsträckning inkludera pappor i barnhälsovårdens verksamhet men i praktiken har detta visat sig vara svårt, vilket upprepade studier visat (Golestani et al., 2016B; Massoudi et al., 2011; SOU 2008: 31; Wells, 2015; Wells, 2016). Sjuksköterskorna i denna studie beskrev överlag positiva erfarenheter av att erbjuda ett enskilt samtal till pappor, att det varit givande att möta papporna enskilt och att erbjudandet tagits emot positivt av de familjer de mött. Att rikta sig mer till papporna upplevdes synliggöra pappornas föräldraskap, förmedla att papporna var viktiga för sina barn och att deras tankar och åsikter värdesätts av barnhälsovårdspersonalen. Samtalen beskrevs ha tillfört flera saker till verksamheten och familjerna. Sjuksköterskorna fick genom de enskilda samtalen möjlighet att skapa en närmare relation till papporna och de fick ta del av information som gav en bättre helhetsbild av familjen. Samtalet gav möjlighet att uppmärksamma pappors psykisk ohälsa samt annat behov av stöd. Det enskilda samtalet beskrevs dessutom i sig utgöra ett forum för att erbjuda föräldrastöd till pappa vilket främjat ett mer jämställt föräldrastöd.

Det finns få andra studier som undersökt erfarenheter av att pappor/icke-födande föräldrar erbjuds enskilda samtal på bvc. I två andra regioner i Sverige har liknande studier genomförts som undersökt sjuksköterskors erfarenheter av att erbjuda enskilda samtal till pappor/icke-födande föräldrar på bvc (Larsson et al., 2020; Stahl et al., 2019). Även i dessa studier framkom beskrivningar av hur erbjudandet om enskilda samtal till båda föräldrarna gett ett förstärkt familjeperspektiv, främjat en närmare relation till pappa/icke-födande förälder samt gett en möjlighet för bhv-sjuksköterskorna att erbjuda ett mer jämlikt föräldrastöd och en ökad möjlighet att stärka båda föräldrarna i deras föräldraskap (Larsson et al., 2020; Stahl et al., 2019). Det enskilda samtalet lyfts som ett viktigt steg för att bidra till att icke-födande föräldrar ska känna sig välkomna på bvc och öka medvetenheten om betydelsen de har i sina barns uppväxt (Stahl et al., 2019).

De enskilda samtalen med pappor beskrevs i denna studie ha bidragit till att sjuksköterskorna fått ta del av information som de inte fått ta del av vid samtal där mamma närvarar. Samtal med enbart pappa gav en ny inblick i pappornas perspektiv vilket kompletterade och fördjupade förståelsen för dem som individer, deras föräldraroll och gav en bättre helhetsbild av familjen. Information framkom som gav en annan eller kompletterande bild av såväl pappans, mammans som barnets behov. Även i Larsson et al. (2020) beskrivs att sjuksköterskorna erfarit att det faktum att samtalet getts enskilt varit väsentligt för att skapa en nära relation till den icke-födande föräldern och ge utrymme för dennes egna perspektiv. Att få ta del av både mammans och den icke-födande förälderns perspektiv beskrevs ge ny kunskap om den icke-födandes roll i familjen och dennes välmående, vilket i sin tur bidrog till en djupare förståelse för familjens situation som helhet (Larsson et al., 2020). I Stahl et al. (2019) lyfts hur det enskilda samtalet lett till att sjuksköterskorna fått ta del av viktig information de annars inte tror de skulle ha fått. Det enskilda samtalet beskrevs ge närmare kontakt med den icke-födande föräldern vilket gav en efterfrågad möjlighet att lära känna hela familjen och på så sätt bättre förstå barnets situation (Stahl et al., 2019). Resultatet i denna och ovan nämnda studier ger stöd för att ha ett samtal på bvc med pappa/icke-födande förälder som ges enskilt och som har fokus på, och ger utrymme för, pappans/icke-födande

föräldrarnas egna perspektiv. En bredare förståelse och ökad kunskap om hela familjen kan bidra till en ökad förståelse för barnets livssituation och därmed ge en bättre möjlighet att ge ett anpassat stöd till de familjer som kommer till bvc.

Den prövade modellen för att erbjuda enskilda föräldrasamtal till pappor/icke-födande föräldrar inom barnhälsovården beskrevs ha fungerat väl i verksamheten och metoden för det enskilda samtalet och det samtalsmaterial som prövats upplevdes som relevant till sitt innehåll och utgjorde ett gott stöd. Samtalsmaterialet upplevs ha erbjudit en struktur för samtalet som gett ett gemensamt fokus på centrala teman, men samtidigt erbjudit en flexibilitet som främjat personcentrering och anpassning till den specifika pappans behov och önskemål.

Metoden för det enskilda samtalet med en pappa/icke-födande förälder skiljer sig från samtalet med en mamma, vilket utgår ifrån EPDS, som är ett screeninginstrument för att upptäcka depression, genom att det har ett bredare fokus och är mindre strukturerat. I denna studie beskrevs ansatsen med ett bredare fokus än screening för psykisk ohälsa som positiv. I resultatet lyftes att samtalen gett en ökad kunskap om flera faktorer som påverkar pappans hälsa, hans föräldraskap och familjens fungerande. Resultatet i denna studie visar att det enskilda samtalet gett papporna ett forum där de fått utrymme att reflektera över omställningen att bli förälder och sitt föräldraskap och att samtalet därmed utgjort ett tillfälle att erbjuda generell föräldrastöd. Exempel har getts på hur sjuksköterskorna kunnat stärka pappor i deras föräldraroll och lotsa i frågor som rör relationen till barnet. Även i Larsson et al. (2020) lyfter sjuksköterskorna fram hur det enskilda samtalets struktur och samtalsmaterialets utformning öppnat upp för samtal om flera relevanta teman, som föräldrarollen och parrelationen, utöver pappans egna hälsa. Ett enskilt samtal med bredare fokus än i huvudsak screening för psykisk ohälsa kan på så sätt bidra till att barnhälsovårdens föräldrastödjande uppdrag (Magnusson et al., 2016) i högre utsträckning kommer pappor till del.

Ett bakomliggande motiv som funnits med när detta och andra projekt initierats inom barnhälsovården har varit ett behov att hitta metoder för att uppmärksamma depression hos nyblivna pappor. Barnhälsovården har under ett antal decennier screenat mammor för att upptäcka nedstämdhet efter förlossning. En bred kunskapsbas om mödrars psykiska ohälsa post partum har byggts upp med väl beprövade instrument nationellt och internationellt (Howard et al., 2014; Wickberg, 2019). Fokus kring pappors psykiska hälsa under postpartumperioden har ökat de senaste åren och forskning visar att bristande psykisk hälsa hos pappor, på ett likartat sätt som hos mammor, riskerar påverka barnets hälsa och utveckling negativt (Murray & Cooper, 1996; Ramchandani et al., 2008; Ramchandani et al., 2011; Stein et al., 2014). Det finns en klar risk att barnhälsovården missar att identifiera pappor som inte mår väl psykiskt och det finns ett stort behov av mer kunskap gällande pappors psykiska hälsa som nyblivna föräldrar, deras behov av stöd, samt beprövade och valida instrument för uppmärksamma pappor med bristande psykisk hälsa (Massoudi, 2013).

Det saknas vetenskapligt underlag för att använda EPDS som universell screening till nyblivna pappor (Massoudi, 2013; Socialstyrelsen, 2021). Samtidigt rekommenderar Socialstyrelsen (2021) att partners till nyförlösta personer också uppmärksammas för sin risk att utveckla depression. Behovet av metoder för att få kunskap om pappors psykiska hälsa har varit, och är, stort. I metoden för enskilda samtal som beskrivits i denna studie har en semi-strukturerad metod använts där papporna fått frågor om sitt psykiska mående som del av ett bredare samtal kring sitt föräldraskap, med rekommendation att gå vidare med EPDS på indikation, om pappan beskrev psykisk ohälsa. De sjuksköterskor som deltog i den här studien beskrev att de upplevt att samtalen gett möjlighet att upptäcka behov av extra stöd och gav exempel på att de fått kännedom om pappor som inte mått väl psykiskt. Det är positivt att erfarenheterna visat att samtalen gett möjlighet att uppmärksamma pappors psykiska mående. Utifrån studiedesign är det dock inte möjligt att dra

några slutsatser om hur stor andel av de pappor som haft symptom på depression eller annan psykisk ohälsa som uppmärksammats genom denna metod. Vi vet inte hur många pappor som hade fångats upp om en mer strukturerad screeningmetod använts.

I sjuksköterskornas beskrivningar av de stödbehov som fångats upp framkommer ett bredare spektrum av stödbehov än vad som ryms i depressionsdiagnosen. Ångestsyndrom, neuropsykiatriska svårigheter, parrelationsproblem och svårigheter i relationen till barnet är exempel på problem som sjuksköterskorna beskrivit att de fått kännedom om. Det är möjligt att en bredare ansats i samtalet bidragit till detta, även om det inte heller här går att dra några säkra slutsatser. Tidigare forskning kring pappor och psykisk ohälsa post partum har visat att depression hos pappor riskerar påverka parrelationen och hela familjesituationen negativt (Ramchandani et al., 2011; Stein et al., 2014). Det finns också studier som indikerar att överföring av risk till barnet kan skilja sig åt mellan kvinnor och män, exempelvis att pappors negativa påverkan på barnet kan vara mer indirekt, modererad genom familjefaktorer som konflikter i parrelationen och depression hos modern (Gutierrez-Galve et al., 2015). Sammantaget kan det ge ytterligare stöd för att ha ett bredare fokus än i enbart screening för depression i samtal med pappor och att faktorer som parrelationen och familjens fungerande som helhet berörs.

Sedan projektet som utvärderas i denna studie genomfördes har kunskap och erfarenheter som genererats genom detta och liknande projekt runt om i landet lett till att ett konsensusbeslut tagits inom barnhälsovården nationellt, om att införa ett enskilt samtal för icke-födande förälder i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Sedan 2018 rekommenderas att den förälder som inte fött barnet erbjuds ett enskilt föräldrassamtal när barnet är mellan 3-5 månader (Rikshandboken). Tillvägagångssättet för det enskilda samtalet för den icke-födande föräldern beskrivs i Rikshandboken för barnhälsovård (Rikshandboken). Metoden ligger nära den som prövats i denna studie, med tillägget att två screeningfrågor (Whooley-frågorna) för nedstämdhet lagts till (Rikshandboken). Frågorna har lagts till i syfte att mer strukturerat fråga kring nedstämdhet och för att ge tydligare vägledning kring när det är indikerat att erbjuda EPDS. Whooley-frågorna ställs om en icke-födande förälder i samtalet beskriver att den inte mår väl eller ger uttryck för andra tecken på psykisk ohälsa; om föräldrarna har problem i sin parrelation; samt om mamman har fallit ut på EPDS. Enligt den föreslagna rutinen bör EPDS erbjudas för vidare bedömning om en icke-födande förälder svarar jakande på en eller båda Whooley-frågorna (Rikshandboken). Denna metod för stegvis bedömning av psykisk ohälsa kan vara en bra mellanväg för att erbjuda ett samtal med ett bredare fokus samtidigt som risken att missa depressioner hos pappor minskar. Mer forskning för att utvärdera effekten av Whooley-frågorna som tillägg till det enskilda samtalet behövs.

Sedan enskilda samtal för pappor/icke-födande föräldrar införts i det nationella programmet har implementeringsarbete påbörjats i många regioner, men det är fortfarande stora skillnader regionalt och nationellt vad gäller hur många nyblivna pappor som erbjuds och erhåller enskilda samtal och det är en lång väg kvar innan pappor/icke-födande föräldrar erhåller enskilda samtal i samma omfattning som mammor. Än så länge uppskattar enbart fem procent av regionerna att ett enskilt samtal ges till så gott som alla icke-födande föräldrar, 40 procent uppskattar att det ges till ungefär hälften och 15 procent att det ges till ganska få eller inga av papporna/icke-födande föräldrarna (Hedman, 2022). Det är fortfarande så, i regioner som implementerat enskilda samtal för både mammor och pappor/icke-födande föräldrar, att papporna inte erhåller enskilda samtal i samma utsträckning som mammor, även om en succesiv ökning över tid kan ses (Berling et al., 2024). Statistik från de tolv regioner som är anslutna till Svenska barnhälsovårdsregistret (BHVQ) visar att, när det gäller barn födda 2023, så fick 32 procent av alla pappor ett enskilt samtal (Svenska Barnhälsovårdsregistret, 2024A), vilket kan jämföras med att 81 procent av alla mammor fick ett enskilt samtal för screening med EPDS (Svenska Barnhälsovårdsregistret, 2024B).

I föreliggande studie beskrev sjuksköterskorna olika hinder för att erbjuda enskilda samtal till pappor relaterade till tid och organisatoriska faktorer samt svårigheter att, i vissa fall, få pappor att komma till samtal när det väl var dags. Att det fortfarande är långt ifrån alla pappor/icke-födande föräldrar som erbjuds enskilda samtal och att det finns stora skillnader gällande implementering i olika regioner skulle kunna vara ett tecken på att samtal med pappor/icke-födande föräldrar ännu inte prioriteras inom barnhälsovården när arbetsbelastningen är hög.

I studien beskrev sjuksköterskorna erfarenheter av att det trots inbjudan upplevdes svårt att få vissa pappor att delta. Även om papporna uttryckte sig positivt kring deltagande när de först fick information om ett enskilt samtal på bvc kunde det vara svårt att boka tid och att genomföra samtalet när det väl var dags. Sjuksköterskorna beskrev att de ofta ansträngde sig för att erbjuda tider som underlättade för papporna att delta, som sena tider eller tider runt lunch. Tidigare studier har lyft hur bvc:s öppettider kan försvåra för en förvärvsarbetande förälder att komma till besök på bvc (Wells, 2016; Wells & Sarkadi, 2012). Statistik från bvc visar samtidigt att även när båda föräldrarna återgått till arbete efter föräldraledighet så deltar mammor i högre utsträckning än pappor vid besök (Golestani et al., 2016B).

I Stahl et al. (2019) beskrivs ett liknande mönster av att pappor först tackar ja och sedan avbokar det enskilda samtalet (Stahl et al., 2019). I den studien lyfts att det är ett mönster som sjuksköterskorna känner igen från när EPDS-samtal med mammor först implementerades. En förväntan uttrycks kring att pappors deltagande med tiden kommer ses som mer naturligt, på samma sätt som det varit för mammor (Stahl et al., 2019). I en implementeringsstudie visade Odonde et al. (2022) att sjuksköterskor som träffat fler än åtta pappor för enskilda samtal i högre utsträckning hade enskilda samtal med pappor i enlighet med metoden. Det är möjligt att pappors deltagande ökar med tiden när samtalet med icke-födande förälder blir mer etablerat inom barnhälsovården.

I resultatet i denna studie beskrivs att sättet det enskilda samtalet presenteras på och hur papporna bjöds var faktorer som påverkade pappors deltagande. Många sjuksköterskor beskrev att de presenterade EPDS-samtalet för mamman som något självklart medan samtalet till pappan presenterades som mer frivilligt och att de därmed förmedlade olika förväntningar på mammor respektive pappor. I rapporten om projektet "Pappa på BVC" (Bergström et al., 2016) från ett liknande projekt i Stockholm beskrev pappor att det spelar roll hur de bjöds in till bvc och de önskade tydliga signaler om när de förväntades delta. Graden av "frivillighet" som uttrycks vid inbjudan och de förväntningar gällande deltagande sjuksköterskor förmedlar till pappor respektive mammor är värda att begrundas. Det är rimligt att tänka att sjuksköterskornas bemötande såväl som mammors och pappors föräldraroller påverkas av normer och förväntningar som ser olika ut för män respektive kvinnor (Golestani et al., 2016A). Studier av bhv-sjuksköterskors attityder (Massoudi et al., 2011) har visat att dessa skiljer sig åt när det gäller synen på mammors och pappors intuitiva föräldraförmågor och även om attityderna ändrats i en mer jämställd riktning över tid så kvarstår fortfarande en skillnad i synen på mammors och pappors förmågor som föräldrar (Wells et al., 2017). Förväntningar som följer av normer uttrycks ofta på subtila, och inte sällan, omedvetna sätt. Utbildning och handledning är viktiga insatser för att både förmedla kunskap om hur föräldraförmåga utvecklas i kontakt med barnet oberoende av förälderns kön samt för att öka den egna medvetenheten om normer och hur normer påverkar bemötande. Inslag om normer och bemötande samt hur det påverkar pappors deltagande bör finnas med vid utbildning och implementering av enskilda samtal för icke-födande föräldrar. Det kan vara värdefullt att genom diskussion och övningar hjälpa sjuksköterskorna att reflektera över sina egna normer, att se över informationsmaterial samt ge exempel på hur sjuksköterskorna kan formulera sig när de bjuder in föräldrar till samtal på bvc. Temat kan med fördel beröras i handledningen med bhv-psykolog, där sjuksköterskan ges möjlighet att reflektera över sin professionella roll.

För att nå alla föräldrar på bvc med föräldrastödjande insatser samt uppmärksamma föräldrar med psykisk ohälsa där det finns en risk att barnets hälsa och utveckling påverkas negativt behöver hela kedjan från förebyggande insatser, till identifiering av behov och åtgärdande interventioner nå pappor och icke-födande föräldrar på samma sätt som mammor. För att bhv-sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma behov, kunna erbjuda stöd och vid behov remittera vidare för psykologiska interventioner och ge pappor/icke-födande föräldrar tillgång till stöd på alla nivåer, behöver de första stegen i kedjan fungera. I metodutvecklingsarbetet på bvc innebär det att metoder för att identifiera behov behöver riktas till alla föräldrar samt utformas och erbjudas på sätt som gör att även pappor/icke-födande föräldrar deltar. Bhv-psykologer involverade i metodutveckling och implementeringsarbete behöver ha kännedom om faktorer som kan främja och hindra pappors/icke-födande föräldrars deltagande på bvc och tillgång till stöd inom barnhälsovården.

Diskussion av metod

För att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter genomfördes en studie med kvalitativ ansats med fokusgruppsintervjuer som metod. Trovärdigheten i en sådan studie kan bedömas utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Graneheim, 2017). Vad forskaren har för förförståelse och hur denna satt sin prägel på analysen har också betydelse för trovärdigheten (Lundman & Graneheim, 2017).

Författaren arbetar sedan flera år som psykolog inom barnhälsovården och har i denna roll ett inifrånperspektiv på barnhälsovårdens verksamhet som innebär en god kunskap och kännedom om hur barnhälsovården fungerar samt hur psykisk ohälsa hos nyblivna föräldrar kan förstås och ta sig uttryck. I kvalitativa studier är forskarens förförståelse en viktig del av analysprocessen (Lundman & Graneheim, 2017). Att det finns en omfattande förförståelse och kunskap om området kan vara en tillgång under intervjuer och när resultatet ska förstås och tolkas. Författaren kan dock inte ses som oberoende gentemot verksamheten som studeras. Det är möjligt att detta påverkat resultatet i denna studie. För att minska risken att förförståelsen påverkat i samband med intervjuer har en semi-strukturerad intervjuguide använts, en bisittare har deltagit vid fokusgruppsintervjuerna och gjort egna anteckningar och handledarna har tagit del av intervjuerna under analysprocessen.

Giltighet handlar om hur sanna resultaten är (Lundman & Graneheim, 2017). Ett resultat anses giltigt om det lyfter fram de karaktäristika som är representativa eller typiska för det som varit avsett att beskriva. De sjuksköterskor som deltagit i studien har själva anmält intresse att vara med i projektet. Det kan eventuellt påverka giltigheten då de som själva önskat delta kan ha varit mer positiva till, och intresserade av, pappors delaktighet på bvc. De som var med kan dock utifrån karaktäristika anses spegla bredden av barnhälsovårdscentraler i länet. Sjuksköterskor från både större och mindre bvc deltog och de representerade såväl tätort som landsbygd som privat och offentlig verksamhet. Barnvårdscentralerna låg i områden med såväl CNI under genomsnittet som CNI över genomsnittet och representerade olika socioekonomiska förhållanden. Samtliga sjuksköterskor som deltog var kvinnor. Inom barnhälsovården i Kronoberg är alla sjuksköterskor som arbetar på bvc kvinnor så detta är representativt för gruppen. Att samtliga sjuksköterskor som deltog i pilotprojektet intervjuades stärker giltigheten då det inte varit något bortfall.

Författaren arbetar i barnhälsovårdens psykologverksamhet, vilket är en angränsande verksamhet till bvc. Författaren möter sjuksköterskorna i olika sammanhang, men det föreligger ingen beroendeställning mellan författaren och deltagande sjuksköterskorna. Metoden i projektet har utgått från en modell som utvecklades i Region Stockholm men författaren har varit delaktig i vissa

modificeringar av metoden exempelvis gällande tidpunkt för enskilt samtal samt utformning av samtalsguiden.

För att stärka resultatens giltighet har författaren inte analyserat intervjuerna enbart på egen hand. Handledarna har också tagit del av intervjuerna och kategorier har diskuterats i en upprepad process, fram och tillbaka, till dess konsensus uppnåts. I resultatet ges en utförlig beskrivning av det som framkommit, vilket har stärkts med citat.

Tillförlitlighet syftar till om forskarna, under hela processen, verifierat sina ställningstaganden (Lundman & Graneheim, 2017). Författaren har under processen läst data flera gånger och upprepat kontrollerat resultatet mot intervjuerna. Både författaren och de två handledarna har läst intervjuerna och diskuterat olika tolkningsmöjligheter. Genom en beskrivning av analysens samtliga steg och att kodschema och kategorier finns tillgängliga (både i text och tabell) kan läsaren själv ta del av olika steg och värdera tillförlitligheten.

En studies överförbarhet handlar om hur väl resultatet går att överföra till andra grupper och situationer (Lundman & Graneheim, 2017). Resultatet i denna studie är sannolikt överförbart till andra bvc i Kronobergs län och bvc i andra regioner i Sverige som infört, eller planerar införa, enskilda föräldrasamtal med pappor. Detta stärks av att de teman som framkommit känns igen från beskrivningar från utvärderingar och studier av liknande projekt i andra delar av Sverige (Bergström, 2016; Larsson et al., 2020; Stahl et al., 2019;). Resultatet i denna studie baseras dock på erfarenheter från sjuksköterskor som frivilligt önskat delta projektet för att erbjuda enskilda samtal vilket kan påverka överförbarheten till en grupp med sjuksköterskor som åläggs att erbjuda enskilda samtal till pappor utan att de själva önskat detta. Det skulle exempelvis kunna göra att utmaningarna som lyfts i denna studie upplevs mer hindrande. Författaren har noggrant beskrivit studiens urval, deltagare, datainsamling och analysprocessen vilket ger läsaren möjlighet att själv bedöma överförbarheten.

Eftersom det vid denna studies genomförande inte beskrevs några samtal med icke-födande föräldrar som inte var pappor eller föräldrar som fått barn i samkönade relationer går det utifrån resultatet inte att uttala sig om hur sjuksköterskor skulle uppleva samtal med en icke-födande förälder som inte identifierar sig som pappa.

Föreliggande studie undersöker sjuksköterskeperspektivet. Sjuksköterskorna uttrycker i intervjuer hur de uppfattat att de inbjudna familjerna upplevt deltagande i projektet. Eftersom inga pappor (eller mammor) tillfrågats specifikt går det inte att uttala sig om deras upplevelser, mer än indirekt.

Vidare forskning

I studien skildras sjuksköterskornas perspektiv av att hålla enskilda samtal med pappa/icke-födande förälder. De har upplevt att samtalen synliggjort pappors föräldraskap och att pappor blivit mer inkluderade. Hur papporna själva upplevt enskilda samtal på bvc har sedan denna studie genomfördes undersökts i en studie (Massoudi et al., 2023), men pappors perspektiv saknas fortfarande i de flesta studier och utvärderingar så här långt och att undersöka mer av pappors egna perspektiv är viktigt framöver. Hur de enskilda samtalen med pappor påverkar deras fortsatta kontakt med bvc skulle vara intressant att undersöka i vidare forskning. Det skulle även vara värdefullt att få pappors perspektiv på hur deras behov möts och om de får det föräldrastöd de är i behov av. Tidigare forskning har visat att pappor är mindre benägna att söka vård än mammor (Addis & Mahalik, 2003; Smith et al., 2006). Att ha skapat en relation och etablerat ett förtroende för bhv-sjuksköterskan skulle kunna vara en underlättande faktor. Det skulle vara intressant att studera om erbjudandet om ett enskilt samtal för pappor/icke-födande föräldrar på bvc påverkar pappors benägenhet att söka stöd eller vård om behov uppstår längre fram.

Det behövs mer forskning kring pappors psykiska hälsa som nyblivna föräldrar och om metoden med ett enskilt samtal för icke-födande föräldrar, utgör ett fungerande sätt för att fånga upp nyblivna pappor som inte mår väl psykiskt. Av särskilt intresse är att undersöka den metod som nu rekommenderas i Rikshandboken för Barnhälsovård (Rikshandboken) för att stegvis uppmärksamma psykisk ohälsa.

Konklusioner

Barnhälsovården har behov av att utveckla metoder för att uppmärksamma pappors psykiska hälsa och behov av stöd samt för att i högre utsträckning nå samtliga barnets föräldrar med föräldrastöd. Det modifierade barnhälsovårdsprogram, med ett enskilt samtal för pappa/icke-födande förälder, som utvärderas i denna studie är en lovande ansats till detta. Den modell och det samtalsmaterial som prövats har överlag utvärderats positivt av de sjuksköterskor som deltagit. Att erbjuda ett enskilt samtal för pappor, inte enbart för mammor, visar på pappors betydelse för sina barn, synliggör pappans föräldraskap och ger en metod för att erbjuda ett mer jämställt föräldrastöd. Metoden för att erbjuda enskilda föräldrasamtal till pappor/icke-födande föräldrar har fungerat väl i barnhälsovårdens verksamhet och samtalsmaterialet har upplevts som relevant till sitt innehåll och utgjort ett gott stöd. Samtalsmaterialet har erbjudit en struktur för samtalet som gett ett gemensamt fokus och samtidigt erbjudit en flexibilitet som främjat anpassning till den specifika pappans behov och önskemål. Att samtalet haft ett bredare fokus än screening för depression har inneburit flera möjligheter och vinster. Det har gett en möjlighet att upptäcka en bredd av behov hos familjen och risker för barnet, som exempelvis, men inte enbart, psykisk ohälsa hos pappan. Att bvc har metoder som ger en utökad kännedom om det späda barnets uppväxtmiljö är gynnsamt för barnhälsovårdens möjligheter att främja barnets hälsa och utveckling. Att barnhälsovården arbetar för att stärka pappors föräldraskap och erbjuder ett mer jämställt barnhälsovårdsprogram kan förhoppningsvis bidra till att främja pappors delaktighet och engagemang i barnets omsorg, både under den första viktiga tiden i barnet liv och på sikt. Hinder som beskrivits har främst varit relaterade till tidsåtgång samt svårigheter att få pappor att komma till samtal. Normer, förväntningar och bemötande är viktiga aspekter att reflektera över där barnhälsovården har ett fortsatt arbete att göra. Inför vidare implementering är utbildning, tillgång till handledning samt tid och organisatoriska förutsättningar viktiga för att sjuksköterskorna ska kunna utföra detta arbete.

Den metod som prövats i denna studie har, tillsammans med andra pilotprojekt som genomförts i landet, lett till att ett enskilt samtal för icke-födande förälder nu införts i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Det saknas dock fortfarande forskning inom området och fortsatta studier behövs för att utvärdera den metod som nu används. Implementering av enskilda samtal för pappor/icke-födande föräldrar har påbörjats nationellt men det finns en bra bit kvar innan alla pappor i landet erbjuds och erhåller ett enskilt samtal. Fortsatt arbete behövs för att öka kunskapen om hur barnhälsovården kan uppmärksamma barnets samtliga föräldrar samt lyfta betydelsen av enskilda samtal med pappor/icke-födande föräldrar som ett sätt att erbjuda ett mer jämställt föräldraskapsstöd. En ökad förståelse för främjande och hindrande faktorer kan vara till hjälp för såväl bhv-sjuksköterskor som de bhv-psykologer som är involverade i fortsatt arbete med utveckling och implementering av metoden för enskilda samtal med icke-födande föräldrar inom barnhälsovården.

Referenser

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.58.1.5

Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth*, 40(1), 32-38. doi: 10.1111/birt.12026

Bergström, M., Wells, M. B., Söderblom M., Ceder, S. & Demner E. (2016). *Projektet pappa på BVC. Barnhälsovården i Stockholms län 2013-2015*. Stockholms läns landsting. <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/barnhalsovard/bhv-rapporter/papparapport-2016.pdf>

Berling, M., Lidbeck, M., Wikerstål, A., Apelqvist, K., & Svensson, A. (mars 2024). Presentation öppet forum [PowerPoint-presentation]. Barnhälsovårdens nationella utvecklingsgrupp för Jämnt föräldraskapstöd

Bevan, N. (2010). Psychological help-seeking: Understanding men's behaviour. [Doctoral thesis, University of Adelaide]. <https://digital.library.adelaide.edu.au/server/api/core/bitstreams/7b02f66f-c848-4c62-a693-bfd541d74c61/content>

Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An up-dated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 189-203. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.044

Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127(4), 612-618. doi: 10.1542/peds.2010-1779

Fagerberg, V., & Kling, J. (2023). *Psykologi för mödrhälsovård och barnhälsovård* (1 uppl.). Natur & Kultur

Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 79-85. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00383.x

Fletcher, R. J., Feeman, E., Garfield, C., & Vimpani, G. (2011). The effects of early paternal depression on children's development. *Medical Journal of Australia*, 195(11-12), 685-689. doi: 10.5694/mja11.10192

Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x

Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(39), 16194-16199. doi: 10.1073/pnas.1105403108

Giallo, R., D'Esposito, F., Cooklin, A., Mensah, F., Lucas, N., Wade, C., & Nicholson, J. M. (2013). Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: results from a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(4), 536–573. doi. 10.1007/s00127-012-0568-8

Golestani, I., Ivarsson, I., & Thorén Todoulos, A. (2016A). *Jämställt föräldraskap: för barnets bästa: handbok för mödra- och barnhälsovård*. Region Skåne

Golestani, I., Ivarsson, I., & Thorén Todoulos, A. (2016B). *Jämställt föräldraskap: för barnets bästa: slutrapport*. Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne

Goodman, J. H. (2005). Becoming an involved father of an infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(2), 190-200. doi:10.1177/0884217505274581

Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., & Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics*, 135(2), 339-347. doi: 10.1542/peds.2014-2411

Hallberg, A. C., Beckman, A., & Håkansson, A. (2010). Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 296-303. doi:10.1177/1367493510373755

Hallberg, A. C., Lindbladh, E., Petersson, K., Råstam, L., & Hakansson, A. (2005). Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 196-203. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00339.x

Hedman, J. (oktober 2022). *Presentation NUG implementering BHV* [PowerPoint-presentation]. Barnhälsovårdens nationella utvecklingsgrupp för Implementering av det nationella Barnhälsovårdsprogrammet

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9

Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development* (5th ed.). John Wiley & sons, Inc.

Larsson, M., Eriksson, I., Johansson, K., Stigsson, A. K., Svahn, R., Wetterström, J., & Wilhsson, M. (2020). Individual parental conversations with non-birthing parents. *Primary Health Care Research & Development*, 21(25). doi: 10.1017/S1463423620000286

Lundman, B., & Graneheim, U. H., (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Høglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ metod inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 211-226). Studentlitteratur

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (red.) (2016). *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. (6 uppl.) Liber

Massoudi, P. (2013). *Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period: prevalence, correlates, identification, and support*. [Doctoral thesis, Gothenburg University]. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/32509/1/gupea_2077_32509_1.pdf

Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2016). Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 688-694. doi: 10.1177/1403494816661652

Massoudi, P., Wickberg, B., & Hwang, C. P. (2011). Fathers' involvement in Swedish child health care - The role of nurses' practices and attitudes. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(3), 396-401. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02047.x

Massoudi, P., Wikerstål, A., Carlsson, V., & Gunnarsson, A. B. (2023). 'Everything that's said comes from me': New fathers' experiences of individual conversations with the child health nurse. *Nursing Open*, 10(9), 6175-6185. doi: 10.1002/nop2.1851.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 55-63. doi:10.3109/09540269609037817

Odonde, R. O. I., Aronson, O., & Wells, M. B. (2022). The Swedish father/non-birthing parent visit: evaluating implementation fidelity among child health nurses one year after voluntary implementation. *BMC nursing*, 21(1), 1-10. doi: 10.1186/s12912-022-01011-z

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969. doi:10.1001/jama.2010.605

Paulson, J. F., Keefe, H., & Leiferman, J. (2009). Early parental depression and child language development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3). doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x

Premberg, Å., Hellström, A-L., & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 56-63. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00584.x

Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. (2020). *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*. Antagen 2007-09-21, uppdaterad 2020-04-03. <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrkesforeningar/mbhv-psykologerna/nationell-malbeskrivning/nationell-malbeskrivning-2007-uppdaterad-2016.pdf>

Ramchandani, P. G., Domoney, J., Sethna, V., Psychogiou, L., Vlachos, H., & Murray, L. (2013). Do early father–infant interactions predict the onset of externalising behaviors in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 56-64. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02583.x

Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471-477. doi:10.1002/da.20814

Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390-398. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816429c2

Ramchandani, P. G., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201-2205. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66778-5

Rikshandboken (2021). *Rikshandboken i barnhälsovård*. Inera AB. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad juli 7 2021.

<https://www.rikshandboken-bhv.se>

Sarkadi, A. (red.). (2009). *Föräldrastöd i Sverige idag: vad, när och hur?* Nomen förlag.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 97(2), 153-158. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x

Smith, J. A., Braunack-Mayer, A., & Wittert, G. (2006). What do we know about men's help-seeking and health service use? *Medical Journal of Australia*, 184(2), 81-83. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00124.x

Socialdepartementet. (2008). *Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap* (SOU 2008:131). Edita Sverige AB. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2009/01/sou-2008131/>

Socialdepartementet. (2013). *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla* (SOU 2013:010).

<https://www.regeringen.se/contentassets/65737a08c78f4c3cbc5818b2a4c29490/nationell-strategi-for-ett-for-ett-utvecklat-foraldrastod---en-vinst-for-alla-s2013.010>

Socialdepartementet. (1997). *Stöd i föräldraskapet* (SOU 1997:161) <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1997/11/sou-1997161/>

Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depressions och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2021-4-7339).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården* (Artikelnummer 2014-4-5). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>

Stahl, M., Kristensson Hallstrom, I., Skoog, M., & Vilhelmsson, A. (2019). 'So, the circle has grown' - child health service nurses' experiences of giving parental interviews with nonbirthing parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 139-147. doi: 10.1111/scs.12715

Stein A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0

Storey, A. E., Walsh, C., Quinton, R. L., & Wynne-Edwards, K. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21(2), 79-95. doi.org/10.1016/S1090-5138(99)00042-2

Svenska Barnhälsovårdsregistret. (2024A). *Rapport föräldrastöd. Enskilt föräldrasamtal*.
<https://bhvq.se/>

Svenska Barnhälsovårdsregistret. (2024B). *Rapport föräldrastöd. EPDS*.
<https://bhvq.se/>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet.
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Wallby, T. (2008). Föräldrastöd på BVC -en nationell kartläggning. I A. Sarkadi, (red.) *Roligt men krävande – att vara förälder i Sverige idag. En behovsinventering och kartläggning av föräldrastöd 2008. Underlagsrapport*. Statens folkhälsoinstitut

Wells, M. B. (2015). *An unequal chance to parent. Examples on support fathers receive from the Swedish child health field*. [Doctoral thesis, Uppsala University].
<https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:793891/FULLTEXT01.pdf>

Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(9), 1014-1023. doi:10.1111/apa.13501

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

Wells, M. B., & Sarkadi, A. (2012). Do father-friendly policies promote father-friendly child-rearing practices? A review of swedish parental leave and child health centers. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 25-31. doi:10.1007/s10826-011-9487-7

Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1997). Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(1), 62-66. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb00375.x

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Wikerstål, A., & Noryd, A. (november 2018). Enskilda föräldrasamtal utbildning 2018 [PowerPoint-presentation]. Region Kronoberg.

