

Genom föräldrarna hjälper vi barnen. Förväntningar på utökat barnhälsovårdprogram

Viktor Carlsson, Sofia Frithiof, A. Birgitta Gunnarsson

Viktor Carlsson, odont dr, leg psykolog, FoU Kronoberg, Region Kronoberg.

E-post: viktor.carlsson@kronoberg.se

Sofia Frithiof, fil kand, leg sjuksköterska, Region Kronoberg.

E-post: frithiof.sofia@gmail.com

A. Birgitta Gunnarsson, docent, leg arbetsterapeut, FoU Kronoberg, Region Kronoberg.

E-post: birgitta.gunnarsson@kronoberg.se

I en socialt utsatt stadsdel i södra Sverige påbörjades utökat hembesöksprogram av barnhälsovårdssjuksköterskor och föräldra- barnrådgivare från socialtjänsten. Familjer som fått sitt första barn, eller första svenskfödda barn, skulle få möjlighet till stöd kring föräldraskap och kontakt med samhället. Syftet med studien var att undersöka personalens erfarenheter av tidigare arbetsätt och förväntningar vid införandet av utökat barnhälsovårdsprogram. Studien hade en kvalitativ ansats med intervjuer. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom kategorierna *"Utsatta familjer i segregerad miljö"* och *"Nya arbetssättet förändrar och möjliggör"* med vardera fyra underkategorier. Tidigare insatser upplevdes otillräckliga då målgruppen hade mångfacetterade stödbehov och med det nya arbetssättet fanns förhoppningar om större möjlighet till stöttning av familjerna, att kunna påverka i barnens hemmiljö och stärka föräldraskapet.

In a municipality in Southern Sweden, an expanded child health care program carried out by child health nurses and social workers was started. First-time-parents and parents, who had just had their first child in Sweden, would be offered support in their parental role and an increased contact with the community. The aim of this study was to evaluate the nurses' and social workers' experiences of previous practices as well as their expectations at the start of an expanded child health care program. This study had a qualitative design with interviews. Data was analysed using qualitative content analysis. Categories that emerged in the findings were: *"Vulnerable families in a segregated environment"* and *"A new way of working changes and enables"*, each with four subcategories. Previous interventions were not perceived as sufficient as the target group had multifaceted support needs. The new model gave the nurses and social workers a sense of hope for better opportunities to support the families, and to influence the children's home environment.

Bakgrund

Utrikesfödda har generellt sämre hälsa och i mindre grad personligt och praktiskt stöd jämfört med den infödda befolkningen (1, 2). Personal inom hälso- och sjukvården men även socialtjänsten möter människor med annan kulturell bakgrund och erfarenheter än de egna (3). För att främja barns hälsa behövs kunskap om hur stöd kan ges till föräldrar och barn med utländsk bakgrund där förståelse för kulturella normer och värderingar i Sverige kan utvecklas (4). Sådan kunskap är angelägen utifrån Barnkonventionen (5) som tar upp föräldrars gemensamma ansvar för barnets utveckling och hälsa och menar att staten ska möjliggöra och stödja detta. Det finns olika typer av program för föräldrastöd som har syftar till att främja hälsa hos barn och deras familjer (4, 6, 7). Internationellt har barnhälsovården (BHV) prövat att erbjuda familjer fler hembesök under och efter graviditeten (7, 8). Positiva utfall har setts avseende familjeplanering, social utsatthet, barnens skolprestation och minskad dödlighet hos barn och moder (7, 9). Annan forskning har också visat att det verkar vara lättare att upptäcka barn med ökad risk för ohälsa och för föräldrar att ge uttryck för oro och hjälpbehov vid hembesök jämfört med besök på Barnavårdscentral (BVC) (10).

I Sverige startade Rinkebyprojektet 2013 med stöd från Folkhälsomyndigheten (11). Projektet innebar en förstärkning av ordinarie BVCs verksamhet. I Rinkebyprojektet utformades en modell där nyblivna förstagångsföräldrar erbjuds sex hembesök under

barnets första 15 månader. De utökade hembesöken görs gemensamt av barnhälsovårdssjuksköterska (BHV-sjuksköterska) och föräldra- barnrådgivare från socialtjänsten vilket innebär breddad kompetens. Syftet med arbetssättet i Rinkeby är att förbättra barnens hälsa genom ökat stöd och kunskap till föräldrarna. Interventionen har tagits emot väl av deltagande familjer och gett bättre möjligheter till relationsskapande och att möta målgruppens behov (11).

I en stadsdel belägen i södra Sverige är en stor andel av de boende utlandsfödda. I den här stadsdelen finns sociala problem som låg sysselsättningsgrad, hög andel personer med långvarigt försörjningsstöd, hög andel unga som inte arbetar eller studerar, låg andel elever med gymnasiebehörighet, hög andel brott och hög andel invånare som upplever otrygghet i sin boendemiljö. I stadsdelen påbörjades därför 2016 ett arbete med utökad barnhälsovårdsprogram, liknande Rinkebyprojektet, eftersom såväl föräldrar som barn i det här området kan ha behov av ökat stöd. Arbetet utgår ifrån en familjecentral som rymmer BHV, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Det utökade barnhälsovårdsprogrammet i området erbjuds till förstagångsföräldrar och föräldrar som fått sitt första svenskfödda barn. Programmet består av fem hembesök fördelade över barnets första 18 månader och genomförs av BHV-sjuksköterska och föräldra- barnrådgivare. Mot bakgrund av vikten av att bidra till barn och ungas hälsa (5) behövs kunskap om hur personal med olika metoder kan möta behov från föräld-

Tabell 1. Kategorier och underkategorier avseende erfarenheter och förväntningar vid införandet av utökat barnhälsovårdsprogram

Kategori	Utsatta familjer i segregerad miljö	Nya arbetssättet förändrar och möjliggör
Underkategori	Uppmärksamma brister	Utgå från befintlig samverkan
Underkategori	Bli varse olika kulturella synsätt	Förändrat arbetssätt
Underkategori	Möta behov	Möta utmaningar
Underkategori	Uppleva otillräcklighet	Arbeta mot nya mål

rar med barn i socialt utsatta områden. Sådan kunskap kan bidra till att de professionella kan stärka föräldrar i föräldrarollen och få ökad kontakt med samhället. Syftet med den här studien var att undersöka personalens erfarenheter och förväntningar i samband med införandet av det utökade barnhälsovårdsprogrammet.

Metod

Studien hade en kvalitativ ansats (12) med intervjuer som metod. Kontexten för studien var en familjecentral i södra Sverige. Inklusion var dåvarande personal anställda i verksamheten för att arbeta med det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Fyra BHV-sjuksköterskor och två föräldrabarnrådgivare deltog som informanter. Samtliga var kvinnor med mellan 1 till 30 års yrkeserfarenhet. Intervjuerna genomfördes i samband med att projektet med utökat barnhälsovårdsprogram påbörjades.

Samtliga tillfrågade gav efter information om studien sitt informerade samtycke. Intervjuerna genomfördes av en av författarna (SF) under perioden 2016-02-18 till 2016-03-09. Intervjuerna var semistrukturerade och

utgick från intervjuguide som använts i Rinkebyprojektet och berörde befattning och yrkesroll, stödbehov hos barn och deras föräldrar samt det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsrum. Intervjuerna ljudinspelades och data transkriberades ordagrant.

Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys (13). Först lästes transkriberat material i sin helhet för att få uppfattning om vad intervjun handlade om. Därefter identifierades meningsbärande enheter som kondenserades och försågs med koder. Efter fortsatt analys framkom preliminära kategorier och underkategorier som diskuterades i forskargruppen tills konsensus var uppnådd.

Resultat

Resultatet visade på två kategorier; *"Utsatta familjer i segregerad miljö"* som beskriver upplevelse av området, de behov som finns och hur det har varit att arbeta i området samt *"Nya arbetssättet förändrar och möjliggör"* som beskriver synen på det nya arbetssättet och tankar om hur det ska fungera i framtiden. Fyra underkategorier framkom under varje kategori (Tabell 1).

Utsatta familjer i segregerad miljö

Uppmärksamma brister

Området beskrivs som segregerat med många utlandsfödda, dålig ekonomi och hög arbetslöshet. Utifrån Barnkonventionen finns det brister i området som gör barnen utsatta. Det kan vara bostadsproblem och att föräldrar med många barn kan ha svårt att hinna med alla barnen. Hemmamiljön kan upplevas som passiv och informanterna har erfarenheter av hembesök där familjer suttit inomhus med fördragna gardiner. Det kan också ha varit brist på leksaker och ostörd plats för läxläsning för de äldre barnen.

”Tänker man då utifrån Barnkonventionen så ska [...] man ju ha ett boende, alltså bostad, man ska ha [...] man ska ha leksaker, man ska ha någon stimulans.”

Informanterna ser hälsorisker hos målgruppen, bland annat traumatisering på grund av svåra upplevelser i hemlandet. Familjer som bor långt ifrån sina släktingar kan vara ensamma och sakna nytt socialt nätverk. Även om familjemedlemmar blir kallade till hälsoundersökning kan de utebli, och många av barnen är felnärda och överviktiga. Det finns också bristande barnsäkerhet med många barnolycksfall, som att få av barnen bär cykelhjälm.

Bli varse olika kulturella synsätt

Föräldrar upplevs hantera små barn på liknande sätt oavsett varifrån man kommer men ändå kan den kulturella

bakgrunden innebära att personal och familjer tänker olika. Råd som föräldrarna fått från hemlandet stämmer inte alltid i svenska samhället och då rustas barnen för hemlandets kultur istället för den svenska. Informanterna menar att föräldrarna behöver mer kunskap om hur vi gör i det svenska samhället för att barnen ska må bra.

Skillnader i synsätt visar sig i levnadsvanor. Det kan handla om kost, hur mycket barn ska sova eller hur barn kan vara ute vid kyla. Informanterna upplever också att de och föräldrarna kan ha olika syn på hälsa och sjukdom exempelvis hur man ska agera när barn har feber. Synsätt kan skilja sig vad gäller barnuppfostran och föräldraskap som olika idéer om vad barn behöver för att stimuleras i sin utveckling. Det finns också olika syn på släktens roll vid barnuppfostran och på pappans roll – det är inte ovanligt med frånvarande pappor.

”Det skiljer sig jättemycket [...] vad man har för idéer om vad man behöver, vad föräldrarollen består i, vad barnen behöver för att det ska gå bra för dem.”

Möta behov

Stödbehov kan skilja från familj till familj men informanterna har sett behov av att arbeta hemma hos familjerna. Det beskrivs som viktigt med tidigt stöd vid första barnets födelse. Stödet kan vara information om vad socialtjänsten kan erbjuda men också stöd angående boende eller integration. Personalen blir ofta ett ”all-i-alle” och beskriver att ”Det kan vara vad som helst som de behöver hjälp med”.

Föräldrarna kan också behöva stöd i kontakten med barnet. Stödet kan handla om hur de kan stimulera barnets utveckling men också om kost, osäkerhet om lämplig klädsel i samband med utvistelse eller hur de använder en lekplats. Föräldrarna har behov av föräldrastöd om vad som krävs av en förälder i Sverige. De behöver få bekräftelse i föräldraskapet och att båda föräldrarna är viktiga och behöver hjälpas åt. Mammorna behöver stöd att få kontakt med andra mammor. Dessutom behöver föräldrarna få prata om relationen mellan sig och om den egna hälsan.

Uppleva otillräcklighet

Informanterna har länge sett familjernas behov och har saknat att kunna göra mer för att hjälpa i hemmiljön. En känsla av uppgivenhet inför de stora stödbehoven kan infinna sig och de beskriver en risk att man accepterar förhållanden som inte skulle accepteras i andra områden. Ett annat problem kan vara svårigheten att veta vilka som bor i området eller att det ibland blir en utmaning bara att hitta folk.

"... man känner att man kan göra mer än vad vi har gjort idag /.../ lite otillräckligt, så kan det kännas."

Nya arbetsättet förändrar och möjliggör

Utgå från befintlig samverkan

Samverkan upplevs fungera bra på familjecentralen sedan tidigare. Det finns goda erfarenheter av samverkan med BHV, socialtjänst, barnmorskor och öppna förskolan. Det finns också

förutsättningar för samverkan i och med att de har gemensamma lokaler och känner sina kollegor väl.

"... vi har en bra samverkan här på familjecentralen /.../ Ja, alltså det börjar redan när barnen är i magen, så tycker jag samverkan är hos oss."

Förändrat arbetsätt

Personalen på familjecentralen tog initiativet till det förändrade arbetsättet. De hade tagit del av Rinkebys program som tar upp vad de tycker är viktiga och kloka aspekter. Det upplevs som positivt att det redan fanns en utarbetad arbetsmodell för tidigt föräldrastöd. De kommer dock inte att följa Rinkebys program fullt ut utan anpassar efter lokala förutsättningar.

Det kommer nu att ges mer tid för samtal. Föräldrabarnrådgivarna kommer att fokusera på samspel och anknytning och vara samtalsstöd och praktiskt stöd för föräldrarna. De får då möjlighet att arbeta förebyggande istället för myndighetsutövande vilket upplevs som positivt.

"... jag ser det som en möjlighet att man kan få mera tid, och prata om, som ja, anknytning."

Möta utmaningar

Det är en utmaning att få tiden att räcka till då alla har ett tajt schema. Två personal ska synka sina kalendrar och det är inte säkert att familjen kommer ihåg en avtalad tid. Besöken har ofta visat sig bli enklare och ta mindre energi och tid med föräldrar

som bott längre tid i Sverige.

Tolk ska användas vid behov vid hembesök men det är inte alltid tydligt i överlämningen från BB om tolk behövs. Därför träffar informanterna ofta familjen utan tolk vid första hembesöket. När platstolk används kan det bli obalans i mötet eftersom det då kommer tre professionella till mötet. Det upplevs vara skillnad i kvaliteten på tolkarna och det kan vara svårt att få bra samtal med tolk. Det finns en osäkerhet inför tolkens översättningar och informanterna upplever sig ibland vara helt i händerna på tolken.

”... det kan ju vara lite med språk och tolk och så [...]. Det kan ju ibland vara lite svårt”

För en del familjer kan det upplevas som många hembesök med utökad hembesöksprogram och en del upplever sig kontrollerade. För informanterna blir de komplexa ärendena en utmaning vad gäller kompetens och de har därför behov av fortbildning, handledning och utökade resurser.

Arbeta mot nya mål

Det nya arbetssättet upplevs som positivt och förhoppningen är att det leder till förändring för familjerna, som exempelvis stärkt föräldraskap. Hembesöken blir enklare av att vara två personal. Det blir lättare att snabbt ge stöd vid problem i familjen när även personal från socialtjänsten är med från början. När två personer ser samma saker minskar även osäkerheten om en anmälan ska göras eller inte. Det är också en trygghet att kunna dis-

kutera med sin kollega efter ett hembesök. Mer tid för varje hembesök kan ge ökad möjlighet att föräldrarna tar till sig råd. Det blir ett bättre möte av att i lugn och ro få lära känna varandra.

”... man kanske kan påverka när man är på hembesök, att man kanske kan se en förändring när man har lite mer tid på sig.”

Informanterna upplever sig som ett stöd till föräldrarna för att barnen ska få det de behöver och genom föräldrarna hjälper de barnen. Föräldrabarnrådgivarna upplevs också som mindre hotfulla när de inte har fokus på myndighetsutövning. Informanterna menar att de med det nya arbetssättet utvecklar färdigheter i mötet med föräldrar och barn. Arbetssättet innebär också en kompetenshöjning hos personalen i och med utbyte av perspektiv mellan BHV-sjuksköterskor och föräldrabarnrådgivare. Förhoppningen är att kunna sprida arbetssättet vidare då även andra verksamheter kan ha behov av förändring.

Diskussion

Det ordinarie arbetssättet upplevdes otillräckligt för en målgrupp med mångfacetterade stödbehov. Personalen tog därför initiativ till ett nytt arbetssätt med utökade hembesök från såväl BHV som socialtjänst. Detta står i kontrast till personalen i Rinkebyprojektet (11) som inledningsvis upplevde projektet som ”ett projekt uppifrån”, något som cheferna bestämde. I den här studien fanns positiva förväntningar på införandet av utökad

barnhälsovårdsprogram och personalen hoppades kunna stödja föräldrar och barn bättre än tidigare. Det fanns utmaningar med det nya arbetssättet avseende krav på samverkan mellan flera verksamheter och behov av ökad kulturkompetens, vilket ligger i linje med Vertovec (3) som framhåller betydelsen av kunskap om kulturella normer hos de professionella. För såväl personal i Rinkebyprojektet (11) som i den här studien möjliggjorde det nya arbetssättet avdramatisering av socialtjänsten som kan ägna sig mer åt förebyggande arbete via hembesök.

BHV-sjuksköterskor och föräldrabarnrådgivare möter föräldrar som kan vara osäkra på vad som krävs av en förälder i Sverige. De rådfrågar släktingar från hemlandets kontext men råden går inte alltid att tillämpa i Sverige. Hur en person utövar sitt föräldraskap handlar enligt Rudman (14) om kontexten, det som anses idealt och normalt i det samhälle individen lever i. Det är den politiska agendan och praxisen som råder inom omsorg och hälso- och sjukvård i "samhället" som bestämmer vad ett gott föräldraskap innebär. Den här studien visar på behovet av fördjupad dialog mellan de professionella och föräldrar kring kulturella synsätt för att tillgodose barnens behov i Sverige.

För personalen kan det nya arbetssättet motverka uppgivenhet inför föräldrarnas mångfacetterade stödbehov. Känslan av uppgivenhet kan ha samband med svårigheter att implementera råd till föräldrarna, men med tätare hembesök med BHV-sjuksköterska och föräldrabarnrådgivare förbättras möjligheten att följa upp

givna råd och fördjupa dialogen med föräldrarna. I de publikationer som hitintills har kommit från Rinkebyprojektet (11, 15) finns indikationer på att föräldrarna var positiva till att ta emot information och upplevde det utökade hembesöksprogrammet som stöttande. Forskning från Australien och England visar också att BHV-sjuksköterskor i hembesöksprogram upplever att de kan bidra till att öka mödrarnas föräldraförmåga och kunskap om barns utveckling (8).

Vidare i den här studien framkommer behov av tid för ökat stöd i samverkansarbetet som fortbildning i kulturkompetens och gemensam handledning. Fler hembesök innebär visserligen ökad tidsåtgång och ökade personella resurser jämfört med sedvanligt besök på BVC men enligt Staal et al. (10) behöver detta ställas mot vinster som att personalen i den naturliga hemmiljön kan upptäcka svårigheter i föräldraskapet och lättare kan observera problem vad gäller barnets utveckling.

I den här studien framkom förhoppning om att det utökade hembesöksprogrammet skulle leda till förbättringar för barnen genom att möta föräldrarnas behov av stöd på ett bättre sätt. Tidigare studier (6, 7, 9) har visat att utökade hembesök bidrar till förbättring av familjers hälsa, och Staal et al. (10) fann att hembesök innebar att BHV-sjuksköterskan bättre kunde identifiera högriskbarn. Den studien visade också att BHV-sjuksköterskan fick mer information om föräldrabarnrelationen och familjesituationen i övrigt via ett hembesök och det underlättade för den fortsatta

kontakten. Något som skiljer sig i studien av Staal et al. (10) är att i den här studien genomfördes hembesöken, förutom av BHV-sjuksköterska, även av föräldra- barnrådgivare. Det skulle kunna tala för att utökat barnhälsovårdsprogram som beskrivits i den här studien skulle kunna ge familjerna ytterligare stöd genom de perspektiv som olika professioner kan ge.

Utökade hembesök kan också ge förutsättningar för mer jämlikt föräldraskap enligt Staal et al. (10) som visade att båda föräldrarna oftare deltog vid hembesök jämfört med vid besök på BVC. I den studien ansågs att föräldrarna i samband med hembesök lättare kunde uttrycka oro och ställa frågor kring barnets utveckling och föräldrarollen. För att möta familjernas behov av stöd framkom i den här studien ett behov av ökad kulturell kompetens och handledning, vilket kan ses utifrån Agic och Samuelsson (4) som menar att kunskap hos professionella i att stödja föräldrars förståelse för rådande kulturella normer och värderingar i samhället är betydelsefullt i arbetet med barnens välmående. Barnkonventionen betonar också statens ansvar i att hjälpa föräldrarna att sörja för sina barns utveckling och rättigheter (5).

Utökat barnhälsovårdsprogram har inte studerats i Sverige, med undantag från Rinkebyprojektet (11). Däremot finns några studier från andra kontexter (6-8). För att värdera utfall behövs fler studier kring det nya arbetssättet, exempelvis genom att bygga vidare på den här studien och genomföra ytterligare intervjuer med personal och föräldrar eller via enkäter till en större

grupp föräldrar. Uppföljningar av det nya arbetssättet skulle då ge indikationer om vad som behöver anpassas eller förändras för att bättre möta målgruppens behov.

Vid användandet av kvalitativ metod är trovärdighet (giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet) och förståelse (13) viktigt att beakta. SF som genomförde intervjuerna är sjuksköterska med erfarenhet av arbete på BVC, vilket underlättade för att ställa frågor men blev ett hinder då hon ställde få följdfrågor. Övriga författare är psykolog (VC) och arbetsterapeut (ABG) och forskare där ABG har god erfarenhet av kvalitativ metod. För djupare förståelse av målgruppens erfarenheter av arbetssättet skulle informanter vid kommande uppföljning i högre grad ges möjlighet att reflektera kring sina erfarenheter.

Giltighet handlar om hur kategorier täcker data medan tillförlitlighet handlar om noggrannhet och designens upplägg (13). Urvalet var alla kvinnor men tillhörde olika professioner med varierad lång yrkeserfarenhet. Giltighet och tillförlitlighet stärktes genom att författarna representerade olika yrkeskategorier och genom att gemensamt delta i analysarbetet tills uppnått konsensus. Vidare stärktes resultatets giltighet via noggrann beskrivning av procedur och analys samt citat hämtade från data.

Överförbarheten handlar om resultatet kan överföras till annan kontext (13). Studiens resultat kan handla om målgruppens utsatta situation vilket är överförbart till jämförbara områden men begränsar överförbarheten till mer socioekonomiskt stabila områden.

Konklusion

Det finns mångfacetterade stödbehov hos föräldrar och barn i ett socioekonomiskt utsatt område. Hälsorisker, bostadsproblem, osäkerhet i föräldraskap och bristande integration påverkar familjerna. Informanterna kunde uppleva stora stödbehov i området och att stödjande insatser via det ordinarie arbetssättet varit otillräckliga. Införandet av arbetssättet med utökat barnhälsovårdsprogram förväntas ge större möjligheter till stöttning av familjerna, att kunna påverka i barnens hemmiljö och stärka föräldraskapet. För att klara utmaningarna behöver personalen förutsättningar för samverkan som fortbildning i olika kulturella synsätt och handledning. Då arbetssättet är relativt nytt i Sverige behövs uppföljande studier ur såväl personal- som föräldraperspektiv för att på så sätt utveckla arbetssättet.

Referenser

1. Daryani A, Löthberg K, Feldman I, Westerling R. Olika villkor – olika hälsa.. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2012;89:112-25.
2. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Enheten för Socialmedicin och Hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, FORUM för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting; 2007. Rapport 2007:5.
3. Vertovec S. Super-diversity and its implications. *Ethn Racial Stud*. 2007;30(6):1024-54.
4. Agic H, Samuelsson T. Föräldrastödsprogram för utrikesfödda föräldrar: vad händer när manualbaserade föräldrastödsprogram översätts och implementeras i svensk kontext? *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2015;92(5):545-52.
5. Unicef. Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige; 1989.
6. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(12):1665.
7. Olds D, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):E832.
8. Sawyer MG, Barnes J, Frost L, Jeffs D, Bowering K, Lynch J. Nurse perceptions of family home-visiting programmes in Australia and England. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(5):369-74.
9. Olds DL, Kitzman H, Knudson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014;168(9):800-6.
10. Staal IIE, van Stel HF, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. Early detection of parenting and developmental problems in toddlers: a randomized trial of home visits versus well-baby clinic visits in the Netherlands. *Prev Med*. 2015;81:236-42.
11. Marttila A, Burström K, Lindberg L, Burström B. Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Utvärderingsrapport 2015. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
12. Henricsson M, Billhult A. Kvalitativ design. I: Henricsson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 129-37.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105-12.
14. Rudman DL. Occupational terminology: occupational possibilities. *J Occup Sci*. 2010;17(1):55-9.
15. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism - a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):91.