

# **Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst**

## **Utvärderingsrapport 2015**

Rapporten har tagits fram vid Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, som en avrapportering till Folkhälsomyndigheten från utvärdering av ett utökat barnhälsovårdsprogram vid Rinkeby BVC.

Författare:

Anneli Marttila<sup>1, 2</sup> med dr, utvärderare

Kristina Burström<sup>1, 3, 4</sup> docent i hälsoekonomi

Lene Lindberg<sup>1, 2</sup> docent i psykologi, lektor i folkhälsovetenskap

Bo Burström<sup>1, 2</sup> professor/överläkare i socialmedicin

<sup>1</sup> Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap

<sup>2</sup> Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

<sup>3</sup> Karolinska institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik

<sup>4</sup> Stockholms läns landsting, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning

### **Karolinska institutet**

Institutionen för folkhälsovetenskap

### **Stockholms läns landsting**

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning

Citera gärna rapporten:

Marttila A, Burström K, Lindberg L, Burström B.

Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Utvärderingsrapport 2015. Stockholm: Karolinska Institutet, 2015.

ISBN: 978-91-7676-045-1

Layout: Elisabeth Johansson

# Förord från samverkande parter

## Barnhälsovården

Barnhälsovårdens verksamhet når i stort sett alla nyfödda barn och deras föräldrar. Ett tidigt hembesök är en grundpelare inom svensk barnhälsovård och är ofta det första mötet mellan nyblivna föräldrar, barnet och BVC-sjuksköterskan. Att komma som gäst till familjens hem ger ofta en mer jämlik relation som grund för den fortsatta kontakten med familjen, jämfört med ett besök som genomförs på BVC. Med god förståelse för familjens situation kan en tillitsfull relation skapas och råd och stöd utformas utifrån familjens och det enskilda barnets behov.

Barnhälsovårdens årsrapport 2013 för Stockholms län visar ett tydligt samband mellan barns hälsa och familjers socioekonomiska situation. Ohälsotalen är högre i socioekonomiskt utsatta områden. Andelen barn med övervikt och fetma i Rinkeby-Kista är dubblerad jämfört med genomsnittet i Stockholms län och vart femte barn i stadsdelen utsätts för tobaksrök i hemmet vid fyra veckors ålder. Barnhälsovårdens uppdrag är att erbjuda generella insatser för barn i åldern 0-6 år och deras föräldrar samt riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov.

Ett utökat hembesöksprogram i samverkan med socialtjänstens förebyggande verksamhet innebär ett unikt samarbete, där BVC-sjuksköterskans och föräldrarådgivarens kompetenser kompletterar varandra och ett tidigt, förstärkt stöd kan erbjudas till barn och föräldrar - något som inte tidigare har genomförts eller utvärderats i Sverige. Hembesöksprogrammet är ett exempel på riktad, förstärkt insats vilket ska kunna erbjudas vid behov enligt Socialstyrelsens nya vägledningsdokument (2014). Det nu genomförda hembesöksprogrammet har mottagits positivt av i stort sett alla nyblivna föräldrar och har visat sig fungera bra för barn, föräldrar och personal inom barnhälsovård och socialtjänst. Liknande insatser skulle kunna lämpa sig väl även i andra utsatta områden.

Stort tack till projektledare Åsa Heimer och till projektgruppen för ett föredömligt och värdefullt arbete. Tack också till ledningen på Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning och ledningen för BVC Järva-Västerort vars starka stöd har varit en förutsättning för att kunna genomföra projektet.

Projektet har finansierats med stöd av Folkhälsomyndigheten.

Projektansvarig  
Helena Martin  
Barnhälsovårdsöverläkare  
Barnhälsovårdsenhet Nord och Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset

# Socialtjänsten

När de här raderna skrivs har Stockholms stad precis presenterat rapporten *Skillnadernas Stockholm*. Där framträder med stor tydlighet bilden av en situation som är vardag för många boende i stadsdelområdet Rinkeby-Kista. I *Skillnadernas Stockholm* visas bland annat att i Stockholms stad är det Rinkeby som har högst andel barnfamiljer som lever i ekonomisk utsatthet och att 13 % av alla treåringar i Rinkeby-Kista har kariesskadade tänder. Här framgår också att 38 % av kvinnorna och 24 % av männen har lågt förtroende för stadsdelsförvaltningen.

Det som beskrivs i den här rapporten, arbetet med att tillsammans med barnhälsovården i Rinkeby söka upp nyfödda barns föräldrar genom hembesök, är exempel på nytänkande och viktigt socialt arbete. Avdelningen *Socialtjänst barn och ungdoms* dåvarande chef Sakir Demirel kunde vid tiden för projektansökan se att trots att det hade gjorts en satsning på det förebyggande föräldrastödet så hade vi stora svårigheter att nå föräldrarna. Samtidigt kom socialtjänsten i kontakt med barn och föräldrar i mer utsatta och allvarliga situationer där vi förstod att tidigt föräldrastöd hade kunnat vara till stor hjälp. Demirel sökte ett fördjupat samarbete med barnhälsovården som snabbt svarade upp. Man strävande efter samverkansvinster. Mot bakgrund av befintlig kunskap om vikten av att minska riskfaktorer och öka skyddsfaktorer för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa och social problematik och för att minska framtida mer komplex problematik såg man möjligheten att till förhållandevis låg kostnad kunna göra skillnad, både på samhällsnivå och inte minst för enskilda barn.

Tillsammans formade barnhälsovård och socialtjänst ett projekt där vi fick möjlighet att nå fram till föräldrar, bland annat i frågor om deras stora betydelse för barns utveckling, vikten av ett gott samspel mellan föräldrar och barn samt hur och var man som förälder kan få råd och stöd när man behöver och vill ha det. Det öppnades också nya möjligheter till att vid behov kunna hänvisa föräldrar vidare till andra aktörer, exempelvis till öppna förskolan.

Jag har haft den stora förmånen att få följa projektgruppens arbete – deras professionella arbetssätt, stora engagemang samt stora respekt för familjerna man har träffat. Jag har fått se hur den oro som fanns på sina håll för att föräldrar inte skulle vilja ta emot representanter för socialtjänsten i sina hem, snabbt försvunnit i och med att föräldrarna ställt sig positiva till det. Många föräldrar har visat att de, trots utanförskap och stor osäkerhet gällande bland annat boende, inkomst och sysselsättning, ändå vill fråga och prata om sitt barns utveckling och vad de kan göra och göra mer av för att deras barn ska få ett gott liv. Tyvärr kan jag av forskningsetiska skäl inte namnge de föräldrarådgivare och barnsjuksköterskor som tillsammans med projektledare Åsa Heimer har gjort detta viktiga arbete i samverkan. Men jag vill rikta ett varmt tack till er. Era insatser kommer att utgöra en grund för vårt fortsatta arbete med att nå fram till föräldrar och barn i riskmiljöer.

Kista 2015-06-25

Åsa Edlund  
Enhetschef

Socialtjänst barn och ungdom/Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning/Stockholms stad

## Utvärderingen

Att utvärdera det utökade barnhälsovårdsprogrammet i samverkan mellan barnhälsovården, Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst innebär stora utmaningar, såväl praktiskt som vetenskapligt. Det är samtidigt mycket positivt att se en nära och välfungerande samverkan mellan BHV och socialtjänsten, särskilt i en befolkning med stora behov, och följa projektet som i sin utformning utgör sinnebilderna av begreppet "proportionell universalism" som ett sätt att minska sociala skillnader i hälsa – det vill säga genom åtgärder som riktas till hela befolkningen, men med en intensitet som står i proportion till behoven.

Projektet har högt deltagande och har mottagits väl av deltagande föräldrar, vilket i sig bör tolkas som en stor framgång. Sannolikt är deltagandet högt eftersom verksamheten tillgodoser ett angeläget behov hos de nyblivna föräldrarna, men också på grund av arbetssättet och hur den medverkande personalen förmedlar sina budskap – stödjande, konkret och med stor respekt för de deltagande föräldrarna och deras situation.

Utvärderingen omfattar både process- och effektutvärdering, det vill säga både hur projektet genomförs och uppfattas av medverkande föräldrar och personal samt effekter på föräldrar och barn. Metoden med utökade hembesök av sjuksköterska har tidigare prövats i USA och i Finland och man har i vetenskapliga studier funnit positiva effekter på barns psykiska och fysiska hälsa, på kort och lång sikt, minskad konsumtion av akutsjukvård, längre skolgång bland barnen, ökad känsla att bemästra föräldrarollen samt minskat socialbidragsberoende bland mödrar. Det utökade barnhälsovårdsprogrammet i Rinkeby omfattar även insatser av socialtjänstens föräldrarådgivare, vilket inte tidigare utvärderats vetenskapligt.

Även om det allmänna intrycket av det utökade barnhälsovårdsprogrammet är mycket positivt är det en utmaning att med sedvanliga kvantitativa instrument tidigt försöka mäta effekter av projektet bland föräldrar med mycket varierande bakgrund vad gäller födelseland, utbildningsnivå, boende, tidigare erfarenheter osv. Många befinner sig i en socialt och ekonomiskt utsatt position i ett för dem nytt land. Graden av omflyttning är hög, vilket försvårar uppföljningen när barnet är 15 månader och vidare under tiden barnet går på BVC.

Stort tack till deltagande personal som möjliggjort genomförandet av utvärderingen och föräldrar som ställer upp och deltar i studiens olika delar, både i interventions- och jämförelseområdena. Tack till de som medverkar i arbetet med utvärderingen, framför allt med dr Anneli Marttila, docent Kristina Burström, docent Lene Lindberg, docent Asli Kulane, forskningsadministratör Elisabeth Johansson och Carin Hellström, samtliga vid Karolinska institutet. Tack även till Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns sjukvårdsområde som finansierat Anneli Marttilas arbete under 2015.

Stockholm augusti 2015

Bo Burström professor/överläkare, ansvarig för utvärderingen  
Karolinska institutet, Inst f folkhälsovetenskap  
Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

# Innehållsförteckning

Förord från samverkande parter .....	3
Barnhälsovården.....	3
Socialtjänsten.....	4
Utvärderingen .....	5
Sammanfattning.....	8
Inledning .....	9
Bakgrund.....	10
Ojämlighet i hälsa och hälsans bestämningsfaktorer .....	10
De studerade områdena.....	11
Olika förutsättningar i olika områden för barnhälsovården.....	11
Utökat hembesöksprogram - interventionen .....	14
Erfarenheter från tidigare studier .....	14
Proportionell universalism .....	14
Hembesöksprogrammet .....	14
Utvärderingen – upplägg och preliminära resultat .....	17
Utvärderargruppen .....	17
Utvärderingens olika delar .....	17
Genomförandeprocess .....	17
Effekter.....	17
Material som studeras i utvärderingen .....	18
Djupintervjuer med deltagande personal.....	18
Dokumentation av hembesök.....	18
Mötesanteckningar, deltagande observationer och övrigt kvalitativt material .....	18
Djupintervjuer med föräldrar .....	19
Enkätintervju med föräldrar vid två tillfällen .....	19
Journaldata .....	20
Preliminära resultat .....	20
Interventionens genomförandeprocess - MerSam-gruppen och gemensamma möten.....	20
Vad ger hembesöken – starka sidor och utmaningar, personalens erfarenheter .....	21
Reflektioner från en BVC-sjuksköterska .....	23
Hur har innehållet i hembesöken utvecklats? En manual utformas .....	24
Mål med hembesöken.....	24
Innehållet i hembesöken.....	24
Deltagare och enkätintervju 1 med föräldrar .....	26
Vilka föräldrar ingår i studien? Inkludering och samtycken .....	26

Enkätintervju 1 med föräldrar - Bakgrundsdata .....	27
Hur har föräldrar upplevt stöd och råd från MVC och BVC? .....	29
Hur föräldrarna skattar sin egen hälsa .....	30
Övriga enkätfrågor .....	30
Enkätintervju 2 med föräldrarna när barnen är ca 15 månader .....	31
Diskussion – metod för andra utsatta områden?.....	33
Slutsats .....	35
Referenser .....	36
Bilaga 1 .....	38
Bilaga 2 .....	40

# Sammanfattning

Föreliggande rapport beskriver ett utökat hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar i Rinkeby i samarbete mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare vid Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning samt preliminära resultat från utvärdering av programmet. Programmets syfte är att förbättra barns hälsa, genom att stödja föräldrarna, öka deras kunskap om barn och kontakter med omgivande samhälle, för bättre självförtroende och välbefinnande.

Det utökade hembesöksprogrammet initierades 2013-09-01 med ekonomiskt stöd från Folkhälsomyndigheten för insatser inom barnhälsovården och för utvärdering. Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning medverkar inom ramen för ordinarie budget. Interventionen sker vid Rinkeby BVC och en jämförelse görs med BVC vid närliggande områden. Deltagande föräldrar erbjuds sex hembesök av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare, istället för ett ordinarie hembesök av BVC-sjuksköterska som erbjuds alla nyblivna föräldrar i jämförelseområden. Under projekttiden har medverkande personal gemensamt utformat en manual för hembesökens struktur och innehåll, som tillämpas vid hembesöken. Utvärderingen omfattar deltagande observationer och intervjuer med medverkande personal och föräldrar, dokumentation och analys av hembesökens innehåll, enkätintervjuer vid två tillfällen med deltagande föräldrar samt journalgranskning.

Preliminära resultat visar på högt deltagande bland målgruppen och att medverkande personal uppskattar och ser fördelar med det nya arbetssättet, vilket ger möjlighet att skapa relationer och förtroende mellan föräldrar och personal och som svarar mot de nyblivna föräldrarnas behov. Majoriteten av de medverkande föräldrarna är relativt unga, födda i olika delar av världen, utanför Sverige och många har vistats kort tid i landet. Andelen med låg utbildningsnivå är högre i interventionsgruppen än i jämförelsegruppen. Föräldrar i interventionsgruppen har i större utsträckning problem med försörjning och boende jämfört med jämförelsegruppen. En tredjedel av mödrarna i interventionsgruppen bor inte med barnets far.

Det utökade hembesöksprogrammet är framgångsrikt såtillvida att det har hög täckningsgrad i målgruppen med stora behov, uppskattas av både målgruppen och medverkande personal och ger möjligheter till ett nytt arbetssätt som svarar mot målgruppens behov. En manual för hembesöksprogrammet har utformats av arbetsgruppen. Datainsamling pågår fortfarande, fördjupade analyser av insamlat material kommer att presenteras i vetenskapliga tidskrifter. Resultaten kommer att återföras till beslutsfattare.



# Inledning

Denna rapport är en lägesbeskrivning av interventionen och utvärderingen av ett utökat barnhälsovårdsprogram som bedrivs i samverkan mellan Barnhälsovårdsenhet Nord, Karolinska Universitetssjukhuset/Rinkeby BVC och socialtjänstens förebyggande verksamhet, föräldrarådgivare i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning. Utvärderingen görs av Karolinska institutet.

Projektet beviljades i april 2013 medel från Folkhälsomyndigheten för att bekosta extra personal inom barnhälsovården (två barnsjuksköterskor på deltid vid Rinkeby BVC och projektledare på deltid) samt till Karolinska institutet för utvärdering av projektet, för perioden 2013-09-01 – 2015-03-31. Dessa medel medgav emellertid inte att utvärderingen kunde fullföljas, varför Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin inom Stockholms läns landsting bidragit med fortsatt finansiering år 2015. Föräldrarådgivarnas medverkan bekostas helt av Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning.

Projektet innebär att alla nyblivna förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC erbjuds ett utökat hembesöksprogram med totalt sex hembesök av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare. En jämförelse görs med nyblivna förstagångsföräldrar som besöker BVC i närliggande områden (Husby och Hässelby-Gård samt familjer som bor i Husby men besöker BVC Kista Mama Mia) och som erbjuds ett hembesök enligt det ordinarie BVC-programmet. Alla förstagångsföräldrar erhåller skriftlig information om projektet och om att medverkan är frivillig. Föräldrarna ger, om de väljer att delta, ett medgivande till att medverka i studien. I studien insamlas data från moderns MVC-journal och barnets journal under tiden barnet finns vid BVC. En enkätintervju genomförs dessutom med deltagande förälder när barnet är ca 2 månader och 15 månader gammalt.

Utöver dessa uppgifter följs och dokumenteras genomförandet av interventionen genom deltagande observationer och kvalitativa intervjuer med deltagande personal och föräldrar. Varje hembesök har dokumenterats av BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare i en dokumentmall. För närvarande (augusti 2015) har alla medverkande föräldrar deltagit i den första enkätintervjun men mindre än hälften har ännu genomfört en andra enkätintervju. Insamling av data kommer att pågå under hela år 2015.

Rapporten ger en bakgrund till och beskrivning av projektet och hälsoförhållanden i de områden där projektet sker. Utvärderingens upplägg beskrivs och preliminära resultat presenteras av framför allt genomförandet av interventionen. En beskrivning ges också av de medverkande föräldrarnas ålder, ursprung, utbildningsbakgrund, försörjning, boendeförhållanden, deras självskattade hälsa och uppfattning om MVC och BVC vid intervju när deras barn var ca 2 månader gammalt.

# Bakgrund

## Ojämlighet i hälsa och hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer är ojämnt fördelade i befolkningen (1). I Stockholms län är skillnaderna mycket påtagliga mellan olika geografiska områden. Danderyds kommun har högst förväntad livslängd, både bland kvinnor (86,4 år) och män (83,5 år). Bland befolkningen i de socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden som var föremål för den s.k. Storstadssatsningen 1999-2004 (där Rinkeby ingår) är den förväntade livslängden bland män 6,8 år kortare än i Danderyd och bland kvinnor 4,1 år kortare. Vad gäller hälsans bestämningsfaktorer finns stora skillnader i både livsvillkor och levnadsvanor, till nackdel för befolkningen i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden (1).

Bland den vuxna befolkningen i Rinkeby finns många nyanlända flyktingar och en hög andel med långvarig begränsande sjukdom. Många har svårt att komma in i det svenska arbetslivet och står därför utanför arbetsmarknaden (2). En stor andel omfattas heller inte av de inkomstbaserade socialförsäkringarna (2,3). Låg inkomst och ekonomisk otrygghet har samband med ohälsa. Förutom rent materiella brister (mat, boende) kan otillräcklig inkomst och ekonomisk otrygghet generera oro och indirekt påverka hälsotillståndet negativt via psykosocial stress. Ekonomisk otrygghet kan också leda till att man avstår från att söka vård, trots behov av vård. Ett långvarigt samhälleligt utanförskap och mycket begränsade ekonomiska resurser bland vuxna kan få negativa konsekvenser också för barnen.

I områden med hög andel barn i riskmiljö krävs ökade och samordnade insatser för att barnhälsovården ska kunna utföra det planerade hälsoarbetet. Vidare behövs en organiserad samverkan med flera aktörer, såsom mödrahälsovård och socialtjänst, för att kunna möta familjernas behov av stöd och insatser.

I Rinkeby-Kista stadsdel i Stockholms stad kan en stor andel av barnen sägas växa upp i riskmiljö, mot bakgrund av befintlig statistik (4). Stadsdelen omfattar områdena Rinkeby, Kista, Husby och Akalla. I både Rinkeby och Kista har en stor andel av barnen utländsk bakgrund (år 2009 var siffran 95 procent i Rinkeby respektive 88 procent i Kista). Andelen barn som går i förskola är lägre än i andra områden. Förekomsten av barnfattigdom i stadsdelen överstiger 50 procent, jämfört med 12 procent i riket (5). Bland barn födda 2008 anmäldes 21 per 1 000 barn från BVC till socialtjänsten, jämfört med 4 per 1 000 barn i Stockholms län (4). Anmälningsfrekvensen (från BVC) i Rinkeby-Kista är fem gånger högre än länsgenomsnittet och många menar att ännu större insatser skulle behövas. En tidigare rapport har visat på behov av ökad samverkan kring barn som är föremål för socialtjänstens insatser (6), inte minst vad gäller dessa barns hälsa.

## De studerade områdena

Interventionen genomförs i Rinkeby som är del av Rinkeby-Kista stadsdel i Stockholms stad. Jämförelseområden är Husby (också del av Rinkeby-Kista stadsdel) och Hässelby Gård (del av Hässelby-Vällingby stadsdel i Stockholms stad). Avsikten är att göra jämförelser med områden med likartad befolkningssammansättning vad gäller socioekonomiska bakgrundsfaktorer (bl.a. andel med hög/låg utbildning, andel sysselsatta, andel som mottar ekonomiskt bistånd.)

Det finns påtagliga skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa mellan stadsdelar och kommuner i Stockholms län (1). Skillnaderna mellan områden är större ju lägre geografisk nivå jämförelsen gäller. Hälsan är t.ex. sämre i Rinkeby än i hela Rinkeby-Kista stadsdel. Vi har i jämförelser därför aggregerat befolkningen i de socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden som var föremål för Storstadssatsningen, totalt närmare 170 000 personer, till en enhet, för att beskriva livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i dessa områden.

Både Rinkeby och Husby ingick i Storstadssatsningen, dock inte Hässelby Gård. I Hässelby Gård är en högre andel utrikes födda (56 % jämfört med 22 % i länet), en lägre andel med eftergymnasial utbildning (34 % jämfört med 48 %), en lägre förvärvsfrekvens (66 % jämfört med 75 %) och en högre andel barn i hushåll med ekonomiskt bistånd (22 % jämfört med 5 % i länet) (7).

Befolkningen i Storstadssatsningens områden är i genomsnitt yngre än i länet som helhet (medelålder 34,2 år jämfört med 38,5 år i länet), en större andel är utrikesfödda (57 % jämfört med 22 %). En lägre andel (28 %) har eftergymnasial utbildning än i länet som helhet (48 %). Medianinkomsten i Storstadssatsningens områden är lägre (153 000 kr jämfört med 264 800 kr i länet), andelen förvärvsarbete är lägre (52 % jämfört med länets 75 %) och andelen barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd är högre (19 % jämfört med 5 %) än i länet som helhet (1).

Förekomsten av folksjukdomar (hjärtinfarkt, stroke, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, depression och psykosjukdom) är betydligt högre i Storstadssatsningens områden än i övriga länet. Förekomsten av diabetes är 2-3 gånger högre, och ålder vid insjuknande i hjärtinfarkt och stroke är lägre bland befolkningen i Storstadssatsningens områden än i övriga länet (8).

Sammanfattningsvis är befolkningen både i interventions- och kontrollområden mindre socialt och ekonomiskt gynnade, har sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa än befolkningen i länet som helhet. Detta beskrivs också i en aktuell rapport från Stockholms stads kommission för social hållbarhet (9).

## Olika förutsättningar i olika områden för barnhälsovården

I Stockholms läns landsting bedrivs barnhälsovård av både offentliga och privata verksamheter, på uppdrag av landstinget. Ersättning ges huvudsakligen som en BVC-peng per barn, viktad för ålder (minskar med stigande ålder). En extra ersättning (500 kr) utgår för hembesöket som görs när barnet skrivs in på BVC och senare vid behov. Ersättning ges också för besök med språk- eller teckentolk (200 kr per besök). Dock finns ingen viktning av BVC-pengen utifrån behov i termer av socioekonomiska förhållanden eller utifrån befolkningssammansättning. BVC-pengen är således

densamma för barn i välbärgade områden som för barn i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden (som Rinkeby).

En jämförelse av vårdtyngd och andra förutsättningar för barnhälsovård mellan olika områden visar påtagliga skillnader. I Tabell 1 visas vissa nyckeltal för barnhälsovården (10) i olika stadsdelar i Stockholms stad. Ett vårdtyngdsindex är beräknat utifrån andelen rökande mödrar när barnet är 0-4 veckor gammalt plus andelen riskbarn för tuberkulos plus andelen förstfödda barn i området, relaterat till länsgenomsnittet. En högre siffra indikerar större vårdtyngd. Köpkraftsindex speglar den andel barn vars familjer har en disponibel inkomst per konsumtionsenhet i lägsta femtedelen av inkomstfördelningen, relaterat till länsgenomsnittet. En högre siffra indikerar en större andel med låg inkomst och låg köpkraft.

**Tabell 1.** Jämförelse av barnhälsovård mellan stadsdelar med avseende på antal barn respektive nyfödda barn per heltidstjänst BVC-sjuksköterska, vårdtyngdsindex och köpkraftsindex

Område	Antal barn per heltid BVC-ssk	Varav antal nyfödda/heltid	Vårdtyngdsindex <sup>1</sup>	Köpkraftsindex <sup>2</sup>
Rinkeby-Kista	374	60	2,0	2,9
Spånga-Tensta	489	74	1,5	2,1
Hässelby-Vällingby	427	72	1,3	1,4
Kungsholmen	365	84	0,6	0,4
Skärholmen	443	64	1,9	2,5
Stockholms stad	422	75	1,1	1,2
Stockholms län	432	72	1,0	1,0

(Källa: Barnhälsovårdens årsrapport 2013, SLL)

1. Högt värde=större vårdtyngd
2. Högt värde=lägre köpkraft

Av Tabell 1 framgår att vårdtyngdsindex i Rinkeby-Kista är dubbelt så högt som länsgenomsnittet, nästan dubbelt så högt som för Stockholms stad och mer än tre gånger högre än för Kungsholmen, medan andelen med låg inkomst och låg köpkraft i Rinkeby-Kista är närmare 3 gånger högre än länsgenomsnittet och sju gånger högre än för Kungsholmen. Förhållandena i Skärholmen liknar de som observeras i Rinkeby-Kista. Det är uppenbart att utifrån de mindre gynnsamma förutsättningarna i Rinkeby-Kista jämfört med andra områden är det svårt för barnhälsovården och BVC att utan ökade resurser fullgöra sitt uppdrag på samma sätt som i andra områden.

Flera indikatorer på barns hälsa visar sämre värden i Rinkeby-Kista än i andra områden: bland annat är vaccinationstäckningen lägre i Rinkeby-Kista jämfört med andra områden; andelen barn med karies vid tre års ålder är högre och andelen fyraåringar med fetma är högre än i andra områden (10).

De beskrivna skillnaderna med sämre förutsättningar och större behov av vård avspeglas också i en högre konsumtion av akuta besök till öppenvårdsmottagningar och akutmottagningar bland barn i Rinkeby jämfört med barn i andra områden.

**Tabell 2.** Genomsnittligt antal besök per barn på akutmottagningar och närakuter samt inläggningar per barn, bland barn <1 år respektive barn 1-2 år, i olika områden.

Område	Besök/ barn <1 år	Besök/ barn 1-2 år	Inläggning/ barn <1 år	Inläggning/ barn 1-2 år
Husby	1,27	1,34	0,25	0,11
Hässelby Gård/Grimsta	1,29	1,17	0,21	0,09
Rinkeby	1,60	2,01	0,24	0,09
Danderyd	0,99	1,06	0,22	0,06
Hela SLL	1,15	1,24	0,28	0,08

(Källa: egna analyser av SLL:s VAL-data, år 2013)

Av Tabell 2 framgår att barn från Rinkeby i genomsnitt gör fler besök på närakuter och akutmottagningar än barn från andra områden. Vad gäller inläggningar är skillnaderna mindre och inte lika systematiska. I frånvaro av behovsbaserad resursfördelning inom barnhälsovården i Stockholms läns landsting framstår det utifrån bakgrundsbeskrivningen som nödvändigt med utökade insatser, för att möta de större behoven och för att i någon mån minska hälsoskillnaderna.

# Utökad hembesöksprogram - interventionen

Enligt ansökan till Folkhälsomyndigheten 2013 var syftet med interventionen att *”förbättra förutsättningarna för god psykisk hälsa bland barn som växer upp i Rinkeby, genom att tidigt erbjuda individuellt anpassade insatser till deras föräldrar”*. Interventionen förväntades bidra till att stärka de medverkande föräldrarnas kunskaper om barn, förbättra samspelet mellan föräldrar och barn, öka föräldrarnas kontakter med andra relevanta samhällsinstanser och stärka deras självkänsla och välbefinnande. Genom detta kan barnens hälsa och välbefinnande förbättras i förlängningen.

## Erfarenheter från tidigare studier

Utgångspunkten för interventionen är studier från Finland (11,12) och USA (13,14) som visat att utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar har positiva effekter både på kort och lång sikt, för både föräldrar (särskilt mammor) och barn. Dessa studier har visat positiva effekter på barnens psykiska och fysiska hälsa och utveckling, mindre språkförseningar och minskad emotionell sårbarhet. Man har också noterat förbättrat samspel mellan mor och barn, mindre socialbidragsberoende bland mödrar och ökad känsla av att bemästra föräldrarollen. På längre sikt har interventioner även visat positiva effekter på längre skolgång bland barnen.

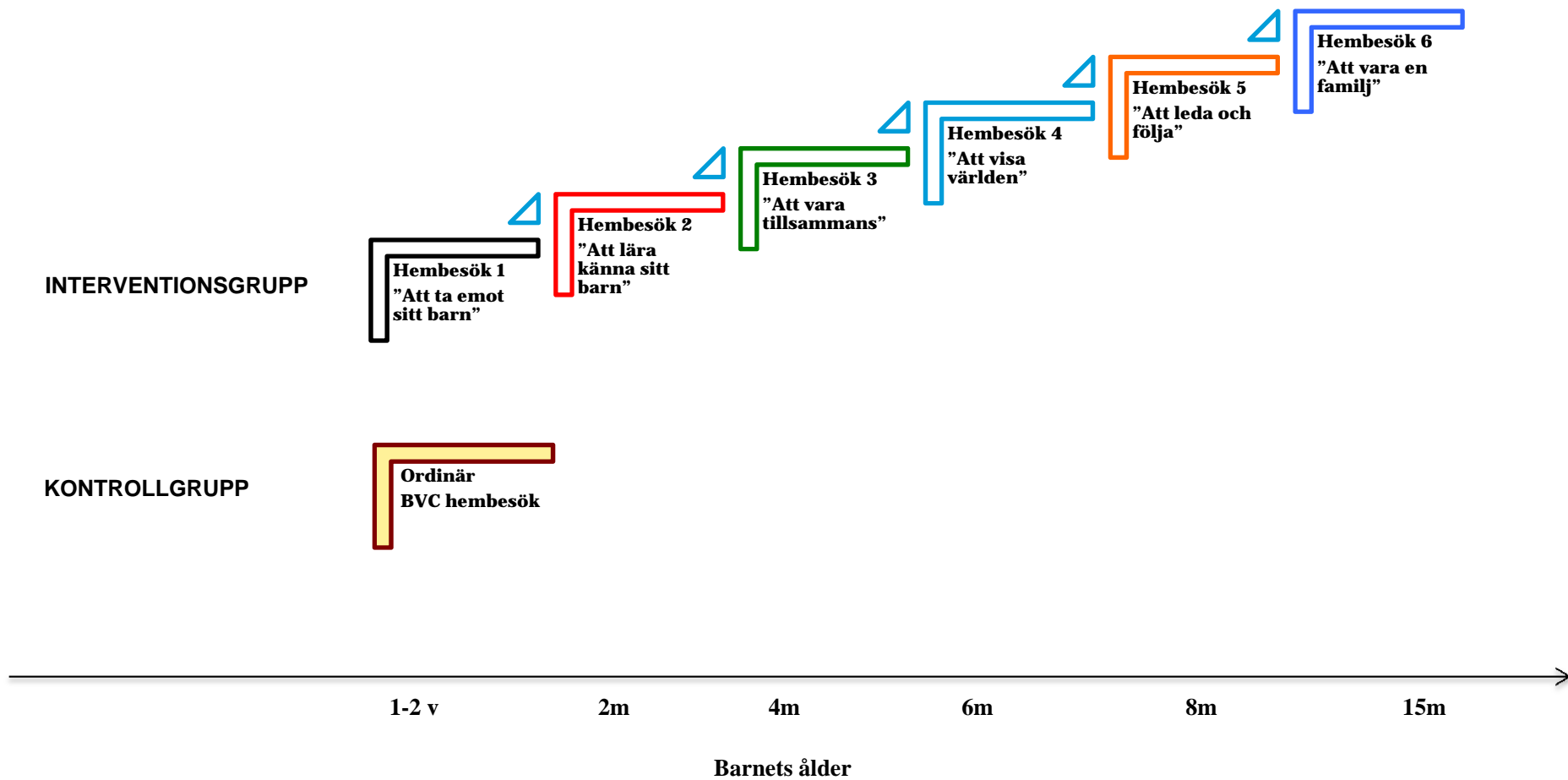
Utökade hembesöksprogram har också visat sig minska konsumtion av akutsjukvård (14). En översiktsartikel som granskat flera studier konkluderade att utökade hembesöksprogram förefaller särskilt gynnsamma bland socialt och ekonomiskt missgynnade grupper (15). Utökade hembesöksprogram har således vetenskapligt stöd i litteraturen, men har inte prövats i Sverige. Samverkan mellan BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare vid socialtjänsten vid hembesöken har inte heller tidigare studerats.

## Proportionell universalism

I Storbritannien presenterades år 2010 en rapport Fair Society – Healthy Lives med en omfattande genomgång av ojämlikhet i hälsa, med förslag på åtgärder för att minska hälsoskillnader (16). I rapporten myntades begreppet ”proportionell universalism”, dvs. att genomföra generella insatser, men med en intensitet som står i paritet till behoven. Detta begrepp speglar väl det utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar till barn som inskrivits vid Rinkeby BVC.

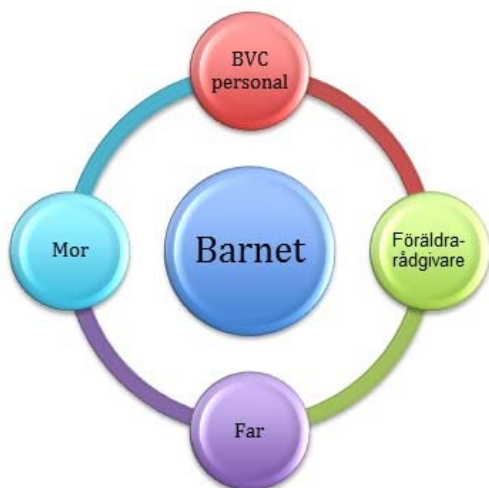
## Hembesöksprogrammet

Föräldrar och barn som medverkar i interventionen erbjuds fem extra hembesök när barnet är 2-15 månader gammalt, av BVC-sjuksköterska tillsammans med föräldrarådgivare vid socialtjänsten, utöver sedvanligt barnhälsovårdsprogram (se bilaga 1 och Figur 1).



Figur 1. Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar

Vid hembesöken behandlas olika teman, t.ex. barnsäkerhet, samspel, uppfödning, föräldraskap, socialt nätverk/stöd (se avsnittet Innehåll i hembesöken för mer detaljerad beskrivning av interventionen, s. 24-25), föräldrarna stöttas i sin nya roll och får diskutera frågor de undrat över. Interventionen präglas av ett salutogent perspektiv, dvs. att främja hälsa och stötta och uppmuntra det positiva mellan föräldrar och barn. Barnet och barnets utveckling står i fokus vid hembesöken (Figur 2).



**Figur 2.** Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar, MerSam-modellen

Hembesöken sker vid sex olika tillfällen under barnets första femton månader när barnet är 1-2 veckor, 2 månader, 4 månader, 6 månader, 8 månader och 15 månader (se bilaga 1). Hembesöken är inlagda vid dessa tillfällen så att de passar ihop med övriga besök (inklusive vaccinationer) barnen gör vid BVC.



# Utvärderingen – upplägg och preliminära resultat

Utvärderingen består av process- och effektutvärdering. Det salutogena perspektivet (17,18) utgör den övergripande teoretiska ramen, dvs. vad som främjar hälsa och välbefinnande hos föräldrar och deras barn. Processutvärderingen har huvudsakligen en kvalitativ ansats och effektutvärderingen huvudsakligen kvantitativ ansats. Utvärderingen som helhet har det som på engelska kallas ”mixed methods approach” (19,20), dvs. att de båda ansatserna kompletterar och informerar varandra. Studien har fått etiskt godkännande från Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dr nr 2013/877-31/1), och godkännande för en förlängning av uppföljningsperioden av deltagande barn (2014/327-32).

## Utvärderargruppen

Utvärderingen görs av en grupp vid Karolinska institutet (Anneli Marttila, Kristina Burström och Lene Lindberg) i ledning av professor Bo Burström. Med dr Anneli Marttila (nedan kallad utvärderaren) följer interventionens genomförande i sin helhet. Ett enkätformulär för intervjuer som genomförs med föräldrarna när barnen är ca 2 och 15 månader har tagits fram gemensamt av utvärderargruppen. Utvärderaren genomför merparten av intervjuer. Ett 20-tal intervjuer med enkäten (enkät 1) har gjorts av masterstudent Carin Hellström och docent Kristina Burström. Ett formulär för att följa barnens hälsa genom BVC-journaler har också konstruerats av utvärderargruppen i samråd med projektansvarig, barnhälsovårdsöverläkare Helena Martin, projektledare Åsa Heimer och en deltagande BVC-sjuksköterska.

## Utvärderingens olika delar

### Genomförandeprocess

Syftet med processutvärderingen är att systematiskt spegla interventionens genomförande, dess framgångsfaktorer och vilka hinder som upplevts, genom att studera både den deltagande personalens och föräldrars erfarenheter av interventionen. Då de flesta föräldrar i de studerade områdena har mångkulturell bakgrund och många också är nya i Sverige, så är mötet mellan personalen och föräldrar från olika kulturer och förståelse dem emellan viktigt att uppmärksamma (21).

### Effekter

Effektutvärderingen fokuserar både på barn och föräldrar. Barnens hälsa och utveckling samt deras sjukvårdskonsumtionsmönster följs upp över tid. Bland föräldrarna studeras socialt delaktighet, självskattade hälsa och hälsorelaterad livskvalitet samt föräldraförmåga. Effekten av extra hembesök vid Rinkeby BVC jämförs med ordinarie barnhälsovårdsprogram (som inkluderar ett hembesök) till föräldrar vid BVC i närliggande områden Husby och Hässelby Gård i Stockholms stad. Upplägget att erbjuda interventionen till alla förstagsföräldrar vid Rinkeby BVC har gjorts då vi inte ansett det etiskt försvarbart med en randomiserad studie – eftersom föräldrarna

talat med varandra och annars undrar varför vissa och inte andra erbjuds interventionen. I stället görs en jämförelse med motsvarande grupp föräldrar och barn vid andra närliggande BVC.

De medel som erhöles från Folkhälsomyndigheten räckte till genomförande av interventionen och utvärdering under perioden 2013-09-01 – 2014-12-31. Emellertid ska även de sist inkluderade barnen under denna tidsperiod erhålla hembesök och följas till 15 månaders ålder, vilket blir bortom projekttiden. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin finansierar en utvärderares medverkan under hela år 2015.

## Material som studeras i utvärderingen

### **Djupintervjuer med deltagande personal**

Det material som studeras samlas in under hela utvärderingsperioden. Djupintervjuer med deltagande personal har genomförts vid interventionens start både i interventions- och jämförelseområdena (15 intervjuer), även Öppna förskolans personal har intervjuats i interventions- och jämförelseområdena (2 intervjuer).

Deltagande personal som slutat under interventionens genomförande har intervjuats en andra gång innan de slutat i interventionsområdet (2 intervjuer). Intervjuerna har främst handlat om vilket stöd de intervjuade upplevt att föräldrar de möter i sitt arbete behöver och de intervjuades förutsättningar att genomföra sitt arbete. En gruppintervju med deltagande BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare i interventionsområdet genomfördes under våren 2015 för att fånga in gruppens reflektioner om hur samarbetet och arbetsmetoden utvecklats under genomförandet.

Deltagande personal intervjuas en andra gång innan interventionsperioden är slut. Analys kommer att redovisas när alla intervjuer genomförts december 2015.

### **Dokumentation av hembesök**

BVC-sjuksköterskorna och föräldrarådgivarna dokumenterar varje hembesök i en dokumentmall som den deltagande personalen själv har utarbetat separat för BVC och föräldrarådgivarna. Fokus i BVC:s dokumentmall är att anteckna om barnets utveckling och vad barnet kan, föräldrars reflektioner om att ha blivit en förälder och föräldrarnas egna frågor. Föräldrarådgivarna reflekterar kring vad fokus varit på hembesöket och vad de i sin yrkesroll gjort vid hembesöken. Hittills har utvärderarna fått dokument från 480 hembesök. Många av hembesöken har genomförts med tolk. När alla hembesök är dokumenterade (december 2015) kommer materialet att analyseras och presenteras i en vetenskaplig artikel.

### **Mötesanteckningar, deltagande observationer och övrigt kvalitativt material**

Utvärderaren har följt interventionens genomförande genom att delta på möten som BVC-sjuksköterskorna och föräldrarådgivarna haft tillsammans med projektledaren och den närmaste chefen för föräldrarådgivarna. Utvärderaren har skrivit anteckningar från varje möte som hela gruppen tagit del av. Arbetsgruppen som kallas MerSam (mer samverkan) har haft mötena i början av projekttiden varannan vecka en förmiddag och under senaste terminen en förmiddag ca en gång per månad. År 2014 har gruppen haft

möten ibland med inbjudna gäster som föreläst om relevanta ämnen, t.ex. Lene Lindberg har föreläst om anknytning och samspel, Mats Berggren har pratat om papparollen, chefen för Medborgarkontoret, personal från öppna förskolan och en barnbibliotekarie har pratat om sina verksamheter, Malin Bergström, psykolog från BHV och Origo, resurscentrum för hedersrelaterat våld har presenterat sin verksamhet. Därutöver har projektledaren haft möten med verksamhetschefer. På MerSam-mötena har både praktiska och metodologiska saker diskuterats och en manual för innehållet i hembesöken (se bilaga 2) har utarbetats av gruppen.

Utöver dokumentation av hembesöken har personalen skrivit reflektioner om hur det varit att arbeta med projektet som utvärderaren tagit del av.

### **Djupintervjuer med föräldrar**

Djupintervjuer med föräldrar i interventions- och jämförelseområdena kommer att genomföras hösten 2015. Hittills har sex mammor intervjuats och ytterligare några intervjuer med mammor har planerats. Ett tiotal intervjuer med pappor inom ramen för en masteruppsats i folkhälsovetenskap kommer att genomföras under hösten 2015. Intervjuerna handlar om föräldrars upplevelser av att ha fått sitt första barn och deras livssituation, behov av stöd och erfarenhet av BVC och andra samhällsaktörer som man kommer i kontakt med som förälder.

### **Enkätintervju med föräldrar vid två tillfällen**

Medverkande föräldrar intervjuas med ett enkätformulär när barnet är 2 respektive 15 månader. Formuläret innehåller frågor om föräldrarnas ålder, födelseland, vistelsetid i Sverige och i bostadsområdet, utbildningsbakgrund, boendeförhållanden, försörjning, socialt stöd, självskattad hälsa, hälsorelaterad livskvalitet mätt med instrumentet EQ-5D (22) och föräldraförmåga mätt med en modifierad version av instrumentet Parental Self Efficacy (23-25). Vidare ingår frågor om hur föräldern uppfattar barnets hälsa, barnets mat- och sovförhållanden, frågor om hur föräldern uppfattat råd och hjälp från MVC och BVC samt om man besökt öppen förskola.

Enkätintervju nr 1 är slutförd och enkätintervju nr 2 pågår under hösten 2015 tills alla inkluderade barn blivit ca 15 månader (redovisning av de som deltar i studien se avsnitt Vilka föräldrar ingår i studien, s. 26). Enkätintervjuerna innehåller standardiserade frågor, men föräldrarna har också fått möjlighet att berätta mer kring de ämnesområden som berörs i enkäten om de så önskar. Intervjuaren har gjort noteringar av dessa kommentarer i samband med enkätintervju 1 och 2.

Föräldrarna har erhållit skriftlig information om studien och medverkan har dokumenterats i ett samtyckesformulär. Eftersom en stor andel av föräldrarna både i interventions- och jämförelseområdena inte har svenska som modersmål har informationen om studien översatts till flera andra språk. En betydande andel av enkätintervjuerna sker/har skett genom tolk. Innan projektet startade hölls en utbildning för tolkar i de vanligast förekommande språken. Under projektets gång har dock andra tolkar tillkommit.

För att samla alla svar på frågorna i enkäten och de kommentarer och förklaringar föräldrar gjort har en Excel-fil skapats där också information från den andra enkätintervjun läggs in. Uppgifter från formuläret har matats in av

forskningsadministratör Elisabeth Johansson. Analyserna av enkätfrågorna görs i dataprogrammen SAS och SPSS.

### **Journaldata**

Barnens hälsa, utveckling och vårdkonsumtion följs upp genom granskning av journaldata vid BVC. Dessa data kommer att följas tills barnet lämnar BVC vid 6 års ålder. En inmatningsmall har utarbetats och uppgifter från barnets födelse och barnets utveckling vid 18 månader matas in under hösten 2015. En BVC-sjuksköterska kommer att göra en masteruppsats i omvårdnad kring vilka frågor förstagångsföräldrar söker kontakt med BVC under barnets första 18 månader i interventionsområdet. Uppsatsen sker i samarbete med utvärderargruppen.

## **Preliminära resultat**

Detta avsnitt baseras på minnesanteckningar, deltagande observationer och personalens skrivna reflektioner under projektperioden från start tills juni 2015 och analys av personalens diskussioner kring styrkor, utmaningar, möjligheter och hot (SWOT) som gjorts vid två tillfällen (2013 och 2014) i samband med projektmöten. Efter detta följer en beskrivning av deltagande föräldrar och preliminära resultat från enkätintervju 1 med föräldrarna.

### **Interventionens genomförandeprocess - MerSam-gruppen och gemensamma möten**

Interventionen har pågått sedan september 2013 och de sista hembesöken är beräknade att genomföras under november-december 2015. Två BVC-sjuksköterskor har delat sin arbetstid med hembesöksprogrammet och övrigt ordinarie arbete. En av BVC-sjuksköterskorna som var med från start har slutat och en annan har börjat. Från interventionens start skulle tre föräldrarådgivare anställda av Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, socialtjänstens förebyggande verksamheter arbeta delar av sin tid med projektet. En föräldrarådgivare slutade dock, och efter detta fortsatte arbetet med hembesöken med de två föräldrarådgivare som var kvar. Personalen har inte erhållit någon specifik utbildning för att arbeta med hembesöksprogrammet utan bidragit med den kompetens de har från sina ordinarie arbeten; barnsjuksköterskor med erfarenhet av BVC-arbetet och socionomer med erfarenhet av föräldrastöd.

En projektledare från barnhälsovården har arbetat 20 % med projektet. Projektledarens arbete har varit inriktat på att hålla gemensamma möten med deltagande personal (som också utvärderaren har kunnat delta i). Föräldrarådgivarnas närmaste chef har också deltagit i dessa möten vilket deltagande personal upplevt som viktigt.

På dessa möten har personalen tillsammans utvecklat innehåll och teman till varje hembesök vilket redovisas i nästa avsnitt. Personalen har reflekterat över metodologiska aspekter och aktuella konkreta frågeställningar som de stött på; t ex svårigheter med logistik, att få ihop scheman till hembesöken vilket har varit tidskrävande. Vidare har också diskuterats gemensamma mål med hembesöken, och hur samarbetet har utvecklats under processens gång. Projektledarens insatser har upplevts som viktiga för att skapa plattform för det gemensamma arbetet med hembesöken, inspirera och ge energi i det gemensamma arbetet, bearbeta de svårigheter och hinder som personalen

stött på i sitt arbete med hembesöken. Vid fortsatt arbete med hembesöken betonar deltagande personal vikten att ha kvar en projektledare och att både barnhälsovården och föräldrarådgivningen är representerade vid ledningen av projektet.

Projektledaren har tillsammans med arbetsgruppen och utvärderaren presenterat projektet, bl a vid Familjecentralskonferens i Göteborg maj 2015 och vid två tillfällen för lokala landstingspolitiker. Personalgruppen har haft extern handledning för sitt arbete ca en gång per månad.

### **Vad ger hembesöken – starka sidor och utmaningar, personalens erfarenheter**

Vid projektets start år 2013 och vid ett senare tillfälle under år 2014 listade var och en av den deltagande personalen styrkor och möjligheter samt utmaningar och hot med projektet. Vid projektets start 2013 betonade personalen att de stora styrkorna och möjligheterna med hembesöksprogrammet var personalens sätt att bemöta föräldrar: positivt, salutogent arbetssätt, att samarbete berikar och utvecklar, att arbetssättet är pedagogiskt och strukturerat och att detta kan leda till ett ökat förtroende och tillit hos föräldrarna för BVC och föräldrarådgivningen/socialtjänsten.

- öppenhet i bemötandet av föräldrar
- positiv attityd bland personalen
- samarbetet berikar och utvecklar i arbetet
- arbetssättet pedagogiskt och strukturerat
- ökat tillit och förtroende bland föräldrarna

*Styrkor och möjligheter vid projektets start år 2013*

Vid projektets start var alla intresserade att se hur föräldrarna skulle reagera då det kom två personer, BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare tillsammans istället för endast BVC-sjuksköterskan som det brukar vara. Ytterligare utmaningar och hot i projektet som hölls fram vid projektets start var att samarbete är tidskrävande och att det i början är stressande att utveckla ett nytt arbetssätt. BVC-sjuksköterskorna arbetar med högt tempo och är ”medicinskt orienterade”, har saker på sin ”att göra lista” (t.ex. mäta vikt, längd, vaccinera osv.) medan föräldrarådgivarnas arbete är fokuserat på reflektion, att lyssna osv. Båda yrkesgrupperna betonade att det tar tid att hitta balans och ett gemensamt arbetssätt någonstans mittemellan. Att hitta ett gemensamt arbetssätt underlättades av kunskapen att föräldrarna i området har behov av att få mer tid för sina frågor och funderingar kring sina förstfödda. Oron är hög bland många föräldrar då otrygghet med boendet, ekonomin och ovissheten om man får stanna i Sverige eller kan återförenas med sin familj tar mycket kraft.

Vid start diskuterades användande av tolk väldigt mycket och hur samtalen ibland kan bli ”tokiga” när tolkningen inte flyter så bra. Tolkningen upplevdes variera kvalitetsmässigt vilket kan påverka hur mötena med föräldrarna blir. Logistiska svårigheter, att hitta ett gemensamt bokningssystem för att boka hembesöken har varit en tidskrävande uppgift från starten. Hembesöksprogrammet initierades från barnhälsovården och socialtjänsten (chefs nivå), vilket i början upplevdes som ”ett projekt uppifrån”. Samtidigt var flera av deltagande personal nya i sina tjänster och skulle börja jobba direkt med hembesöksprogrammet.

- Det är tidskrävande och stressande att starta ett nytt arbetssätt, att hitta sin egen roll och att utveckla en bra struktur för hembesöken och samtidigt ha en hög arbetsbelastning.
- Tolkningen är en extra utmaning då kvaliteten på tolkningen varierar och en stor andel behöver tolk för att kunna uttrycka sig.
- Logistik är en utmaning, att utveckla ett gemensamt system för att boka in hembesöken.
- Hembesöksprojektet var initierat ”uppifrån” från barnhälsovården och socialtjänsten vilket personalen upplevde som en utmaning vid starten.

#### *Utmaningar vid projektets start 2013*

När personalen vid andra tillfället skrev ner utmaningar och möjligheter i projektet ca ett år efter projektets start blev det tydligt att listor med styrkor och möjligheter var långa och punkter med svagheter och hot kortare. Styrkorna och möjligheterna omfattade fortfarande att samarbetet berikar, att lyhördhet i bemötandet är en stor styrka, att deltagande personal genom hembesöken och längre tid med föräldrarna har möjligheter att skapa tillit på ett annat sätt med föräldrarna än i sedvanlig verksamhet. Personalen upplevde också att samarbetet i form av hembesöken ger familjerna något helt nytt. Att ge råd och stöd tillsammans är inte detsamma som råd och stöd förmedlat enbart av BVC eller föräldrarådgivare. Genom hembesöksprogrammet kan nästan alla förstagångsföräldrar nås och stöd kan ges tidigt när föräldrarna är mottagliga för det. Samarbetet har också stärkt och utvecklat samverkan med andra aktörer, t ex har öppen förskola blivit en naturlig och viktig samarbetspart.

I ett område där misstänksamhet mot socialtjänsten upplevs som stor har man på detta sätt möjlighet att avdramatisera socialtjänstens arbete. Dessutom kan fler föräldrar ta del av det förebyggande arbetet som erbjuds till föräldrarna i deras föräldraroll. Styrkan är att ge hembesöken till alla föräldrar som får sitt första barn som en generell insats, istället för att erbjuda hembesök till specifika grupper vilket kan uppfattas stigmatiserande.

- Samarbetet berikar och utvecklar personal
- Lyhördhet och flexibilitet i mötet med föräldrarna
- Bygga upp tillit/relation med familjerna
- Att mötas i hemmiljö, familjerna får mer tid
- Avdramatisera socialtjänst
- Samarbetet ger familjerna något helt nytt
- Nå alla föräldrar och ge stöd tidigt när föräldrar är mottagliga
- Att förebygga ger resultat på längre sikt
- Samarbetet genererar nytt samarbete med andra aktörer

#### *Styrkor och möjligheter 2014*

År 2014 efter att det nya arbetssättet testats ett år betonades fortfarande att det är berikande att samarbeta men samtidigt en stor utmaning, och att få ihop logistik är fortfarande svårt. Hembesök som metod är tidskrävande och att inte sitta i samma lokaler begränsar. Nu började personalen ställa frågan vad händer när projekttiden är

slut. Ska man återgå till det gamla arbetssättet när man upptäckt stora fördelar med det nya?

Att arbeta i området innebär en ständig hög arbetsbörda, stress och tidspress. Särskilt BVC:s arbete är strukturerat så att tiden är en bristvara och bokningarna följer tätt in på varandra. Samtidigt är det många oväntade saker som händer ständigt, föräldrar med barn uteblir från bokade besök och andra föräldrar med barn som inte är bokade dyker upp. Hembesöksprogrammet är en förbättring i och med att det ger mer tid till varje familj men man ställer ändå frågan hur länge personalen orkar stanna kvar när arbetet är stressigt och arbetsbelastningen tung? Och att arbeta på detta sätt bara i ett område – föräldrarna kan undra varför bara här när det finns liknande behov även i andra områden.

- Hög arbetsbörda, stress, tidsbrist, hur orka med arbetet?
- Efter projekttiden är slut – minskat engagemang?
- Varför detta arbetssätt bara i ett område?

Utmaningar 2014

### Reflektioner från en BVC-sjuksköterska

En deltagande BVC-sjuksköterska i interventionsområdet sammanfattade sina erfarenheter om sitt arbete innan projektets start och sommaren 2015 då hon arbetat med utökade hembesök ca 1,5 år:

*"Jag arbetar i ett område där riskfaktorerna för ohälsan är många och där ohälsan är hög. Varje dag är unik och arbetet stimulerande. I det dagliga arbetet träffar jag familjer från hela världen, familjer från olika samhällsskikt och med skilda kulturella bakgrunder och erfarenheter. Ofta med traumatiska händelser och inte sällan utan sin familj. Det gemensamma för föräldrar är att de älskar sina barn och vill sina barn det absolut bästa. Att möta dessa familjer och ta del av deras vilja att få ett bra liv för sig och främst för sitt/sina barn är fantastiskt. I samma stund frustrerande. Det är frustrerande att uppmärksamma riksfaktorer och inte ha tiden att stötta.*

*Ett besök på BVC är normalt 30 minuter. I Rinkeby sker många besök med tolk (ca två av fem). På denna tid ska det hinnas med att väga, mäta, dokumentera, ge vaccin samt informera föräldrar kring vissa givna ämnen. Att göra detta på 30 minuter är stressigt. Att förmedla hälsobudskap till föräldrar som inte delar samma bakgrund, kunskapsnivå eller språk är en utmaning. Tiden räcker sällan till. Problem kvarstår och föräldrar fortsätter att ställa samma frågor och ha samma oro.*

*Innan hembesöksprogrammet drog i gång upplevde jag ofta en stress över att inte räkna till. Vi gjorde ett bra arbete inom de tajta ramar vi hade. Vi slet och stressade. Känslan var ständigt att familjerna behövde så mycket mer för att kunna ge sina barn den bästa starten i livet. Det märktes snabbt att hembesöksprogrammet gör skillnad. Redan från början var de allra flesta familjer positiva.*

*Vad som är det mest gynnsamma för ett barn är det som vi samtalar kring. Det finns få givna svar men mycket att samtala kring. Det kan vara pappan som ger sitt barn sockervatten, för så gjorde man i hans hemland. Det är mamman som stolt låter sitt fyra månaders barn titta på TV, eftersom han är stilla och verkar tycka om det. Det är*

*mamman som bor inneboende i ett rum medan mannen väntar på uppehållstillstånd i ett annat land. Det är den nedstämda mamman som inte vågar gå ut för att det är kallt. Det är den högutbildade som inte kan leka med sitt barn eftersom han/hon inte vet hur man ska göra. Det är familjen som vill fråga om allt, då den inte har någon familj att fråga. Det är pappan som varit utsatt för tortyrliknade bestraffning i sitt hemland och vill veta hur han ska göra här i Sverige. Det är den unga mamman som varit med om det mest vidriga i hemlandet och höggravid flyr för sitt liv. Det är familjer där misshandel och hedersvåld förekommer. Det är de alldeles fint fungerande familjerna med A4- papper med frågor och områden de vill samtala kring. Genom att ge dessa familjer extra tid, i ett samarbete med en annan profession, får de så mycket mer än ordinarie BVC kan erbjuda. Familjerna får möjlighet till bredare kunskaper, genom hembesöken grundläggs förtroende och en relation.”*

### **Hur har innehållet i hembesöken utvecklats? En manual utformas**

Gruppen har kontinuerligt diskuterat frågan hur många hembesök som är lämpligast och vid vilken ålder barnet ska vara när hembesöken görs. Att göra det första hembesöket som ett team betonades som viktigt, att bygga upp relation från start. I början har föräldrarna många frågor därför ansågs det angeläget att placera de nästkommande besöken med 2 månaders mellanrum matchande BVC:s övriga program. Det sista hembesöket planerades till 15 månaders ålder då barnet blivit lite större och rör sig mer då frågor kring vägledning blir mer aktuella. Gruppen har vid de gemensamma mötena diskuterat att det finns behov även av att utveckla någon form av föräldrastöd/gruppträff för barnen mellan 1,5-3 år då kontinuitet i stödet är något att föredra och att det finns möjligheter till ett förebyggande stöd för barn i olika åldrar. Föräldrastödsprogrammet Alla Barn i Centrum, ABC som erbjuds i området är för barn från 3 år och uppåt.

### **Mål med hembesöken**

Projektgruppen har formulerat ett gemensamt mål för hembesöken. Målet har varit att

- stärka familjens tillit till och förtroende till sin egen förmåga,
- stärka familjens delaktighet i samhället och att
- tidigt upptäcka familjer i behov av extra stöd och att kunna erbjuda det.

### **Innehållet i hembesöken**

Innehållet i hembesöken har utarbetats av arbetsgruppen parallellt med att interventionen har genomförts (en arbetsmanual har utarbetats av gruppen, se bilaga 2). Utgångspunkten har varit barnhälsovårdens uppdrag och den erfarenhet av att möta familjer i området som både BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare har. Mål har formulerats för de olika hembesöken. (Figur 1)

Hembesök 1 med temat *Att ta emot sitt barn* har målet att skapa en relation till familjen och introducera hembesöksprogrammet. Information ges om BVC:s och föräldrarådgivarnas verksamhet. Uppgifter och samtal om barn, föräldrar och förlossning under den första tiden fokuseras vid detta besök.

Hembesök 2, temat *Att lära känna sitt barn* har målet: att tillsammans med föräldrarna reflektera över vikten av att lyssna in barnets signaler. Ett antal punkter som berör



barnet och föräldrarna har formulerats som möjliga att ta upp vid det andra besöket, exempelvis hur uppfödning fungerar, vad barnet kan nu, barnets skrik och familjens nätverk.

Hembesök 3 med temat *Att vara tillsammans* har målet att reflektera över familjens vardagsrutiner. Vad kan barnet nu, vad säger barnet? Vilka rutiner för mat och sömn har familjen? Hur visar ni kärlek till barnet? Vilket stöd har ni av andra och varandra?

I samband med hembesök 4 *Att visa världen* är målet att förstå betydelsen av att stimulera sitt barn. Pekböcker, joller, mat, rutiner, tandhälsa och barnsäkerhet är eventuella ämnen att beröra. Att sätta ord på känslor och prata om pappans betydelse är viktigt under detta hembesök.

Hembesök 5 *Att leda och följa* har målet att reflektera över föräldrars roll som vägledare. När kan barnet bestämma och när behöver föräldrarna leda sitt barn är fokus för detta hembesök. Språkutveckling, titt-ut lekar, barnsäkerhet är andra aspekter att ta upp.

Hembesök 6 *Att vara en familj* har målet att titta tillbaka och blicka framåt med barnet i fokus. Återkoppling görs till temat att leda och följa, därutöver diskuteras språkutveckling, hur föräldraskapet har utvecklats, hur framtiden ser ut, planerar familjen att barnet börjar på förskola och hur tror de att livet ser ut om ett år.

Sammanfattningsvis har hembesöken *återkommande teman* som berör barnets kompetens och utveckling, rutiner för mat och sömn, positiva stunder tillsammans med barnet, föräldrars stöd till varandra och behovet av nätverk. Information om barnhälsovårdens och föräldrarådgivningens verksamhet, öppna förskolans verksamhet och andra verksamheter riktade till barn och föräldrar som finns i stadsdelen förmedlas.

En stor andel av barnen i Rinkeby-Kista har avvikande utfall i samband med språkbedömning vid 3 års ålder. Detta har föranlett att barns språkutveckling varit ett genomgående tema i samband med hembesöken. Kunskap om barns språk- och talutveckling har förmedlats och vikten av att läsa för sitt barn har lyfts. Arbetet har resulterat i ett samarbete med Stadsbiblioteket så att alla barn har fått en pekbok vid sex månaders ålder.

Andelen barn med övervikt och fetma är högre i Rinkeby-Kista än i de flesta andra stadsdelar och kommuner i Stockholms län. Samtal om kost, samvaro vid måltider och fysisk aktivitet har ingått som en naturlig del av hembesöken. Kunskap om pappors betydelse för barns utveckling har förmedlats och ambitionen har varit att pappor medverkar vid några hembesök. Samtal om barnets rätt till båda sina föräldrar har blivit extra angeläget för de barn som har pappor som vistats på annan ort. Vidare har ett tema varit samtal om föräldraskap och behovet av att leda och följa sitt barn. I samband med hembesök vid åtta månaders ålder har det varit naturligt att tala om gränssättning. Med barnet som rör sig i rummet och är nyfiken på det mesta, allt från leksaker till vägguttag och annat som kan vara förenat med fara, blir det naturligt att tala om hur man kan leda och avleda.

Andra områden som har prioriterats är kunskap om infektioner och feber. Samtal om egenvård och information om vart man kan söka vård och när ingår i hembesöksprogrammet. I samband med hembesöken använder BVC-sjuksköterskan ofta en docka för att bland annat visa hur barnet ska sova (ryggläge) och hur man ger näsdroppar. Kariesförekomsten bland barn i Rinkeby-Kista är hög (15 procent) och detta har föranlett en extra satsning på information om tandhälsa och ett samarbete med Folktandvården. Alla barn i projektet får tandkräm och tandborste av Folktandvården vid 6 månaders ålder. Till projektet har också knutits ett annat forskningsprojekt om karies vid tidig ålder. De deltagande barnens tandstatus följs upp vid 18 och 36

månaders ålder i interventionsområdet. Studien bedrivs av odontologiska fakulteten vid Karolinska Institutet (projektansvarig PhD Georgios Tsilingaridis, studien har forskningsetiskt godkännande EPN 2015/854-32).

## Deltagare och enkätintervju 1 med föräldrar

### Vilka föräldrar ingår i studien? Inkludering och samtycken

Under interventionens inkluderingsperiod var 119 barn aktuella för studien (Tabell 3) vid Rinkeby BVC (mors första barn, födda under perioden 1.9.2013 – 31.8.2014). I jämförelseområdena var 122 barn aktuella och inkluderas under samma tidsperiod med tre månaders förlängning för att få ihop ungefär lika många barn till interventions- och jämförelsegrupperna.

BVC-sjuksköterskan informerade föräldrarna om studien och frågade om föräldrarna ville delta. Om föräldrarna önskade mer betänketid eller mer information kunde de träffa utvärderaren i samband med den första enkätintervjun när barnen var ca 2 månader. Enkätintervjuerna med föräldrarna var planerade och genomfördes i BVC:s lokaler både i interventions- och jämförelseområdena. Föräldrarna har blivit informerade om syftet och innehållet i studien och har gett ett dokumenterat samtycke för att delta i studien.

**Tabell 3.** Antal inkluderade och deltagande barn i interventionsområdet.

Antal inkluderade barn	119
Avstår från HB och studien från början	3
Hoppar av efter 2-3 HB	3
Flyttar in och ut, hinner ej fråga om deltagande	10
Kan ej fråga pga etiska skäl	1

Några enstaka föräldrar ville delta endast i enkätintervjuer och några föräldrar endast i journaldelen av studien både i interventions- och jämförelseområdena. Den första enkätintervjun omfattade 99 intervjuer vid Rinkeby BVC, där två familjer hade tvillingar, vilket totalt innebär 101 barn. I jämförelseområdena omfattade den första enkätintervjun 92 intervjuer, och lika många barn.

I interventionsområdet gjordes 49 av intervjuerna med tolk (somaliska och arabiska var de mest förekommande språken) och 9 intervjuer på engelska. I jämförelseområdena gjordes 27 intervjuer med tolk (de flesta på arabiska) och 17 på engelska. I samtliga intervjuer var mamma med vid intervjutillfället, förutom i en intervju då endast pappan deltog. I interventionsområdet deltog i 24 intervjuer både mamma och pappa. I jämförelseområdena var både mamma och pappa med i 23 intervjuer.

# Enkätintervju 1 med föräldrar - Bakgrundsdata

## *Födelseland och ålder*

De intervjuade mammorna och papporna i interventionsområdet kom från 30 olika länder, 39 av de intervjuade mammorna kom från Somalia och 8 av 99 mammor berättade att de är födda i Sverige. De intervjuade kom från olika delar av världen, många från Mellanöstern och afrikanska länder.

Afghanistan, Algeriet, Armenien, Azerbajdzjan, Bangladesh, Bulgarien, Colombia, Egypten, Elfenbenskusten, Eritrea, Etiopien, Gambia, Grekland, Irak, Jordanien, Kazakstan, Liberia, Mongoliet, Pakistan, Polen, Qatar, Saudi-Arabien, Somalia (39 mammor), Sudan, Sverige (8 mammor), Syrien, Tunisien, Turkiet, USA, Uzbekistan

*Intervjuade föräldrars ursprungsland i interventionsområdet*

Även i jämförelseområdena berättade de intervjuade mammorna och papporna att de kom från olika delar av världen, från 38 länder, delvis från andra länder än i interventionsområdet. Av de intervjuade berättade 10 mammor att de är födda i Sverige. Till skillnad mot interventionsområdet berättade endast 6 mammor av 92 att de är från Somalia.

Afghanistan, Algeriet, Arab-Emiraten, Azerbajdzjan, Bahamas, Bangladesh, Bulgarien, Brasilien, Egypten, Eritrea, Estland, Etiopien, Honduras, Indien, Irak, Iran, Israel, Italien, Kenya, Kuba, Kurdistan, Libyen, Litauen, Marocko, Mongoliet, Pakistan, Palestina, Polen, Portugal, Rumänien, Saudi-Arabien, Somalia, Spanien, Sverige (10 mammor), Sydkorea, Syrien, Tunisien, Uzbekistan

*Intervjuade föräldrars ursprungsland i jämförelseområdena*

Mammornas medelålder (Tabell 5) var lägre i interventionsområdet (drygt 26 år) än i jämförelseområdena (29 år). Mammornas ålder varierade i interventionsområdet från 17 år till 40 år. Papporna som deltog i intervjuerna var 24-46 år. I jämförelseområdena var yngsta intervjuade mamman 19 år och äldsta 40 år. Papporna som deltog var 25-49 år.

## *Boende, försörjning och utbildning*

I den första enkätintervjun med föräldrarna när barnet var ca 2 månader gammalt framkom att fler föräldrar och barn i interventionsområdet levde otryggt när det gäller försörjning och boende än i jämförelseområdena (se Tabell 4). Mer än en tredjedel av föräldrarna i interventionsområdet saknade eget boende och bodde tillfälligt som inneboende eller hos släkt eller vänner, jämfört med mindre än en femtedel i jämförelseområdena.

I interventionsområdet berättade en tredjedel av mammorna att de inte bodde med en partner, utan antingen själva med barn eller hos släkt eller vänner. Omkring tre fjärdedelar av mammorna sa att de fick föräldrapenning från Försäkringskassan, många med låg ersättningsnivå. Fem mammor uppgav att de fick mycket låg ersättning från

Migrationsverket och 17 mammor att de inte hade någon inkomst. De flesta hade en partner som stod för försörjningen och en del behövde förlita sig på att släkt och vänner ställer upp och hjälper med boende och mat. I närmare hälften av intervjuerna berättade de intervjuade mammorna att deras partner hade någon form av arbete, antingen del- eller heltid och det fanns också några familjer där pappan hade flera arbeten eller jobbade långa arbetsdagar för att få försörjningen att gå ihop. I jämförelseområdena hade en högre andel av papporna arbete enligt de intervjuade mammorna.

Utbildningsnivån bland mammor skiljde sig mellan områden. I interventionsområdet hade en större andel av mammorna mindre än åtta års utbildning. En stor del av dessa hade haft möjlighet till några års skolgång och en del hade aldrig haft möjlighet att gå i skolan. I jämförelseområdena hade nära 60 procent av mödrarna 13 års utbildning eller mer. Nästan hälften av mammorna i interventionsområdet och i jämförelseområdena hade bott i Sverige tre år eller mindre. Många hade kommit till Sverige strax innan de blivit gravida och några enstaka hade flyttat till Sverige när de var gravida. En mindre andel av mammor i interventionsområdet hade bott i Sverige tio år eller mer än i jämförelseområdet.

**Tabell 4.** Boendeförhållanden, försörjning, utbildningsnivå, tid i Sverige och i bostadsområdet bland deltagande föräldrar (mammor om inte annat anges) i Rinkeby respektive Husby och Hässelby Gård. Procentandelar (%) och antal svarande (n) per fråga.

	Rinkeby		Husby, Hässelby Gård	
	%	n	%	n
<b>Boendeform</b>				
Hyr lägenhet	62,2	61	82,4	75
Tillfälligt boende	27,6	27	11,0	10
Bor hos sin familj	10,2	10	6,6	6
<b>Mor bor med</b>				
Partner + barn	48,0	48	64,1	59
Endast med barn	11,2	11	7,6	7
Partner + barn + släkt	10,2	10	14,1	13
Barn + släkt	13,3	13	5,4	5
Partner + barn + inneboende	9,2	9	6,5	6
Barn + inneboende	8,1	8	2,2	2
<b>Försörjning mor</b>				
Föräldrapenning	74,8	74	80,2	73
Bidrag från Migrationsverket	5,0	5	2,2	2
Ingen inkomst	17,2	17	17,6	16
<b>Antal år i skola (mamma)</b>				
0-8 år	38,5	37	5,5	5
9-12 år	32,3	31	34,1	32
13+ år	29,2	28	59,4	54
<b>Bott i Sverige (antal år)</b>				
0-3 år	46,1	42	49,3	40
4-9 år	43,9	39	26,0	21
10+ år	11,0	10	24,7	20
<b>Bott i bostadsområdet (antal år)</b>				
- 0-3 år	79,2	76	76,9	70
- 4-9 år	12,5	12	15,4	14
- 10+ år	8,3	8	7,7	7

## Hur har föräldrar upplevt stöd och råd från MVC och BVC?

I Tabell 5 visas föräldrarnas svar på hur de upplevt stöd från MVC och BVC. Föräldrarna från både interventionsområdet och jämförelseområdena upplevde att de fått mycket bra eller bra stöd från mödravården när de var gravida. Mammorna hade varit inskrivna hos mödravården på olika ställen, t ex Rinkeby och Kista, föräldrarna berättade om erfarenheter både från privata och landstingets egna mottagningar. Några enstaka föräldrar var missnöjda med bemötandet eller omhändertagandet från mödravården.

De intervjuade svarade på hur de upplevt BVC hittills inklusive ett hembesök. Ca 70 procent av de intervjuade mammorna i interventionsområdet upplevde stöd och råd från BVC hittills som mycket bra, 26 procent som bra. Motsvarande andelar för jämförelseområdena var 66 procent och ca 32 procent. Sammantaget kan sägas att föräldrarna var nöjda också med BVC:s verksamhet. Några enstaka föräldrar var missnöjda både i interventions- som jämförelseområdena med läkarbesöket vid barnets 2-månaders kontroll. Dessa föräldrar berättade att läkarbesöket hade gått så snabbt att de inte visste vad det hade handlat om. Dessa föräldrar förklarade att de önskade mer individuellt bemötande och mer tid i samband med läkarkontrollen.

**Tabell 5.** Enkät svar bland deltagande föräldrar (mammor om inte annat anges) i Rinkeby respektive Husby och Hässelby Gård. Procentandelar (%) och antal svarande (n) per fråga.

	Rinkeby		Husby, Hässelby Gård	
	%	n	%	n
<b>Råd och hjälp från MVC</b>				
Mycket bra	61,2	60	64,8	59
Bra	35,7	35	30,8	28
Någorlunda	3,1	3	2,2	2
Dålig	0	0	2,2	2
Mycket dålig	0	0	0	0
<b>Råd och hjälp från BVC</b>				
Mycket bra	70,7	70	66,3	61
Bra	26,3	26	31,5	29
Någorlunda	2,0	2	2,2	2
Dålig	1,0	1	0	0
Mycket dålig	0	0	0	0
<b>Allmänt hälsotillstånd</b>				
Mycket gott	40,4	40	30,4	28
Gott	46,5	46	48,9	45
Någorlunda	11,1	11	19,6	18
Dåligt	2,0	2	1,1	1
Mycket dåligt	0	0	0	0
<b>Medelvärde på den visuella analoga skalan (VAS) <sup>a</sup></b>				
Medelvärde VAS	82,4		80,9	
<b>Medelålder bland mammor (år)</b>				
Mammor	26,4		29,0	

a: Värdet kan vara mellan 0-100, högre värde anger bättre hälsa

## Hur föräldrarna skattar sin egen hälsa

I Tabell 5 visas föräldrarnas svar hur de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd och hur de skattade sin hälsa på en visuell analog skala. En större andel av mammor i interventionsområdet skattade sitt allmänna hälsotillstånd som mycket gott eller gott, än i jämförelseområdena. Mammor i interventionsområdet angav i genomsnitt högre värde vid skattning på VAS-skala än mammor i jämförelseområdena (se Tabell 5).

## Övriga enkätfrågor

I enkätformuläret ingår också flera olika frågor om hälsa, hälsorelaterad livskvalitet, socialt stöd och föräldraförmåga. Dessa frågor kommer att analyseras när den andra enkätintervjun är slutförd.

*EQ-5D*-instrumentet inkluderar frågor om besvär inom fem dimensioner av hälsa (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet). Den intervjuade ska för varje dimension ange om han/hon har inga besvär, måttliga eller svåra besvär. Dessutom ingår en visuell analog skala (VAS) där den intervjuade skattar sin hälsa på en termometerliknande skala från 0 (sämsta tänkbara hälsa) till 100 (bästa tänkbara hälsa).

Preliminära analyser av EQ-5D-frågorna visar att den största skillnaden syns i dimensionen oro/nedstämdhet där en större andel av mammorna i jämförelseområdena än av mammorna i interventionsområdet anger att de har problem i denna dimension. Avsikten är att efter avslutad datainsamling jämföra enkätsvar från den första intervjun när barnet är 2 månader gammalt med enkätsvar från den andra intervjun när barnet är 15 månader gammalt.

*Föräldraförmåga* har mätts med tjugofyra frågor och är baserat på ett tidigare använt instrument som har anpassats för föräldrar med spädbarn (23-25). Teoretiskt och inom forskningen antas att föräldrar som har tilltro till sin förmåga är mer engagerade i positivt samspel med sina barn. Psykometriska analyser av frågorna som mäter föräldraförmåga har gjorts på 186 enkäter från första föräldraintervjun. Reliabiliteten/tillförlitligheten för frågorna om föräldraförmåga kan anses vara god. Analyser av validitet/giltighet visar att de tjugofyra frågorna tillsammans mäter egenskapen föräldraförmåga men däremot inte några specifika dimensioner av förmågan. De första analyserna av frågorna om föräldraförmåga visar att mammorna i interventionsområdet upplever en högre tilltro till sin föräldraförmåga än mammor i jämförelseområdena.

Fördjupade analyser kommer att göras av svaren på alla enkätfrågorna och de kommentarer och förklaringar som föräldrarna har gett i samband med enkätintervjuerna.

## Enkätintervju 2 med föräldrarna när barnen är ca 15 månader

Hittills (juni 2015) omfattar enkätintervju 2 i interventionsområdet 42 barn. 11 av de 42 intervjuade familjerna hittills har flyttat ifrån området och bor på olika håll inom Stockholms län. Hittills omfattar enkätintervju 2 i jämförelseområdena 23 barn. Enkätintervju 2 pågår hösten 2015. Då datainsamlingen pågår fortfarande kan inte resultat av enkätintervju 2 redovisas. I de hittills genomförda intervjuerna har föräldrarna upplevt hembesöken övervägande positivt. Nedan följer fyra exempel på föräldrars erfarenheter från interventionsområdet.

En ung mamma som flyttat till Sverige innan hon fick sitt första barn berättade i enkätintervju 2 att hembesöken fick henne att må bra och gjorde att hon kände sig tryggare i sin nya roll som förälder:

*"Hembesöken var bra. Jag kommer knappt ihåg något från tiden jag fick mitt barn då allt var så överväldigande. Det hände så mycket då. Att vara ny i Sverige, att gifta sig och få barn, allt på en gång. Att få sitt första barn och inte ha någon erfarenhet. De kom hem till mig, det kändes bra. Jag fick ställa 1000 frågor till dem, och fick alltid svar. Det kändes alltid bra efter deras besök."*

En annan mamma som också var ny i Sverige berättade att det var nästan chockartat för henne då hon förstod att råd som ges om barn skiljer sig så mycket från hennes egen kultur. Under hembesöken hade hon pratat med BVC-sjuksköterskan och föräldrarådgivaren om dessa skillnader och hur hon försöker balansera mellan två kulturer.

*"Jag hade en jobbig förlossning och kunde inte gå ut under den första tiden. Därför var det bra att de kom hem till mig. De [BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare] kompletterar varandra och ger olika slags råd. De är alltid snälla och trevliga. Det är utvecklande, jag har fått kommunicera på svenska och lära mig nya ord. Vi respekterar varandra, man ska inte stänga ut det svenska utan plocka det bästa av två kulturer. I början var det svårt när vi pratade, jag försökte hålla mig lugn, allt var nytt och annorlunda. Hembesöken är bra, jag har lärt mig om regler och sätt här i Sverige. De är mina vänner."*

Ett tredje exempel är en familj där mamman varit deprimerad i perioder, också efter hon fick sitt första barn. Familjen hade bekymmer även med boendet och ansträngd ekonomi. Mamman berättade vid intervju 2 att de fått mycket hjälp från BVC och föräldrarådgivaren med olika saker. Hon upplevde att de alltid var välkomna att ta kontakt med både BVC och föräldrarådgivningen om de hade frågor och blev bemötta på ett positivt sätt.

*"Det var stort stöd för oss. Det var tryggt. Personalen bryr sig om varje barn. Man kände sig speciell, vi var föräldrar till Samuel [namnet ändrat i citat], inte bara en bland andra. Vi har flyttat nu. Jag och min man saknar dem väldigt mycket. Det skulle vara bra om andra områden jobbade på det sättet, inte bara Rinkeby."*

Ett fjärde exempel är en mamma som berättade att hon haft svårigheter i sin sociala situation och att hon upplevt hembesöken som en stor hjälp. Hon har kontaktat BVC och föräldrarådgivaren vid olika tillfällen utöver hembesöken. Hon berättade att många runtomkring henne är misstänksamma mot socialtjänsten.

*"De hjälper mig alltid om jag behöver hjälp. De är snälla, jag har varit öppen med mina svårigheter. De har gett råd då det är mitt första barn. Allt är nytt när man får"*

*sitt första barn. Nu kan jag klara av till och med tio barn! Jag var stark innan men är nu ännu starkare. Folk är rädda för socialen, men jag har velat ta emot råd. Allt har varit mycket bra.”*

En analys av hela materialet görs när datainsamlingen är avslutat i december 2015.



# Diskussion – metod för andra utsatta områden?

Projektet har blivit mycket väl mottaget hittills av både föräldrar och personal och har hög täckningsgrad i målgruppen. Detta i sig kan ses som en framgång. I början upplevde deltagande personal som en stor utmaning att hitta ett gemensamt arbetssätt, att inte arbeta parallellt med varandra utan tillsammans. Under projektets gång har deltagande personal skapat ett fungerande innehåll i hembesöken. Personalen har också skapat och kommit fram till ett gemensamt arbetssätt där deras respektive kompetenser kommer till sin rätt och kompletterar varandra.

Deltagande personal uppskattar de möjligheter som följer av det nya arbetssättet. För BVC-personalen har arbetssättet inneburit ökad tid för att skapa tillit och nära kontakt med föräldrar och barn. För socialtjänsten innebär hembesöken att de når ut till hela målgruppen med sin kunskap i föräldrastöd, och i längden kan detta leda till att föräldrars uppfattning om socialtjänsten avdramatiseras. Föräldrarna får kunskap och konkret stöd i sin nya roll som förälder, deras oro kring barnens hälsa kan minskas.

Närmare hälften av de deltagande föräldrarna har bott i Sverige tre år eller mindre, flera av föräldrarna lever under knappa omständigheter och ibland endast i tillfälligt boende. I interventionsområdet berättade en tredjedel av mammorna att de inte bor med barnets pappa. De utökade hembesöksprogrammet förefaller fylla ett viktigt behov hos föräldrarna, i deras nya roll som föräldrar.

Arbetssättet innebär en förstärkning av ordinarie verksamhet och bör inte ses som ett avgränsat projekt. En strukturerad samarbetsform har skapats vilket är mycket viktigt i ett område där personalen ofta slutar och nya börjar. Därför borde arbetsmetoden permanentas. Socialtjänsten finansierar sin medverkan ur ordinarie budget, den extra kostnad som uppstår för BVC-personal inom landstinget motsvarar ca 0,5 sjukskötersketjänst per 100 nyfödda barn. Arbetssättet förefaller medföra positiva effekter, både bland föräldrar och medverkande personal, och kan enligt tidigare studier bidra till positiva resultat för barns och föräldrars hälsa och sociala förhållanden, både på kort och lång sikt.

En annan viktig aspekt gäller det etiska i att påbörja en verksamhet som denna, om man inte har möjlighet att fortsätta och permanenta verksamheten. Detta gäller både medverkande personal och föräldrar: det nya arbetssättet skapar förväntningar som kanske inte kan infrias. Vidare borde en verksamhet av detta slag, även om den ses som en försöksverksamhet, ha en längre löptid än de 18 månader som projektet ursprungligen hade. Det är ofta inte möjligt att på ett adekvat sätt implementera och utvärdera en verksamhet som löper under så kort tid.

Utvärderingen pågår ännu och inga definitiva resultat kan presenteras. Dock är redan det faktum att de utökade hembesöken mottas väl av både föräldrar och personal ett positivt resultat i sig. Bland föräldrar ses indikationer på positiva effekter: flera deltagande föräldrar vittnar om ökad självförtroende som förälder, flera tar sina barn till öppen förskola, flera mammor har lärt sig svenska mellan intervju 1 och 2 och mammor som deltagit har berättat hur de tillämpar de råd och tips de fått i sin vardag med barnen. Flera föräldrar nämner också att de vet var de kan söka vård om barnet blir sjukt och de vet att de får kontakta föräldrarådgivarna om de känner behov av det senare. Dessa exempel indikerar att verksamheten medfört att de medverkande föräldrarna stärkts i sin föräldraroll och ökat sin kontakt med omgivande samhälle som positiva ringar på

vattnet. Flera föräldrar har förmedlat att de tycker att alla föräldrar borde få ta del av detta arbetssätt.

Hembesöken gör att maktbalansen mellan personalen (som representanter för myndigheter) och föräldrarna utjämnas och ger även möjlighet till diskussioner och konkreta råd som relateras till barnets faktiska miljö. De utökade hembesöken möter föräldrarnas behov i deras nya roll som föräldrar och medför en långvarig kontakt som möjliggör byggande av förtroende och tillit, för detta krävs flera besök. Arbetssättet har också tydliggjort pappans roll och betydelse för barnet. Om pappan har god kontakt med barnet mår barnet bättre.

En bra modell för samverkan mellan socialtjänst och barnhälsovård har etablerats genom projektet och en pilotversion av en manual för hembesök har utarbetats av deltagande personal, vilket underlättar spridningen av arbetsmetoden också till andra områden. Sannolikt krävs dock lokal anpassning i varje område på samma sätt som det krävs en anpassning och lyhördhet i kontakt med varje enskild familj utifrån deras behov med en manual som grundläggande stödstruktur.

Utvärderingen av projektet i Rinkeby kommer att fortsätta, datainsamlingen pågår under hela 2015. Därefter vidtar fördjupade analyser och vetenskaplig rapportering av insamlat material. Den höga graden av omflyttning bland deltagande föräldrar och barn kommer dock att försvåra en fullständig uppföljning.

# Slutsats

De preliminära erfarenheterna av det utökade hembesöksprogrammet vid BVC i Rinkeby är positiva, både bland medverkande personal och deltagande föräldrar. De utökade hembesöken som görs gemensamt av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare innebär en breddad kompetens och ger tid att bygga relationer och förtroende mellan föräldrar och myndighetspersoner. Socialtjänstens föräldrarådgivare kan på ett tidigt stadium skapa kontakt med föräldrar, vilket kan avdramatisera eventuella senare kontakter. Vidare ges möjlighet att i barnets hemmiljö ge konkreta råd om barnet, anpassade till familjens situation, och hembesöken innebär även en orientering för föräldrarna om vilka möjligheter till stöd som finns i samhället i deras nya roll som föräldrar.

Att insatsen fokuseras till nyblivna förstagångsföräldrar svarar mot det behov många föräldrar upplever i denna situation och innebär att de kunskaper och insikter föräldrarna gör också kommer andra barn i familjen tillgodo. Medverkande personal upplever att arbetssättet ökar deras möjligheter att göra en bra insats för föräldrarna. Fördjupade analyser av insamlat material kommer att avrapporteras i vetenskapliga tidskrifter och resultaten kommer att återföras till beslutsfattare.

# Referenser

1. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län. Öppna jämförelser 2014. Stockholm: SLL/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Rapport 2014:3.
2. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe N, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: SLL/Centrum för folkhälsa, Enheten för socialmedicin och Enheten för hälsoekonomi. Rapport 2007:5.
3. Marttila A. Managing adversity. Qualitative studies of long-term social assistance reciprocity in Sweden in a resilience perspective. Stockholm: Karolinska institutet. Akademisk avhandling, 2012.
4. Barnhälsovårdens Årsrapport 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2010.
5. Rädda Barnen. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2010. Stockholm: Rädda Barnen, 2010.
6. Bergh G, Marttila A, Burström B. Hälsan bland barn med socialtjänstinsatser – behov av ökad samordning mellan kommun och landsting. Exemplet Rinkeby–Kista i Stockholm. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin; 2012.  
<http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=4397&cid=333>
7. [www.statistikomstockholm.se](http://www.statistikomstockholm.se)
8. Tao W, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i sjukdomsförekomst. Stockholms län 2006-2011. Stockholm: SLL/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2015. Rapport 2015:1.
9. Stockholms stad. Skillnadernas Stockholm. Stockholm: Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm, 2015.
10. Barnhälsovårdens årsrapport 2013. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2013.
11. Aronen E. T. & Kurkela S.A. Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 1996;35:12: 1665-1672.
12. Aronen E.T. & Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American journal of orthopsychiatry* 2000;70(2): 223-232.
13. Olds D.L., Kitzman H.J., Cole R.E., Hanks C.A., Anson E.A., Arcoleo K.J., Holmberg J.M. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2010;164(5): 412-418.
14. Dodge KA, Goodman B, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptil S. Implementation and randomized controlled trial of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Publ Health* 2014;104(Supplement):S136-S143.
15. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17.

16. Marmot M. Fair society, healthy lives, 2010. <http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>
17. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco, California: Jossey-Bass, 1987.
18. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer, 2010.
19. Greene J. C., Caracelli V. J., & Graham W. F. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1989;11(3): 255–274.
20. Creswell J. Designing and conducting mixed methods research. SAGE Publications, 2nd edition, 2011.
21. Young T, Sercombe P. Communication, discourses and interculturality. *Language & Intercultural communication* 2010; 10 (3): 181-188.
22. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;33:337-343.
23. Kendall S, Bloomfield L. Developing and validating a tool to measure parental self-efficacy. *J Adv Nursing* 2005; 51:174-181.
24. Bloomfield L, Kendall S. Testing a parenting programme evaluation tool as a pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. *J Adv Nursing* 2007; 60: 487-493.
25. Bloomfield L, Kendall S. Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health care Research and Development* 2012; 13: 364-372.

# **Bilaga 1**

Skillnad BHV-basprogram och utökat BHV-program

Utökat BHV-program Interventionsgrupp			Basprogram för BHV Kontrollgrupp		
Barnets ålder	Aktivitet	Utförare	Barnets ålder	Aktivitet	Utförare
1-2 veckor	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst	1-2 veckor	Hembesök	BVC-ssk
2-8 veckor	BVC-besök 2-4 ggr/ mån efter behov	BVC-ssk	2-8 veckor	BVC-besök 2-4 ggr/ mån efter behov	BVC-ssk
6-8 veckor	EPDS modern	BVC-ssk	6-8 veckor	EPDS modern	BVC-ssk
6-8 veckor	Föräldragrupper startar	BVC-ssk	6-8 veckor	Föräldragrupper startar	BVC-ssk
2 månader	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst			
2 månader	Läkarbesök	BVC-läkare	2 månader	Läkarbesök	BVC-läkare
2-8 månader	Besök på BVC 1 g/per månad eller tätare vb	BVC-ssk	2-8 månader	Besök på BVC 1 g/per månad eller tätare vb	BVC-ssk
3 månader	Vaccination på BVC	BVC-ssk	3 månader	Vaccination på BVC	BVC-ssk
4 månader	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst			
5 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk	5 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk
6 månader	Läkarbesök	BVC-läkare	6 månader	Läkarbesök	BVC-läkare
6 månader	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst			
8 månader	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst			
8-15 månader	Besök på BVC varannan mån, eller tätare vb	BVC-ssk	8-15 månader	Besök på BVC varannan mån eller tätare vb	BVC-ssk
10-12 månader	Läkarbesök	BVC-läkare	10-12 månader	Läkarbesök	BVC-läkare
12 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk	12 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk
15 månader	Hembesök	BVC-ssk och socialtjänst			
18 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk	18 månader	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk
2-5 år	Besök på BVC 1 gång/år, tätare vb	BVC-ssk	2-5 år	Besök på BVC 1 gång/år, tätare vb	BVC-ssk
5 år	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk	5 år	Besök på BVC Vaccination	BVC-ssk

# Bilaga 2

Barnhälsovårdsprogram i samverkan med socialtjänsten  
Förslag till manual för innehåll i hembesök

Juni 2015

Manualen har utarbetats av

Projektledare Åsa Heimer  
Barnhälsovårdsenhet Nord  
Karolinska Universitetssjukhuset  
med projektgruppen MerSam,  
deltagande BVC-sjuksköterskor vid Rinkeby BVC  
och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning



## **Generellt i hembesöken:**

Det är i mötet med föräldrar och barn som interventionen sker.

Tonvikten i hembesöken läggs på föräldrarnas upplevelser av barnet och föräldraskapet.

Föräldrarnas egna frågor prioriteras i mötet med familjen.

I samband med alla möten med familjen uppmärksammas samspel mellan föräldrar och barn och mellan föräldrar.

Pappans betydelse för barnet betonas och målet är att nå alla pappor.

## **Vårt gemensamma uppdrag**

Med barnets bästa i fokus och lyhördhet för familjens egen kultur och kompetens förebygga psykisk ohälsa hos barn genom att

- stärka familjens tillit till och förtroende för sin egen förmåga
- stärka familjens delaktighet i samhället
- tidigt upptäcka familjer med behov av extra stöd och erbjuda det

## **I samband med hembesök ska nedanstående tema vara återkommande:**

- Anknytning och samspel
- Uppfostran
- Barns utveckling och stimulans
- Föräldraskap
- Barnsäkerhet
- Information om infektioner hos barn och egenvård

Alla hembesök introduceras med frågan

- **Vad har hänt sedan sist?**

Alla hembesök avslutas med

- **Vad har ni fått med er idag? alt.**
- **Vilka tankar har väckts idag?**

## **I samband med alla hembesök följ upp föregående hembesök!**

# Hembesök 1 (vid 1-2 veckors ålder)

## Att ta emot sitt barn

*Målet är att skapa en relation till familjen och introducera hembesöksprogrammet*

Samtal om graviditet, förlossning och den första tiden  
Information om BVC och föräldrarådgivarnas verksamhet inkl. kontaktuppgifter

Barnets namn och föräldrarnas uppgifter

**Barnet** Undersökning av barnet utan kläder

Uppfödning – amning/amningsstöd/flaska, D-vitamin, behov av närhet och kroppskontakt

Hur söker barnet kontakt?

**Föräldrar** Hur hjälps ni åt?

Pappans betydelse för barnet

Nätverk

## Information

Barnsäkerhet – sovplats, skötplats

Information om SIDS, Shaken Baby Syndrome (använd docka), strategier för skrik

Information om depression i samband med förlossning – EPDS

Fråga om Hereditet och Rökare i hemmiljö?

**Förmedla kunskap om det lilla barnets behov och kompetens**

**Bygga relation till föräldrarna**

## Hembesök 2 (vid 2 månader)

### Att lära känna sitt barn

*Mål: Att tillsammans med föräldrarna reflektera över vikten av att lyssna in barnets signaler*

**Barnet** Vad kan han/hon nu?

Temperament – skrik, hjälp att reglera barnet, tempo, att vänta in barnet, vem är han/hon lik?

Kommunikation – hur talar han/hon om vad han/hon behöver?

Vad tycker han/hon om? Fina stunder tillsammans med barnet – hur ser de ut?

Finns det jobbiga stunder? Hur ser de ut?

Uppfödning – amning/flaska, vad äter han/hon nu? Hur vet ni att han/hon är hungrig?

**Föräldrar** Hur hjälps ni åt?

Kommunikation mellan föräldrar

Tiden – hemma båda? Föräldraledighet?

Nätverk

### Information

Föräldragrupper, öppna förskolan och spädbarnsmassage

Infektioner, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt

**Visa egenvårdskit som innehåller koksaltsdroppar för näsan, termometer, annat**

**Visa med docka hur man gör om barnet blir täppt i näsan**

## Hembesök 3 (vid 4 månader)

### Att vara tillsammans

*Mål: Att reflektera över samvaron i vardagen tillsammans*

**Barnet** Vad kan han/hon nu? Vad säger han/hon? Joller, skratt, språk

Stimulans, (v.b. tala om TV-tittande)

Uppfödning - amning/flaska, mat, smaksensationer, lust

Rutiner för mat och sömn

Vad gör ni tillsammans när ni har trevligt?

Vilka personer är viktiga i barnets liv?

**Föräldrar** Hur visar ni kärlek till ert barn?

Hur hjälps ni åt? Vilket stöd har ni av varandra och av andra?

Nätverk

### Information

Öppna förskolan, promenader, träffa andra

Infektioner, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt

**Får bibliotekskortet**

## Hembesök 4 (vid 6 månader)

### Att visa världen

*Mål: Att förstå vikten av att stimulera sitt barn*

**Barnet** Vad kan han/hon nu? Vad säger han/hon? Nyanserat joller, konsonantjoller

Hur leker ni tillsammans? Betona vikten av att vara med i barnets lek

Pekböcker – härma

Samtal om mat - så mycket mer än näring - lust, glädje, samvaro, förebild

Tandhälsa - den första tanden, visa hur man borstar tanden

**Föräldrar** Hur visar ni kärlek till ert barn?

Lyhördhet och följsamhet till barnet

Pappans betydelse

### Information

Barnsäkerhet – t.ex. barnstol vid matbordet, risk att välta?

Infektioner, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt. Vid behov kan gå till VC med barnet vid den här åldern

**Dela ut tandborste och tandkräm**

**Pekbok från biblioteket**

## Hembesök 5 (vid 8 månader)

### Att leda och följa

*Mål: Att reflektera över rollen som vägledande förälder*

**Barnet** Vad kan han/hon nu?  
Vad säger han/hon? Språkutveckling  
Hur leker ni tillsammans? Betona vikten av att vara med i barnets lek, titt-ut-lekar  
Följa upp hur det går med pekboken och v.b. TV-tittande  
Uppfödning – amning/flaska, mat, lust, samvaro  
8-månaders BVC-besök: utv.bedömning, hörsel? skelning? rökning?

**Föräldrar** När låter ni barnet bestämma?  
När bestämmer ni? När behöver man leda sitt barn?  
Hur blev du fostrad av dina föräldrar?  
Lagen om barnaga. Hur vägleda sitt barn utan att ta hårt, o.s.v.  
Lyhördhet – visa vägen – vara en förebild för sitt barn  
Mål med föräldraskapet

### Information

Koppla barnsäkerhet till barnets utveckling och tänka framåt – vad kan behövas?

Infektioner, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt

### Visa hur man gör om barnet sätter i halsen – docka

Följ upp biblioteksbesök

# Hembesök 6 (vid 15 månader)

## Att vara en familj

*Mål: Att titta tillbaka och blicka framåt med barnet i fokus*

- Nuläget** Barnets utveckling – Vad kan han /hon nu?
- Barnets tal- och språkutveckling, antal ord, vem läser för henne/honom?
- Rutiner kring mat, sömn – vem bestämmer?
- Föräldraskapet – Hur kompletterar ni varandra? Styrkor och svagheter?

### **Tillbakablick**

Reflektera tillsammans om hur barnet har utvecklats och hur föräldrarna har utvecklats i sitt föräldraskap

- Framtid** Hur ser framtiden ut?

Hur ser det ut om ett år?

Förskola? Studier? Jobb?  
v.b. hänvisa till Medborgarkontoret

### **Information**

Förbered föräldrarna inför 18 mån. besöket

Informera om föräldrarådgivningen, möjlighet till individuella samtal, broschyr

Infektioner, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt

ISBN: 978-91-7676-045-1



**Karolinska  
Institutet**

