



Betydelser och effekter av utökade hembesök i Göteborg

Lisbeth Lindahl, Elin Alfredsson,
Ella Petrini och Louise Bäckemo Johansson
2023





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2023
FoU i Väst
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se
Framsidesbild: Mostphotos

Förord

Den här rapporten sätter punkt för drygt fyra års arbete där vi har följt och utvärderat arbetet med Utökade hembesök (UH) i Göteborg på uppdrag av Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen. Det har varit ett mycket lärorikt arbete utifrån ett angeläget tema som handlar om hur man kan bidra till en god och mer jämlik start i livet för barn som växer upp i socioekonomiskt utsatta områden. Vår förhoppning är att den utvärdering som beskrivs här kan bidra med kunskaper till personal och chefer som arbetar med UH idag eller har för avsikt att göra det framöver. Vi hoppas även att föräldrar som deltagit i programmet samt beslutsfattare och forskare har glädje och nytta av rapporten.

Stort tack till alla er som har bidragit till vårt forskningsarbete: personal, föräldrar, chefer, uppdragsgivare och kollegor. Utan er medverkan hade vi inte kunnat genomföra den här utvärderingen. Vi önskar även barnhälsovården och socialtjänsten varmt lycka till i framtiden med att fortsätta värna de yngsta i befolkningen!

Göteborg den 30 augusti 2023

Lisbeth Lindahl, leg. psykolog, fil.dr.

Elin Alfredsson, leg. psykolog, fil.dr.

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Läsanvisning.....	8
Bakgrund.....	9
Rinkebymodellen	9
Utökade hembesök i Göteborg	10
Implementeringen i Göteborg.....	11
Teoretisk och empirisk bakgrund.....	12
Proportionell universalism.....	14
Vetenskapligt stöd för hembesöksprogram	15
Syfte	17
Metod.....	18
Resultat	20
Implementeringen av Rinkebymodellen	20
Personalens perspektiv på Utökade hembesök	30
Föräldrastödjarens roll i Utökade hembesök	36
Föräldrarnas perspektiv utifrån enkätstudien.....	39
Föräldrarnas perspektiv utifrån intervjustudien.....	44
Effekter på barns hälsa och livsvillkor 0–18 mån.....	56
Preliminära långtidseffekter vid 30 månader	58
Diskussion.....	62
Hur genomfördes implementeringen av Utökade hembesök i Göteborg?	62
Programtrohet till Rinkebymodellen	63
Hur upplevdes det att arbeta med Utökade hembesök?	64
Vad innebär socialtjänstens arbete inom ramen för Utökade hembesök?.....	66
Vilka effekter och betydelser hade de Utökade hembesöken för barn och föräldrar?.....	67
Metoddiskussion	72
Slutsatser	73
Referenser	75
Bilaga: Metod	80

Sammanfattning

För att utjämna skillnader i hälsa och främja en god start i livet införde Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen utökade hembesök (UH) enligt Rinkebymodellen. Satsningen påbörjades 2018 och riktades till familjer som hade fått sitt första barn i socioekonomiskt utsatta områden. År 2019 anlätades FoU i Väst för att genomföra en utvärdering av denna satsning. Hembesöksprogrammet ingick i ett familjecentrerat arbetssätt och genomfördes av team bestående av barnhälsovårdens sjuksköterskor och föräldrastödjare (förebyggande socionomer) som var anställda av socialtjänsten eller Angereds närsjukhus. Familjer knutna till sju BVC:er ingick under försöksperioden. Det var områden runt Opaltorget, Friskvåderstorget, Hjällbo, Lövgärdet, Gårdsten och Angereds centrum. I dessa områden medverkade sju barnavårdscentraler, där de flesta var en del av en familjecentral. Syftet med utvärderingen var att beskriva implementeringen av UH, hur personal och föräldrar upplevde UH samt att undersöka vilka resultat och potentiella effekter programmet kan få på kort och längre sikt. Ett tredje syfte var att belysa socialtjänstens roll och betydelse för UH. Utvärderingen baserades på både kvalitativa och kvantitativa metoder (intervjuer, fokusgrupper, enkäter, journaldata med mera) där till exempel två delstudier handlar om personalens perspektiv och två delstudier om föräldrarnas perspektiv. En indikatorstudie undersökte potentiella hälsoeffekter relaterade till UH under barnets första 18 månader och en pilotstudie följde upp barnen vid 30 månaders ålder.

Resultat från utvärderingen visar att implementeringen av UH i Göteborg genomfördes med hög grad av programtrohet till den ursprungliga Rinkebymodellen, men skilde sig från den i fråga om storlek, kontext och målgrupp. Satsningen var större i Göteborg och påverkades av att det fanns ett utvecklat samarbete mellan kommun och region sedan tidigare. En skillnad mot i Rinkeby var att målgruppen här även inkluderade föräldrar som hade fått sitt första barn i Sverige, men hade barn sedan tidigare.

Fokusgrupper med personal visar att de önskade vara delaktiga i upplägget av programmet och att det finns praktiska och juridiska hinder som behöver klargöras för att minska stress och oklarheter i planeringsfasen. Upplevelserna när arbetet hade pågått i ett halvår var att personalen uppskattade det tvärprofessionella samarbetet inom ramen för UH och upplevde arbetet som utvecklande och meningsfullt. Studien som fokuserade på föräldrastödjarnas roll pekar på den unika roll som föräldrastödjaren har i hembesöksprogrammet, men även att det finns svårigheter behäftade med att arbeta på barnhälsovårdens arena och associeras med socialtjänsten.

Resultat baserat på föräldraenkäter som besvarades i början och slutet av programmet visar att så gott som alla föräldrar var nöjda eller mycket nöjda med hembesöken och att den upplevda föräldraförmågan ökade över tid. Mammor upplevde högre föräldraförmåga jämfört med pappor när barnet var två månader, men denna skillnad jämnade ut sig över tid. De flesta föräldrar uppgav att de själva samt barnen hade god hälsa. Sammanfattningsvis liknar de flesta av resultaten från enkätstudien de som kom fram i Rinkeby med undantag för upplevelser av socialt

stöd och närvaro vid öppna förskolan. I Göteborg var det en lägre andel bland föräldrarna som upplevde att de hade någon att vända sig till eller hade varit på öppna förskolan. Detta kan emellertid bero på effekter av covid-19-pandemin som pågick under studieperioden. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet på grund av ett relativt stort bortfall, framför allt bland utlandsfödda och föräldrar med lägre utbildning.

Föräldraintervjuerna bidrog till ökad förståelse för vad hembesöken har för betydelse för familjerna. Resultatet vittnar om att många föräldrar ställs inför krav på dubbel omställning, det vill säga både en omställning till att bli förälder och till att hitta sin plats i det nya landet. Vidare framkom de skilda utgångspunkter och livsvillkor som barnen växer upp i. Det är till exempel stor skillnad mellan att växa upp med föräldrar som är asylsökande jämfört med föräldrar som är födda i Sverige, kan språket och har ett fungerande socialt nätverk. Oavsett bakgrund upplevde föräldrarna att de hade fått ett gott stöd i sin föräldraroll, hade känt sig bekräftade och fått ökade kunskaper om sitt barn via hembesöken. De flesta lyfte fram betydelsen av att personalen kom hem till dem för att det gjorde att de kände mindre stress och bidrog till ett mer informellt möte. Föräldrarna uppskattade också att det var samma personal som de hade kontakt med över tid. De allra flesta hade utvecklat ett stort förtroende för personalen. Några föräldrar berättade om betydelsen av det extra stöd som de hade fått till exempel i fråga om amning, oro för barnets hälsa eller hjälp med myndighetskontakter.

En studie som bygger på hälsoindikatorer pekar på ett positivt samband mellan UH och screening för postnatal depression, rotavirusvaccination och amning vid fyra månaders ålder. Dessutom visar en pilotstudie vid 2,5 års ålder ett positivt samband mellan UH och barns språkutveckling samt upplevd föräldraförmåga jämfört med en kontrollgrupp. Dock framkom ett oväntat resultat vid denna ålder som visar att barnen som deltagit i UH hade uppsökt akutsjukvård¹ i större utsträckning än barnen i kontrollgruppen. Att inte fler effekter eller samband uppmättes kan handla om att hembesöksprogrammet inte är särskilt omfattande som intervention, samt ges som ett universellt program (till alla familjer), vilket antas begränsa möjligheterna att uppnå mätbara effekter. De slutsatser som kan dras av utvärderingen bör även ses i ljuset av att UH ingår i en komplex verklighet där hembesöken är en av många olika faktorer som påverkar barn och föräldrar.

De resultat som har framkommit från personal, föräldrar och indikatorer visar flera positiva upplevelser av och samband med hembesöksprogrammet, vilket talar för dess positiva betydelse. Vi ser inget som talar för dess motsats – att UH skulle ha några negativa effekter. Flera av studiens resultat ligger i linje med tidigare studier av Rinkebymodellen, vilket stärker vår studies slutsatser.

Tidigare forskning pekar på betydelsen av tidiga insatser, exempelvis med hjälp av hembesöksprogram, för att minska skillnaderna i hälsa i befolkningen. Dock saknas studier av långtidseffekter och en hälsoekonomisk analys av UH. Vi föreslår att barn och familjer följs upp under längre tid och med större studier, för att göra det möjligt att dra slutsatser om betydelsen av UH på längre sikt. Sist men inte minst

¹ Med "akutsjukvård" menas både jouröppen primärvårdsmottagning och akuten på barnsjukhuset.

rekommenderas fortsatt samarbete mellan socialtjänsten och barnhälsovården för att detta bidrar till att skapa ett förtroendekapital som kan förmå föräldrar att söka vård och stöd i tidigt skede. På nationell nivå bör en statlig aktör samordna lärdomar från de satsningar som görs på hembesök i olika delar av landet. Kunskaperna behövs för att bidra till en evidensbaserad praktik som förmår minska ojämlikheter i hälsa och livsvillkor bland barn och ungdomar.

Läsanvisning

Denna rapport kan läsas från början till slut eller i dess olika delar. I början av rapporten ges en bakgrund till det tema som rapporten handlar om – Utökade hembesök till förstagångsföräldrar – varefter syfte och metod beskrivs innan resultat från utvärderingens olika delstudier presenteras. För att öka textens tillgänglighet har metodavsnittet kortats ner. En mer detaljerad metodbeskrivning finns som bilaga. I resultatdelen presenteras ett flertal delstudier: en implementeringsstudie med tillhörande programteori², två föräldrastudier (en enkätstudie och en intervjustudie), två personalstudier varav en med fokus på föräldrastödjarnas roll, en indikatorstudie samt en pilotstudie där barnen följdes upp vid 30 månaders ålder (15 månader efter programmets avslut). I diskussionsavsnittet besvaras de frågeställningar som utvärderingen bygger på.

I rapporten används omväxlande begreppet ”Utökade hembesök” och ”hembesöksprogrammet” för att benämna det program som utvärderades. Under covid-19-pandemin kom många av ”hembesöken” att genomföras på familjecentralen i stället. Vi har ändå använt begreppet hembesök för dessa besök eftersom innehållet i dem är detsamma även om platsen var en annan. I rapporten används begreppet föräldrar synonymt med begreppet vårdnadshavare.

Nedan återfinns förklaringar till några vanligt förekommande förkortningar i rapporten.

BHV	Barnhälsovården
BVC	barnvårdscentralen ³
MVC	Mödravårdscentralen
UH	Utökade hembesök

² En teori som beskriver antaganden om orsak och verkan som förklarar hur problemet kan lösas eller situationen förbättras.

³ I Göteborg är alla BVC organiserade som en del av en vårdcentral. Organiseringen skiljer sig åt mellan olika regioner.

Bakgrund

Det råder stora skillnader i hälsa och livsvillkor mellan invånare i olika delar av Göteborg (Göteborgs Stad, 2017a), vilket påverkar barnen från allra första början av livet. Ett sätt att motverka det och främja barnens hälsa och utveckling är att stärka familjerna i socioekonomiskt utsatta områden. Göteborg valde att på prov införa en insats som kallas för "Rinkebymodellen". Denna modell går i korthet ut på att erbjuda nyblivna barnfamiljer hembesök under barnets första femton månader.

Göteborgsregionens forsknings- och utvecklingsenhet FoU i Väst tillfrågades om att genomföra en extern utvärdering av denna satsning som startade år 2018 (Lindahl, 2018). Den här rapporten redovisar resultatet från utvärderingen som pågick mellan januari 2019 och juni 2023⁴.

Utvärderingen innehåller olika delstudier utifrån syftet att belysa olika aspekter av programmet. Syftet med utvärderingen utarbetades i nära dialog med uppdragsgivarna. Dessutom genomfördes dialogmöten med personalen innan utvärderingen startade för att förankra den och inhämta information om hur vi som forskare skulle kunna nå föräldrarna.

Rinkebymodellen

Rinkebymodellen skapades år 2013. Bakgrunden till den var att personalen på BVC och i den förebyggande socialtjänsten såg ett behov av insatser bland barnen i området till följd av familjernas socioekonomiska utsatthet. De hade uppmärksammat att det var fler barn som utreddes av socialtjänsten i Rinkeby än i andra områden. För att förebygga att problem växte sig större ville de nå ut till familjerna i ett tidigare skede. Barnhälsovårdens personal upplevde också svårigheter som handlade om att de ordinarie insatser som de erbjöd i många fall inte svarade mot familjernas behov av stöd. 95 procent av barnen i Rinkeby hade utländsk bakgrund⁵ och många föräldrar stod utanför arbetsmarknaden och de inkomstbaserade socialförsäkringarna. Därför befann sig många familjer i en ekonomiskt utsatt position. När arbetet med Rinkebymodellen startade levde hälften av barnen i fattigdom, vilket kan jämföras med 12 procent av barnen i hela riket (Martilla m.fl., 2017).

Rinkebymodellen utgår från principen om proportionell universalism, vilket innebär att grupper med större behov får mer insatser. I det här fallet innebär det en förstärkning av en universell insats som riktas till alla förstagångsföräldrar i socioekonomiskt utsatta områden där befolkningen antas vara mer sårbara för ohälsa. Syftet var att utjämna den sociala gradienten⁶ genom att stärka vårdnadshavare i deras föräldraskap (Martilla, m.fl., 2017; Barboza, 2022).

⁴ Från början skulle utvärderingen endast pågå till sommaren 2021, men då satsningen på de utökade hembesöken i Göteborg förlängdes i två år fattade uppdragsgivarna beslut om att även utvärderingen skulle förlängas. Det viktigaste motivet till det var att utvärderingen skulle hinna inkludera fler familjer i programmet.

⁵ Enligt SCB:s definition utrikesfödda samt inrikes födda med två utrikes födda föräldrar.

⁶ Ojämlighet i hälsa observeras ofta längs en social gradient, vilket är en "stegvis eller linjär minskning av hälsa som kommer med en minskande social position." (Marmot m fl., 2012).

Under de senaste åren har Rinkebymodellen fått nationell spridning och program för utökade hembesök (UH) har utvecklats och införts i en rad kommuner. Detta kan förstås mot bakgrund av att Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:47) föreslog att kommuner och landsting bör utveckla samverkansformer med barnens bästa i fokus, såsom familjecentraler, samt införa utökade hembesöksprogram riktade till nyblivna föräldrar som omfattar alla nyfödda barn.

Programmet innehåller sex hembesök till förstagångsföräldrar som genomförs då barnet är mellan noll och femton månader. Hembesöken utförs i samarbete mellan BVC och den förebyggande socialtjänsten. Innehållet i hembesöken är inte förutbestämt, även om det finns vissa teman att utgå från inför varje besök. Innehållet påverkas av föräldrarnas frågor och påverkas av i vilken utvecklingsfas barnet är i. Hembesöksprogrammet bygger på en dialog mellan personalen och föräldrarna, där de olika perspektiv som BHV:s sjuksköterska och föräldrarådgivaren har, flätas samman med föräldrarnas frågor i det aktuella mötet. Det finns en metafor för det dialogiska förhållningssättet som benämns som "flätan" (Martilla, m.fl., 2017).

Det finns även en vägledning som innehåller olika teman för varje hembesök. Denna vägledning har utvecklats av personalen i Rinkeby och fungerar som ett stöd för personalens förberedelser inför varje hembesök. De teman som föreslås för det första hembesöket handlar om *att ta emot sitt barn, att lära känna sitt barn, att vara tillsammans, att visa barnet världen, att leda och följa*, samt *att vara en familj*. Dessa teman har utvecklats med utgångspunkt från ett ramverk som kallas för *nurturing care* ("närande omsorg") (WHO, 2018). Det utgår från forskning om hur barns tidiga utveckling kan främjas samt hur barn kan skyddas mot utvecklingshinder och ohälsa. Nurturing care innehåller åtta komponenter där följande fem komponenter ingår i Rinkebymodellen: 1) god hälsa, 2) adekvat näring, 3) lyhörd omsorg, 4) trygghet och säkerhet, 5) möjligheter till tidigt lärande.

Utökade hembesök i Göteborg

Utökade hembesök i Göteborg initierades av politikerna i Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd samt av Göteborgs Stad. Satsningen byggde på att tjänstepersoner och politiker hade tagit del av Rinkebymodellen, som hade visat goda resultat bland annat i form av ökad vaccinationsgrad samt en tendens till minskad konsumtion av akutsjukvård. Programmet uppfattas även ha bidragit till ökad trygghet och stöd i föräldrarollen samt ökad kunskap om det svenska samhället (Martilla m. fl., 2017). Satsningen i Göteborg syftade till att främja en god start i livet samt goda uppväxtvillkor och knöts till en redan påbörjad process (det familjecentrerade arbetssättet, FCA). Målsättningen med programmet var att stärka föräldrars självtillit och att arbeta med en öppenhet för familjens kultur och kompetens. Vidare handlade det om att öka familjens delaktighet i samhället, samt att upptäcka familjer med behov av extra stöd och kunna erbjuda dem det (Göteborgs Stad, 2017b).

Implementeringen i Göteborg

Det fattades beslut om att hembesöksprogrammet skulle erbjudas familjer i områden som av polismyndigheten hade definierats som ”särskilt utsatta” eller ”utsatta”. Bakgrunden till satsningens geografi var programmets inriktning på jämlikhet och förbättrad folkhälsa i områden som bäst behövde det. De områden som hade tackat ja till att medverka i satsningen när utvärderingen startade 2019 var Biskopsgården/Friskväderstorget, Gårdsten, Hammarkullen, Hjällbo, Lövgärdet och Tynnered/Opaltorget. Ett år senare, våren 2020, avslutade Friskväderstorget sin medverkan medan två BVC med tillhörande socialtjänst i Angereds centrum startade arbetet med UH vid ungefär samma tidpunkt. Sammantaget kom sju BVC:er samt närliggande socialtjänst att arbeta med hembesöksprogrammet under tiden som utvärderingen pågick. Detta innebar att satsningen var mycket större i Göteborg än i Rinkeby där endast en BVC var involverad. Dessutom var sammanhanget annorlunda i Göteborg eftersom Göteborg hade haft familjecentraler sedan många år tillbaka, samt höll på att utveckla det familjecentrerade arbetssättet. Med andra ord fanns det en upparbetad samverkan mellan olika aktörer inom region och kommun att bygga vidare på när UH startade i Göteborg. En annan skillnad mot i Rinkeby var att man här inkluderade en bredare målgrupp i och med att man även erbjöd föräldrar som hade fått sitt första barn i Sverige och inte enbart förstagångsföräldrar att få UH.

Tre parter ansvarade för att samordna implementeringen av UH i Göteborg. Huvudansvariga var Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Utvecklingscentrum är en del av Regionhälsan i Västra Götalandsregionen (VGR) och är inriktat på implementeringsstöd och utvecklingsarbete med fokus på barns psykiska hälsa. Hos denna part fanns projektledaren för implementeringen, den programansvariga, utbildare och handledare. Den andra parten i implementeringen var Jämlik Stad⁷ som hade Göteborgs Stad som huvudman. Jämlik Stad hade i uppdrag att verka för minskade skillnader i livsvillkor och för ökad sammanhållning, tillit och delaktighet i staden. Ett fokusområde för Jämlik Stad handlade om att bidra till minskade skillnader i fråga om barns livsvillkor och hälsa. För de yngsta barnen mellan noll och sex år fanns dessa satsningar under rubriken ”En god start i livet”. Den tredje parten var Central barnhälsovård i Västra Götalandsregionen, som har i uppdrag att utveckla verksamheten inom BHV.

Vidare byggde UH i Göteborg på en samverkan mellan flera organisationer och professioner. Det finns ett upparbetat samarbete mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen på strukturell nivå, genom samverkansorganet ”Kommun och sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdet”⁸. Det var detta samverkansorgan som startade utvecklingen av det familjecentrerade arbetssättet, vilket skapade goda förutsättningar för implementeringen av UH i Göteborg.

⁷ Tidigare Jämlikt Göteborg.

⁸ <https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/kommun-och-sjukvard---samverkan-i-goteborgsomradet/>

Den teoretiska ramen för satsningen på UH i Göteborg var:

- Proportionell universalism
- Nurturing Care
- Implementeringskvalitet

Begreppen proportionell universalism och nurturing care har redan förklarats. Med implementeringskvalitet menas att programmet skulle implementeras med utgångspunkt i faktorer som antas bidra till god implementering, det vill säga: en medvetenhet om betydelsen av kompetens, organisation och ledarskap för implementeringen av ett nytt program (Fixsen m. fl., 2005).

Rent praktiskt genomfördes UH i Göteborg av team bestående av en sjuksköterska anställd på BVC och en socionom som arbetade utifrån ett förebyggande perspektiv och var anställd antingen av socialtjänsten eller av Angereds närsjukhus. Dessa team var knutna till det familjecentrerade arbetssättet i berörda stadsdelar.

Nu lämnar vi beskrivningen av utökade hembesök och bakgrunden till beslutet om implementeringen i Göteborg. I nästa avsnitt följer en beskrivning av den teoretiska och vetenskapliga bakgrunden till hembesöksprogrammet.

Teoretisk och empirisk bakgrund

Ojämlig hälsa

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att sociala samhällsstrukturer påverkar individers hälsa. Klasskillnader skapar ojämlika förutsättningar för hälsa och beroende på social position är individer exponerade för hälsorisker i olika hög grad. *Ojämlig hälsa* kan brytas ner i tre beståndsdelar: 1) att ohälsa är ojämnt fördelad i befolkningen, 2) att ohälsan har sociala orsaker, samt 3) att ojämlik hälsa därför utgör en social orättvisa som påverkar individers livsmöjligheter. Sociala faktorer påverkar inte bara hälsan hos grupper som är socioekonomiskt utsatta, utan är en aspekt som påverkar alla. Detta visar sig i att socioekonomiskt starkare grupper har många hälsofördelar, där olika hälsofaktorer förstärker varandra positivt, medan personer i socioekonomisk utsatthet möter fler hälsorisker⁹. Det finns en *social gradient* i hälsa, det vill säga att hälsan påverkas av individens sociala position och klasstillhörighet (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007). Ojämlig hälsa har ett samband med en ojämn fördelning av socioekonomiska resurser, vilket bidrar till: 1) skillnader i risk för ohälsa, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet för ohälsa och, 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Skillnader i resurser påverkar individers handlingsutrymme och handlingsmönster, vilket ytterligare förstärker ojämlik hälsa (SOU 2017:47). Pickett och Wilkinson (2007) har visat att en hög grad av social och ekonomisk ojämlikhet i höginkomstländer leder till sämre hälsa och välmående bland barn.

⁹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/>

De sociala faktorernas påverkan på hälsan innebär ett komplext samspel mellan faktorer på individ-, lokal- och samhällsnivå. Barnets hälsa och utveckling formas både av biologiska och psykologiska faktorer och den sociala miljön (Bronfenbrenner, 2005). Samhällets påverkan på barnets hälsa medieras av familjen, som utgör barnets närmaste sociala sammanhang. Därmed påverkar den sociala ojämlikheten barnet via deras föräldrar. Familjens socioekonomiska situation påverkar föräldrarnas förutsättningar att främja barns hälsa. Det handlar dels om familjens materiella förutsättningar, såsom inkomst och bostad, dels om att föräldrars upplevelse av kontroll och egenmakt påverkar stressnivå och föräldrabeteenden (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007). Det finns även indikationer på att rasism har en negativ hälsopåverkan under den tidiga barndomen. Att regelbundet utsättas för rasism, både i vardagliga interaktioner, på arbetsmarknaden och i mötet med samhällets institutioner bidrar till försämrat välmående för föräldrar, vilket i sin tur påverkar samspelet mellan barn och förälder (Berry m.fl., 2021).

Individens sårbarhet ökar då olika riskfaktorer för ohälsa tenderar att förstärka varandra. Det verkar även finnas ett samband mellan att ha upplevt flera svåra livshändelser under barndomen och risk för psykisk och fysisk ohälsa som vuxen (Felitti m.fl., 1998; Hertzman & Boyce, 2010). Därmed riskerar den sociala ojämlikheten i hälsa att upprepa sig och få långsiktiga konsekvenser. Ojämlika förutsättningar vid födseln och under barndomen leder till ojämlika hälsoutfall i vuxen ålder.

I WHO:s kommission om den socioekonomiska gradienten av hälsa (2008) lyftes behovet av en aktiv socialpolitik fram för att utjämna dessa skillnader. I en serie rapporter om ojämlik hälsa i Storbritannien och övriga Europa (Marmot m.fl., 2010; 2012) ansågs den tidiga barndomen vara en särskilt viktig period för förebyggande och hälsofrämjande insatser. Med det menas den externa påverkan på barnets fysiska och psykologiska utveckling innan födelsen och fram till tre års ålder. Det finns även så kallade ”känsliga fönster” i barns utveckling när de är särskilt exponerade för den sociala miljön. Därför anses insatser som syftar till att utjämna den sociala gradienten i hälsa som särskilt effektiva om de äger rum under tidig barndom. Utifrån detta rekommenderas riktade insatser inom ramen för universella folkhälsoprogram, där mer intensiva och omfattande insatser erbjuds till de barn som möter flera riskfaktorer för ohälsa (Pikhart m.fl., 2014). I en rapport från Forte författad av ledande svenska forskare på området barns utveckling och hälsa rekommenderas tidiga insatser för att främja anknytningen mellan barn och föräldrar (Sarkadi m. fl., 2018).

År 2015 tillsatte regeringen en kommission om ojämlik hälsa. Kommissionen förde fram ett budskap i enlighet med WHO:s kommission och Marmot-rapporterna (se ovan). Det påpekades att det finns stora ojämlikheter i hälsa och livslängd i befolkningen trots att Sverige generellt sett har goda resultat i fråga om folkhälsoindikatorer som spädbarnsdödlighet och medellivslängd. Kommissionen konstaterade att medan folkhälsan har förbättrats över tid i befolkningen som helhet, har ojämlikheten i hälsa och inkomstnivåer samtidigt ökat (SOU 2017:47). Till exempel har den förväntade livslängden ökat med i genomsnitt två år sedan 2006 i hela befolkningen, medan kvinnor med lägre utbildning har halkat efter. Dessa

kvinnors medellivslängd har endast ökat med 0,3 år under samma period. Barnfattigdomen minskade från 10,8 procent 2011 till 9,2 procent 2019 i hela befolkningen, men risken för barnfattigdom är fyra gånger högre för barn till ensamstående mammor. Dessutom finns det statistik som visar att 20 procent av barnen till föräldrar med utländsk bakgrund lever i ekonomisk utsatthet, vilket kan jämföras med att 2,8 procent av barnen till föräldrar med två föräldrar från Sverige lever i den situationen (Rädda Barnen, 2021). En studie av barn födda år 2000 visade att risken för barnfattigdom var 19 procent för barn till samboende föräldrar, men 87 procent för barn med en ensamstående förälder och 80 procent för barn till föräldrar födda i utlandet (Rädda Barnen, 2020). Trots detta finns det resultat som visar att barn som växer upp i familjer med låg inkomst eller utländsk bakgrund inte får extra stöd från barnhälsovården när de behöver det (Wallby & Hjern, 2011). Kommissionen menar att den ojämlika hälsan inte kan reduceras till levnadsvanor, utan har strukturella rötter. Utifrån detta anser kommissionen att hälso- och sjukvården inte på egen hand kan lösa dessa problem, utan att det behövs förebyggande insatser från flera olika samhällsaktörer för att jämna ut den sociala hälsogradienten (SOU 2017:47).

Proportionell universalism

Inom socialpolitiken delas välfärdsprogram ofta upp i universella eller riktade program. Universella välfärdsprogram erbjuds till hela befolkningen oavsett socioekonomisk status, andra behov eller förutsättningar. Riktade välfärdsprogram erbjuds endast till grupper och individer med särskilda behov. Därmed innebär riktade välfärdsprogram ofta någon typ av screening av riskfaktorer eller behovsprövning. Olika länders socialpolitik innehåller oftast en mix av både universella och riktade program. Universella välfärdsprogram har generellt sett varit dominerande i Sverige och de andra nordiska länderna, trots att det även finns riktade program här. Exempelvis kan stora delar av socialtjänstens verksamhet betraktas som riktade insatser (Blomqvist & Palme, 2020).

Proportionell universalism innebär förstärkta insatser inom ett universellt ramverk, det vill säga att insatsernas omfattning och intensitet avgörs i relation till behov. Förstärkta insatser kan därför erbjudas till personer i en mer utsatt position, inom ramen för ett universellt program. En viktig grundtanke med proportionell universalism är att erbjuda särskilt stöd och samtidigt undvika det stigma som kan följa med riktade insatser. Marmot (2010; Marmot m.fl., 2012) betonar betydelsen av insatser som syftar till att utjämna den sociala gradienten för hälsa. Det utökade hembesöksprogram som först utvecklades och implementerades i Rinkeby och som har införts på försök i Göteborg är ett exempel på det. Det utgår från principen om proportionell universalism eftersom det inte görs någon behovsprövning av de familjer som erbjuds programmet. Dock görs ett urval på områdesnivå när Rinkebymodellen har implementerats i ”socioekonomiskt utsatta områden” (Barboza, 2022; Marttila m.fl., 2017; Göteborgs Stad, 2019).

Vetenskapligt stöd för hembesöksprogram

Barns utveckling påverkas starkt av föräldrars förmåga att ge omsorg och svara upp mot sina barns behov och flera systematiska översikter pekar på att det är möjligt att stärka föräldraförmågan genom interventioner (Bloomfield & Kendall, 2007; 2010; Jones & Prinz, 2005).

Hembesöksprogram under spädbarnsåren är relativt vanligt förekommande internationellt. De har visat sig kunna främja och förbättra barns och föräldrars hälsa och psykosociala levnadsvillkor, men möjligheterna att dra slutsatser från dessa påverkas av att programmen varierar mycket när det gäller målgrupp, utförare och sammanhang. Dessutom skiljer de sig åt i fråga om specifika mål, innehåll, intensitet och programmens längd (Konrad m.fl., 2013; Molloy m.fl., 2021; Morrison m.fl., 2014). Hembesök kan erbjudas som enskild insats för att möta specifika behov eller grupper av familjer, eller som en kompletterande metod till andra insatser (Molloy m.fl., 2021). De flesta evidensbaserade program härrör från amerikansk kontext och riktar sig till familjer i olika riskgrupper (till exempel föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom, unga mödrar eller socioekonomisk sårbarhet). Universella hembesöksprogram, det vill säga program riktade till den allmänna befolkningen, är mer ovanliga och mindre studerade (Konrad m.fl., 2013; Molloy m.fl., 2021; Morrison m.fl., 2014). Vissa program inkluderar socionomer som en extra resurs för att ge psykosocialt stöd när det är motiverat, men oftast är socialtjänsten endast involverad i barnskyddsfrågor (Goldfeld m.fl., 2018). Generellt sett har hembesöksprogrammen i Europa utgått från en universell princip, medan det är vanligare med riktade program i USA, där familjerna först screenas för riskfaktorer som kan ha en negativ inverkan på barnens hälsa och utveckling (Duffee m.fl., 2017). I Storbritannien och Sverige är det möjligt att inom ramen för universella program erbjuda extra hembesök till familjer med större behov, i linje med principen om proportionell universalism (Rikshandboken Barnhälsovård, 2023; Institute of Health Visiting, 2023).

De empiriska resultaten varierar gällande programmens effekter på föräldraförmåga och barns utveckling och hälsa. En del systematiska forskningsöversikter visar på positiva effekter både på kort och lång sikt, medan andra översikter inte har kunnat påvisa några signifikanta positiva hälsoeffekter (Barboza, 2022). En systematisk översikt av 21 randomiserade kontrollerade studier visade positiva effekter i förhållande till specifika grupper av föräldrar och barn. Den visade att barn till psykologiskt sårbara kvinnor i högre utsträckning gynnas av hembesöksprogram (till exempel skydd mot våld och omsorgsbrister). Likaså har man funnit att hembesöksprogram kan bidra till barns kognitiva utveckling men att effekterna på språk inte är entydiga. I termer av hälsoeffekter har man funnit samband mellan högre födelsevikt, färre hälsoproblem, högre vaccinationsgrad och deltagande i hembesöksprogram. Resultaten är dock inte entydiga och skiljer sig åt mellan olika program (Peacock m.fl., 2013).

Om vi går över till att titta på effekter av Rinkebymodellen har den visat några lovande resultat som att en ökad andel av barnen blivit vaccinerade mot påssjuka, röda hund och mässling (Burström m.fl., 2020) samt en tendens till minskad

användning av akutvård och sjukhusvistelse bland barnen (Martilla, m.fl., 2017). Vidare uppmättes färre extrabesök på BVC (Tiitinen Mekhail, 2022) och ett ökat engagemang bland pappor till de yngsta barnen (Tiitinen Mekhail, m.fl., 2019). Ett annat svenskt hembesöksprogram, inspirerat av Rinkebymodellen, fann att föräldrar som fått hembesöken hade fått ett ökat förtroende för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och upplevde en större känsla av trygghet (Sjögren Forss m.fl., 2022).

Tidigare studier har identifierat vissa komponenter som verkar ge bättre effekter i ett program: att rekrytera familjerna innan barnet föds, längre och mer intensiva program, ett familjecentrerat och relationsbyggande arbetssätt, personal med professionell kompetens, kulturell medvetenhet, kontinuitet i insatser samt att rikta besöken till utsatta familjer (Peacock m.fl., 2013). En systematisk översikt av Olds med flera (2007) lyfter fram personalens kliniska kompetens och familjernas motivation att delta i programmet som viktiga faktorer för att hembesöksprogram ska få önskade effekter.

Syfte

Syftet med den här utvärderingen var att beskriva implementeringen och utvecklingen av satsningen på Utökade hembesök i Göteborg. Vidare var syftet att beskriva hur personal och föräldrar upplever detta program samt att undersöka vilka resultat och potentiella effekter programmet kan få på kort och längre sikt, både för samhället och för individen. Ett tredje syfte var att särskilt belysa socialtjänstens roll och betydelse för UH då det psykosociala perspektivet inte har varit framträdande i tidigare utvärdering (Marttila m fl., 2017).

Frågeställningar

- Hur genomfördes implementeringen av UH i Göteborg?
- Hur upplevdes det att arbeta med UH?
- Vad innebär socialtjänstens arbete inom ramen för UH?
- Vilka effekter och betydelser hade UH för barn och föräldrar?

Metod

De metoder som har använts i olika delstudier beskrivs på ett övergripande plan här. En mer utförlig metodbeskrivning finns i en bilaga. Utvärderingen har genomförts med hjälp av en mix av kvantitativa och kvalitativa metoder enligt följande (se tabell 1).

Implementeringsperspektivet har undersökts med hjälp av en programteoretisk ansats och med hjälp av fokusgrupper, observation samt dokumentanalys. Syftet var att belysa de implementeringsansvarigas perspektiv på arbetet med hembesöksprogrammet. Programteorin har utvecklats med hjälp av data som samlades in vid två workshoppar med tjänstepersoner, implementeringsansvariga och personal som arbetar med hembesöksprogrammet.

Personalperspektivet har undersökts med hjälp av fokusgrupper med blandade personalgrupper (BHV:s sjuksköterskor och föräldrastödjare) och särskilda fokusgrupper med föräldrastödjare. De sistnämnda syftade till att undersöka socialtjänstens roll i UH.

Föräldraperspektivet belyses med hjälp av både kvantitativ och kvalitativ metod. Den kvantitativa studien bygger på enkäter vid två tillfällen, en i början av programmet (när barnet var cirka 2 månader) och en i slutet (när barnet var cirka 15 månader). Semistrukturerade föräldraintervjuer genomfördes när föräldrarna hade fått samtliga hembesök.

Indikatorstudien bygger på data från barnens hälso- och sjukvårdsjournaler samt aggregerad statistik från olika BVC:er som erhållits via Regional vårdanalys, Västra Götalandsregionen.

Långtidsuppföljningen av programmet (pilotstudie) vid 30 månaders ålder bygger på en jämförelse mellan familjerna som ingick i UH och en kontrollgrupp¹⁰.

¹⁰ Kontrollgruppen bestod av familjer vid BVC med snarlika CNI-värden som dem som ingick i UH. CNI som betyder Care Need Index är ett mått uppbyggt utifrån socioekonomiska faktorer som beräknar risk för ohälsa (SCB). CNI-värdena räknas ut för varje vårdcentral inklusive BVC.

Tabell 1. Övergripande metodbeskrivning av olika delstudier.

	Design	Metod för datainsamling, typ av data	Antal deltagare
Implementeringsstudie inkl. programteori	Longitudinell analys med datainsamling i början och slutet av utvärderingen.	Dokumentanalys, fokusgrupper, intervjuer, observation, workshoppar.	8 deltagare i implementeringsteamet, cirka 50 deltagare i två workshoppar.
Personalens upplevelser	Tvärsnittsstudie efter ett halvårs arbete med UH.	Fokusgrupper, kort enkät.	34 BHV-sjuksköterskor och föräldrastödjare.
Föräldrastödjarnas roll	Longitudinell analys med mätning vid 2 och 15 mån.	Fokusgrupper, intervju.	13 föräldrastödjare.
Enkätstudie med föräldrar	Longitudinell analys med mätning vid 2 och 15 mån.	Enkätdata från två mättillfällen, pappersenkäter på åtta språk.	192 familjer, (189 mammor, 127 pappor, 1 partner).
Intervjustudie med föräldrar	Tvärsnittsstudie vid cirka 15 mån.	Semi-strukturerade intervjuer.	16 familjer.
Indikatorstudie	Tvärsnittsstudie med hälsoindikatorer 0–18 mån.	Journaldata.	302 familjer.
Långtids-effekter (pilotstudie)	Tvärsnittsstudie, jämförelse mellan interventions- och kontrollgrupp vid 30 mån.	Enkät- och indikator-data.	52 familjer i enkätstudien och 62 i indikatorstudien.

Innan datainsamlingen startade 2019 inleddes en dialog med uppdragsgivarna och personalen som arbetade med hembesöksprogrammet för att skapa förankring och möjligheter till samarbete kring datainsamlingen. Syftet var att undersöka hur vi på bästa sätt skulle nå ut till föräldrarna samt få information om vilka faktorer och teman som uppdragsgivare och personal ansåg att vi borde undersöka.

De studier som bygger på kvalitativ metod (intervjustudien med föräldrar samt studierna som belyser personalperspektivet) har syftat till att öka förståelsen för hur det är att arbeta med UH och betydelsen av att delta i detta hembesöksprogram. För att öka möjligheterna att dra slutsatser av det kvantitativa resultatet från enkätstudien inleddes ett samarbete med forskare vid Karolinska institutet som hade utvärderat Rinkebymodellen. Vi valde att använda snarlika frågor och upplägg (till exempel tidpunkter för datainsamling) som i enkätstudien som riktar sig till föräldrar för att kunna göra jämförelser, även om de använde sig av en strukturerad intervju medan vi använde enkäter.

En viktig skillnad mellan utvärderingen av den ursprungliga Rinkebymodellen och utvärderingen av satsningen i Göteborg är att forskarna på Karolinska institutet genomförde en jämförande studie med hjälp av en kontrollgrupp. Vi hade inte den möjligheten eftersom vi saknade tid att skapa en kontrollgrupp inom den tidsram som vi först hade att förhålla oss till för vårt uppdrag (två år). Därför har vi använt resultat från Rinkebystudien som jämförelsematerial i de delar där det har varit möjligt. I andra delar har vi inkluderat en kontrollgrupp (pilotstudien) eller referensvärden från "tänkta kontrollområden" (indikatorstudien).

De delar av utvärderingen som handlar om föräldrar och barn har etikprövats hos Etikprövningsmyndigheten (se bilaga).

Resultat

Implementeringen av Rinkebymodellen

Beskrivningen av hur Rinkebymodellen implementerades i Göteborg utgår från Folkhälsomyndighetens indelning i fyra implementeringsfaser: initial bedömning och behovsinventering, installationsfas, genomförandefas samt vidmakthållande (Folkhälsomyndigheten, 2017). Det material som beskrivningen utgår från finns beskrivet i tabell 1.

Fas 1. Initial bedömning och behovsinventering

Bakgrund och behovsinventering

Bakgrunden till införandet av UH i Göteborg var den ojämlika barnhälsan i staden, som har sin grund i socioekonomisk segregation. I Göteborgs Stads program för en Jämlig Stad från 2018 är ett av målområdena att skapa en god start i livet (0–6 år) och goda uppväxtvillkor. De strategier som ska användas för att nå dessa mål är bland annat tidiga insatser, att stärka vuxna runt barnet och att främja barns språkutveckling (Göteborgs Stad, 2018). Under 2018 utvecklade politikerna i Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och Göteborgs Stad även en gemensam viljeinriktning kring ett familjecentrerat arbetssätt. Den första processledaren för Jämlig Stad, som ansvarade för målområdet God start i livet, var en drivande part i utvecklingen av det familjecentrerade arbetssättet. En grupp medarbetare och chefer från BVC, förebyggande socialtjänst och andra nyckelpersoner från stad och region gjorde ett studiebesök i Rinkeby. Modellen uppfattades överensstämma med de jämlikhetspolitiska målen och det familjecentrerade arbetssättet i Göteborg (N. Åkesson, muntlig kommunikation, 2022-03-11).

Arbetet med Utökade Hembesök i Rinkeby och i Göteborg skiljer sig dock åt på flera sätt. I Rinkeby var det ett utvecklingsprojekt som drevs på initiativ från verksamheterna medan implementeringen i Göteborg i stället handlade om att överföra ett program från dess ursprungliga kontext till ett nytt sammanhang. En viktig skillnad var att Göteborg hade en övergripande struktur för samarbetet mellan region och kommun samt en policy för ett familjecentrerat arbetssätt. Att det fanns familjecentraler¹¹ i vissa stadsdelar i Göteborg innebar att det redan fanns ett utvecklat samarbete mellan barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten. En annan viktig skillnad var att programmet infördes i mycket större skala i Göteborg. I Rinkeby var endast en vårdcentral involverad. I Göteborg tillfrågades åtta vårdcentraler (vilka inkluderar BVC) och den förebyggande socialtjänsten i de berörda områdena, vilket ställde högre krav på organisation och ledarskap. Slutligen riktade sig UH i Göteborg till en bredare målgrupp. I Rinkeby erbjöds UH enbart till förstagångsföräldrar, medan programmet i Göteborg även erbjöds till föräldrar som

¹¹ Det har funnits familjecentraler i cirka 20 år i Göteborg. Dessa bygger på en överenskommelse mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen och fungerar som nav för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och vårdnadshavare. De rymmer BHV, socialtjänst och öppen förskola (Göteborgs Stad & Västra Götalandsregionen, 2016).

hade fått sitt första barn i Sverige¹² men hade barn sedan tidigare. Motivet var att främja kunskaperna om vilka resurser som finns att tillgå för barnfamiljer. Dessutom hade implementeringsansvariga vid Jämlik Stad och verksamhetsutvecklare vid Central barnhälsovård varit i kontakt med ansvariga för implementeringen av UH i Rinkeby och Araby i Växjö. Från Rinkebys håll menade man att gruppen familjer som får första barnet i Sverige saknades och Araby som hade inkluderat denna grupp hade sett stora vinster med detta¹³.

Beslut

Beslutet att implementera UH i Göteborg kom från tjänstepersoner på högsta direktörsnivå i Göteborgs Stad (stadsdelsdirektörsgruppen för Välfärd och Utbildning¹⁴) samt politiker i Hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg, Västra Götalandsregionen. Staden och regionen tog fram ett gemensamt beslutsunderlag i dialog med tilltänkta verksamheter. Stadsdelsdirektörsgruppen etablerades i samband med starten av arbetet med Jämlik Stad och utgjorde styrgrupp för det arbete som bedrevs inom ramen för målområdet ”Skapa god start i livet och goda uppväxtvillkor”. Gruppen bestod av alla stadsdelsdirektörer och stadens fyra utbildnings- och arbetsmarknadsdirektörer. Inom Västra Götalandsregionen togs beslut om att införa UH av Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd den 22 november 2017. För Göteborgs Stads del togs beslut om att UH skulle implementeras i särskilt utsatta områden under 2018–2019 av stadsdelsdirektörsgruppen den 1 december 2017. Det första beslutet avsåg 2018–2019 med möjlighet till förlängning under 2020.

Fas 2. Installation

I implementeringsprocessens andra fas förbereds genomförandet av den metod som ska införas vilket innebär förankring, beslut och skapandet av en organisation och strukturer för genomförandet – samt även utbildning till utförare av den nya metoden (Folkhälsomyndigheten, 2017; Socialstyrelsen, 2012).

Organisation för implementering

Tre aktörer fick ansvar för att samordna implementeringen av UH och bildade ett centralt implementeringsteam:

- *Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (Utvecklingscentrum)*, som är en enhet inom Västra Götalandsregionen. Deras uppdrag är att främja psykisk hälsa hos barn och unga genom att stödja implementering av evidensbaserade modeller. Utvecklingscentrum fungerar som en resurs både för regionala verksamheter och för kommuner.¹⁵ Projektledaren var anställd här.

¹² Med det menas antingen mammans eller pappans första barn i Sverige.

¹³ Mejlkonversation med implementeringsgruppen, maj 2022.

¹⁴ Denna grupp finns ej längre pga. att Göteborg omorganiserades årsskiftet 2020/2021, då de tio stadsdelsförvaltningar som kommunen var indelad i togs bort och ersattes av centrala fackförvaltningar.

¹⁵ <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/amnesomraden/psykisk-halsa/utvecklingscentrum-for-barns-psykiska-halsa/>

- *Jämlik Stad*¹⁶ är Göteborgs Stads långsiktiga satsning på att utjämna skillnader i hälsa och livsvillkor. Arbetet utgår från programmet för Jämlik Stad 2018–2026. Ett av de fyra prioriterade målområdena är att Skapa en god start i livet och goda uppväxtvillkor (Göteborgs Stad, 2018).
- *Central Barnhälsovård Västra Götaland* erbjuder metodutveckling och ska ge stöd och fortbildning till personal på BVC samt följa, utveckla och samarbeta med andra organisationer som arbetar för barns hälsa och livsvillkor.

De tre aktörerna är organiserade på central nivå i Göteborg och Västra Götalandsregionen och har strategiska uppdrag för att bidra till metod- och verksamhetsutveckling. Beställare och projektägare av projektet Utökade hembesök i Göteborg var Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och Göteborgs Stad (Västra Götalandsregionen & Göteborgs Stad, 2019). Arbetet krävde ett nära samarbete mellan det centrala implementeringsteamet och de operativa verksamheterna där koordinatörerna för det familjecentrerade arbetssättet i respektive stadsdel kom att bli viktiga bryggor mellan den centrala och lokala nivån.

Det centrala implementeringsteamet hade i uppgift att stödja verksamheterna under implementeringsprocessen. Detta stöd inkluderade bland annat utbildning, handledning, framtagande av arbetsmaterial, introduktion för chefer samt uppföljning och rapportering (Västra Götalandsregionen & Göteborgs Stad, 2021). Ett formulär för uppföljning skapades som fick namnet ”Ögonblicksbild utökade hembesök Göteborg”. Formuläret innehåller frågor om personalens upplevelser av att genomföra hembesöket utifrån centrala aspekter av arbetssättet, till exempel vilka som närvarade, ämnen som lyftes och hur kontakten med föräldrar upplevdes. Formuläret var tänkt att fyllas i efter varje hembesök. Ögonblicksbilderna skulle fungera som ett stöd för personalen och som ett sätt för implementeringsteamet att följa upp och kvalitetssäkra insatsen.

Organisation för genomförande

År 2018 etablerades operativa arbetsgrupper i varje stadsdel bestående av en FCA-koordinator, enhetschefen för resursenheten på socialtjänsten¹⁷, verksamhetschefen för BVC samt en processtödjare från varje yrkesgrupp (föräldrastödjare respektive BHV-sjuksköterska). Processtödjarna hade en ledarroll och fungerade som en länk mellan den operativa nivån och det centrala implementeringsteamet.

Mottagande och förankring

Tidigt år 2018 kontaktade det centrala implementeringsteamet BVC, Angereds närsjukhus och den förebyggande socialtjänsten i olika stadsdelar¹⁸ för att undersöka intresset för att delta i projektet. Stadsdelarna Västra Göteborg, Västra Hisingen och Angered kontaktades, liksom barnavårdscentralerna på Opaltorget, Friskvåderstorget

¹⁶ Uppdraget att arbeta för en Jämlik Stad gäller alla stadens verksamheter (Göteborgs Stad, 2018). Den centrala organiseringen av Jämlik Stad är inte kopplad till någon specifik verksamhet i Göteborgs Stad, utan arbetar tvärssektoriellt kring frågor som ofta behöver genomföras i samverkan.

¹⁷ Eller motsvarande chef på Angereds närsjukhus där några av socionomerna var anställda.

¹⁸ Vid denna tid var Göteborgs Stad indelat i tio stadsdelsförvaltningar. Dessa togs bort vid årsskiftet 2020/21.

i södra Biskopsgården, Hjällbo, Lövgärdet, Gårdsten, Angereds centrum och Bergsjön. I alla stadsdelar förutom på Opaltorget och Friskvaderstorget fanns det familjecentraler med gemensam lokalisering av öppen förskola, BVC, BMM (barnmorskemottagning) och förbyggande socialtjänst.

Under 2018 förankrades arbetet bland personalen. Attityden till UH var generellt sett positiv men beskrivningarna av hur delaktiga personalen var skiljer sig åt mellan olika aktörer. Några BHV-sjuksköterskor i ett område sade upp sig på grund av att UH skulle införas. Det fanns även de som tyckte att det fanns ett glapp mellan UH som metod och verksamhetens övriga målsättningar rörande att bryta social isolering (Göteborgs Stad, 2021). Då det centrala implementeringsteamet värnade om programtrohet vid införandet av Rinkebymodellen fanns det ett begränsat utrymme för lokala anpassningar.

Resurser

Policyn för ett familjecentrerat arbetssätt, befintlig samverkan på familjecentraler samt strukturen för samverkan mellan regionen och kommunen utgjorde resurser vid införandet av UH (se Kommun och Sjukvård: Samverkan i Göteborgsområdet, 2013). Det fanns även öronmärkta pengar för rekrytering av BHV-sjuksköterskor och föräldrastödjare som skulle arbeta med programmet. Dessutom avsattes resurser för implementeringsstöd och vetenskaplig utvärdering.

Utbildning

Inför programstart genomfördes en heldagsutbildning för personalen.¹⁹ Utbildningen fokuserade på att främja ett gott samarbete och dialog mellan de två olika yrkesgrupperna. Personal som anställdes senare under implementeringen erbjöds introduktion under en halvdag. Utöver introduktionsutbildningen genomfördes även flera inspirationsdagar under programmets genomförandefas.

Fas 3. Genomförande

Den tredje fasen i implementeringsprocessen utgörs av själva genomförandet, då den nya metoden börjar användas. Här är det viktigt med struktur och stöd för personalen. Löpande uppföljning bör också göras för att se hur genomförandet fungerar i praktiken (Folkhälsomyndigheten, 2017; Socialstyrelsen, 2012).

Stöd under genomförandefasen

Genomförandet faciliterades av en gemensam webbplats där personalen kunde hämta informationsmaterial till föräldrar, mediamaterial, broschyrer, delrapporter från uppföljningar och dylikt. Filmer togs också fram för att kommunicera UH externt och internt. Ögonblicksbilderna som fylldes i efter hembesöken var ett stöd för personalen innan de hade blivit förtrogna med modellen.Handledning erbjöds grupperna i respektive område i tvärprofessionella grupper under de två första åren.

¹⁹ I april 2021 var det totalt 58 medarbetare som hade utbildats och arbetade med UH i staden. (Delrapport 3, Göteborgs Stad)

Handledningen fungerade som en kombination av metod- och processhandledning och bidrog till samarbetet mellan yrkesgrupperna.

Personal

De fokusgrupper som genomfördes visar att personalen i stora drag såg positivt på arbetet med UH. I ett område där personalen först hade ställt sig kritiska till att göra hembesök upptäckte man att hembesöken bidrog till att fler familjer kom till föräldracirklarna och öppna förskolan. För föräldrastödjarna var det nytt att arbeta i en främjande och universell insats som riktade sig till alla förstagångsfamiljer i de specifika områdena. Brist på sjuksköterskor var en kritisk faktor för genomförandet av UH. Detta försvårade arbetet i flera områden och innebar att införandet sköts upp i ett område (Angereds centrum), att UH inte startade i ett annat (Södra Biskopsgården) och att ett tredje område behövde dra sig ur projektet efter ett tag (Norra Biskopsgården). Stabiliteten i personalgrupperna varierade mellan olika områden, vilket bidrog till att skapa skilda förutsättningar för arbetet.

Uppföljning och utvärdering

Ögonblicksbilderna som har beskrivits tidigare fungerade även som ett verktyg för uppföljning. Resultatet sammanställdes av det centrala implementeringsteamet. Den vetenskapliga utvärderingen pågick också under genomförandefasen och bidrog till kunskaper på vägen. Resultat från ögonblicksbilderna och den externa utvärderingen har spridits i de årliga delrapporter som det centrala implementeringsteamet författat.

Anpassningar av programmet under covid-19-pandemin

Drygt ett år efter att UH hade sjuvänt bröt pandemin ut vilket innebar krav på anpassningar av arbetet med hembesök. Reglerna för om personalen fick genomföra hembesök eller inte varierade mellan yrkesgrupper och stadsdelar. I flera områden genomfördes hembesöken på familjecentralen på grund av smittorisken. I andra stadsdelar fortsatte dock hembesöken. Även andra aktiviteter ställdes in, exempelvis på öppna förskolan, vilket innebar att det fanns färre aktiviteter för personalen att hänvisa familjerna till. Därmed försvårades en viktig uppgift med programmet. Pandemin skapade ytterligare utmaningar relaterat till bemanning eftersom sjuksköterskorna på BVC i många fall även behövde hjälpa till med covid-19-vaccinationerna.

Fas 4. Vidmakthållande

Implementeringen av UH i Göteborg befinner sig i början av det fjärde stadiet av implementeringsprocessen, då användandet av metoden ska vidmakthållas. Projekttiden kommer att ta slut i december 2023.

Process mot integrering i ordinarie verksamhet

År 2021 tog Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen beslut om att verka för en framtida integrering av UH i ordinarie verksamhet. I juni 2022 togs beslut om att förlänga programmet till och med 2023, för att invänta slutrapporten från den vetenskapliga utvärderingen. Under 2022 och 2023 genomförde det centrala implementeringsteamet dialoger med chefer och medarbetare för att undersöka behov av stöd om UH blir en del av ordinarie verksamhet. Dessa dialoger ligger till grund för en gemensam vidmakthållandeplan, där roller och ansvar för det fortsatta arbetet ska definieras. I vidmakthållandeplanen ska det även finnas en plan för finansiering, uppföljning och styrning av programmet (Göteborgs Stad, Delrapport 4, 2022). Integreringen av UH i ordinarie verksamhet har till viss del påbörjats, då finansieringen har skett inom ordinarie budget i berörda socialförvaltningar under 2021 och 2022. Finansieringen från Västra Götalandsregionen regleras i ett tilläggsavtal mellan Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och respektive vårdcentral²⁰.

Organisation och ledarskap

En utmaning vid implementeringen var att det inte fanns någon partssammansatt grupp för styrning och ledning på stadsgemensam nivå. Det saknades ett forum ovanför de partssammansatta lokala operativa styrgrupperna, där gemensamma frågor som rörde implementeringen av utökade hembesök i hela staden kunde diskuteras, såsom samordning, övergripande prioriteringar, mål, resurstilldelning etc.

Inledningsvis fungerade "Arbetsgruppen för implementering av det familjecentrerade arbetssättet" som försök till styrgrupp, men det blev snart tydligt att besluten om inriktning och resurser behövde tas via de formella beslutsvägarna i respektive verksamhet. Denna brist på forum skapade en känsla av att det saknades stöd "uppifrån" för att reda ut eventuella målkonflikter.

Implementeringsgruppen upplevde det som svårt att få med socialtjänstens högre chefer i implementeringen. En partssammansatt stads-gemensam styrgrupp med ett tydligt mandat hade varit en tillgång för dialog, förankring och implementering av programmet i berörda organisationer. I slutfasen av projektet och inför ett förnyat beslut om finansiering, är det ovisst om UH kommer att bli del av den ordinarie verksamheten.

För att skapa ett fungerande arbete med UH på längre sikt är det även viktigt att de chefer som personalen rapporterar till är förtrodda med arbetet. I och med att chefer ofta byter jobb, och då UH utgör en liten bråkdel av allt arbete som bedrivs på en

²⁰ BVC är en del av vårdcentralen i Västra Götalandsregionen.

resursenhet eller motsvarande (i socialtjänsten) eller på en vårdcentral (där BVC är en del), finns det en risk för att arbetet med UH inte uppmärksammas tillräckligt.

Uppföljning och utvärdering

Ett förslag/paket för fortsatt systematisk uppföljning har tagits fram. Det omfattar checklistor för uppföljning av kompetens-, lednings- och organisatoriska faktorer som är relevanta för att vidmakthålla arbetssättet. Paketet innehåller även en enklare version av ögonblicksbilder som används för uppföljning av UH.

Fortsatt utvärdering av långsiktiga effekter av UH är önskvärt för att undersöka om de potentiella effekter som finns beskrivna i programteorin kan styrkas empiriskt. I nästa avsnitt beskrivs den programteori som togs fram inom ramen för utvärderingen för att belysa hur UH förväntades bidra till jämlik hälsa samt en god start i livet.

Programteorin för Utökade hembesök

Om programteori

Programteori är ett verktyg för utredning och policyanalys som synliggör ett programs inre logiska kedja och det tänkta sambandet mellan aktiviteter och förväntade resultat, det vill säga kausala mekanismer (Funnell, 2011). Kausala mekanismer är inte direkt observerbara, utan kräver ett analytiskt verktyg såsom programteori. I varje program finns det antaganden om det problem som programmet syftar till att åtgärda. Ovanpå detta vilar ytterligare antaganden om samband mellan ett programs aktiviteter och dess förväntade effekter och resultat. Programteorin illustrerar därmed kausaliteten, den logiska kedjan mellan intervention och effekt, och kan sägas bestå dels av en handlingsteori, dels av en förändringsteori. Förändringsteorin beskriver vilken förändring som anses nödvändig utifrån analys av ett visst problemområde. Förändringsteorin berör frågor om vad som ska förändras och varför, vad som går att påverka och vilka effekter som ska uppnås för att målet kan sägas vara uppnått. Handlingsteorin beskriver hur man ska uppnå den önskade förändringen. Viktigt för handlingsteorin är att identifiera vilka framgångsfaktorer som kan tänkas vittna om att programmet ger positiva effekter. Handlingsteorin bör även innebära analys av målgruppen och dess förutsättningar samt kontexten och hur den kan tänkas påverka möjligheterna till genomförande av det aktuella programmet. Slutligen handlar programteori även om att definiera vilka aktiviteter som ska genomföras, av vem, när och med vilka resurser (Funnell, 2011).

Kärnkomponenter i Rinkebymodellen

Programteori används också för att synliggöra ett programs kärnkomponenter, det vill säga beskriva vilka mekanismer som leder till förändring. Dessa mekanismer utgör själva kärnan i de aktiviteter som ingår i programmet och är därmed kopplade till handlingsteorin. Tanken med att identifiera kärnkomponenter är att tydliggöra vilka komponenter av ett program som inte bör anpassas eller tas bort, eftersom detta skulle kunna leda till att programmet blir verkningslöst även om man för övrigt

eftersträvar programtrohet. Barboza (2022) identifierar följande fem kärnkomponenter i Rinkebymodellen:

1. Extra tid i familjens hemmiljö: att insatsen genomförs i hemmiljön skapar förutsättningar för ett mer jämlikt möte mellan föräldrar och personal.
2. Flexibelt innehåll inom ramen för nurturing care: vad som tas upp under de olika hembesöken avgjordes av föräldrarnas egna behov, frågor och önskemål. Samtidigt finns det en ram som utgörs av målen för en god barnhälsa: att främja hälsosam utveckling för barnet, att förhindra sjukdom, skador och psykosociala problem.
3. Professionernas kompetens och samarbete: professionernas kompetens är central för att lyckas med det flexibla arbetssättet. Det är också något som lyfts fram i tidigare forskning som en viktig faktor för att hembesöken ska bli effektiva. Föräldrarådgivarna bidrar med ett psykosocialt perspektiv genom att fokusera på samspelet mellan barn och föräldrar. Genom detta kompletterar de sjuksköterskornas kompetensprofil.
4. Stärka föräldraförmågan: personalen arbetar aktivt för att uppmärksamma och bekräfta föräldrarnas positiva interaktion med sina barn, vilket antas bidra till stärkt föräldraförmåga. Syftet är att nå barnen genom föräldrarna – föräldrarna ses som länken till resten av samhället. Målsättningen att stärka föräldraförmågan reflekterar ett psykosocialt perspektiv där relationen mellan barn och föräldrar står i centrum.
5. Brett fokus på hälsopromotion, psykosocialt stöd och ökad tillgång till samhällets resurser: utöver innehållet i det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet, tillför programmet psykosocialt stöd och bidrar till att öka familjernas tillgång till samhällsservice.

Dessa kärnkomponenter stämmer till stor del överens med andra evidensbaserade hembesöksprogram som erbjuds till nyblivna föräldrar. Barboza med flera påpekar dock att det inte varit möjligt att belägga alla förändringsmekanismer empiriskt, det vill säga, att en kärnkomponent fått den önskvärda effekten (Barboza m.fl., 2022). I slutrapporten från utvärderingen av Rinkebymodellen (Martilla m.fl., 2017) diskuteras lärdomar från implementeringsprocessen, och där betonas också vikten av det flexibla innehållet som utgår från föräldrarnas behov och personalens kompetens. Dessa kärnkomponenter har i hög grad bevarats när Rinkebymodellen implementerades i Göteborg.

Förväntade effekter av Rinkebymodellen

Kärnkomponenterna i en programteori förväntas leda till effekter som står i relation till ett programs övergripande mål. Dessa effekter kan uppstå som en följd av de insatser som ges, eller uppstå mer indirekt som en kedjeeffekt av de direkta effekterna. I Barbozas avhandling (2022) identifierades följande förväntade effekter av UH i Rinkeby:

Direkta effekter

- Stärkt hälsa och utveckling för barnen.
- Stärkt hälsa och välmående för föräldrarna.
- Ökad kunskap om barns utveckling bland föräldrarna.
- Stärkt föräldraförmåga för båda föräldrar.
- Ökad kunskap om och tillit till samhällsaktörer.
- Ökad tillgång till och användning av samhällsfunktioner och välfärdsinsatser.

Indirekta effekter

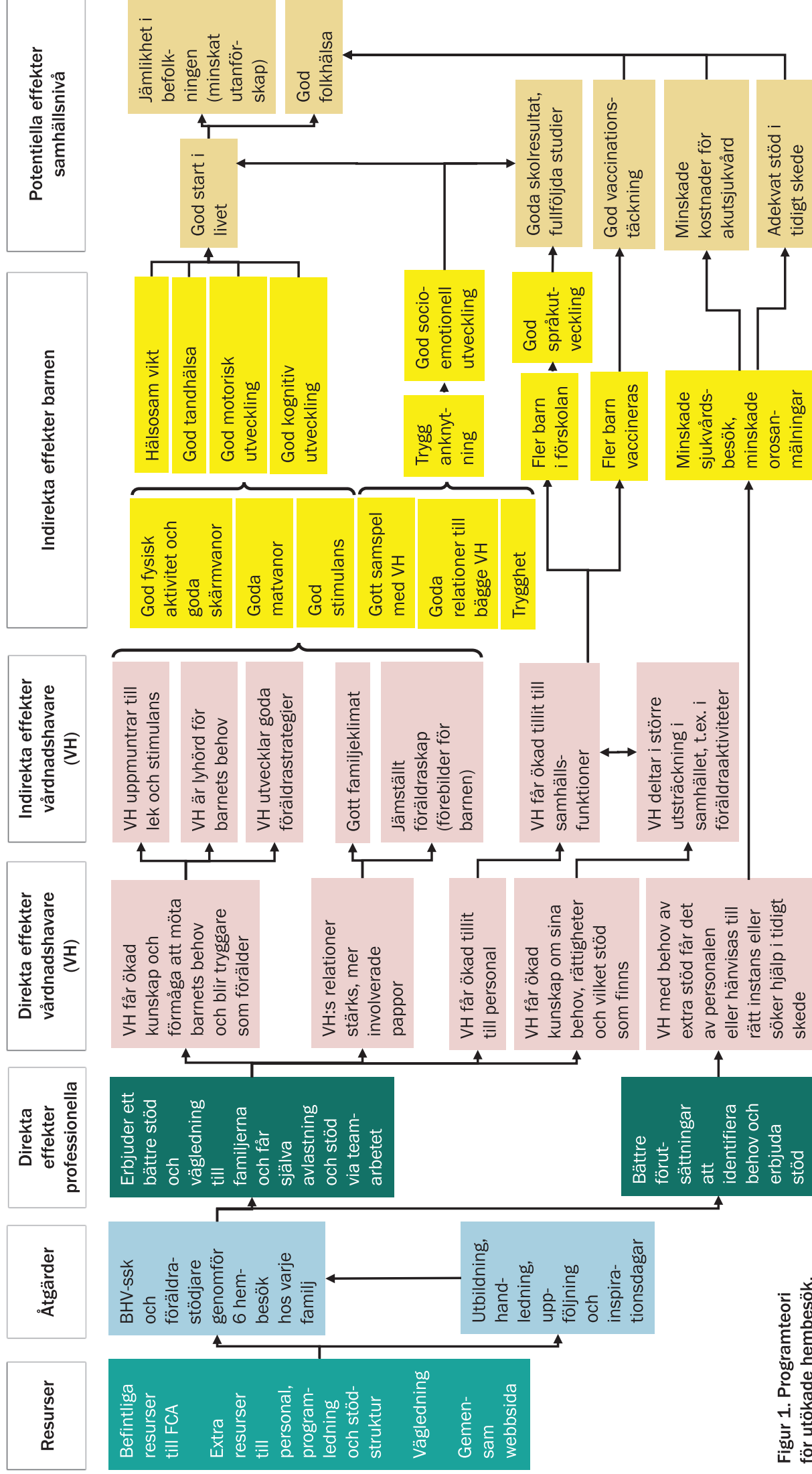
- Stärkt hälsa och utveckling för barnen genom att föräldrarna stärks och tillgången till välfärdsinsatser och samhällsfunktioner förbättras.
- På längre sikt: ökad integration och delaktighet i samhället för familjerna.

UH ses som ett steg på vägen till att skapa jämlika förutsättningar för hälsosam utveckling och utjämning av den sociala gradienten till ohälsa.

Programteorin för Utökade hembesök i Göteborg

Programteorin för UH i Göteborg utvecklades med hjälp av två workshoppar som hölls våren 2019 och våren 2021. I den första workshoppen deltog ett fyrtiotal personal och chefer som var berörda av UH. I den andra workshoppen deltog 14 personer som antingen arbetade med UH eller tillhörde implementeringsgruppen.

När den första workshoppen genomfördes hade arbetet med UH just påbörjats ett par månader tidigare, så den preliminära programteorin som utvecklades utgick i mångt och mycket från de förväntningar som fanns på programmet. För att programteorin bättre skulle spegla det faktiska arbetet med UH genomfördes en andra workshop när deltagarna hade flera års erfarenhet av att arbeta med programmet. Denna gång lades fokus på effektkedjan. Denna workshop resulterade i en konkretisering och en mer avgränsad programteori (se nästa sida).



Figur 1. Programteori för utökade hembesök.

Jämförelse mellan Göteborgs och Rinkebys programteori för Utökade hembesök

Arbetet med att ta fram programteorin i Göteborg gjordes fristående från den programteori som togs fram för att beskriva Rinkebymodellen. Men som figur 1 illustrerar finns det en god överensstämmelse mellan de kärnkomponenter som Rinkebymodellen uppfattas bygga på (Barboza m.fl., 2022) och den programteori som togs fram i Göteborg. Vår modell är dock mer detaljerad och beskriver förväntade effekter på tre nivåer: för personal, föräldrar och barn. Fördelen med en detaljerad programteori är att varje del/ruta kan användas som en indikator för uppföljning av programmet. I nästa avsnitt beskrivs personalens perspektiv på att arbeta med hembesöksprogrammet.

Personalens perspektiv på Utökade hembesök

Förväntningar

De allra flesta bland personalen hade innan start positiva förväntningar på arbetet med UH. Några var mer neutrala. Det de såg som positivt var att få möjlighet att komma in tidigt i barnens liv och en möjlighet till samarbete över yrkesgränserna.

Vi föräldrastödjare har efterfrågat det här. Om det inte hade kommit från Göteborgs Stad, hade vi jobbat fram något eget... Det finns en skepsis till socionomer... att gå och prata med nån. Det är bra att komma in tidigt så att dom lär känna oss så om de behöver det, så är vi inte så läskiga längre.

Personalen förväntade sig kunna bidra på olika sätt till att ge stöd åt familjerna genom sina olika professionella bakgrunder. Genom att vara två vid besöken kunde de också se och upptäcka mer än om de hade gått ensamma. Att arbeta systematiskt med det program som hade utvecklats i Rinkeby sågs också som något positivt. Flera hade sökt en tjänst för att få lov att arbeta med hembesöksprogrammet. Följande citat är från en BHV-sjuksköterska.

Det kändes spännande att jobba på ett nytt sätt... jag har jobbat lite med en variant på UH där jag jobbade tidigare. Det var positivt, så då blev jag mer intresserad när jag kontaktade förra chefen. Jag (...) började här för att det var något nytt och sen har det fallit väldigt väl ut.

De negativa förväntningarna handlade främst om en oro över hur de skulle hinna med sitt ordinarie arbete. Intrycket var att programmet var omfattande. I ett område hade personalen först fått information via media om att de skulle börja med hembesöksprogrammet. De upplevde att beslutet hade fattats utan att de hade blivit tillfrågade. I några områden fick andra projekt pausas i och med att de personella resurserna inte räckte till.

I ett område upplevde personalen att det inte fanns tillräckligt med utrymme för den extra personal som behövde anställas för att kunna arbeta med programmet och att de var trångbodda redan innan. Några funderade även över om Rinkebymodellen var den bästa modellen för deras område, med tanke på det arbete som redan hade påbörjats vid familjecentralerna.

(– När hade ni kontakterna med Rinkeby?) Det är säkert sex år sedan, då var det inte färdigforskat... men då pratade vi om hur vi skulle arbeta. Vi var ju trettio stycken och vissa grupper exkluderades som föräldrarna behövde träffa. Eftersom det finns mål för familjecentralerna så var det här inget annat, utan vi kunde ha fortsatt på det arbetet. Det var lite synd att Göteborg inte tog till vara på detta. Vi hade redan i gång en fungerande verksamhet.

Förutsättningar

De flesta som deltog i fokusgrupperna upplevde att de hade haft goda förutsättningar innan start för arbetet med hembesöksprogrammet. I de områden där det finns familjecentraler, var samarbetet mellan socionomer och sjuksköterskor på familjecentralerna mer etablerat, vilket underlättade. Några lyfte även fram deras höga utbildningsnivå som en god förutsättning för arbetet.

De som var med från början tyckte att introduktionen till programmet hade varit bra. De hade haft en gemensam uppstartsdag och möjlighet att ha en dialog med personal från Rinkeby och Skövde²¹. Den personal som hade kommit in senare hade fått lära sig av sina kollegor och skulle få en halvdagsutbildning via Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Den handledning som personalen deltog i över yrkesgränserna, nämndes också som ett bra sätt att förbereda sig. Följande citat är hämtat från en fokusgrupp som genomfördes i oktober 2019.

Som det ser ut nu har vi tillräckligt med resurser. Ibland kändes det överflödigt innan med handledning, men det känns bra när vi väl är på plats. Varit tvunget någon gång att boka av handledning och då märktes det att det fanns ett uppdämt behov.

De flesta upplevde att de hade fått tillräckligt med tid för att förbereda sig inför programstarten. De negativa synpunkterna var mer markanta i det område där de hade fått information om satsningen via media. I ett område hade personalen velat utveckla en egen modell utifrån sina egna förutsättningar i stället för att följa programmet till punkt och pricka. De hade velat inkludera fler aktörer och tyckte att det var viktigare att föräldrarna tog sig ut ur hemmet i stället för att de erbjöds hembesök. I ett par områden upplevde personalen bristande stöd från sina chefer och ansvariga för projektet, vilket bidrog till stress. Situationen varierade mycket mellan olika grupper. I några andra områden upplevde deltagarna tvärtom att chefen stöttade på ett bra sätt och att de hade tillräckligt med tid för arbetet med hembesöksprogrammet.

Brist på BHV-sjuksköterskor togs också upp som ett hinder innan start i ett par områden. I ett av dessa områden hade flera sjuksköterskor sagt upp sig när de hade fått reda på att de skulle börja arbeta med UH. Här var det brist på lokaler och eftersom införandet av programmet skulle innebära en utökning av personalgruppen fanns det farhågor kring hur alla skulle få plats. Flera grupper nämnde problem med logistik. Schemaläggningen för de olika yrkesgrupperna skulle underlättas med hjälp av en Google-kalender men det upplevdes inte ha fungerat i början. I andra områden bokade personalen tider för hembesöken i separata kalendrar där föräldrastödjarna hade vikt specifika dagar för det här arbetet.

Vi bokar i våra tidböcker separat Soc och BVC-sköterskor och har bestämda dagar som Soc kan. Sköterskorna hör av sig om det inte blir något besök. I början var det mindre att göra, men nu är det sällan det blir tomt.

Flera grupper upplevde brist på tid och att det var svårt att få överblick över arbetet när de hade kommit igång och fått många familjer att följa med barn i olika åldrar. Det hade blivit svårare att hitta gemensamma tider för hembesöken när de hade

²¹ På flera ställen hade personalen redan kännedom om Rinkebyprojektet sedan flera år tillbaka. I Skövde hade ett arbete med Utökade hembesök startats innan Göteborg kom igång, men här gjordes enbart fyra hembesök.

börjat arbeta med fler familjer. Det kunde kännas osäkert om de skulle hinna med alla hembesök inom den utsatta tidsramen. Flera tog upp att de inte hade fått tydlig information om hur många familjer de förväntades hinna med inom den tid de hade till förfogande.

Tidsbristen påverkade möjligheterna att få med papporna i programmet, eftersom de inte kunde erbjuda tider på obekväm arbetstid. På ett par ställen hade personalen bokat in färre handledningstillfällen för att hinna med.

För några av föräldrastödjarna hade arbetssituationen blivit rörigare sedan de började med hembesöken, eftersom de inte var lika mycket på sitt kontor längre och inte hade någon arbetsplats på BVC²². En omständighet som försvårar för föräldrastödjarna är att all dokumentation om familjerna finns på BVC. Det faktum att de två yrkesgrupperna i de flesta fall²³ tillhörde olika organisationer och inte alltid delade lokal, innebar även ett hinder för kommunikationen dem emellan. Några upplevde att de innan programstart inte hade fått tillräcklig information om hur de skulle informera föräldrarna om varför den här satsningen riktades till just dem. De tyckte också att det hade funnits en bristande förståelse för betydelsen av att socionomerna skulle kallas för föräldrastödjare och inte socionomer (för att inte avskräcka föräldrar från att medverka i programmet).

Några hade känt en oro över vad de skulle kunna möta vid hembesöken, innan de började, i och med att det hade varit mycket skrivelser om vapen och kriminalitet i området. Det hade även funnits en osäkerhet i början på grund av bristande erfarenhet av att arbeta förebyggande eller av att arbeta med målgruppen för hembesöksprogrammet – föräldrar med spädbarn.

Under covid-19-pandemin förändrades hembesöksprogrammet i fyra av områdena när föräldrastödjarna inte längre fick lov att göra hembesök. Detta innebar att hembesöken flyttades till familjecentralerna, vilket upplevdes som negativt av den grupp som intervjuades under pandemin.

Positiva erfarenheter

Flera bland personalen lyfte fram samarbetet med den andra yrkesgruppen som något positivt. De upplevde att de stärkte varandra och trodde även att deras samarbete kunde bidra på ett positivt sätt till familjerna. Arbetet kändes utvecklande och meningsfullt. Några lyfte fram den strukturella nivån i hembesöksprogrammet där det finns en ambition att bidra till ökad tillit bland familjerna. De hoppades även kunna hjälpa familjer med behov av extra stöd.

Det är en fantastisk förmån och tillfredsställande att kunna erbjuda något extra till familjerna. Det är ibland som föräldrarna behöver något extra, ofta klarar de sig ganska bra men det är ändå värdefullt.

Personalen kände sig nöjda med sina insatser och tyckte att det brukade bli goda samtal med föräldrarna. De tyckte det var roligt att träffa bebisar, att få dela föräldrars glädje och att få lov att följa barnen och föräldrarna över lite längre tid. Det

²² Detta gäller de föräldrastödjare som inte har sin arbetsplats på en familjecentral.

²³ Några föräldrastödjare var anställda av Angereds närsjukhus, det vill säga av Västra Götalandsregionen, men de flesta var anställda av Göteborgs Stad.

sistnämnda var tydligast bland föräldrastödjare som vanligtvis brukade möta familjer med uttalade problem. De tyckte att det var givande att få möta välfungerande familjer.

Hembesöken och den kontinuerliga kontakten över tid bidrog till en djupare kontakt med familjen. Bägge yrkesgrupper tyckte att just hembesöken bidrog till att de fick en annan bild av familjen jämfört med om de enbart sågs på BVC eller familjecentralen. Hembesöken gjorde det lättare att memorera familjerna och de upplevde även att familjen var mer avslappnad i hemmet. En positiv bieffekt av hembesöken var också att personalen kom ut på promenader när de gick till och från hemmen.

Svårigheter och dilemman

I ett par områden togs brist på flexibilitet upp som ett problem. Det hade sin grund i att föräldrastödjarna endast hade vissa dagar i veckan som var avsatta för detta arbete. I ett område kände de sig osäkra på om de skulle hinna med alla hembesök i och med att det hade fötts fler barn än de hade räknat med.

Får vi ihop det rent logistiskt? Det kommer i skov. (Barnen föds ojämnt.) Kommer vi att hinna med när det föds många barn? Samtidigt kommer vi att ha fler familjer än vad vi hade räknat med. Hade räknat med 30 familjer på ett år och vi är uppe i 32 redan. Vi har folk som listar sig hos oss som kommer utifrån på grund av UH. Jag tror att barnmorskorna har en inverkan... De har med oss när de pratar med föräldrar.

Några tog upp att det finns en skepsis mot socialtjänsten bland föräldrar, vilket kunde påverka föräldrastödjarna. En BHV-sjuksköterska berättade att hon hade fått reda på saker från en förälder som hon inte fick dela med sig av till föräldrastödjaren.

Jag var på ett hembesök mitt i sommaren själv och fick reda på något som jag inte fick berätta för socionomen. Det blev knepigt.

Flera tyckte det var svårt att få med papporna i programmet vid fler tillfällen än vid det första besöket. Detta berodde på att de flesta pappor arbetade och att de arbetade under osäkra anställningsförhållanden.

Svårt få med papporna efter besök ett. De jobbar, det är svårt att boka tider när alla kan. (...) Egentligen kan de "vabba" för att vara med, men kan inte "vabba" för det är mycket svartjobb.

I det område där fokusgruppen gjordes under pandemin upplevde personalen att de hade fått med fler pappor vid besöken på familjecentralen, vilket de trodde berodde på att det endast fick lov att vara en förälder med på de andra BVC-besöken på grund av restriktionerna.

Personalen i två områden menade att de även skulle ha velat inkludera familjer med extra behov av stöd som inte matchade kriterierna för hembesöksprogrammet. Samtidigt upplevde de att vissa familjer tackade ja till att vara med för att de inte vågade tacka nej. Någon tyckte att det kunde kännas fel att ge familjer som var välfungerande särskild uppmärksamhet, när de inte hann med familjer med större behov.

Svårt med familjer som är hundra procent välfungerande etniskt svenska familjer, men erbjuds UH på grund av att de bor i ett "dåligt område"... det känns lite märkligt. Föräldrarna tycker det är jättebra, men ändå.

De lyfte även upp situationer som kunde kännas svåra som handlade om kommunikation. Det kunde vara svårt att få till en dialog med föräldrar som var tysta

och mer reserverade. Det kunde även vara svårt att nå föräldrarna om de och föräldrarna hade olika kunskapsnivåer. En av deltagarna berättade att hon alltid försökte etablera en kontakt med föräldern först innan hon började ställa frågor som hade med föräldraskapet att göra. I de fall där enbart en av föräldrarna behövde tolk, ville ofta den förälder som pratade svenska tolka åt sin partner, vilket också kändes fel. Mötet med föräldrarna upplevdes också mindre fritt om någon person från den äldre generationen var med vid besöken.

Vi frågade om personalen hade upplevt dilemman i arbetet med hembesöken. Ett dilemma som nämndes var om familjen inte hade någonstans att bo eller bodde inneboende hos en annan familj. Personalen kände sig osäkra på hur mycket de skulle propsa på att göra hembesök under sådana omständigheter. Ett annat dilemma kunde handla om familjer som flyttade från stadsdelen men ville behålla kontakten och hembesöken. Frågan handlade då om hur långt personalen skulle åka för att upprätthålla kontakten med familjen.

Om de flyttar från stadsdelen. Hur långt ska vi åka? Vi har en familj som kommer till oss för att det blir så långt att åka, för det ska rymmas inom 2,5 timmar per besök.

Det var ovanligt med orosanmälningar, även om det hade förekommit.

Det var ett barn som blev omhändertaget vid två veckor. Vi träffade dem en gång. De dyker upp i huvudet ibland. Vad händer?

Personalen visste aldrig vad de skulle mötas av när de gick på hembesök.

Föräldrastödjare: Jag har haft en oro kring hur jag gör den dan när jag känner att det är inget bra i det här hemmet.

Intervjuare: Så ni har inte haft någon orosanmälan?

Föräldrastödjare: Nej. Ingenting. (...) men om man står där akut och tänker vad gör man nu?

Intervjuare: Tänker du att det faller mer på dig som socionom?

Föräldrastödjare: Nej inte i det här gänget (skratt). Och jag har god kontakt med vår mottagargrupp på socialtjänsten.

BHV-sjuksköterska: Ett telefonnummer kan nog vara bra att ha.

Vad är speciellt med utökade hembesök

Det personalen upplevde som speciellt med hembesöksprogrammet var att besöken ägde rum i hemmet. Det innebar att de fick syn på barnets uppväxtmiljö. Detta gjorde det möjligt för dem att knyta an till det de såg i hemmet, till exempel om tv:n stod på, var blöjbytet genomfördes eller om barnet lekte med en surfplatta vid besöket. Hembesöken möjliggjorde konkreta samtal med råd till föräldrarna utifrån hur hemmet såg ut.

Vi har information om till exempel matrutiner, att det är bra att barnet lär sig äta vid ett bord i stället för att springa omkring... men har man varit hemma så ser vi att de inte har något köksbord. Det är bra att ha varit hemma och sett hur de har det, för då säger man inte så. Det skulle kännas kränkande.

Besöken i hemmet gav personalen mer information om familjen, vilket underlättade etablerandet av en kontakt. De upplevde att hembesöken gjorde det lättare att etablera en relation till familjen. Programmet gav dem även mer tid för familjerna än vad de normalt brukade ha inom BHV.

För några föräldrastödjare var det förebyggande arbetet nytt jämfört med deras ordinarie arbete som socionom, vilket för många var inriktat på barn och familjer med svårigheter. Andra föräldrastödjare hade arbetat förebyggande sedan tidigare. Det som också beskrevs som speciellt med hembesöksprogrammet var att det bygger på ett samarbete mellan två yrkesgrupper. Personalen lyfte fram betydelsen av att de såg på familjen utifrån olika perspektiv, vilket bidrog till att de kunde möta deras behov på ett bättre sätt.

Vi går in med olika fokus och kompletterar varandra, då behöver jag inte ha allt i mitt huvud. Man lär sig av varandra och bollar... Det går snabbare, vi har kortare vägar mellan oss.

De kunde använda sig av att de var två personer som gick på hembesöken genom att skapa en dialog mellan sig, vilket öppnade upp för samtalet med föräldrarna.

Man får andra kommunikationsmodeller när man är två... det blir lättare att bjuda in till dialog när vi också har en dialog. Ibland ställer vi de frågorna som vi tycker det är bra att föräldern ställer.

Samarbetet mellan yrkesgrupperna

Personalen upplevde ett stöd i varandra och att samarbetet fungerade väl. De tyckte att de kompletterade och lärde sig av varandra. Följande citat är hämtat från en BHV-sjuksköterska.

Som ny har jag känt stöd i att vara två, framför allt i familjer där det finns svårigheter. Det känns bra att få diskutera intryck och svårigheter.

Föräldrastödjarna samarbetade med flera BHV-sjuksköterskor, medan det skilde sig åt mellan olika områden i hur många föräldrastödjare BHV-sjuksköterskorna arbetade med. I vissa områden var personalen organiserad i fasta team, medan de i andra områden samarbetade med alla. Familjerna mötte dock alltid samma team för att skapa kontinuitet. Fördelen med fasta team var att teamen kunde utveckla ett närmare samarbete, vilket gjorde att de kunde slappna av och improvisera mer i mötet med familjerna. Att inte ha fasta team var en fördel för att de då fick möjlighet att lära känna fler personer och hade lättare att hitta tider för besöken.

Vi har valt att inte jobba i fasta par. Vi är en liten enhet och det blir mer flexibelt. Fasta par funkade inte i ett tidigare försök. Nu ser vi fördelarna med att vara flexibla... Det är dumt att bli upplåst med en person... Sedan är det lättare att boka tider när man är flera möjliga.

På frågan om vilka roller de hade vid hembesöken, berättade en grupp att de hade pratat om att jobba tillsammans men inte göra likadant innan de började med hembesöken. Flera delade upp rollerna mellan sig så att föräldrastödjarna fokuserade mer på föräldrarnas behov medan BHV-sjuksköterskorna fokuserade mer på barnet. I vanliga fall brukade BHV-sjuksköterskan även ha ett ansvar för föräldrarnas behov, vilket hon inte behövde på samma sätt nu på grund av samarbetet med föräldrastödjarna.

Man tappar lätt bort barnen i mer belastade familjer när man går ut själv (...) Det är skönt att det är föräldrastödjarna som tar hand om det.

Personalen trodde att föräldrarna la märke till att de hade olika yrkesroller. Det märktes till exempel i att sjuksköterskorna hade arbetskläder på sig och hade hand om mätning, vägning med mera. Följande citat kommer från en föräldrastödjare.

(– Har ni olika roller gentemot föräldrarna?) Ja, det tror vi. Vi har ju inga specifika kläder. De har ju vägen och måttbandet och när vi presenterar oss säger jag att jag är bra på det här och du håller koll på detta.

Samtidigt trodde de inte att föräldrarna tänkte så mycket på att de hade olika professioner, utan att det var något som de själva kunde vara upptagna av.

Vi själva lägger nog mer i att vi har olika roller än vad föräldrarna gör. Vår egen ingång om brist på tillit till socialtjänsten, stämmer inte riktigt med våra upplevelser från föräldrarna.

En formell skillnad mellan yrkesgrupperna var att sjuksköterskorna dokumenterade besöken i barnets journal, medan föräldrastödjarna inte fick lov att dokumentera besöken.

Sammanfattningsvis kan sägas att de flesta bland personalen hade positiva förväntningar på att arbeta med UH men att det också fanns viss oro kring hur personal, lokaler med mera skulle räckta till. Arbetet innebar krav på samarbete över yrkes- och organisationsgränser för att hitta gemensamma tider, vilket försvårades om man inte delade lokal. När arbetet väl var igång uttryckte de flesta att samarbetet fungerade väl och att personalen upplevde ett gott stöd i att arbeta tillsammans och att hembesök gav dem mer information om familjen och bidrog till ett annat slags möte jämfört med besök på mottagning. I nästa avsnitt beskrivs föräldrastödjarens roll i hembesöksprogrammet.

Föräldrastödjarens roll i Utökade hembesök

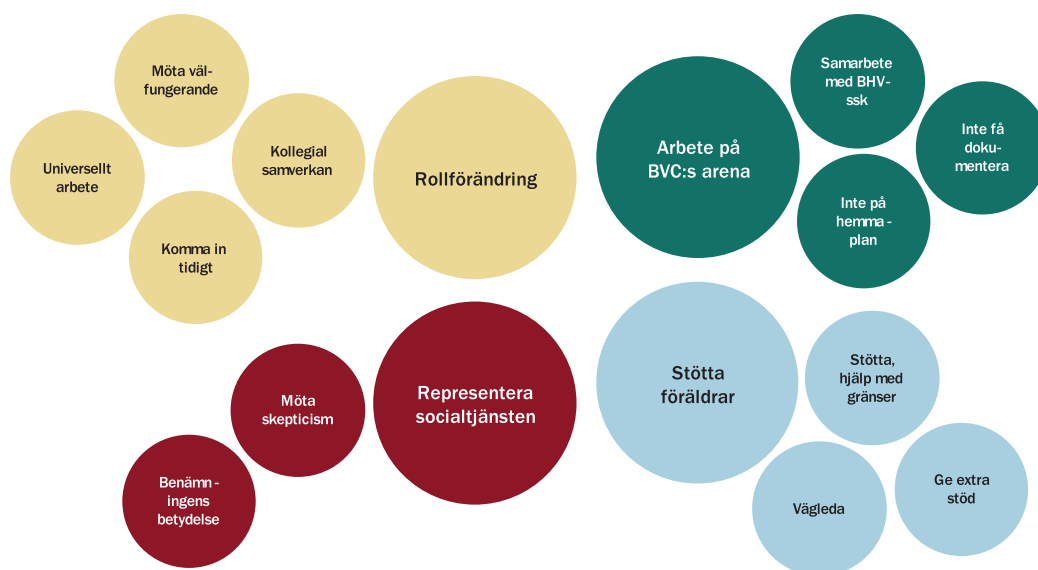
Innebörden av att arbeta som föräldrastödjare

Här sammanfattar vi resultatet från delstudien om föräldrastödjarnas roll. För den som vill läsa mer om detta finns det en separat rapport (Lindahl & Alfredsson, 2022). Föräldrastödjare är en yrkesroll i det utökade hembesöksprogrammet som arbetar tillsammans med BHV:s sjuksköterskor med att möta förstagångsföräldrar²⁴ i socioekonomiskt utsatta områden. Rollen är ny och relativt outforskad, vilket gör det särskilt intressant att belysa den. Det finns dock en tidigare studie som handlar om föräldrarådgivarna i Rinkeby som beskriver vilka roller denna yrkesgrupp fick i arbetet med UH (Barboza m. fl., 2021). Ett annat skäl till att det är särskilt intressant att belysa rollen som föräldrastödjare, är att deras arbete är ett exempel på tidigt förebyggande socialt arbete, vilket ligger i linje med innehållet i den nya socialtjänstlagen (SOU 2020:47).

Syftet med den här studien var att undersöka hur föräldrastödjare upplever sitt arbete och att beskriva socialtjänstens roll inom ramen för UH. Studien bygger på material från tre fokusgrupper och en enskild intervju med totalt 13 föräldrastödjare som genomfördes mellan oktober 2020 och januari 2021. Materialet analyserades med hjälp av tematisk analys och resulterade i följande fyra huvudteman: Rollförändring, Arbete på BVC:s arena, Representera socialtjänsten och Stötta föräldrar. Under varje huvudtema finns ett antal underteman som belyser innehållet i respektive tema (se figur 2).

²⁴ Förstagångsföräldrar och/eller föräldrar som har fått sitt första barn i Sverige.

Figur 2. Innebörden av att arbeta som föräldrastödjare.



De teman som framkom i materialet beskriver hur föräldrastödjarna bidrar med ett psykosocialt perspektiv i en universell insats tillsammans med BHV:s sjuksköterskor. Rollen som föräldrastödjare är ny och därför inte okomplicerad. De teman som kom fram i studien väcker frågor om samverkan och dialog över yrkesgränser, juridiska och organisatoriska hinder samt frågor om motivationen till att arbeta universellt. Även om det främjande arbetet uppfattades som positivt var det ändå några föräldrastödjare som hade velat inkludera familjer med behov av extra stöd och inte enbart dem som var förstagångsföräldrar eller hade fått sitt första barn i Sverige. Med begränsade resurser var det svårt att hinna med att hjälpa alla familjer. Mot bakgrund av den situationen kunde det uppstå ett dilemma kring att satsa på välfungerande familjer (det vill säga att arbeta med en universell insats), något som nedanstående citat belyser.

Om det är hundra procentigt välfungerande familjer – varför ska man då satsa på dem? Då blir det en satsning utifrån... att de bor i ett dåligt område.

Å andra sidan upplevdes det också som utvecklande och positivt att arbeta universellt i och med att föräldrastödjarna kunde främja och stödja i stället för att komma in först när problem hade uppstått. Att komma in i tidigt skede, hos den nyblivna familjen med ett nyfött barn, uppfattades också som ett bra tillfälle då föräldrar ofta är öppna för att ta emot stöd i den fasen.

En annan aspekt av arbetet i en ny roll, var att föräldrastödjarna efterfrågade mer samarbete kring metodutveckling och dylikt med de andra föräldrastödjarna i staden. Det visade sig att de hade utvecklat lite olika material och metoder på det lokala planet som de gärna delade med sig av till kollegorna i andra områden. Följande citat är ett exempel på detta.

Vi har pratat om hur vi ska göra om vi råkar ut för... situationer som vi tycker är knepiga, till exempel om det inte finns några leksaker i hemmet. Vi köpte in en påse med enkla leksaker för att kunna demonstrera.

Att arbeta som föräldrastödjare i programmet innebar att inte vara på hemmaplan utan att vara på barnhälsovårdens arena. De var beroende av BHV:s sjuksköterska, till exempel för att få tillgång till barnets dokumentation. Att inte vara på hemmaplan kunde även skapa en känsla av att komma i andra hand. Det faktum att föräldrastödjarna inte har rätt att dokumentera hembesöken i något register upplevdes försvårande. En annan aspekt av att vara på BHV:s arena handlar om samarbetet över yrkesgränserna. Det upplevdes i de flesta fall som bra och berikande, men kunde också kännas svårt innan personalen hade lärt känna varandra i teamet. Det kunde ta lite tid att hitta en fungerande arbetsgemenskap eftersom det var mer otydligt vad föräldrastödjaren kunde bidra med i mötet med familjen jämfört med BHV-sjuksköterskans roll.

Det var svårt att hitta rollen i början, då kändes det mer som att man var på BVC:s arena. Idag arbetar vi mer tillsammans.

Rollen som föräldrastödjare innebär också att representera socialtjänsten, vilket kunde upplevas som en balansakt i mötet med vissa föräldrar. I de områden där hembesöken genomförs finns det ofta en skeptisk inställning till socialtjänsten, vilket gjorde att föräldrastödjarna behövde anstränga sig mer för att skapa en förtroendefull relation.

Det finns ofta en oro för socialtjänsten speciellt bland de med äldre barn.

Det fjärde och sista temat handlar om att stötta föräldrarna. Föräldrastödjarna beskrev hur mångfacetterat deras bidrag till hembesöksprogrammet var. De upplevde sig vara lyhörda för vad föräldrarna hade behov av att prata om och inriktade sig på att ge dem uppmärksamhet samt att stärka ett positivt samspel mellan föräldrar och barn. Föräldrastödjarna lyfte fram sin kompetens i att härbärgera känslor och vara flexibla i mötet med familjen, vilket de trodde bidrog till att skapa trygghet hos föräldrarna. I följande citat jämför föräldrastödjaren sitt förhållningssätt med den bild hon hade av hur BHV-sjuksköterskorna brukade göra.

Vi är vana vid att möta människor i kris... vi stannar upp mer om det är någon som haft en jobbig förlösning. Det varierar hur vana BVC-sköterskorna är med att vara i detta.

Föräldrastödjarna menade att de fokuserade mer på samspelet mellan föräldrar och barn än vad BHV-sjuksköterskorna gjorde och att de hade som målsättning att inkludera pappan²⁵ i samtalet i de fall familjen bestod av två föräldrar. Om pappan inte var hemma vid besöket brukade de ta med honom i samtalet ändå för att hans perspektiv också skulle bli belyst. Stödet till föräldrar kunde även handla om att hjälpa föräldrarna att sätta gränser i förhållande till den äldre generationen. Vidare rörde det sig ibland om att vägleda och informera dem i olika frågor kring föräldraskap, parrelationen eller hänvisa till olika sammanhang och myndigheter i de fall det behövdes.

BVC tycker det är bra att vi är med när det gäller frågor som har med samhälle, bidrag och annan stöttning att göra.

Sammanfattningsvis kan sägas att föräldrastödjarna verkade uppleva att de gjorde nytta i arbetet med UH, men att de upplevde vissa svårigheter som har med förutsättningarna att göra, till exempel att de inte har tillgång till en egen

²⁵ Eller den andra föräldern.

dokumentation. Över tid hade det blivit tydligare för dem vad de har att erbjuda föräldrarna när de möter familjerna tillsammans med BHV:s sjuksköterskor. I början var rollen ny och oklar. Även om de hade läst och hört hur de förebyggande socionomerna arbetade i Rinkeby, så krävs det egna erfarenheter för att utveckla en säkerhet i sin nya roll.

Här lämnar vi personalperspektivet för att gå över till föräldraperspektivet på UH. Det första avsnittet handlar om resultat från den enkätstudie som genomfördes mellan 2019 och 2022.

Föräldrarnas perspektiv utifrån enkätstudien

Resultat baserat på föräldraenkäter vid 2 och 15 månader

Enkäterna fylldes i när barnen var cirka två respektive 15 månader gamla, i samband med att familjerna fick sitt andra respektive sista hembesök. Nedan beskrivs först deltagande och bortfall i enkätstudien. Sedan beskrivs de familjer som ingick i enkätstudien med avseende på föräldrarnas bakgrund och levnadssituation samt hur de upplevt den första tiden som föräldrar, återgivet i den första enkäten. Därefter redogörs för vad föräldrarna svarade vid den andra enkäten avseende nöjdhet med de utökade hembesöken, upplevd hälsa och stöd, utåtriktade och hälsofrämjande aktiviteter samt språklig stimulans och förskola. När det är relevant görs jämförelser mellan enkät 1 och 2.

Deltagande och bortfall

Resultaten baseras på 317 föräldrar från 192 familjer. Totalt uppges 356 familjer ha fått ett andra hembesök under den aktuella perioden, vilket innebär att 54 % valde att delta i enkätstudien. Deltagandet var mycket högre innan covid-19-pandemin. Enligt den analys som gjordes våren 2021 inför delrapport 3 (Göteborgs Stad & Västra Götalandsregionen, 2021) var svarsfrekvensen god. Då hade enkät 1 besvarats av 72 procent av alla familjer som deltog i programmet.

Bortfallet av deltagande familjer mellan enkät ett och två var 51 procent. Det var procentuellt sett lika många mammor som pappor som svarade vid det första och andra tillfället. Bortfallet var större bland föräldrar som var födda utanför Sverige (59 % för utlandsfödda respektive 45 % för svenskfödda). För en mer detaljerad redogörelse över deltagande och bortfall, se metodbilagan.

Bakgrundsbeskrivning av familjer som deltog i enkätstudien

Totalt besvarade²⁶ 189 mammor (60 %)²⁷ och 127 pappor (40 %) den första enkäten²⁸. En partner deltog också. Föräldrarna var födda mellan 1964 och 2002. Medelåldern var 31 år (*sd* 6). En övervägande majoritet av föräldrarna (90 %) var vid

²⁶ Antalet svar varierar mellan frågor men är genomgående högt.

²⁷ Vi har avrundat decimaler till heltal vilket innebär att procentsatserna sammanslaget ibland överstiger 100 %.

²⁸ I resultaten finns information från både mammor och pappor återgivna om inget annat anges.

tidpunkten gifta eller samboende²⁹. Av barnen var 104 (54 %) flickor och 85 (44 %) pojkar. Bland dessa fanns fem tvillingpar. Ett barn uppgavs vara av annat kön. För en majoritet av familjerna (85 %) var barnet deras första barn, medan övriga hade barn sedan tidigare men hade fått sitt första barn i Sverige.

En tredjedel (29 %) av föräldrarna var födda i Sverige. Av dem som inte var födda här fanns 55 länder representerade över hela världen. De tio vanligaste länderna var Somalia (10 %), Syrien (8 %), Irak (7 %), Iran (3 %), Pakistan (3 %), Kosovo (2 %), Kurdistan (2 %), Turkiet (2 %), Polen (2 %) och Rumänien (2 %). Av dem som var utlandsfödda hade majoriteten (75 %) kommit till Sverige som vuxna (vid 18 år eller äldre). Hälften (51 %) hade bara varit i Sverige i max 5 år när de deltog i studien. Bland övriga hade en fjärdedel (25 %) varit i Sverige i 6 till 10 år och en fjärdedel (24 %) hade varit här i mer än 10 år.

Angående utbildningsnivå hade en knapp femtedel (18 %) gått i skolan i 10–12 år, medan drygt hälften hade mer än 12 års skolgång (57 %). Utbildningsnivån varierade dock mycket i gruppen (0 till över 12 år). Föräldrarna hade möjlighet att ange flera inkomstkällor. De flesta fick sin försörjning från arbete (76 %) eller föräldra- eller sjukpenning (47 %). Andra inkomstkällor var A-kassa (5 %), försörjningsstöd (3 %), studiemedel (2 %) eller annat (2 %).

Avseende familjernas boendesituation³⁰ var det vanligast att föräldrarna bodde tillsammans (76 %). Några föräldrar (14 %) bodde ensamma med sitt/sina barn. Några (10 %) bodde med minst två andra vuxna eller ungdomar i samma bostad. Hälften av familjerna (53 %) hade bott i sin nuvarande stadsdel i mindre än 2 år. En femtedel (21 %) hade bott i sin stadsdel i 3 till 5 år medan en fjärdedel (26 %) hade bott där i 6 år eller mer.

Första tiden som förälder

Enkät 1 innehöll ett antal frågor med fasta svarsalternativ om hur den första tiden hade varit som förälder. De flesta upplevde den första tiden med sitt spädbarn som en härlig tid (72 %) och att det var en tid med stora förändringar (60 %). En mindre andel uppgav att de hade varit mycket trötta (25 %), oroliga (20 %), ledsna (9 %), eller känt irritation (5 %). De allra flesta upplevde sin hälsa som ganska (39 %) eller mycket bra (55 %). Även barnets hälsa upplevdes som ganska (19 %) eller mycket bra (81 %). Stödet föräldrarna hade fått på Barnmorskemottagningen och på Barnavårdscentralen upplevdes som mycket bra av de flesta (83 % resp. 85 %). På frågan om de hade någon att vända sig till om de fick problem uppgav en majoritet (63 %) att de alltid hade någon att vända sig till medan en knapp tredjedel (28 %) uppgav att de för det mesta hade det. Nästan en av tio föräldrar (9 %) uppgav att de sällan eller aldrig hade någon att vända sig till.

²⁹ Beräknat per familj, ej per förälder, för att undvika dubbelrapportering från samma familj. Att föräldrarna var gifta innebar inte per automatik att de bodde tillsammans.

³⁰ Beräknat per familj, ej förälder.

Upplevd föräldraförmåga vid 2 månader

Föräldrarna fick svara på åtta påståenden om hur de upplevde sin föräldraförmåga på en 11-gradig skala från *"håller inte alls med"* till *"håller helt och hållet med"*. Exempel på påståenden var *"Jag kan sätta mig in i min babys situation"*, *"Jag vet att jag är tillräckligt bra som förälder"* och *"Som förälder kan jag hantera det mesta utan att tappa fattningen"*. Dessa åtta påståenden summerades till ett index³¹ som kunde variera mellan 0 och 77 totalpoäng. Föräldrarna skattade över lag sin föräldraförmåga som mycket god ($M = 71,15$, $sd = 6,62$). Vid en jämförelse mellan mammor och pappor³² upplevde mammorna sin föräldraförmåga som bättre ($M = 71,92$, $sd 5,9$) än vad papporna ($M = 69,98$, $sd 7,76$) gjorde ($t[210,30] = 2,39$, $p = .018$, $d = .28$).

Föräldrarnas upplevelser av Utökade hembesök vid 15 månader

Den andra enkäten innehöll ett antal frågor med fasta svarsalternativ om hur föräldrarna hade upplevt de utökade hembesöken. På frågan om vad föräldrarna tyckte om den hjälp de fått från personalen vid de utökade hembesöken uppgav de att den var mycket (80 %) eller ganska bra (19 %). Att det var två personer vid hembesöken upplevdes också som mycket (82 %) eller ganska bra (16 %). Exempelvis uttryckte sig en förälder så här i de fria kommentarerna: *"Det är utmärkt att man får information och kunskap från två olika personer med skilda kunskaper"*. Det föräldrarna framför allt angav som bra med hembesöken var att det kändes som att personalen ville stötta föräldern och familjen (67 %) och att det var bra att personalen hade olika kunskaper (45 %). I de fria kommentarerna uttryckte sig två föräldrar så här: *"Man kan prata med personalen i lugn och ro"* och *"Vi blev sedda i vår egen miljö"*. På frågan om vad man ansåg sig ha fått hjälp med ansåg en majoritet att de fått råd om sitt barn (75 %) och att de lärt sig mer om vad barnet behöver (65 %). Drygt hälften (55 %) ansåg att de fått information om vad det fanns för ställen att gå till för föräldrar och barn, till exempel öppna förskolan och bibliotek, samt om vart de kunde vända sig vid behov av hjälp (53 %). Relativt många (43 %) ansåg att de fått råd och stöd för egen del, att de lärt sig hur de kunde leka med sitt barn (28 %) samt att de fått råd och stöd om hur de kunde prata med sin partner (20 %). En liten andel (5 %) angav andra saker de fått hjälp med, exempelvis: *"Prata av mig, få barn under en pandemi är en speciell upplevelse"* och *"Hjälp med kontrollbehov och hur jag ska tänka kring det"*.

På frågan om det var något som inte var bra med hembesöken var det en mycket liten andel (1–3 %) som angav negativa aspekter som exempelvis att det kunde vara svårt att prata om bekymmer ibland eller att personalen hade svårt att förstå dem. En femtedel (20 %) angav att de skulle vilja ha fler hembesök. De som angav andra anledningar än de fasta svarsalternativen skrev exempelvis *"Ibland rörigt med tider, otydlig agenda för mötet"* och *"Saknade mer struktur"*.

³¹ Skalan som avser mäta upplevd föräldraförmåga är en kortversion av den skala som användes i Rinkeby-studien och har plockats fram med hjälp av forskarna på Karolinska institutet. Den ursprungliga skalan bestod av 24 påståenden.

³² Observera att jämförelsen gjordes på alla mammor och pappor vilket innebär att det finns beroende i data (individer från samma familj jämförs).

Upplevelser av hälsa och stöd vid 15 månader

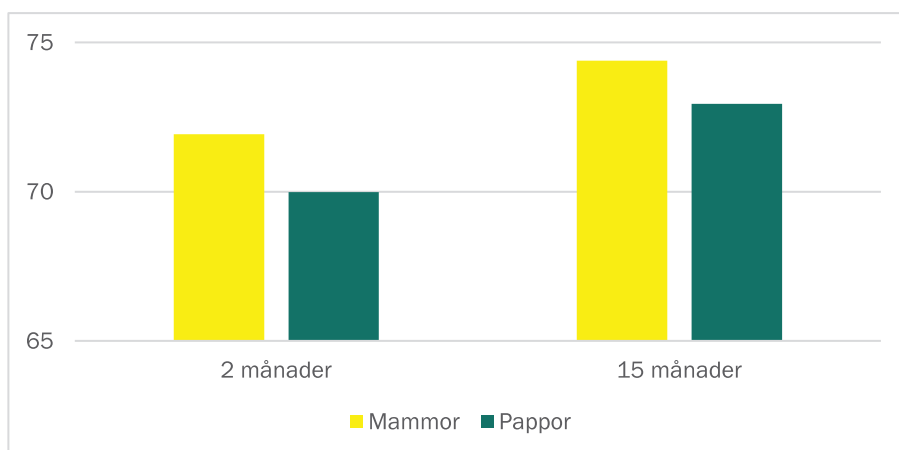
De allra flesta föräldrar upplevde den egna hälsan som mycket (59 %) eller ganska bra (39 %) vid tidpunkten för den andra enkäten. En liten andel ansåg att hälsan var ganska eller mycket dålig (2 %). Skillnaderna i svarsalternativens proportioner mellan två och 15 månader var inte signifikanta. Barnets hälsa uppgavs av de allra flesta föräldrar som mycket (92 %) eller ganska bra (7 %). Jämfört med vid två månader sågs en signifikant ökning av föräldrar som uppfattade sitt barns hälsa som mycket bra vid 15 månader, $\chi^2 (2, N = 142) = 26,12, p < .001$. På frågan om det var något med barnet som oroad föräldern svarade en majoritet "nej" (81 %) medan en femtedel svarade "ja, lite grand" (17 %) eller "ja, mycket" (2 %). I de fria kommentarerna angavs exempelvis "Komplikationer vid födseln har satt sina spår", "Han kommer att opereras snart", "Matsituationerna" och "Sömnen".

På frågan om föräldern hade någon att vända sig till vid problem angav en majoritet att de alltid (63 %) eller för det mesta hade det (22 %). En mindre andel (15 %) angav att de sällan eller aldrig hade det. En förälder kommenterade det så här: "Jag har ingen familj här och endast en nära vän som jag nyligen lärt känna". Skillnaderna i föräldrarnas svar mellan två och 15 månader var inte signifikanta.

Upplevd föräldraförmåga vid 15 månader

Avseende upplevd föräldraförmåga vid 15 månader uppmättes en liten men signifikant ökning sedan skattningarna vid två månader ($t = 4,43, p < .001, d = .30$). Som framgår av figur 3 återfanns ökningen hos både mammor och pappor. Vid en jämförelse mellan mammors och pappors upplevda föräldraförmåga var skillnaden som uppmättes vid två månader inte längre signifikant vid 15 månader.

Figur 3. Skillnader i upplevd föräldraförmåga mellan mammor och pappor vid två respektive 15 månader.



Utåtriktade aktiviteter vid 15 månader

I den andra enkäten ställdes frågor avseende olika utåtriktade aktiviteter i samhället som föräldrar ägnar sig åt. På frågan om föräldern besökt öppen förskola med sitt barn angav hälften att de gjort det en (20 %) eller flera gånger (33 %). På frågan om man besökt något annat ställe för föräldrar och barn angav nästan hälften att de gjort

det en (12 %) eller flera gånger (35 %). Exempel på ställen som togs upp var Universeum³³, familjecentralen, kyrkan, spädbarnsverksamheten, parker och lekplatser. Drygt hälften angav att de besökt biblioteket med sitt barn en gång (27 %) eller flera gånger (29 %).

Hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter vid 15 månader

I den andra enkäten ställdes även frågor om hälsofrämjande aktiviteter med fasta svarsalternativ. På frågan om föräldern deltagit i föräldrautbildning eller föräldrainformation angav knappt hälften (46 %) att de gjort det, antingen på mödrahälsovården (23 %), Östra sjukhuset (20 %), Familjecentral/Öppna förskolan (23 %), tandsköterska (13 %) eller annat (9 %). En majoritet (80 %) angav att de träffat tandvården med sitt barn.

Språklig stimulans och förskola vid 15 månader

På frågor avseende språklig stimulans uppgav nästan alla föräldrar att de ofta (59 %) eller ibland (38 %) brukade läsa för sitt barn. Nästan alla uppgav också att de brukade sjunga eller berätta sagor för sitt barn ofta (68 %) eller ibland (29 %). Knappt hälften av föräldrarna uppgav att barnet hade börjat förskolan i den andra enkäten. Medelåldern för förskoleintroduktion bland dessa barn var 14 månader (med en spridning mellan 12–16 mån³⁴)

Sammanfattning av enkätstudien

Sammanfattningsvis förefaller familjerna i enkätstudien – som grupp betraktad – ha haft en relativt god levnadssituation och hälsa vid två månader, sett till hur de svarade på frågor om bakgrundsfaktorer samt hur de själva och deras barn mårde. Resultaten visar på en fortsatt egen god hälsa, en något förbättrad hälsa hos barnen och en upplevd föräldraförmåga som ökat vid 15 månader. De skillnader mellan mammor och pappor avseende upplevd föräldraförmåga som förelåg vid två månader hade minskat till icke-signifikanta skillnader vid 15 månader. Föräldrarna uppgav sig vara mycket nöjda med de utökade hembesöken och att det varit två skilda professioner med olika kunskaper med vid besöken. De ansåg sig ha fått bra råd och kunskaper om sitt barn och hade känt sig stöttade av personalen. Ungefär hälften av föräldrarna hade ägnat sig åt utåtriktade samt hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter. Nästan alla föräldrar uppgav att de brukade läsa, berätta sagor eller sjunga för sina barn och nära hälften av barnen hade börjat förskolan vid tiden för den andra enkäten.

³³ En plats med utställningar och interaktiva aktiviteter med en regnskog, ett akvarium och kluriga experiment för barn och vuxna i alla åldrar.

³⁴ Då en del föräldrar svarade på den andra enkäten något senare än vid 15 månader är spridningen för ålder vid förskoleintroduktion upp till 16 månader.

Föräldrarnas perspektiv utifrån intervjustudien

Spontana tankar

De allra flesta intervjupersonerna uttryckte spontant att de var nöjda med hembesöken³⁵ och att de inte ville ändra på något i upplägget av dem. Många uttryckte även en tacksamhet. Nedanstående mamma beskriver att hon känner sig privilegierad som har fått mer stöd än en väninna som fick barn vid samma tidpunkt.

Det är lagom, skulle inte ändra något. (...) Vi är nöjda. Allt som vi fått, jag tror att vi fick mer. Jag har en kompis, vi födde samma tid. Hon har aldrig fått hembesök, hon fick bara en gång. Jag tror att vi fick mer än vad de andra fick. (ip2)

Ett annat föräldrapar hade dock velat haft hembesöken tätare i början när barnet var nyfött. Några föräldrar tänker som mamman nedan, att det här stödet skulle kunna bidra till ökad trygghet i samhället.

Jag tror att det är en bra tjänst för barnet och för tryggheten i samhället generellt, att man gör hembesök på det sättet. (ip14)

Teman i föräldrarnas berättelser

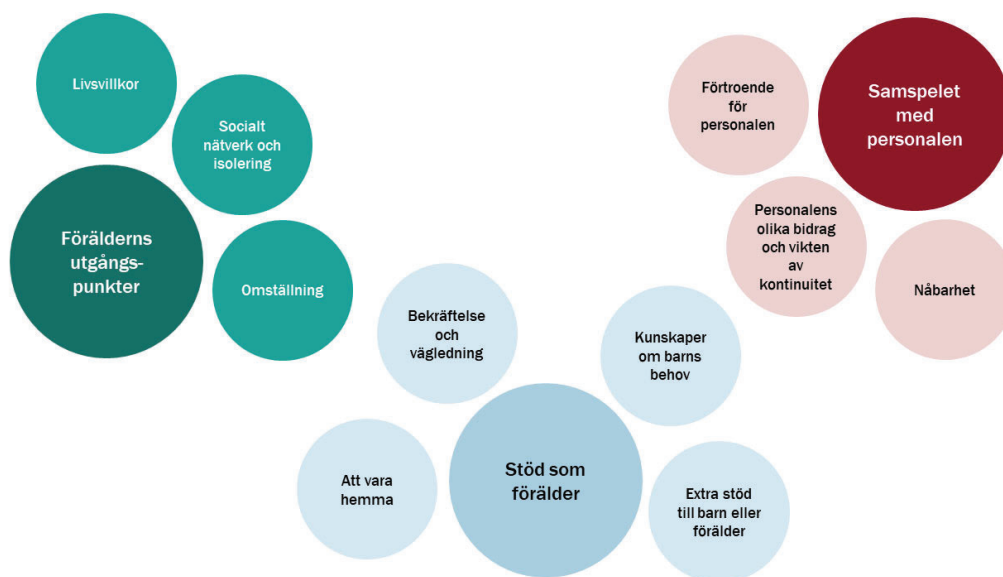
Analysen av intervjumaterialet resulterade i följande huvudteman:

- Förälderns utgångspunkter
- Stöd som förälder
- Samspelet med personal

Dessa tre huvudteman samt de tio underliggande teman som kom fram i intervjuerna illustreras i figuren nedan. De gröna bubblorna i bilden beskriver temat "Förälderns utgångspunkter", de blå bubblorna beskriver temat "Stöd som förälder" medan de röda och rosa bubblorna beskriver temat "Samspelet med personal".

³⁵ Här används begreppet hembesök även om en del av besöken ägde rum på familjecentralen under covid-19-pandemin. Förutom att platsen var annorlunda följde dessa besök upplägget på hembesöksprogrammet.

Figur 4a. Huvudteman och underteman i föräldrarnas upplevelser av Utökade hembesök.



Förälderns utgångspunkter

Det första huvudtemat skildrar föräldrarna som en heterogen grupp med olika utgångspunkter. Föräldrarnas livsvillkor skilde sig mycket åt inom gruppen. Några levde ett relativt tryggt liv när det gäller ekonomiska och sociala förutsättningar, medan andras utgångspunkter var mer osäkra i fråga om arbete, försörjning, boende, psykisk hälsa och även möjligheterna att navigera i det svenska samhället. Detta tema består av tre underteman: Livsvillkor, Socialt nätverk och isolering samt Omställning.

Livsvillkor

Undertemat Livsvillkor handlar om frågor som rör familjernas socioekonomiska förhållanden. Till detta tema hör frågan om de levde ensamma eller tillsammans med den andra föräldern. Det var skillnad mellan att vara två föräldrar som levde ihop eller vara ensamstående. Några mammor var unga och tog upp det som ett skäl till sitt behov av extra stöd. Andra aspekter av temat livsvillkor handlar om familjernas boendesituation, försörjning eller migrantstatus. Familjernas boendeförhållanden varierade. De flesta bodde i hyresrätt, några i bostadsrätt, medan en familj bodde i ett radhus som de ägde själva. De flesta som hyrde en lägenhet stod själva på kontraktet, medan andra hyrde i andra hand. Några familjer var hemlösa och bodde inneboende hos närstående.

På frågan om hur de upplevde sin boendemiljö fanns det å ena sidan föräldrar som upplevde sitt bostadsområde som tryggt, som i nedanstående exempel.

Det är ett bra område att bo i, det är lugnt. Det är fridfullt. (...) Ja, jag känner mig trygg. Jag har hört att det brukade vara ett brottsområde och att det inte är tryggt och jag brukade se polis häromkring, men jag har aldrig upplevt några problem (ip5).

Å andra sidan fanns det de som kände sig otrygga i området och därför inte ville att deras barn skulle växa upp där.

(– *Känner du dig hemma i det här området?*) Nej [...] det är mycket problem här i området. Varje kväll är det poliser här och ambulanser och det sätts eld på bilar här. Och det går många gäng här, gäng som springer här i området (...) Men jag själv gillar inte att mina barn ska växa upp här i det området. (ip7)

Flera familjer hade svårt att hävda sig på bostadsmarknaden. De vittnade om att de erbjudits illegala köp av förstahandskontrakt och att de hade behövt flytta flera gånger mellan olika bostäder i andra hand. Några familjer hade ingen egen bostad alls utan bodde inneboende hos en vän eller sina föräldrar. Vidare framkom det i intervjuerna att flera av föräldrarna var nyanlända och inte integrerade i samhället. Några av dem väntade dessutom på besked om uppehållstillstånd, vilket bidrog till upplevelser av otrygghet och stress. Nedanstående citat beskriver upplevelser av sårbarhet och utsatthet som kan uppstå bland familjer som står utanför det ordinarie välfärdssystemet.

Jag är asylsökande här i Sverige och har bott här i fem år. Just den perioden när man väntar på besked, på sin asyl, då är man väldigt... sårbar och alla försöker att utnyttja en. Bostadsbristen och att inte kunna ha kontakt med A-kassan eller med Arbetsförmedlingen. Och som en asylsökande person är man alltid utsatt för olika saker, speciellt att bli utnyttjad av olika grupper. (ip6)

Hembesöken upplevdes bidra till att skapa ett visst lugn hos familjerna, vilket illustreras av nedanstående citat.

Det går inte att beskriva exakt vad som var det bästa av det här, men just de här hembesöken gav oss... kanske för att vi har varit nyanlända här, det gav oss ett visst lugn efter den träffen och det var det bästa. (ip7)

Socialt nätverk och isolering

Undertemat Socialt nätverk och isolering handlar om vilken tillgång familjerna hade till ett socialt nätverk och även storleken på detta nätverk. Några föräldrar beskrev att de hade ett relativt stort socialt nätverk medan andra hade några få kontakter. Värdet av att ha nära och kära (i det här fallet föräldrar och vänner) att prata med under den första tiden i sitt föräldrablivande, framgår av följande citat.

Det har varit jätteskönt att man har kunnat bolla idéer och ventilera sig, för det är inte alltid jättelätt. (– *Det låter som att du har mycket vänner...*) Ja, väldigt mycket. (ip3)

Det var vanligt att familjerna med ett större socialt nätverk även levde i en tryggare tillvaro, exempelvis gällande deras boendesituation och ekonomi. Att ha många släktingar i Sverige och även kompisar påverkade deras vardag.

Den ena dagen vi träffar familjen, den andra vi träffar kompisar... det varierar. (...) Jag har tre syskon här i Sverige och mina kusiner, många. (ip9)

Andra exempel på sociala nätverk kunde handla om kontakter inom ett religiöst samfund. En familj berättade att de hade fått gott stöd från den lokala församlingen och från sina grannar under föräldraledigheten.

Vi går i kyrkan en gång i veckan och har husgrupp en gång i veckan (...) Sen har vi haft jättemycket gemenskap med grannarna. (ip13)

Det är annorlunda att bli förälder när man inte har familj eller närstående att vända sig till. Och det kan ta tid att komma in i en gemenskap när man har flyttat till en ny plats, något som följande citat handlar om.

Framför allt är det en skillnad för att vi är nya i den här gemenskapen. Det tar ett tag att komma nära människor och känna sig hemma. Jag tyckte att det kändes lite skrämmande att stå själv med mitt barn och ha mina föräldrar så långt ifrån. (ip13)

Att inte ha sin familj i närheten kunde bidra till en känsla av ensamhet, även om man hade kompisar att spegla sig i.

(– *Har du några släktingar i Göteborg?*) Nä, jag har bara kompisar (...) Här är väldigt ensamt. (ip 2)

Föräldrar som hade flyttat till Sverige från andra länder tog ofta upp att det var annorlunda att vara förälder i Sverige och några av dem beskrev att de saknade stöd från närstående.

Vi har tyvärr inte haft den hjälpen, det har varit bara jag och pappan. (ip6)

Känslan av ensamhet och isolering påverkades även av att föräldraskapet ser annorlunda ut i många länder där migranter kommer ifrån, exempelvis är det vanligare att omsorgen om barnen sköts av många olika familjemedlemmar. Detta exemplifieras i följande citat med en mamma som hade fått sitt första barn i Sverige och jämförde med hur det var att få barn i hemlandet.

Det kunde vara vem som helst, jag hade min svärmor, min mamma, mina syskon och mina vänner, alla var där för mig. (ip5)

Att inte kunna kommunicera på det nya språket bidrog även det till upplevelser av isolering. Det räckte inte att gå till en plats med andra föräldrar för att uppleva gemenskap, utan känslan av ensamhet kunde till och med förstärkas i närvaron av andra, vilket följande citat vittnar om.

Jag känner bara två personer här (i Sverige). Men när jag går till Öppna förskolan ser jag många kvinnor där och de pratar svenska och jag kan inte svenska. Jag förstår inte vad de säger... så det är svårt för mig att... kommunicera. Det är därför jag bara... Jag kan inte gå någonstans... jag kan inte prata med någon, jag besöker bara och sitter och tittar på, så det är inte roligt för mig. (ip5)

Omställning

Ett annat undertema handlar om omställningen till att bli förälder, vilket även inbegriper förändringar i parrelationen för dem som levde i en relation. De föräldrar som nyligen hade flyttat till Sverige behövde också ställa om och anpassa sig efter de förväntningar på föräldrarollen som finns här. Citatet nedan illustrerar känslan av att vara en dålig förälder om barnet gråter mycket och den oro som uppstår när man inte vet om det är något fel på barnet.

Att bara... alla känslor som gick in, att googla var det värsta man kunde göra för man kände sig som världens sämsta mamma. Alla kom med massa olika grejer. Det här kan inte vara sant! Det kändes som att det var bara min dotter som mådde så (...) Varför reagerar min dotter? (...) jag kunde skriva vad som helst i början. (ip 10)

De flesta föräldrar som hade flyttat hit från andra länder upplevde stora skillnader mellan de normer och värderingar som finns kring föräldraskap i Sverige jämfört med i hemlandet, vilket innebär att föräldern behöver förstå hur hen ska klara sin föräldrauppgift i den nya kulturen. Citatet nedan beskriver en mamma som hade fått mycket stöd av andra kvinnor när hon hade fött sitt första barn. När hon fick sitt andra barn i Sverige var det helt annorlunda. Det var som att bli förälder för första gången på grund av hur annorlunda det var här, eftersom hon tvingades klara sig helt på egen hand.

Det är som att jag börjar om på nytt. [...] Jag måste göra allt nu, jag har ingen att gå till. Jag måste göra allting själv [...] Mitt hemland och Sverige är annorlunda. När man föder barn där, är alla i familjen nära. Man får mycket hjälp, man kunde sova några timmar, mamma eller mormor eller någon släkting är hemma och tar hand om barnen och hjälper till. Det är annorlunda (...) Människor där var där för att hjälpa mig, för i X (land) om en mamma får ett barn så kommer folk och... badar dig, masserar dig, och

du behöver inte göra någonting, gå någonstans (...) de ger dig mat. Allt du gör är att äta och amma barnet. Du gör det i tre månader innan du börjar gå ut igen. (ip5)

Det var inte heller självklart att som mamma uppleva ett stöd från sin man under den första tiden. Men tvärt emot denna bild uttryckte många hur positivt de tyckte det var att pappor förväntas vara delaktiga i omsorgen om det lilla barnet i Sverige. Föräldrarnas berättelser kunde handla om skillnader mellan papparollen i hemlandet och här. I nedanstående citat berättar en pappa om att kravet på att arbeta mycket i hemlandet påverkade hans roll som pappa. Han var tacksam över att det var möjligt att vara en närvarande pappa här i Sverige.

Hundraåttio procent skillnad jämfört med i X (hemlandet), att bli pappa där och bli pappa här, för i X jobbade jag från sju på morgonen till klockan ett på natten och jag hade inte kontakt med familjen på det sättet. När vi kom till Sverige så studerade hon och då var jag tvungen att vara med barnen hemma. Det var helt annorlunda erfarenhet jämfört med hur det var i X. Sen kom vårt andra barn, vår andra pojk och av förklarliga skäl var jag ofta hemma för jag hade inget jobb att gå till och då var jag hemma ofta med den lilla pojken och då var det helt annorlunda med det andra barnet. Jag var mycket mer aktiv och mycket mer med barnet i Sverige. (ip7)

Berättelserna handlade också om den respekt som mammorna upplevde att kvinnan visas i Sverige. Mamman som citeras nedan trodde även att ansvarsfördelningen och jämlikheten i parförhållandet ökade om pappan involverades från allra första början i omsorgen om barnet.

Jag har tyvärr inte haft erfarenhet av att vara mamma i X (hemlandet), men jag kan väl säga att här respekteras kvinnan på ett helt annat sätt, mycket bättre. Speciellt att maken får närvara vid förlossningen är en jättespositiv grej och den möjligheten kanske inte finns i X. Det är just att man blandar in pappan direkt från början och försöker lära pappan hur man ska hantera ett litet barn och på det sättet fördelas ansvaret för båda två, både mamma och pappa, och det tycker jag är jättebra. (ip 6)

Ansvarsfördelningen mellan föräldrarna var ett ämne som lyftes fram i flera intervjuer där föräldrarna tog upp att de tyckte att föräldrar bör dela lika på ansvaret för barn och hem. I andra samtal kom temat parrelation upp i form av konkreta exempel, som när en pappa som hade fått sitt första barn i Sverige berättade att han hade förstått (av föräldrastödjaren) att han skulle avlasta mamman för att hon behövde få vila. Han menade att det var viktigt att personalen pratar om jämställdhet under hembesöken, eftersom ansvaret ofta faller på kvinnan att ta hand om barnet i många av de länder som migranter kommer ifrån till Sverige.

I det här området bor mest invandrare. Och det här programmet fungerar på alla familjer... så kanske kvinnor förstår att det inte bara är deras ansvar att föda ett barn och (...) I de flesta av invandrarkulturer har män bara ansvar att befrukta och skapa barnet, resten av jobbet är det kvinnor som måste göra. (ip1)

Att ställa om till förväntningarna på föräldraskap i Sverige handlar även om barnuppfostran och synen på barnets rättigheter. Detta kunde skilja sig åt i förhållande till hemlandets normer och värderingar. I citatet nedan beskriver en pappa att han hade fått syn på skillnader gällande barnuppfostran i Sverige och hans hemland i samtalet med föräldrastödjaren.

Ett exempel är att straffa barn, att straffa barnen... Ibland känns det som förälder att om jag straffar mitt barn, då har jag gjort rätt, då har jag försökt att uppfostra barnet och i X (hemlandet) gör man det oftast. Men här i Sverige... det kan vara ett brott om man gör det. Det är sådana grejer som skiljer. (ip6)

Stöd som förälder

Det andra övergripande temat (Stöd som förälder) visualiseras som blå bubblor i figur 4b. Detta tema består av fyra underteman som handlar om värdet av att få besök av personal i sitt hem, upplevelser av att få bekräftelse och vägledning från personalen samt kunskaper om barns behov. Dessutom handlar det om det extra stöd som föräldrarna kunde få för egen del eller för sitt barn.

Figur 4b. Föräldrarnas upplevelser, Stöd som förälder.



Att vara hemma

En central aspekt av hembesöksprogrammet är att besöken sker hemma hos familjerna. Föräldrarna berättade att de upplevde det som bekvämt och tryggt att personalen kom hem till dem i stället för att de själva behövde förflytta sig till BVC.

Då kommer de hem och kan det här med barn och jag känner att det är något med att komma hem som är familjärt, det blir en psykologisk grej. Jag kan känna mig så trygg och det var det. (ip 13)

Att ha mötet i hemmet innebar att det kändes mindre stressigt jämfört med att behöva passa en tid på BVC. Föräldrarna tog upp att det var skönt att slippa behöva klä på både sig själv och barnet och komma i väg för att de hade en tid att passa. Några föräldrar nämnde även att besök i hemmet innebar en besparing i tid och pengar eftersom man inte behövde åka i väg. Följande citat illustrerar att de ordinarie besöken på BVC upplevdes som mindre lugna, eftersom det ofta var en annan förälder som skulle träffa sjuksköterskan direkt efter ens eget besök.

Vad jag känner så har jag aldrig känt mig stressad när de är här. De tar sig ändå tid och... på BVC känns det jobbigt, först ska man bli uppropad, man ska gå in och så vet man att någon väntar utanför. Det blir lite så, det känns mer som press... (ip3)

Hembesök lyftes fram som särskilt värdefulla under den första tiden direkt efter förlossningen, när föräldrarna kunde känna sig sköra och osäkra inför att behöva förflytta sig med sitt nyfödda barn till en annan plats.

Första besöket när hon kom och jag var helt bruten, jag hade inte tagit mig i väg då. Det var så skönt att hon kunde komma hit. Jag satt bara och grät (...) Det första besöket betydde så oerhört mycket. Hon (sjuksköterskan) var säkert här i tre timmar och jag grät bara (...) Det hade inte gått att få den hjälpen på plats. Dessutom var det värsta projektet att ta sig till... i efterhand är det nästan komiskt när jag tänker på det, men då var det som att resa till andra sidan jorden att ta sig till BVC, så

upplevde jag det. Det var så stressande, jag var så sliten och att ha med sig den här lilla flickan, (...) ångestpåslag hela vägen dit, att hon ska bli ledsen och gråta och skrika och jag inte ska kunna lugna henne (...) Även om det bara är tjugo minuter, så gör det ont när man har svårt att gå. (ip13)

Föräldrarna upplevde också att deras barn visade mer av sitt naturliga beteende hemma jämfört med när de var på BVC, vilket illustreras av nedanstående citat.

Vi känner att vi är på hemmaplan och det är någon som har kommit hem till oss. Det känns inte som att vi ska till vårdcentralen eller BVC, det är något annat. Här hemma, vår son är normal, han betar sig normalt eftersom han är hemma. Inte där. (ip9)

Dessutom upplevde föräldrarna att det var lättare att komma på och ställa frågor när man var i sitt eget hem. Det kunde röra sig om frågor om något specifikt i barnets beteende som personalen hade lättare att se när barnet var i sin hemmiljö.

Föräldrarna tyckte även att det kändes bra att personalen fick se hur barnet hade det i sitt hem och hur barnet interagerade med sin välkända miljö, vilket de inte hade fått se vid ett mottagningsbesök.

Om de ska se någonting kring vårt barn så är det bättre att de ser det i hennes naturliga miljö. Och sen tänker jag själv att... om man vänder på det... det kan ju vara en fördel för vårdtagaren då... men jag själv, om jag ska betjäna någon. Att kunna se hur den personens vardagliga miljö är, säger väldigt mycket som aldrig kommer fram i ett samtal. (ip14)

Några föräldrar tyckte dock inte att det spelade så stor roll var besöken ägde rum. Nedanstående mamma tyckte att det kändes fantastiskt att det fanns ett sådant här stöd överhuvudtaget och berättade om det när hon pratade med sina vänner i hemlandet.

Det spelar inte riktigt roll var vi är, tror jag. Jag brukade alltid gå till kliniken eftersom det i mitt land inte finns något som hembesök. När jag kom hit var det som att... Wow, så de kommer verkligen hem till en här! Det är bra, och jag hoppades få se hur det skulle vara, jag var glad. Jag kunde berätta för mina vänner att de kom på hembesök här, det var trevligt. Det får en att känna sig viktig eller att du bara känner dig speciell, det är okej att de kommer till ditt hem för att träffa dig. (ip5)

Bekräftelse och vägledning

En annan aspekt av temat Stöd som förälder handlade om att ha fått bekräftelse och vägledning från personalen. Den bekräftelsen betydde extra mycket för föräldrar som inte hade så gott självförtroende, men påverkade även föräldrar som trodde på sig själva redan innan. Citatet nedan handlar om just detta.

Vi hade okej känslor som föräldrar, men givetvis har de här besöken gjort större intryck på oss och gett oss lite mer... fått oss att känna oss lite bättre som föräldrar. (ip7)

Nedanstående citat handlar om värdet av att få positiv bekräftelse på sig själv som nybliven förälder och känslan av att växa av det.

De förstod min situation, det är de som lugnar ner mig när jag frågar... De förstod, de har erfarenhet av nyfödda barn (...) De brukar säga hela tiden att jag är stark, allt är bra och fint när hon utvecklas. De brukar säga, första gången är jobbigt, att allt är nytt, jag tycker massa positivt. (ip2)

Mammorna fick också hjälp med att hitta en lagom nivå på sitt moderskap.

Nedanstående mamma tog upp att hon hade fått hjälp med att sluta jämföra sig och sitt barn med andra och även förstått att hon inte behövde vara perfekt, till exempel ha exakta rutiner eller ett pedantiskt skött hem.

Största vinsten för mig har varit att jag duger. Det är det bästa som jag har fått, jag duger hundra procent och det är helt okej ibland att falla ihop (...) Det var jätteskönt att prata med någon som har träffat flera. Det var skönast att jag inte behövde jämföra mig med andra. (ip10)

Den vägledning som föräldrarna upplevde sig ha fått kunde handla om allt möjligt som rör barn och föräldrar. De berättade att de hade fått information om vart man kan vända sig vid olika behov av hjälp. Dessutom hade de fått tips om hur man kan ta hand om sina egna behov som förälder om man har problem med nedstämdhet, sömn och stress. Citatet nedan beskriver vad en pappa upplevde att de fick ut av att vara med i hembesöksprogrammet: hjälp att hantera stress, ökade kunskaper om spädbarn och om jämställdhet.

Ja, vi fick jättegod vägledning av henne när det gäller att tackla stress och hur man kunde... behandla ett spädbarn när man är liten. Det var sånt som jag tycker att... som person lärde jag mycket av det. (...) Jag var med NN (mamman) som på heltid, bara hemma efter jobb. Jag lärde mycket av det... Du fick lära dig hur du kan prata med spädbarnet och så... Ja... det är ett annat... vi förstod... att uppfostra ett barn är inte lätt, man måste samarbeta och dela på ansvar. (ip1)

En annan pappa hade fått hjälp med sin tendens att vara överbeskyddande. Genom att lära sig vad barnet klarar och inte, gick det lättare att hantera oron över att sonen skulle ramla och slå sig när han höll på att lära sig gå.

Jag som pappa, jag är mycket rädd för att han ska ramla omkull eller skada sig. Mest mina frågor, det är jag som ställer frågor, hur ska vi göra om det händer så? De ger svar, du får göra så. Det var mycket bra (...) De var hos oss första gången här, de såg att vi är rädda om honom, överbeskyddande och så. (ip9)

Föräldrar som hade fått sitt första barn i Sverige och hade barn sedan tidigare kunde visserligen känna sig förberedda som föräldrar, men hade ofta egna problem att brottas med eftersom de inte hade hunnit integrera sig i landet ännu. Nedanstående citat handlar om en upplevelse av att personalen hjälpte dem att förstå hur man skulle vara förälder här, vilket skilde sig mycket från hur det var i hemlandet.

Vi som föräldrar var ganska beredda på att få ett barn till, men det finns andra problem i livet. Integration, hur vi ska komma in i samhället och ett nytt barn kommer och det finns olika problem där och det visade sig att de här besöken har hjälpt oss lite bättre på vägen. (ip7)

Vägledning kunde även handla om att få hjälp att förstå vilka möjligheter föräldrar har att påverka barnets situation i förskolan. I citatet nedan handlade det om att föräldrarna uppmanades att själva ta kontakt med personalen på förskolan för att få hjälp med att pojken kände sig utesluten av de andra barnen. Det var något som de inte hade med sig från sitt hemland, eftersom det inte alls var möjligt där att ställa krav och be om hjälp med sådana saker i förhållande till myndigheter.

Han (det äldre syskonet) förstod inte svenska när han började där och de andra barnen behandlade honom lite illa. De släppte inte in honom i gruppen... Vi har haft jättemycket problem just med de här bitarna och det var så att han inte ens ville gå till dagis längre... föräldrastödaren har hjälpt oss jättemycket och förklarat för oss hur saker och ting fungerar här i Sverige, hur vi ska ta kontakt... med lärarna, de som jobbar där, ha möte med dem och prata om saker och ting. Och det har varit till stor hjälp. Sen löste det sig efter en månad ungefär, under den månaden började han prata svenska och då löste sig problemet. (ip7)

Kunskaper om barns behov

Detta undertema handlar om föräldrarnas reflektioner om hembesöken i förhållande till barns utveckling och näringsbehov, barns behov av social och språklig stimulans samt om barnsäkerhet. Föräldrarna berättade att hembesöken till stor del hade handlat om kunskaper om barns behov och att de hade fått svar på sina egna frågor vid besöken. De nämnde även att de hade pratat om olika teman som var aktuella utifrån barnets ålder. De hade fått generella kunskaper och mer specifika kunskaper om till exempel barnets motoriska eller språkliga utveckling både utifrån det

personalen berättade för dem eller som svar på deras egna frågor. Följande citat illustrerar att kunskaper och känslan av att känna sig förstådd upplevdes lugnande.

Ja, vi brukar ställa frågor om det blir något konstigt, när barnen är små så gråter de på natten, man kunde inte sova... vad ska man göra, kan ändras... vi brukar fråga allt som vi inte kan. [...] Ja, de förstod mig och min situation, det är de som lugnar ner mig när jag frågar. De förstod, de har erfarenhet av nyfödda barn. (ip2)

Andra teman som föräldrarna kunde ta upp vid de första besöken handlade om amning och blöjor. Föräldrarna upplevde att de kunde ställa frågor om allt möjligt som rörde barnet och hur man kunde lösa olika situationer rent praktiskt. Nedanstående citat illustrerar att frågorna kunde röra sig om allt möjligt från praktiska frågor kring barnets mat till osäkerhet kring hur mycket närhet ett litet barn behöver.

Framför allt var det om amningen mycket från början och om pumpning... Vi hade mycket frågor... allt från vilka blöjor man ska välja till hur man ska tänka kring mat som man tar med sig, mjölk och välling, hur värmer man det på ett bra sätt. Allt från praktiska trix till mer vad som är viktigt för hennes utveckling... frågor som jag och NN (pappan) har pratat om lite, att han har svårare att lämna NN (dottern) att leka själv... jag har jobbat mycket med barn och känner att jag är trygg med att hon är i rummet. (ip13)

Andra exempel handlade om att personalen fått föräldrarna att förstå att det fanns barnmat som innehåller för mycket socker.

Vi visste ingenting om de här färdiga matvarorna som finns i affären, att de inte är bra för barnen. Till och med drinken som finns för barn, saft, vi fick information om, på grund av socker... Det var jättebra, en stor hjälp för oss som vi inte visste, vi ger inte henne de här grejerna. (ip6)

Personalen kunde också agera förebilder och uppmärksamma föräldrarna på vad deras spädbarn uttryckte med hjälp av sin icke-verbala kommunikation och demonstrera hur man kan kommunicera med barnet på olika sätt beroende på barnets ålder. Föräldrarna fick på så vis ökad förståelse för sitt barn, vilket mamman i citatet nedan beskriver.

Speciellt senast kunde hon verkligen se hur mitt barn ville ha bekräftelse när hon gjorde något eller hur hon tackade (...) Små detaljer som jag kanske inte ser, jag ska vara ärlig, jag önskar att jag bara kunde sitta och leka med henne, men ibland... jag måste laga mat, då kanske man missar vissa grejer och då kunde hon se det direkt... socionomen. (ip10)

Andra aspekter av den språkliga stimulansen handlade om att personalen uppmuntrade föräldrarna att läsa böcker för sina barn, vilket fick olika gensvar. En mamma hade reagerat negativt på det för att hon upplevde det som tjt och frustrerande eftersom hennes barn inte var intresserat av att sitta still och läsa bok.

Varje gång hon har varit här så har hon sagt, varje gång! ... förra veckan sa NN (partnern): "Säger hon det nu igen så dör jag av skratt". Så säger hon: "Läser man elva minuter om dagen för sitt barn så är det vetenskapligt bevisat att det kommer klara högskolan" eller nåt... varje gång har hon sagt det (...) Jag känner att jag tror inte på det. Min mamma har läst för mig och jag har inte ens gått gymnasiet. (ip3)

Några föräldrar hade även fått besök i hemmet av Bokstart³⁶ och fått böcker som de hade läst för sina barn. De uppskattade även dessa besök. Samtliga intervjupersoner beskrev även att personalen hade rekommenderat dem att besöka den öppna förskolan eller biblioteket för att få social stimulans.

³⁶ Bokstart är en nationell satsning som lyder under Kulturrådet. Satsningen vänder sig till vårdnadshavare med barn upp till tre år med syfte att tidigt stimulera språkutveckling. Under covid-19-pandemin pausades Bokstart.

Extra stöd till barn eller förälder

Några familjer berättade att de hade fått ett särskilt stöd genom personalen i hembesöksprogrammet. Flera mammor hade haft svårt med amningen och hade fått råd och hjälp kring det. Andra exempel på extra stöd handlade om recept på mjölkersättning för barnet, akupunktur för att minska stress eller samtalsstöd. En mamma berättade att hon fick en tuff start med sin dotter då hon själv blev sjuk en kort tid efter förlossningen. När hon och hennes man fick ta del av hembesöksprogrammet blev hon positivt överraskad över det stöd hon fick av personalen.

Då satt jag med båda och de kunde bolla, det kanske var någon fråga som barnmorskan³⁷ kunde lite mer, mer medicin eller tvärtom. (ip10)

Under tiden som mamman låg på sjukhus och tvingades vara ifrån sin man och dotter, längtade hon mycket efter dem. Det tog tid att återhämta sig efter den händelsen och hon upplevde att det var skönt att få prata med personalen i hembesöksprogrammet om sina känslor.

De erbjöd sig, men just den stunden, jag ville bara vara hemma med min familj och bara andas (...) men efteråt när jag kände att nu är jag bra, då var det jätteskönt att ha ett samtal efteråt. (ip10)

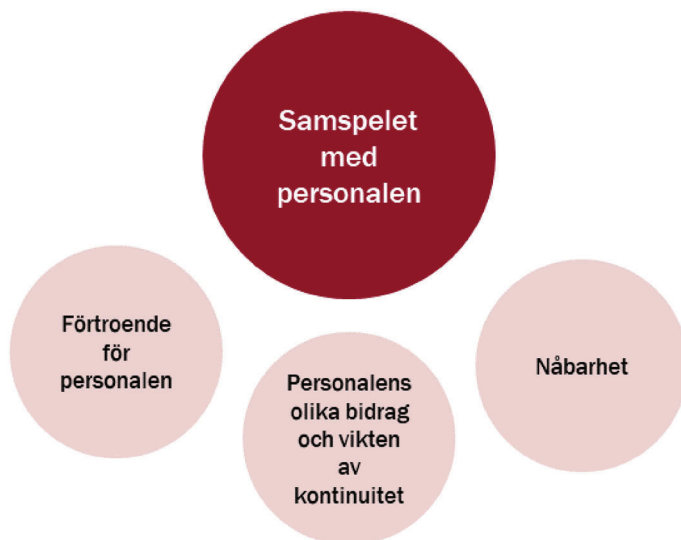
Flera mammor berättade att de hade mått dåligt efter förlossningen. En mamma fick postnatal depression och rekommenderades att gå och prata med en psykolog. De samtalen upplevdes dock inte som så givande, eftersom hon behövde tolk vilket hade tagit upp hälften av samtalstiden.

Samspelet med personalen

Det tredje övergripande temat var Samspelet med personalen, som återfinns i de rosa och röda bubblorna i figur 4c. Temat beskriver tre underteman som handlar om det förtroende som föräldrarna utvecklade för personalen. Vidare rör det upplevelserna av vad de olika personalkategorierna bidrog med samt berättelser om vikten av kontinuitet. Ytterligare ett undertema handlade om hur lätt det var att nå personalen.

³⁷ Syftar på BVC-sjuksköterskan.

4c. Föräldrarnas upplevelser, Samspelet med personalen.



Förtroende för personalen

I hembesöksprogrammet var den relation som utvecklades med föräldrastödjaren och BHV-sjuksköterskan helt central för upplevelsen av programmet. Generellt sett fanns det ett stort förtroende för personalen även om banden till dem beskrevs som mer eller mindre starka. Många föräldrar som intervjuades hade utvecklat en positiv relation till personalen, medan några av föräldrarna hade en mer neutral kontakt. Förtroendet för personalen illustreras av nedanstående citat.

Jag känner absolut att jag har förtroende för dem, det gör jag verkligen. (ip 12)

Upplevelsen av att bli lyssnad till och få stöd i sin föräldraroll bidrog till känslan av förtroende. Men intervjuerna fångade även upp att det fanns en osäkerhet bland några föräldrar kring varför socialtjänsten var med i programmet. Citatet nedan tar upp den ambivalens som den här föräldern kände inför att ha kontakt med föräldrastödjare som är anställda av socialtjänsten.

Jag tycker att det var jättebra, jag tycker det verkligen. Sen har det varit lite jobbigt just att socialen varit med, att man har känt sig... jag som uppvuxen här ute, man har mycket kompisar, man har haft stökiga föräldrar... man har inga goda vibes av socialen. Helt automatiskt känns det... övervakning... man känner sig lite dålig för att de är med, men jag tycker att det är jättebra. Jag vet att jag inte är en dålig förälder så jag har inget att vara rädd för, men det har ändå varit konstigt. (ip3)

Några föräldrar var osäkra på varför de hade erbjudits de här besöken även om de hade hört att programmet riktade sig till alla i deras bostadsområde. De hade pratat med vänner som inte hade fått hembesök vilket gjorde dem osäkra.

Nä, vi har inte frågat för de besöker inte mina kompisar om det är vanligt eller inte, men mina kompisar säger att det är inte vanligt för att när de föder får de inget från socialen, bara BVC (...) Vi blir oroliga. (ip11)

Förtroendet för personalen påverkades även av om föräldrarna kände sig lyssnade på och fick information som de kunde lita på. Ett föräldrapar upplevde att en av personalen i hembesöksprogrammet normaliserade för mycket när de tog upp sin oro över sitt barn, vilket inte alls lugnade dem.

Föräldrastödjaren är av den äldre skolan och vill mer ge ett svar när vi frågar. Hon har svar även om hon kanske inte har ett svar och så vill hon släta över och säga att allt är okej. Så kan ni göra, det spelar ingen roll... Föräldrastödjaren är väldigt duktig mellanmänniskt och skapar en trygghet, det var härligt att träffa henne som en extra mamma, men hon fyllde kanske inte den funktionen att vi kunde få svar på våra frågor. Då vänder man sig till sjuksköterskan. (ip13)

Personalens olika bidrag och vikten av kontinuitet

I intervjuerna tillfrågades föräldrarna om de uppfattade att personalen som de träffade i hembesöksprogrammet hade olika yrkesroller. Alla hade förstått det och de flesta tyckte att det var bra att få besök av två olika personalkategorier för att de bidrog med olika kunskaper.

Det var bra med två för de kompletterade varandra. Den ena berättade något om hälsa, sjuksköterskan berättar om hälsotillstånd och föräldrastödjaren om uppfostran, hur man tar emot barn. De har olika kunskaper. När jag frågade diskuterade de med varandra, vem ska svara på den här frågan? Min specialitet eller din specialitet? (ip9)

Föräldrarna underströk betydelsen av att det var samma team som de hade kontakt med under hela femtonmånadersperioden för att de skulle lära känna varandra och etablera en relation till varandra.

Det är helt avgörande (...) att blotta sig själv är svårt, det tar energi att vara sårbar inför nya människor. Det tar energi och kräver förtroende, om det skulle komma massa nya människor skulle man inte känna för att öppna upp och då kan man inte ställa de svåra frågorna. (ip13)

Nåbarhet

Föräldrarna uppskattade att personalen kunde vara flexibla med tiderna för hembesöken, för ombokningar och att det var enkelt att få tag på dem vid behov. Likaså tyckte man att det var bra om personalen hade möjlighet att boka besök på de tider som papporna kunde vara med. Följande pappa berättade att personalen anpassade sig efter de dagar som han var ledig för att göra det möjligt för honom att delta vid hembesöken.

Det är så att i och med att jag har sagt till dem att... jag ska vara hemma måndag och torsdag. Då har vi lagt dom på de två dagarna så jag kan vara med. (ip 6)

Några föräldrar menade att det var lättare att boka en tid för hembesök jämfört med hur det var på deras BVC som endast bokade morgonbesök. De flesta föräldrar upplevde att personalen som arbetade med hembesöken ansträngde sig för att vara tillgängliga för föräldrarna. Vidare upplevde föräldrarna att de hade uppmanats att kontakta personalen mellan de bokade besöken om de hade några frågor. Nedanstående citat illustrerar vilken trygghetskänsla det gav föräldrarna.

De säger själva, ni får inte vänta till nästa besök. Vad än som händer, smått som stort, ni får kontakta oss (...) Vi känner... att det finns någon som är bredvid oss, som stödjer oss. Det finns alltid någon. Låt säga att mina föräldrar är inte här, hennes föräldrar är inte här. Vi kände att det finns alltid någon som håller oss och stödjer oss. (ip9)

Några föräldrar beskrev en motsatt bild, att det hade varit svårt att få tag på personalen. De upplevdes svåra att nå och trots att föräldrarna hade lämnat sitt telefonnummer blev de sällan uppringda.

Vi är så trötta på det här. Det går inte att... nu har de lämnat papprena som du har och vi har frågor, ska vi fylla i eller vänta till hon är lite äldre. Då ringer man och det enda sättet att få tag på dem är att lämna telefonnummer och de ringer upp. Då är det inte säkert att det finns tider i dag utan de kanske ringer en annan dag och då kanske inte jag kan svara... så blir det inget och man ringer igen... det är inte alltid det funkar. Mejla kan man inte göra, det går inte att skriva meddelande på 1177, det finns inga andra kanaler att få tag på dem. (ip 13)

Sammanfattning av intervjustudien

Den tematiska analysen av intervjumaterialet resulterade i tre huvudteman: Föräldrarnas utgångspunkter, Stöd som förälder och Samspelet med personalen. Föräldrarna som intervjuades utgjorde en heterogen grupp vilket är kännetecknande i en universell insats. Intervjuerna vittnar om vilken betydelse hembesöksprogrammet har mot bakgrund av föräldrarnas skilda utgångspunkter. Livsvillkoren skilde sig mycket åt mellan olika familjer, men gemensamt för dem som bor i ett socio-ekonomiskt utsatt område är att bostadsområdet ofta är stigmatiserat och kännetecknas av otrygghet. Många föräldrar ställs inför krav på omställning till att bli förälder och samtidigt att integrera sig i det nya landet. För föräldrar som kommer från en annan kultur innebär det krav på dubbel omställning. Föräldrarna uppskattade det stöd som personalen gav och upplevde oftast att de var lyhörda för deras behov. Föräldrarna påpekade att det kändes viktigt att få träffa samma personal över tid för att skapa tillit. De ansåg också att det var positivt att besöken gjordes av två olika yrkesgrupper som kompletterar varandra i kunskap och kompetens. Tilliten påverkas av om personalen upplevs som lätta att nå samt upplevs som kunniga. I nästa avsnitt går vi över till att beskriva tecken på att hembesöksprogrammet verkar ha effekter på barns hälsa och livsvillkor.

Effekter på barns hälsa och livsvillkor 0–18 mån

Nedanstående resultat baseras på en indikatorstudie över hälsoindikatorer från barnets första 18 månader. 302 familjer som hade deltagit i UH under perioden januari 2019 till december 2022 medverkade. Avseende amning visade det sig att knappt hälften av barnen helammades vid 4 månaders ålder (47 %) och att en tredjedel delammades vid samma ålder (34 %). Vid 6 månaders ålder var det endast 7 % som fortfarande helammades medan 57 % delammades.

I fråga om vaccinationsgraden hade 90 % av barnen fått minst en dos av rotavirusvaccinet och drygt 90 % hade fått MPR-vaccination (92 %). EPDS³⁸ hade utförts bland 76 % av mammorna. Det förekom rökning i hemmet hos 19 % av familjerna när barnet var 4 veckor och i 18 % av familjerna när barnet var 8 månader.

Det var relativt vanligt med extra besök på BVC. Cirka två tredjedelar av familjerna hade gjort något extra besök (64 %). Av dem som hade gjort extra besök på BVC var det vanligast att ha gjort mellan ett och tre extra besök (72 %), men det förekom att familjer hade gjort upp till 13 extra besök. De flesta föräldrar hade inte besökt akutsjukvården för sitt barn (64 %) och av dem som hade gjort det rörde det sig oftast om ett besök (21 %). En mindre andel hade besökt akuten vid fler än två tillfällen (9 %).

Jämförelser mellan familjer som fått fyra eller sex hembesök

En jämförelse mellan gruppen barn som hade fått alla sex hembesök och de som hade fått fyra hembesök visade att det fanns en tendens till skillnader i helamning vid fyra månaders ålder. Vid den åldern var det 49 % som helammades bland barnen som

³⁸ EPDS är ett screeningverktyg för att upptäcka förlossningsdepression bland mammor. EPDS står för Edinburgh Postnatal Depression Scale.

hade fått alla hembesök jämfört med 34 % bland dem som enbart hade fått fyra hembesök ($\chi^2 (1, N = 247) = 2,93, p < .10$). Det fanns inga säkerställda skillnader i delamning vid 4 och 6 månader eller helamning vid 6 månader. Inga signifikanta skillnader återfanns gällande övriga indikatorer mellan den grupp som hade fått fyra jämfört med sex hembesök.

Jämförelser mellan flickor och pojkar

Vi fann inga statistiskt säkerställda skillnader mellan pojkar och flickor. Värt att notera är ändå vissa skillnader i procentandelar som visar att pojkarna verkade delammas mer vid 4 månaders ålder (38 %) jämfört med flickorna (30 %). Vid 6 månaders ålder fanns samma tendens till att pojkar delammades i högre utsträckning (61 % jämfört med 52 %). Pojkarna verkade ha fått rotavirus-vaccination i något högre utsträckning jämfört med flickor (92 % jämfört med 87 %).

Jämförelser mellan förstfödda och första barnet i Sverige

Vi fann inga statistiskt säkerställda skillnader mellan gruppen familjer som fått sitt första barn i Sverige jämfört med gruppen som fått sitt förstfödda barn. Värt att notera är ändå vissa skillnader som är relativt stora (i procentandelar). EPDS hade utförts i något högre utsträckning bland mammor med första barnet i Sverige jämfört med mammor till förstfödda (81 % jämfört med 74 %). Rökning i hemmet förekom oftare i familjer med första barnet i Sverige vid 8 månader (23 % jämfört med 16 %).

Deskriptiva jämförelser mellan UH-familjerna och referensvärden

Nedanstående jämförelser är beskrivande och utgår från:

- UH-barnen jämfört med alla barn på de BVC:er som arbetade med UH
- UH-barnen jämfört med barn på Kontrollgrupps-BVC:er³⁹
- UH-barnen jämfört med samtliga barn i Göteborg

De skillnader som beskrivs i texten nedan består av skillnader på minst fem procentenheter.

Amning

En jämförelse mellan de barn som hade medverkat i UH och samtliga barn på de BVC:er som medverkat i programmet⁴⁰ visar att UH-barnen helammades i större utsträckning vid 4 månaders ålder jämfört med alla barn på UH-BVC:erna (48 % jämfört med 34 %) och jämfört med Kontrollgrupps-BVC:er (40 %). Nivån är jämförbar med genomsnittet för barnen på alla BVC:er i Göteborg (46 %). Barnen som deltagit i UH delammades också i högre utsträckning än alla barn på UH-BVC:erna vid 6 månaders ålder (58 % jämfört med 46 %) och barnen på Kontrollgrupps-BVC:erna (53 %).

³⁹ Gruppen Kontrollgrupps-BVC består av tre BVC med snarlik socioekonomisk profil mätt i CNI-värden (Care Need Index). För mer information, se bilaga.

⁴⁰ Siffrorna för alla barn på dessa BVC:er omfattar både barn som har fått utökade hembesök och barn som inte har fått det på grund av att de inte matchar inklusionskriterierna eller där föräldrarna har valt att inte medverka.

Rotavirus och MPR-vaccinationer

UH-barnen fick i högre utsträckning rotavirusvaccin⁴¹ jämfört med samtliga barn på UH-BVC:erna (89 % jämfört med 80 %) samt i jämförelse med barnen på Kontrollgrupps-BVC:er (83 %). Det märks dock ingen skillnad i andelen UH-barn som har fått MPR-vaccination utifrån de referensvärden som används här. Andelen ligger på en relativt hög nivå (92 %) och på samma nivå som för alla barn på de BVC:er som ingår i UH (91 %).

EPDS

Mammorna som ingick i UH medverkade också i större utsträckning i en screening för att identifiera postnatal depression (EPDS) jämfört med alla mammor på UH-BVC:erna (78 % jämfört med 64 %).

Rökning i hemmet

Det märks ingen skillnad i rökning i hemmet vid 4 veckor mellan UH-barnen och alla barn på de BVC:er som ingick i UH (17 % jämfört med 18 %) eller barnen på Kontrollgrupps-BVC:er (15 %). Rökning i hemmet var vanligare i de områden som ingår i UH samt vid Kontrollgrupps-BVC jämfört med genomsnittet för barnen i hela Göteborg vid 4 veckor (8 %). Det märktes inte några skillnader i rökning i hemmet vid 8 månader mellan UH-barnen, UH-BVC eller Kontrollgrupps-BVC.

Sammanfattning

En analys av skillnader inom gruppen UH-barn visar en tendens till att fler helammades vid 4 månader bland dem som hade fått alla 6 hembesök jämfört med dem som fått 4 hembesök. Det fanns en tendens till att pojkar delammades mer vid 4 och 6 månader jämfört med flickor. Likaså fanns det en tendens som visar att pojkar verkade ha fått rotavirusvaccin i högre utsträckning än flickor. Bland barn som tillhörde gruppen första barnet i Sverige fanns en tendens till att en högre andel av mammorna hade genomfört EPDS samt att en högre andel av dessa barn exponerades för rökning i hemmet vid 8 månaders ålder.

En deskriptiv analys visar att UH-barnen helammades mer vid 4 månaders ålder jämfört med alla barn på UH-BVC:erna och Kontrollgrupps-BVC:erna under dessa år. UH-barnen verkade i högre utsträckning ha fått rotavirusvaccin och mammorna i UH verkade oftare ha genomfört EPDS jämfört med samtliga barn på UH-BVC:erna.

Nästa avsnitt beskriver resultat från en pilotstudie som pågick under 2022 där långtidseffekter följdes upp cirka 15 månader efter att de utökade hembesöken hade avslutats.

Preliminära långtidseffekter vid 30 månader

En pilotstudie genomfördes för att undersöka om UH verkade ha några effekter femton månader efter att hembesöken hade avslutats. Drygt femtio familjer medverkade genom att besvara en enkät och drygt sextio familjer medverkade i att

⁴¹ Vaccinerade med minst 1 dos.

bidra med indikatorer från barnens hälsojournaler. I den här studien medverkade även en kontrollgrupp (se även bilaga).

Förskola

Andelen barn som gick i förskolan skilde sig inte åt mellan UH-gruppen (92 %, 26 barn) och Kontrollgruppen (92 %, 22 barn). Det var inte heller några större skillnader i hur många timmar barnen gick i förskolan per vecka (se tabell 2)

Tabell 2. Antal timmar i förskolan per vecka (frekvens och procent) (n = 48).

	Max 15	16–25	26–40	>41	Total
UH-grupp	5 (19 %)	6 (23 %)	13 (50%)	2 (8 %)	26
K-grupp	4 (18 %)	5 (23 %)	10 (45 %)	3 (14 %)	22

Tandhälsa

Det var bara ett barn som hade haft hål i tänderna i gruppen som helhet.

Besökt akutsjukvård

En jämförelse mellan grupperna i hur vanligt det var att föräldrarna hade besökt akutsjukvården⁴² för sitt barn under det senaste halvåret, visade att fler föräldrar i UH-gruppen hade gjort det (36 %, 10 barn) jämfört med i Kontrollgruppen (8 %, 2 barn). Anledningarna till dessa besök var till exempel öroninflammation, lunginflammation eller olycksfall. Sambandet mellan akutbesök och grupptillhörighet var statistiskt säkerställt vid en beräkning med Fisher's Exact Test (*ensidig testning*, $p = .02$. $N = 52$).

Vet vart man kan vända sig som förälder

På frågan om föräldrarna visste vart de kunde vända sig för att få hjälp för egen eller barnets del, svarade de flesta ja i stor utsträckning (39 av 52 föräldrar, 75 %). Det var inga skillnader mellan UH- och Kontrollgruppens svar på denna fråga.

Föräldraskapsstöd

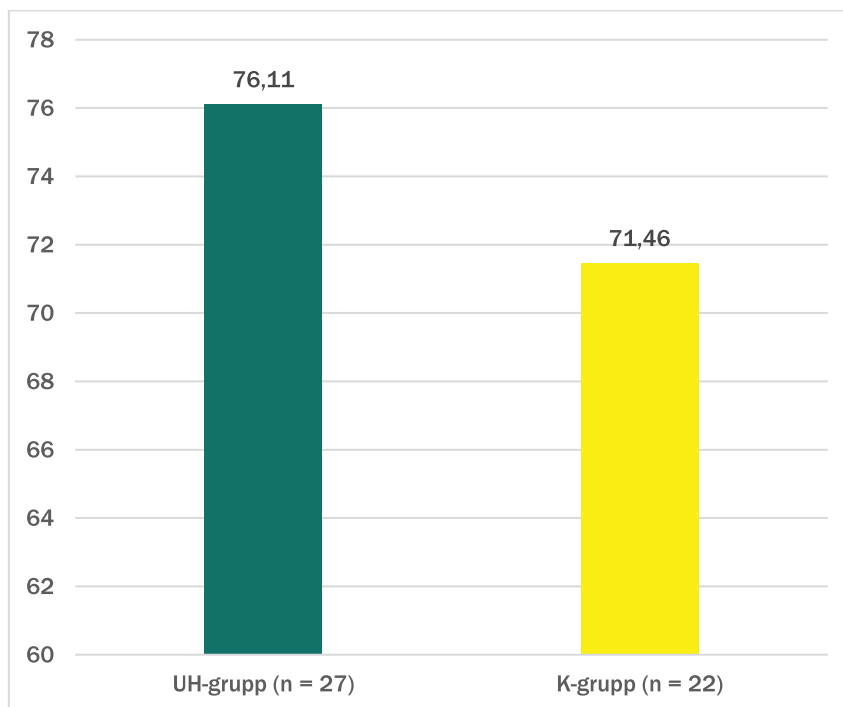
Det var inte många föräldrar som hade deltagit i någon form av föräldraskapsstöd. Det var inga skillnader mellan UH-grupp och Kontrollgrupp, men det var något fler föräldrar i Kontrollgruppen som hade deltagit i enskild föräldrarådgivning (5 av 24) jämfört med i UH-gruppen (1 av 27). Och det var något fler föräldrar i UH-gruppen som hade deltagit i trygghetscirkeln i grupp (3 av 28) jämfört med i Kontrollgruppen (0). Ingen av föräldrarna hade deltagit i aktiviteten "förälder i nytt land".

Upplevd föräldraförmåga

Som framgår av figur 5 märktes signifikanta skillnader i upplevd föräldraförmåga mellan UH-gruppen ($M = 76,1$; $SD = 4,12$, $n = 27$) och Kontrollgruppen ($M = 71,5$; $SD = 8,86$, $n = 22$) där föräldrarna i UH-gruppen upplevde högre föräldraförmåga än Kontrollgruppen ($t = 2,43$, $df = 47$, $p < .01$).

⁴² Med akutbesök menas här både besök på jouröppen akut inom primärvården och akutmottagning på sjukhus.

Figur 5. Skillnader i upplevd föräldraförmåga mellan UH-grupp och Kontrollgrupp.



MPR-vaccination

Det var inga skillnader i hur många barn som vaccinerats mot MPR i UH-gruppen och Kontrollgruppen. Vaccinationsgraden var hög i gruppen som helhet (98 %). Det var endast ett barn som inte hade vaccinerats.

BMI

Det var inga skillnader i genomsnittlig Iso-BMI⁴³ mellan barnen i UH- och Kontrollgruppen. Det var endast tre barn i UH-gruppen (9 %) och två barn i Kontrollgruppen (7 %) som var överviktiga. Inga barn var underviktiga.

Språkutveckling

Som framgår av tabell 3 märktes ett samband mellan barnens språkutveckling och vilken grupp de tillhörde. Detta samband visar att sannolikheten för att barn skulle få en anmärkning vid undersökningen av deras språkliga förmåga var högre i Kontrollgruppen än i UH-gruppen (Fisher's Exact Test, ensidigt test, $p = 0.1$). 41 % av barnen i Kontrollgruppen hade fått en anmärkning jämfört med 12 % i UH-gruppen. Anmärkningarna handlade i en del fall om att barnet skulle testas på nytt vid senare ålder och i en del fall om att barnet remitterades till logoped.

⁴³ Iso-BMI är ett mått på övervikt hos barn. Det definierats av International Obesity Task Force (IOTF). Måttet är en motsvarighet till BMI (body mass index) som har anpassats till barn och ungdomar där hänsyn tas till barnets ålder och kön.

Tabell 3. Skillnader i språkutveckling mellan UH- och Kontrollgruppen.

	Utan anmärkning	Med anmärkning	Totalt
UH-gruppen	30 (88 %)	4 (12 %)	34
Kontrollgruppen	16 (59 %)	11 (41 %)	27
Totalt	46	15	61

Sammanfattning

Jämförelserna mellan familjerna i UH-gruppen och Kontrollgruppen när barnen var 30 månader visar stora likheter vad gäller inskrivning vid och närvaro i förskola, deltagande i föräldraskapsstöd, tandhälsa, BMI och MPR-vaccination. Skillnader märktes i att föräldrarna i UH-gruppen hade bättre upplevd föräldraförmåga jämfört med föräldrarna i Kontrollgruppen. Skillnader noterades även i barnens språkutveckling som visade att barnen i UH-gruppen hade färre anmärkningar i språkbedömningen jämfört med barnen i Kontrollgruppen. Däremot visade sig UH-gruppens barn ha besökt sjukvård akut i större utsträckning än barnen i Kontrollgruppen.

Diskussion

Hur genomfördes implementeringen av Utökade hembesök i Göteborg?

Att implementera en lokal modell i en ny kontext

Rinkebymodellen för utökade hembesök utvecklades lokalt på initiativ från personal inom den förebyggande socialtjänsten och BHV, vilket innebär ett "inifrånperspektiv". När programmet överfördes till Göteborg innebär det ett perspektivskifte. Initiativet till implementeringen av UH kom från tjänstepersoner på central nivå, som bär på ett visst "utifrånperspektiv". Detta gör att behovet av ett program som UH definierades på andra grunder än den lokala kunskap som var utgångspunkten i Rinkeby. Detta behöver i sig inte vara något negativt, men startpunkterna och kunskapsgrunderna för programmet i Rinkeby och i Göteborg är olika.

Urvalet av områden som erbjöds UH i Göteborg baserades på polisens kartläggning av "utsatta områden" och "särskilt utsatta områden". Polisen kategoriserar områden som utsatta utifrån att de "karakteriseras av låg socioekonomisk status och att de kriminella har en inverkan på lokalsamhället".⁴⁴ Det går att ifrågasätta varför polisens bedömningar av det polisiära läget i olika geografiska områden utgör grund för vilka områdena som ska erbjudas en folkhälsosatsning. Polisens kategorisering av utsatta områden har fått politiskt genomslag och det finns från Göteborgs Stads sida målsättningar om att särskilt satsa på dessa områden utifrån ett socialt perspektiv. Samtidigt finns det objektiva skillnader i hälsoindikatorer som pekar på stor ojämlikhet mellan stadsdelarna som också utgör en grund till att just dessa områden valts ut för att delta i satsningen på utökade hembesök.

Ansvar för implementeringen av programmet har som tidigare nämnts legat på tre organisationer som har skapat en stödstruktur för införandet av Utökade hembesök i Göteborg (Göteborgs Stad & Västra Götalandsregionen, 2019). Detta arbete koordinerades från centralt håll medan det operativa arbetet genomfördes i olika lokala sammanhang i Nordost, Biskopsgården och Tynnered. Det finns ofta ett spänningsförhållande mellan centrum och periferi vid införandet av nya satsningar, vilket handlar om olika aktörers ansvar och befogenheter och upplevelser av delaktighet på operativ nivå. En styrgrupp med beslutsmandat över den operativa verksamheten lär skapa en god förutsättning vid införandet av satsningar såsom UH i Göteborg. Detta är inte minst viktigt om oväntade situationer uppstår som i samband med covid-19-pandemin. Under den tid som projektet pågick har några av de områden som var involverade i hembesöksprogrammet även påverkats av andra händelser såsom eskalerade konflikter och skjutningar. Detta skapade självklart oro bland personalen och försämrade förutsättningarna för arbetet med hembesöken under en tid.

⁴⁴ <https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/utsatta-omraden/>

De implementeringsansvariga skapade förutsättningar för införandet av UH genom att bygga en ledningsstruktur för arbetet med lokala operativa grupper, processtödjare med mera (se Göteborgs Stad & Västragötalandsregionen, 2019). Satsningen integrerades i den samverkansstruktur som redan fanns för ett familjecentrerat arbetssätt samt satsningarna på en Jämlik Stad för att skapa kontinuitet och långsiktighet. Införandet av UH faciliterades genom utbildning, stöd, inspirationsdagar och uppföljning, vilket troligtvis bidrog till att arbetet kom att fungera så bra som det gjorde. Men att skapa förutsättningar för implementering är bara en liten del av det arbete som har ägt rum under de år som utvärderingen har pågått. Implementeringen har framför allt skapats genom allt det arbete som har bedrivits av personalen som genomför hembesöken i praktiken. Utan deras engagemang och förmåga till lärande hade det inte blivit någon förändring. Och sist men inte minst är det viktigt att komma ihåg att de tjänster inom tjänstesektorn samskapas där klienter/patienter/brukare eller i det här fallet föräldrar, är medaktörer⁴⁵. Om inte föräldrarna hade varit intresserade av att medverka hade hembesöksmodellen inte kunnat införas. Implementeringen av UH har med andra ord byggts på beslut som har fattats på flera nivåer och av många olika aktörer. Man skulle därför kunna kalla det för ett stort samarbetsprojekt.

Programtrohet till Rinkebymodellen

Frågan om programtrohet kontra lokala anpassningar är ständigt aktuell inom implementeringsforskningen. Det handlar om i vilken grad evidensbaserade program kan överföras från en kontext till en annan och ge önskade effekter. Förespråkare av programtrohet påpekar att forskning har visat positiva samband mellan en hög grad av programtrohet och effekter (Durlak & DuPre, 2008). De menar vidare att programtrohet är särskilt viktigt till dess att kärnkomponenter har identifierats och belagts empiriskt (Elliot & Mihalic, 2004). Förespråkare av lokala anpassningar menar att den lokala kontexten påverkar effekterna av programmen och att anpassningar därför är nödvändiga. De betonar även att politiker och tjänstepersoner bör respektera den kunskap som professionerna som arbetar med målgrupperna besitter, och att personalen därför bör kunna påverka programmets innehåll och föreslå anpassningar utifrån de lokala resurserna och förutsättningarna (Moore m.fl., 2013; Alfredsson, 2018). Men diskussionen bygger delvis på en falsk motsättning: anpassning av program är nödvändigt och oundvikligt, även då programtrohet eftersträvas (Moore m.fl., 2013; Alfredsson, 2018).

Kärnkomponenter i Rinkebymodellen har i hög grad bevarats då UH implementerades i Göteborg, men med vissa mindre undantag. Komponenten ”extra tid i familjens hemmiljö” kompromissades det med under pandemin, då ”hembesöken” i stället fick genomföras på familjecentralerna i de flesta områden. Det som också kan sägas om de kärnkomponenter som har identifierats är att de är så allmänt hållna att det går att tolka in mycket i dem.

⁴⁵ Begreppet co-production bygger på nobelpristagaren Elinor Ostroms forskning.
<https://ju.se/forskning/nyheter/nyhetsarkiv/2018-09-04-ny-docent-i-kvalitetsforbattrning-och-ledarskap-inom-halsa-och-valfard.html>

När det gäller den komponent som handlar om professionernas kompetens och samarbete så verkar samarbetet mellan professionerna inte alltid ha fungerat friktionsfritt. En förklaring till det är att professionerna gick in med olika förutsättningar i detta samarbete. De utökade hembesöken innebär att socionomerna arbetar på barnhälsovårdens arena och axlar en ny roll som föräldrastödjare, medan sjuksköterskorna är mer på hemmaplan eftersom förebyggande hembesök hos nyblivna föräldrar ingår i deras ordinarie arbetsuppgifter. Som framgår av rapporten "Att finna sin roll, att så ett frö" (Lindahl & Alfredsson, 2022) kan föräldrastödjare uppleva att de "kommer i andra hand" i det praktiska arbetet med UH. Flera saker bidrar till denna känsla: att hembesök ibland genomförs utan föräldrastödjarna och att de inte har tillgång till dokumentation om familjen eller får dokumentera de besök de gör. De allra flesta föräldrastödjare upplevde dock samarbetet med barnhälsovårdens sjuksköterskor som välfungerande och positivt (Lindahl & Alfredsson, 2022).

De lokala anpassningar som gjordes av Rinkebymodellen handlade om att: 1) programmet infördes i flera stadsdelar samtidigt, 2) målgruppen utvidgades till att även inkludera gruppen som fick sitt första barn i Sverige i stället för enbart förstagångsföräldrar som i Rinkeby, 3) förutsättningarna för programmet gynnades av en samverkansstruktur kring det familjecentrerade arbetssättet, vilket inte fanns i Rinkeby och 4) många hembesök genomfördes på BVC/familjecentral under covid-19-pandemin. Initiativet till de lokala anpassningar som gjordes i Göteborg kom främst från implementeringsgruppen. Möjligheterna för personalen som utför hembesöken att föreslå lokala anpassningar verkar ha varit ganska begränsade, även om själva innehållet i hembesöken är relativt flexibelt.

I den sista fokusgruppen med implementeringsgruppen framkom det att de hade fått frågor från medarbetare om antalet hembesök skulle kunna anpassas lokalt. Implementeringsgruppen var dock tydliga med att den typen av anpassning skulle utgöra ett alltför stort avsteg från programmet och uttryckte viss oro över att antalet hembesök skulle begränsas i framtiden utifrån personalbrist. Implementeringen av UH i Göteborg har under försöksperioden behövt förhålla sig till att de lokala förutsättningarna varierade mellan olika områden. Vissa områden hade svårare personalbrist vilket gjorde att de tvingades avbryta eller senarelägga uppstarten av arbetet med UH. Sammanfattningsvis kan sägas att införandet av denna modell påverkades av både externa och interna faktorer och att det är viktigt att skilja mellan faktorer som går respektive inte går att påverka.

Hur upplevdes det att arbeta med Utökade hembesök?

Som tidigare nämnts var de flesta bland personalen positivt inställda till arbetet med Utökade hembesök när det startade. Men det fanns även negativa synpunkter på det. Flera uttryckte en önskan om att få vara mer delaktiga och kunna påverka upplägget av programmet. Hur personalen hade fått information om införandet av UH verkar ha varierat mellan olika stadsdelar. I ett område ledde det till att några BHV-sjuksköterskor sade upp sig. I ett annat område sökte sig däremot personal till den aktuella arbetsplatsen på grund av satsningen på UH. De negativa synpunkter som framfördes handlade bland annat om att det fanns oklarheter kring hur många

familjer personalen skulle arbeta med samt oklarheter kring schemaläggningen innan arbetet började. Dessutom fanns det, på flera familjecentraler, tankar kring att få föräldrar att bryta isolering genom att gå till den öppna förskolan för att lära känna andra föräldrar. Hembesöken uppfattades gå i motsatt riktning, det vill säga bidra till att föräldrar stannade kvar i hemmet, vilket väckte viss skepsis till hembesöksprogrammet som idé.

I samband med covid-19-pandemin uppkom nya svårigheter då personalgrupperna fick olika direktiv kring genomförandet av besök i hemmet eller ej. Barnhälsovårdens sjuksköterskor förbjöds inte att göra hembesök, utan skulle göra en riskbedömning utifrån om familjerna var symptomfria samt använda den skyddsutrustning som fanns. Föräldrastödjarna fick däremot inte genomföra hembesök under pandemin (detta gällde i alla områden utom ett). Det beslutet föranleddes av den riskbedömning som gjordes av föräldrastödjarnas chefer. Men här skilde sig riskbedömningen åt mellan olika chefer och områden.

Även om samarbetet mellan yrkesgrupperna framför allt upplevdes som positivt uppkom det även vissa spänningar dem emellan. De professioner som möts i hembesöksprogrammet har olika teoretiska utgångspunkter och kunskaper kring barn och familj vilket kan bidra till konflikter. Dessutom var BHV-sjuksköterskor och föräldrastödjare anställda i olika organisationer som gjorde olika riskbedömningar i samband med pandemin, vilket fick konsekvenser för det praktiska arbetet.

Det kan konstateras att arbetet med hembesöksprogrammet ställer stora krav på samarbete och flexibilitet. Organiseringen av samarbetet skilde sig åt mellan olika områden där personalen valde att skapa fasta eller flexibla team. De flexibla teamen innebar att all personal arbetade med alla, medan de fasta teamen innebar att föräldrastödjarna arbetade med några av sjuksköterskorna (som var fler till antalet). Det finns för- och nackdelar med bägge modeller. Fasta team innebär att teamets medlemmar lär känna varandra bättre vilket kan underlätta samarbetet dem emellan och med familjerna, medan flexibla team underlättar bokning av tider och att all personal i det specifika området lär känna varandra. Teamen i UH kan benämnas som tvärprofessionella (Lind & Skärvad, 1997). Kännetecknande för tvärprofessionella team är att de består av medlemmar som har kompletterande kompetenser. Teamen i UH kan samtidigt beskrivas som rollintegrerade, eftersom teamets medlemmar samspelar med varandra under arbetets gång. Arbetsuppgifterna utförs parallellt och integrerat i stället för av var och en av teammedlemmarna vid olika tidpunkter. Detta ställer högre krav på förmåga till kommunikation och samspel mellan teamets medlemmar än om arbetet sker parallellt (Lind & Skärvad, 1997).

Om vi går över till att jämföra innehållet i personalens arbete, så som det beskrivs i fokusgrupperna, med de önskade effekter som finns formulerade i programteorin kan vi konstatera att det finns en god överensstämmelse. Personalen menade att de hade kunnat erbjuda ett bättre stöd till familjerna inom ramen för UH samtidigt som de själva hade upplevt ett stöd genom teamarbetet. Vidare beskrev personalen att de hade haft lättare för att identifiera familjers behov när de arbetade i team och kunde dela intryck med kollegan i teamet. Personalen upplevde även att programmets

flexibla ram skapade goda förutsättningar för att erbjuda extra stöd. Upplevelserna av teamarbetet i Göteborg ligger i linje med de upplevelser som framkommit i intervjuer med BHV-sjuksköterskor i Trollhättan. De beskriver sig själva som brobyggare och att de upplevde en tidsvinst genom arbetet med utökade hembesök och samarbetet med föräldrastödjare (Jansson, 2021).

Vad innebär socialtjänstens arbete inom ramen för Utökade hembesök?

De teman som framkom i studien om föräldrastödjarnas roll handlar om rollförändring, att arbeta på BVC:s arena, att representera socialtjänsten och att stötta föräldrarna (Lindahl & Alfredsson, 2022). Föräldrastödjarnas arbete ligger i linje med den intention som finns i den nya socialtjänstlagen, där ett tidigt förebyggande arbete lyfts fram som en viktig del i det sociala arbetet (SOU, 2020:47).

Det första temat – *rollförändring* – beskriver innebörden av att arbeta hälsopromotivt och inte enbart preventivt i en roll som riktar sig till alla familjer i ett område. Detta tema aktualiserar frågan om vad som motiverar personalen att arbeta som socionom. Socionomer arbetar ofta med familjer utifrån en problemställning snarare än hälsofrämjande. Föräldrastödjarna kan visserligen erbjuda individuellt stöd till de föräldrar som behöver det, men programmet som sådant riktar sig även till föräldrar som fungerar väl i sin föräldraroll. Rollen blir då i stället att spegla och bekräfta föräldrarna i deras positiva föräldraskap (Barboza m fl., 2021).

Temat – *att arbeta på BVC:s arena* – innehåller tankar kring vad det innebär att arbeta på en plats där man inte är en självklar aktör. BHV:s sjuksköterskor är den yrkesgrupp som arbetar med det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet, vilket gör att föräldrastödjarna kan uppleva sin roll som sekundär i förhållande till sjuksköterskornas. Detta har delvis med traditioner att göra, men inte enbart. Det finns även juridiska och organisatoriska förhållanden som skapar hinder för samarbetet mellan yrkesgrupperna, exempelvis sekretessregler. Socionomerna äger inte heller den juridiska rätten till dokumentation, vilket blir en begränsning för arbetet och bidrar till känslan av att inte vara lika viktiga. Organisatoriskt handlar hindren om att de saknar gemensam dokumentation och i många fall inte heller utgår från gemensamma lokaler.

Temat – *att representera socialtjänsten* – tolkar vi som en av grundstenarna i Rinkebymodellens ansats att bidra till ökad tillit (Marttila m. fl., 2017). Ett grundmotiv till att programmet bärs upp av både BHV-sjuksköterskor och socionomer är just att föräldrastödjarna ska ha en symbolisk roll som representanter för socialtjänsten. Förhoppningen är att de genom att vara goda representanter för denna myndighet, ska öka vårdnadshavarnas tillit för att underlätta framtida kontakt.

Det kan kännas svårt att representera en myndighet som det finns en skeptisk inställning till. Föräldrastödjarna beskrev en ambivalens och en ovisshet kring vad föräldrarna hade för tankar om dem som yrkesgrupp. De föräldrastödjare som inte var anställda av socialtjänsten utan av regionen, lyfte fram att de slapp de negativa associationer som var kopplade till just socialtjänsten.

Det fjärde temat – *att stötta föräldrarna* – innehåller alla de delar som Barboza med flera (2021) beskriver att coachen, stödjaren och brobyggaren ägnar sig åt. Förutom att ge bekräftelse till alla vårdnadshavare i deras positiva samspel med barnet, innebär det också att ge individuellt stöd till dem som behöver det, samt att lotsa eller följa med till platser för att bryta social isolering. Temat inkluderar det sociala arbetets mångskiftande och breda karaktär, där relationsarbetet och det systemiska tänkandet är centralt. Föräldrastödjarna bidrar till att etablera goda relationer inom familjen och till att främja föräldrars kontakter med omvärlden. Genom att ha en annan utbildning och ett annat fokus jämfört med BHV:s sjuksköterskor bidrar föräldrastödjarna med ett psykosocialt perspektiv som gagnar familjerna.

Vilka effekter och betydelser hade de Utökade hembesöken för barn och föräldrar?

Enkätstudien

För att kunna uttala sig om programmets effekter för målgruppen bör man veta vilka föräldrarna är som får denna insats. Resultaten från enkätstudien visar att en stor andel av föräldrarna var utlandsfödda och hade sitt ursprung i många olika länder. Dessutom hade många familjer levt relativt kort tid i Sverige och i sitt nuvarande bostadsområde, vilket innebär en ökad risk för sårbarhet. Familjerna förefaller dock som grupp betraktad ha haft en förhållandevis god levnadssituation och hälsa. Det var anmärkningsvärt att utbildningsnivån bland föräldrarna var så pass hög: 57 procent hade gått mer än 12 år i skolan, det vill säga, hade sannolikt eftergymnasial utbildning. Eftersom det inte finns någon statistik över vilka föräldrarna är som fått hembesöken har det inte varit möjligt att undersöka om det finns ett systematiskt bortfall i enkätstudien avseende olika bakgrundsfaktorer. Man kan dock jämföra med den statistik som finns per stadsdel över utbildningsnivån bland föräldrar med barn under 6 år. Den visar att 42 procent av föräldrarna i Nordost, respektive 41 procent av föräldrarna som bor i närheten av Opaltorget hade eftergymnasial utbildning⁴⁶. Detta talar för att enkätstudien har fått ett selektivt bortfall avseende personer med lägre utbildning. Sammanfattningsvis finns det skäl att anta en viss underrepresentation av föräldrar med sämre förutsättningar att delta i enkätstudien, exempelvis på grund av bristande läs- och skrivförmåga eller språkliga hinder. Detta är viktigt att komma ihåg när man drar slutsatser om programmets effekter för målgruppen.

Det fanns initiala skillnader i upplevd föräldraförmåga mellan mammor och pappor där papporna rapporterade en lägre grad av förmåga vid två månader än vad mammorna gjorde. Denna skillnad var inte längre signifikant vid 15 månader. Att papporna ”kommit i kapp” sina partners kan vara ett uttryck för en naturlig utveckling men då studiedesignen inte inbegripit en kontrollgrupp är detta svårt att uttala sig om. Möjligtvis skulle denna utveckling även kunna härledas till de utökade hembesökens påverkan på pappornas upplevelser av sig själva som föräldrar, något som vi ser tecken på i de djupintervjuer som genomförts med pappor i utvärderingen.

⁴⁶ Avser invånare mellan 20–40 år som är föräldrar med barn 0–6 år. (Källa: RegSo Grevegården i SCB:s statistik)

Detta överensstämmer även med att pappor som medverkat i de utökade hembesöken i Rinkeby upplevde ett ökat självförtroende och ökade kunskaper om barnet efter att ha deltagit i programmet (Tiitinen Mekhail m.fl., 2019).

Frågorna som legat till grund för de rapporterade resultaten i enkätstudien är till stora delar överensstämmande med de frågor som ställdes till föräldrarna i Rinkebystudien (Marttila mfl., 2017), detta för att möjliggöra jämförelser mellan de två studierna. Vad gäller jämförelser av bakgrundsinformation mellan föräldrarna i Göteborg och Rinkeby är dessa i många fall svåra att genomföra på grund av att frågorna och svarsalternativen är formulerade på olika sätt. Dessutom baseras resultat-rapporteringen från Rinkebystudien på i huvudsak enbart mammor, medan rapporteringen av resultaten i den här slutrapporten baseras på både mammor och pappor. En annan viktig skillnad mellan studierna är att målgrupperna är delvis olika. I Rinkeby erbjöds hembesöksprogrammet enbart till förstagångsföräldrar, medan man i Göteborg även inkluderade föräldrar som hade barn sedan tidigare men som fått sitt första barn i Sverige. Detta är viktigt att komma ihåg i tolkningarna av resultaten. I följande stycken fokuserar vi på jämförelser med våra resultat vid 15 månader med resultaten från Rinkebystudien vid 15 månader i de frågeområden som haft jämförbara frågor och svarsalternativ. För en jämförelse mellan de två studiernas resultat vid två månader hänvisas till delrapport 4 (Västra Götalandsregionen & Göteborgs Stad, 2022).

Avseende föräldrars och barns hälsa var resultaten snarlika i de två studierna. I Göteborg upplevde de allra flesta föräldrar den egna hälsan som mycket (59 %) eller ganska bra (39 %). I Rinkeby angav de allra flesta föräldrar att deras hälsotillstånd var mycket gott eller gott (88 %) eller någorlunda (9 %). Barnets hälsa uppgavs i Göteborg vara mycket (92 %) eller ganska bra (7 %). I Rinkeby angav föräldrarna att barnets hälsotillstånd var mycket gott eller gott (98 %) eller någorlunda (2 %). I Göteborg ökade andelen barn som uppfattades må mycket bra mellan den första och den andra enkäten, något som inte framkom i Rinkeby. Det fanns inte några skillnader mellan Rinkeby och studiens kontrollområden⁴⁷ avseende hälsa.

Avseende upplevd föräldraförmåga är en exakt jämförelse mellan Göteborg och Rinkeby omöjlig att göra på grund av att man i Rinkebystudien använde en skala med fler frågor och andra svarsalternativ. I Rinkebystudiens slutrapport konstateras dock att tilltron till den egna föräldraförmågan ökade mellan två och 15 månader – vilket överensstämmer med resultaten i Göteborg – men till skillnad från i Göteborg var denna ökning inte signifikant. Samma mönster sågs i Rinkebys kontrollområden. Att ökningen var signifikant i Göteborg kan möjligtvis ha att göra med att den förkortade skalan som användes för att mäta upplevd föräldraförmåga var mer träffsäker än den ursprungliga längre skalan som användes i Rinkebystudien.

Avseende upplevt stöd saknade en högre andel föräldrar i Göteborg någon att vända sig till vid problem jämfört med i Rinkeby (15 % jämfört med 4 %). Att föräldrarna i Rinkeby upplevde sig ha bättre tillgång till någon att vända sig till vid problem kan tyda på att de som grupp betraktat hade ett tryggare socialt nätverk. Hypotesen stärks av att skillnaderna mellan Göteborg och Rinkeby fanns redan vid 2 månader (se

⁴⁷ Kontrollområdet i Rinkebystudien var BVC i stadsdelarna Husby och Hässelby gård.

delrapport 4). Även i Rinkebystudiens kontrollområden uppgav föräldrarna sämre tillgång till socialt stöd vid två och 15 månader (Martilla m.fl., 2017).

Det var också en lägre andel föräldrar som hade besökt öppen förskola i Göteborg (53 %) jämfört med i Rinkeby (68 %). Här bör covid-19-pandemins påverkan under studieperioden i Göteborg beaktas, då pandemin påverkade tillgången till i stort sett alla organiserade aktiviteter för småbarnsföräldrar.

Sammanfattningsvis överensstämmer resultaten från studierna i Göteborg och Rinkeby med ett fåtal undantag. Med tanke på relativt lågt deltagande (54 % av alla som fick utökade hembesök under perioden) och högt bortfall bland föräldrar i enkätstudien (55 % mellan enkät 1 och 2) och med viss systematik (större bortfall bland utlandsfödda) bör resultaten tolkas med viss försiktighet⁴⁸. Covid-19-pandemins inverkan under studieperioden bör också beaktas.

Föräldraintervjuerna

Föräldrarna som intervjuades bestod av en heterogen grupp. De rekryterades också för att gruppen skulle täcka in den bredd som finns bland föräldrarna som får de utökade hembesöken med avseende på kön, om de var förstagångsföräldrar och om de var ensamstående eller ej. Föräldrarnas upplevelser av att ha fått de utökade hembesöken varierade också utifrån deras olika utgångspunkter. Livssituationerna skilde sig åt inom gruppen med avseende på socio-ekonomiska faktorer som skapar trygghet, exempelvis att vara anknuten till platsen, ha en ordnad bostad, ekonomi, rätt att stanna i landet och ha kunskap om språket och kulturen. Den tematiska analysen resulterade i följande tre huvudteman: Föräldrarnas utgångspunkter, Stöd som förälder och Samspelet med personalen. Temat Föräldrarnas utgångspunkter handlar om faktorer som påverkar den individuella och sociala inramning som familjerna hade som utgångspunkt. Eftersom hembesöksprogrammet är en universell insats får även familjer som lever ett välordnat liv, tillgång till det. Familjer där bägge föräldrar hade trygga anställningar, var etniskt svenska och bodde på ett tryggt sätt ingick även i intervjustudien, även om de var i minoritet. Flera av intervjupersonerna levde dock under förutsättningar som kännetecknas av brister av olika slag. Det rörde sig om brist på socialt nätverk, trygg boendemiljö, brist på arbete med mera, vilket ligger i linje med tidigare studier som beskriver föräldrar som migrerat och bor i socio-ekonomiskt utsatta områden (Mekhail m.fl., 2019; Degni m.fl., 2006; Barboza, 2022). Många av familjerna levde under osäkra livsvillkor vilket antas påverka risk för ohälsa. I vår studie framkom det att många föräldrar upplevde bostadsområdet som otryggt och att de inte ville att deras barn skulle växa upp där. Studier baserade på Rinkebymodellen pekar också på det segregerade bostadsområdet som en bidragande faktor till sämre villkor, ojämlikhet i hälsa och sämre tillgång till välfärdstjänster (Barboza, 2022).

Många föräldrar i intervjustudien var födda utanför Sverige och hade relativt nyligen flyttat från länder där kvinnorna förväntas ha huvudansvar för barnets omsorg och uppfostran. Vad som betraktas som familj skiljer sig också åt mellan länder. Familjebegreppet i länder utanför västvärlden kan inkludera fler familjemedlemmar,

⁴⁸ I metodbilagan finns en detaljerad beskrivning kring deltagande och bortfall.

till exempel de egna föräldrarna, syskonen och ingifta släktingar där maktförhållandena ofta utgår från en patriarkal struktur (Al-Baldawi, 1998). För de föräldrar som hade flyttat från ett land som skiljer sig åt i kulturellt hänseende, blev det en stor omställning att bli förälder i Sverige (Degni m.fl., 2006). Kraven på omställning handlar både om att förstå hur man förväntas vara förälder i ett land som är baserat på individen⁴⁹, att tvingas klara sig själv utan sitt naturliga sociala nätverk och dessutom att integrera sig i det nya landet. I en mer kollektivistisk kultur är ansvaret för att ge omsorg och fostra barnen fördelat mellan många, medan det i Sverige företrädesvis är ett ansvar som enbart vilar på föräldrarna. Synen på kvinnors rättigheter kan också skilja sig från den jämlikhetsdiskurs som Sverige har, där bägge föräldrar förväntas ta ansvar för sina barn redan från allra första början. Flera pappor i intervjustudien uppskattade deras möjligheter att få vara involverade till exempel vid förlossningen och som föräldralediga. Samtidigt var det många pappor som inte hade möjlighet att medverka på alla hembesök på grund av att de behövde arbeta, vilket även finns beskrivet i studier baserade på Rinkebymodellen (Mekhail m.fl., 2019; Barboza, 2022). Hembesöksprogrammet kan påverka föräldrarnas förutsättningar på attitydnivå men inte de strukturella orsaker som ligger bakom ojämlika uppväxtvillkor. Det är viktigt att förstå vilka föräldrar som bor i socio-ekonomiskt utsatta områden, utan att skapa en generaliserande bild av att det rör sig om föräldrar utan resurser.

De utökade hembesöken bidrog till en upplevelse av att få stöd som förälder. Föräldrarna har känt sig sedda, vägleda och har erhållit praktisk information kring frågor som rör barn och föräldraskap till exempel om sömn, amning och råd kring barnets hälsa, trygghet och säkerhet. Föräldrarna har främst beskrivit betydelsen av det stöd de har fått mot bakgrund av deras egna funderingar. De problem som de hade fått hjälp med handlade främst om frågor som rör föräldraskap men inte enbart. Några hade även fått stöd i kontakter med myndigheter, stöd i parrelationen med mera. Detta ligger i linje med det resultat som framkom i de fokusgrupper som genomfördes med personal i den här utvärderingen, och som även har beskrivits i studier som baseras på Rinkebymodellen (Barboza m.fl., 2021; Barboza, 2022).

Det tredje temat som kom fram i analysen av föräldraintervjuerna handlar om samspelet med personalen. Här lyfts betydelsen av personalens olika bidrag fram. Föräldrarna upplever att föräldrastödjaren och BHV-sjuksköterskan båda bidrar med något unikt. Som tidigare nämnts ser sjuksköterskorna en risk i att de missar de psykosociala faktorerna när de arbetar i mer socialt belastade områden, för att det kan vara svårt att både fånga upp den typen av behov och barnets behov av förebyggande hälso- och sjukvård när de arbetar själva. Detta talar för betydelsen av att hembesöksprogrammet inkluderar föräldrastödjare.

Vikten av att det är samma team som kommer hem till föräldrarna betonas av intervjupersonerna. Det är en förutsättning för att de ska vilja öppna sig för personalen och utveckla en förtroendefull relation till dem. De förtroendefulla relationerna som skapas inom ramen för programmet har beskrivits som en

⁴⁹ Detta visar sig inte minst i hur lagstiftningen ser ut där Sverige är ett av få länder som inte tillämpar sambeskattnings mellan gifta personer. Familjen är inte den minsta enheten i det svenska samhället utan individen.

kärnkomponent i Rinkebymodellen (Barboza, 2022). Merparten av föräldrarna uppgav att de hade fått förtroende för personalen och att det berodde på att de hade fått ett gott bemötande som byggde på en lyhördhet för familjens behov av stöd. Några föräldrar kände sig nöjda med att bli sedda och bekräftade och få en förståelse för vad som var ”normalt” för små barn och nyblivna föräldrar, medan andra hade efterfrågat mer specifika kunskaper för att känna sig trygga. Ett fåtal föräldrar uttryckte en viss skepticism kring varför just de hade erbjudits de utökade hembesöken och andra berättade att de hade känt större förtroende för en av personerna i teamet. Förtroendet påverkades också av hur tillgängliga de upplevde att personalen var. I några fall upplevde föräldrarna att det hade varit svårt att nå personalen. Flera föräldrar i intervjustudien menade att de gärna hade haft fler besök men i enkätstudien var det endast en femtedel av föräldrarna som önskade fler hembesök.

Studier vid 18 och 30 månaders ålder

Indikatorstudien vid 18 månader och pilotstudien vid 30 månader resulterade i några intressanta resultat. Det visar sig till exempel att det verkar finnas ett positivt samband mellan deltagande i UH och amning vid 4 månaders ålder, screening av mammor för postnatal depression samt vaccination med rotavirusvaccin.

Rekommendationen är att barn bör helammas till sex månaders ålder (Livsmedelsverket, 2020) vilket inte efterlevs i någon högre utsträckning. 2019 var det endast tio procent som helammades vid denna ålder (Socialstyrelsen, 2021). Det finns ett tydligt samband mellan sociodemografi och amning som visar att mammor med högre utbildning ammar längre tid än mammor med kortare utbildning (Socialstyrelsen, 2014). Det är angeläget att stödja mammor i socio-ekonomiskt utsatta områden att fortsätta amma för att utjämna ojämlikhet i hälsa bland barnen.

Ökad vaccinationsgrad är en uttalad målsättning med de utökade hembesöken och en förväntad effekt enligt den programteori som togs fram. Utvärderingen av Rinkebymodellen visade positiva effekter av programmet i fråga om andelen barn som hade fått MPR-vaccin (Martinez et al, 2019; Burström et al., 2019). Att vi inte ser något sådant samband när det gäller MPR-vaccination i Göteborg kan bero på att vaccinationsgraden var relativt hög här redan innan satsningen startade.

Om vi går över till att diskutera resultatet från pilotstudien bör vi först påminna om att det är en liten studie, vilket minskar möjligheten att dra säkerställda slutsatser. Trots att studien var liten framkom det ändå några positiva samband mellan UH och några faktorer, till exempel i fråga om barnens språkutveckling samt i upplevd föräldraförståelse när barnen var 30 månader. Dock framkom ett negativt samband – stick i stäv med förväntningarna – som visar att UH-gruppens föräldrar hade besökt akutsjukvård⁵⁰ för sitt barn i högre utsträckning än föräldrarna i kontrollgruppen. Att uppsöka vård för sitt barn skulle visserligen även kunna tolkas som ett tecken på god föräldraförståelse, men går emot det resultat om minskade akutbesök som framkom i utvärderingen av Rinkebymodellen (Marttila m.fl., 2017). De samband som framkom i studierna vid 18 och 30 månader bör studeras vidare i en större studie som är

⁵⁰ Med akutsjukvård menas här både jouröppen vårdcentral samt akuten på Drottning Silvias barnsjukhus.

upplagd med kontrollgrupp för att öka möjligheterna att dra slutsatser från resultatet. Avslutningsvis kan sägas att resultaten som bygger på föräldrar och barn ligger i linje med tidigare forskning som pekar på betydelsen av hembesöksprogram och tidiga interventioner för att minska skillnader i ojämlik hälsa bland befolkningen (Pikhart m.fl., 2014).

Metoddiskussion

De slutsatser som kan dras av utvärderingen i sin helhet förstärks av att den bygger på en blandning av både kvalitativ och kvantitativ metod, på olika typer av data och perspektiv. Studier som bygger på en mix av metoder antas öka forskningens trovärdighet och tillförlitlighet (Sandelowski, 2014). En annan styrka i upplägget av flera delstudier är att många variabler, frågor och indikatorer är desamma som i den utvärdering som gjordes av den ursprungliga Rinkebymodellen, vilket har gjort det möjligt att göra jämförelser med den.

Det finns dock vissa begränsningar i utvärderingen som minskar möjligheterna att dra generella slutsatser. Den viktigaste är att enkätstudien inte hade en kontrollgrupp, vilket minskar möjligheterna till jämförelser med familjer som enbart tagit del av det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet. En begränsande faktor är det stora bortfallet vid 15 månaders ålder i enkätstudien. Bortfallet var större jämfört med utvärderingen av den ursprungliga Rinkebymodellen och dessutom verkar det finnas en underrepresentation av föräldrar med lägre utbildningsnivå i enkätstudien (se även bilaga). Detta innebär att vi inte kan dra slutsatser om hur just denna grupp föräldrar upplevde medverkan i det utökade hembesöksprogrammet.

Slutsatser

Slutsatserna efter att ha utvärderat Utökade hembesök i Göteborg är att programmet implementerades i en annan slags kontext jämfört med i Rinkeby. Satsningen var mycket större i Göteborg i och med att det var sju BVC:er med tillhörande socialtjänst som var med här jämfört med endast ett område i Rinkeby. Initiativet till satsningen i Göteborg kom även utifrån och inte från verksamheterna själva som i Rinkeby, samt mötte ett annat sammanhang i Göteborg då det här redan fanns familjecentraler och ett familjecentrerat arbetssätt på många platser i staden. Ytterligare en faktor som skilde sig åt från utvärderingen av Rinkebymodellen är att projekttiden i Göteborg kom att påverkas av covid-19-pandemin (från våren 2020 till våren 2022). Men trots att satsningen stötte på visst motstånd i början och olika svårigheter på vägen, fortsatte arbetet med programmet på alla platser utom en när det väl hade startat upp.

Den struktur och process som skapades av implementeringsgruppen för att stödja arbetet i form av lokala operativa grupper, processtödjare och koordinators, utbildningar och uppföljning har sannolikt bidragit till detta. Dessutom lär den gemensamma handledningen av yrkesgrupperna ha bidragit till att utveckla ett gott samarbete dem emellan. De fokusgrupper som gjordes med bägge personalkategorier vittnar om att personalen uppskattade arbetet med Utökade hembesök, upplevde ett gott samarbete över yrkesgränserna och att arbetet kändes utvecklande. Den studie som fokuserade enbart på föräldrastödjarnas roll beskriver hur det psykosociala perspektivet adderar till BHV:s arbete, men även att arbetet inom BHV innebär att man inte har en självklar roll som föräldrastödjare, utan blir beroende av sjuksköterskan för att få tillgång till dokumentationen om familjen. Föräldrastödjare möts också oftare av en viss skepsis på grund av sin anställning vid socialtjänsten⁵¹. Att skapa goda relationer till föräldrarna används som en strategi för att öka tilliten och motverka eventuell misstro.

Den intervjustudie som genomfördes med föräldrar bidrar till en ökad förståelse för vad hembesöken betyder för nyblivna föräldrar i socioekonomiskt utsatta områden. Resultatet beskriver några teman som handlar om hur det stöd som föräldrarna möter från personalens sida svarar mot olika behov som föräldrarna har, även om varje möte mellan föräldrar och personal är unikt. Intervjuerna tydliggjorde att många föräldrar ställs inför dubbla krav på omställning. De behöver både ställa om till att bli förälder och ta hand om sitt barn *och* till att integrera sig i det nya landet med allt vad det innebär. Det senare gäller förstås föräldrar som nyss har flyttat till Sverige. Resultatet beskriver kulturella skillnader i innebörden av att vara förälder mellan Sverige och många andra länder i världen. Sverige är ett land som kulturellt kännetecknas av att vara sekulärt, jämställt och individualistiskt, vilket gör det till ett undantag bland många länder i världen⁵². Även om man inte är ny i Sverige har många föräldrar behov av kunskaper och stöd för att främja sin egen och barnets hälsa och livsvillkor.

⁵¹ Några i Angered är dock anställda vid Angereds närsjukhus, Västra Götalandsregionen.

⁵² <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSNewsShow.jsp?ID=467>

När det gäller effekter av programmet noteras vissa resultat som ligger i linje med förväntningarna. För det första framgår det av enkätresultatet att i princip alla föräldrar var nöjda eller mycket nöjda med hembesöken. Enkätresultatet visar också att den upplevda föräldraförmågan ökade mellan det andra och sista hembesöket (när barnet var mellan 2 och 15 månader). Den upplevda föräldraförmågan visade sig också vara högre bland föräldrarna som hade deltagit i UH jämfört med bland föräldrar i en kontrollgrupp när barnet var 2,5 år gammalt. Det verkar även som att föräldrarna i UH i högre utsträckning blivit screenade för postnatal depression samt att barnen i UH fick rotavirusvaccin samt ammadess i högre utsträckning jämfört med referensvärden. Dessutom var det en mindre andel barn som bedömdes ha problem med sitt språk vid 2,5 års ålder av dem som deltagit i UH jämfört med en kontrollgrupp. Ett resultat som går stick i stäv med förväntningarna är att en större andel av barnen som medverkat i UH hade besökt akutsjukvård jämfört med barnen i en kontrollgrupp vid 2,5 års ålder. Detta behöver dock inte tolkas som en negativ effekt av UH, utan kan också tolkas som ett tecken på god föräldraförmåga, att föräldrar söker vård för sina barn.

Dock saknas studier av långtidseffekter och en hälsoekonomisk analys av UH. Vi föreslår att barn och familjer följs upp under längre tid och med större studier, för att vi ska kunna dra slutsatser om huruvida hembesöksprogrammet bidrar till de potentiella effekter som finns beskrivna i programteorin samt för att beskriva kostnader och hälsovinster av denna insats.

På lokal nivå rekommenderas ett fortsatt samarbete mellan socialtjänsten och barnhälsovården eftersom socialtjänsten bidrar med något unikt, det psykosociala perspektivet. Dessutom bidrar samarbetet till att föräldrar utvecklar tillitsfulla relationer även till föräldrastödjarna, vilket i sin tur förväntas bidra till att föräldrarna i högre utsträckning vänder sig till dem om de skulle få behov av stöd längre fram. På nationell nivå föreslås att en statlig aktör ansvarar för uppföljning och kunskapsspridning om de satsningar som görs på hembesöksprogram på olika håll i landet. Dessa lärdomar behöver sammanställas och kritiskt granskas för att bidra till en evidensbaserad praktik som förmår minska ojämlikheten i barns hälsa och livsvillkor.

Referenser

- Al-Baldawi, R. (1998). I migrationens och exilens spår: Psykosociala konsekvenser av en förändrad familjestruktur. *Läkartidningen*, 95, 19, 2223–2231.
- Alfredsson, E. (2018). *Growing together: Participation in and outcomes of programs for parents of adolescents*. Doktorsavhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Barboza, M., Marttila, A., Burström, B. & Kulane, A. (2021). Contributions of Preventive Social Services in Early Childhood Home Visiting in a Disadvantaged Area of Sweden: The Practice of the Parental Advisor. *Qual Health Res.* 2021:1049732321994538-.
- Barboza, M. (2022). *Home visiting for a better start in life: Studies of an intervention to promote health equity in a socioeconomically disadvantaged area of Sweden*. Doctoral dissertation, the Department of Global Public Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Barboza, M., Marttilla, A., Burström, B., & Kulane, A. (2022). Towards health equity: core components of an extended home visiting intervention in disadvantaged areas of Sweden. *BMC Public Health* 22, 1091. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13492-3>
- Berry, O. O., Londoño Tobón, A., & Njoroge, W. F. (2021). Social determinants of health: the impact of racism on early childhood mental health. *Current Psychiatry Reports*, 23(5), 1-10.
- Bloomfield L., Kendall S. (2007). Testing a parenting programme evaluation tool as a pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. *J Adv Nurs.*, 60, 487–493.
- Bloomfield L., Kendall S. (2010). Audit as evidence: the effectiveness of ‘123 magic’ programmes. *J Community Pract Health Visit Assoc.*, 83, 26–29.
- Blomqvist, P. & Palme, J. (2020). Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990. *Social Inclusion* 8(1), 114–23.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. doi.org/10.1191/1478088706qp0630a
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burström, B., Mellblom, J., Marttila, A., Kulane, A., Martin, H., Lindberg, L., & Burström, K. (2020). Healthcare utilisation and measles, mumps and rubella vaccination rates among children with an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden – A 3-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1847-1853.
- Degni, F., Pöntinen, S. & Mölsä, M. (2006). Somali parent’s experiences of bringing up children in Finland: Exploring social-cultural change within migrant households. *Qualitative Social Research*, 7,3. <https://doi.org/10.17169/fqs-7.3.139>

Duffee, J.H., Mendelsohn, A.L., Kuo, A.A., Legano, L.A. & Earls, M. F. (2017). Early childhood home visiting. *Pediatrics* 140, 3.

Felitti, V., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE), *Am. J. Prev. Med.*, 14,4, 248-258.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
<https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature>

Folkhälsomyndigheten (2017). *Från nytta till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0.*

Funnell, S.C. & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful Program Theory "Effective Use of Theories of Change and Logic Models"*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Göteborgs Stad (2017a). *Jämlikhetsrapporten 2017: Skillnader i livsvillkor i Göteborg*. Hämtad 2023-06-19 på
<https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/jamlikt-goteborg/rapporter/jamlikhetsrapporten-2017%3A-skillnader-i-livsvillkor-och-halsa-i-goteborg>

Göteborgs Stad (2017b). *Underlag Utökade hembesök, utveckling av det familjecentrerade arbetssättet*. Jämlikt Göteborg – hela staden socialt hållbar 2017-10-19 (beslutsunderlag inför eventuell start av det utökade hembesöksprogrammet inom Göteborgs Stad.

Hertzman, C., & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual review of public health*, 31, 329-347.

Institute of Health Visiting *Principles of Health Visiting*. Hämtad 2023-08-24 från
<https://ihv.org.uk/about-us/principles-of-health-visiting/>

Irwin, L., Siddiqi, A. & Hertzman C. (2007). *Early child development: a powerful equalizer. Final report for the WHO's Commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, Commission on social determinants of health. Hämtad från
https://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf

Jansson, A. (2021). *Utökade hembesök Göteborg. En utveckling och förstärkning av familjecentrerat arbetssätt mellan Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen*. Barnbladet, april 2021, 2, 36-39.

- Kendall S. & Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *The Journal of Advanced Nursing*, 51, 174–181.
- Lind, J.-I., & Skärvad, P.-H. (1997). Nya team i organisationens värld. Malmö: Liber.
- Lindahl, L. (2018). Utökade hembesök Göteborg. Utvärderingsplan. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
- Lindahl, L. & Alfredsson, E. (2022). *Att finna sin roll, att så ett frö – föräldrastödjarnas arbete i barnhälsovården*. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
- Livsmedelsverket. (2020). *Bra mat för barn 0–5 år – handledning för barnhälsovård*. Stockholm: Livsmedelsverket. Hämtad 2022-03-23 från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/handbocker-verktyg/bra-mat-for-barn-0-5-ar---handledning-for-barnhalsovarden.pdf>
- Marmot, M. (2010). *Strategic review of health inequalities in England post-2010 – Fair society, healthy lives*. London: The Marmot Review. Hämtad från: <https://www.instituteofhealthequity.org/resourcesreports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-fullreport-pdf>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 380(9846), 1011-1029.
- Marttila, A., Lindberg, L., Bursström, K., Kulane, A. & Burström, B. (2017). Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst: Slutrapport utvärdering. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin samt Karolinska Institutet. http://dok.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/BVCrapport-2017.pdf
- Moore, J. E., Bumvarger, B. K., & Rhoades Cooper, B. (2013). Examining adaptations of evidence-based programs in natural contexts. *Journal of Primary Prevention*, 34, 147-161.
- Olds, D.L., Sadler, L., Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry* (48), 355–391.
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., et al. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 13(17).
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross-sectional study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7629), 1080. <https://doi.org/10.1136/bmj.39377.580162.55>

Pikhart, H., Ruiz, M., Morrison, J., Goldblatt, P. & Marmot, M. (2014). *DRIVERS final scientific report: Inequities in early childhood health and development, evidence and policy implications*. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project, <http://health-gradient.eu/>. London: Research Department of Epidemiology and Public Health, University College London.

Rikshandboken Barnhälsovård. (2023). *Barnhälsovårdens nationella program*. Hämtad 2023-08-24 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>

Rädda Barnen (2021). *Barnfattigdom i Sverige. Årsrapport*.

Sandelowski, M. (2014). Unimixing Mixed-Methods Research. *Research in Nursing & Health*, 37, 3-8.

Sarkadi, A., Gredebäck, G. & Risholm, P. (2018). *Forskning i korthet: Spädbarns utveckling och behov av en trygg bas*. Tillgänglig via: www.forte.se/publikation/fk-spadbarn

Sjögren Forss, K., Mangrio, E. & Hellström, L. (2022). Interprofessional teamwork to promote health: First-time parents' experiences of combined home visits by midwife and child health care nurse. *Front Pediatric*, 3, 10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35311059/>

Socialstyrelsen (2012). *Om implementering*, 2012-6-12.

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om amning 2019*. Art.nr. 2021-12-14.

Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om amning 2019*. Hämtad 2022-03-23 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7693.pdf>

Statens Offentliga Utredningar (SOU, 2017:47). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Stockholm: Regeringskansliet.

Statens Offentliga Utredningar (SOU, 2020:47). *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*. Stockholm: Regeringskansliet.

Titiinen Mekhail K., Lindberg, L., Burström, B. & Marttila, A. (2019). Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: fathers striving for stability, *BMC Public Health*, 19:102. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6440-y>

Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad (2019). *Delrapport 1*. Maj 2019. Hämtad 2023-06-15 på <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/central-barnhalsovard/informationsmaterial/utokade-hembesok/delrapporter-utokade-hembesok/>

Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad (2021). *Utökade hembesök Göteborg. Delrapport 3*. April 2021. Hämtad 2023-06-15 på <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/uppdrag-och-avtal/central-barnhalsovard/informationsmaterial/utokade-hembesok/delrapporter-utokade-hembesok/>

Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad (2022). *Utökade hembesök Göteborg. Delrapport 4*. Maj 2022. Hämtad 2023-06-15 på <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/uppdrag-och-avtal/central-barnhalsovard/informationsmaterial/utokade-hembesok/delrapporter-utokade-hembesok/>

WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health: World Health Organization; 2008.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

Wickberg, B. (2020-04-29). *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor*. Rikshandboken för Barnhälsovård. Hämtad 2022-03-23 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/>

Bilaga: Metod

Etikprövningar

De delstudier som har involverat föräldrar och barn har skickats in till Etikprövningsmyndigheten för prövning och blivit godkända. Det rör sig om enkät- och intervjustudien med föräldrar (Dnr 2019-03392), indikatorstudien vid 18 månader (Dnr 2020-02077) samt pilotstudien vid 30 månader (Dnr 2021-06548-02).

Implementeringsstudien

Tillvägagångssätt

Den data som användes för analys i implementeringsstudien var: 1) primärdata från fokusgruppsintervjuer och observationer och 2) sekundärdata i form av rapporter, avsiktsförklaringar och politiska program.

För att förstå bakgrunden till införande av Utökade hembesök och beslutsprocessen kring programmet har följande material använts:

- Delrapport 1, 2, 3 och 4 för Utökade hembesök som skrivits av uppdragsgivarna⁵³.
- Avsiktsförklaring Familjecentrerat Arbetssätt, Göteborgs Stad.
- Program för en Jämlik Stad, Göteborgs Stad.
- En presentation från Jämlik Stad om historien bakom det familjecentrerade arbetssättet, samverkansform och beslutsvägar.

För att beskriva implementeringsprocessen har följande material använts:

- Fokusgruppsintervjuer genomfördes med implementeringsgruppen 2020-12-08 och 2022-06-02.
- Fokusgruppsintervju med handledare genomfördes 2020-10-02.
- En observation genomfördes av en planeringsdag 2020-09-30 med implementeringsgruppen.
- Material från en workshop om programteori som genomfördes 2021-05-07.

Analys

Analysen har utgått från implementeringsteori och de modeller för implementering som beskrivs av Socialstyrelsen (2012) och Folkhälsomyndigheten (2017). Först strukturerades materialet för att skapa en sammanhängande tidslinje i relation till de olika faser som beskrivs i Socialstyrelsens modell. Materialet har sedan analyserats i enlighet med den modellen för att beskriva implementeringsprocessen av Utökade hembesök i Göteborg.

⁵³ FoU i Väst har bidragit med delar av innehållet i rapport 2,3 och 4.

Programteorin

Tillvägagångssätt

Programteorin utvecklades med hjälp av material från två workshoppar som genomfördes med chefer, tjänstepersoner och operativ personal. Den första workshoppen genomfördes i mars 2019 och den andra i maj 2021. Syftet med den första programteorin var att identifiera de underliggande antaganden som programmet upplevdes bygga på för att skapa en gemensam bild för involverade samt identifiera potentiella effekter som vi som utvärderare kunde följa upp. Den andra workshoppen syftade till att revidera programteorin när berörda parter hade större praktisk erfarenhet av att arbeta med programmet. Fokus vid detta tillfälle var att beskriva potentiella effekter av programmet för de professionella, vårdnadshavarna och barnen.

Bägge workshopparna leddes av Cornelia Björk, analytiker på FoU i Väst som är väl förtrogen med programteori utifrån ett teoretiskt (Funnel & Rogers, 2011) och praktiskt perspektiv. Den första workshoppen genomfördes i Göteborgsregionens lokaler och ett fyrtiotal personer medverkade. Den andra workshoppen genomfördes digitalt på grund av covid-19-pandemin. Vid det tillfället bjöds endast de tjänstepersoner och personal in som hade erfarenhet av UH. Dialogen faciliterades med hjälp av Padlet som är ett verktyg med "anslagstavlor" som medverkande kan skriva på. Vid båda tillfällena genomfördes diskussionerna både i mindre grupper och i helgrupp och strukturerades utifrån ett antal frågor som bygger på interventions- och effektteori.

Analys

Analyserna bygger på det material som kom fram vid workshopparna. Materialet bestod både av skriftligt material (post-it och info på Padlet) och de kommentarer som gavs vid summeringarna efter respektive gruppövning. Den första programteorin togs fram av forskare och analytiker vid FoU i Väst: Anna Melke, Cornelia Björk, Lisbeth Lindahl samt Elin Alfredsson som är forskare vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Den reviderade versionen togs fram av Cornelia Björk, Lisbeth Lindahl och Elin Alfredsson. Den första versionen av programteori förankrades och validerades externt genom att en preliminär version skickades till uppdragsgivarna. Den andra versionen skickades ut till samtliga deltagare som medverkat vid workshop 2. De kommentarer som lämnades på programteorierna visar att dessa upplevdes stämma överens med deltagarnas bilder av programmets innehåll och potentiella effekter. De synpunkter som lämnades handlade till exempel om ordval.

Personalperspektivet

Fokusgrupper med blandade yrkesgrupper

Tillvägagångssätt och analys

Samtlig personal bjöds in till att delta i fokusgrupperna. Kriteriet för att medverka var att arbetsplatsen hade arbetat med UH i minst ett halvår. Fokusgrupperna genomfördes med tvärprofessionella grupper med personal som arbetade i respektive område, förutom barnhälsovårds-sjuksköterskan från Gårdstens BVC som inkluderades i fokusgruppen med Lövgärdet på grund av att det endast var en BHV-sjuksköterska som arbetade i Gårdsten vid det tillfället.

Fyra fokusgrupper genomfördes under år 2019 till 2020, medan två genomfördes under våren 2021 pga. en senarelagd uppstart av arbetet i Angereds centrum. Varje fokusgrupp pågick i cirka två timmar inklusive kort fikapaus. Innan covid-19-pandemin genomfördes fokusgruppsintervjuerna som fysiska möten⁵⁴. Under pandemin genomfördes samtalen digitalt. Fokusgrupperna leddes av en eller två av forskarna och spelades in på ljudfil eller film (digitala fokusgrupper) efter godkännande från deltagarna. Anteckningar fördes också simultant under dialogerna av den forskare som inte pratade eller av en extern person som kontrakterades som "skrivare". För att inte missa viktiga teman användes en frågeguide som stöd för samtalet. Deltagarna fick även fylla i en kort enkät med bakgrundsfrågor och spontana tankar kring arbetet med UH. Denna enkät skickades även ut till de personer som inte hade möjlighet att medverka i fokusgruppen. Det bandade materialet från fokusgrupperna transkriberades i sin helhet och analysen av materialet genomfördes med hjälp av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Deltagare

Trettioen personer medverkade i fokusgrupperna (22 BHV-sjuksköterskor och 9 föräldrastödjare). Trettiofyra personer besvarade en kort enkät som kompletterade fokusgrupperna (24 BHV-sjuksköterskor och 10 föräldrastödjare). Samtliga föräldrastödjare hade socionomutbildning och av BHV-sjuksköterskorna var det 22 personer (92 %) som hade en vidareutbildning som barnhälsovårds-sjuksköterska, medan två hade utbildning som distriktssköterska. Flera sjuksköterskor hade båda specialiseringar. Bland socionomerna hade många vidareutbildningar till exempel som familjeterapeuter, handledare eller kortare utbildningar i att leda föräldrakurser med mera. Yrkeserfarenheterna varierade. En femtedel av alla deltagare (21 %) hade arbetat i mindre än ett år, medan drygt hälften (56 %) hade arbetat i minst sex år i sitt nuvarande yrke. Knappt hälften (46 %) hade arbetat på sin nuvarande arbetsplats/i området mellan 1 och 6 år. Femton procent hade arbetat där i mindre än ett år medan 38 procent hade arbetat där i mer än 6 år.

⁵⁴ På BVC, familjecentral eller lokal vid Göteborgs universitet. Personalen fick välja den plats som passade dem bäst.

Fokusgrupper med föräldrastödjare

Tillvägagångssätt och analys

Samtliga föräldrastödjare bjöds in till att delta i fokusgrupper. Kriteriet för att delta var att arbetsplatsen hade arbetat med UH i minst ett halvår. Tre fokusgrupper och en enskild intervju genomfördes. Grupperna bestod av deltagare från olika arbetsplatser för att gynna ett erfarenhetsutbyte över områdesgränser samt främja ett mer allmänt samtal om rollen som föräldrastödjare. Fokusgrupperna genomfördes mellan oktober 2020 och januari 2021. Varje fokusgrupp pågick i cirka två timmar medan intervjun pågick i cirka en timme. På grund av covid-19-pandemin kunde endast ett möte genomföras som ett fysiskt möte, det blev ett hybridmöte med några deltagare på plats⁵⁵ och några via länk, medan de andra två fokusgrupperna genomfördes digitalt. På grund av förhinder bland personal kompletterades fokusgrupperna med en enskild intervju. Fokusgrupperna leddes av en eller två forskare och spelades in på ljudfil eller film efter godkännande från deltagarna. Anteckningar fördes också simultant av den forskare som inte pratade eller av en annan person som var med som skrivare. För att inte missa viktiga teman användes en frågeguide som stöd för samtalet. Valda delar av ljudfilerna har transkriberats. Materialet analyserades med hjälp av tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Analysen inkluderade även material från fokusgrupper med blandade personalgrupper som hade gjorts tidigare i de fall som det var tydligt att det hade varit föräldrastödjare som uttalat sig.

Deltagare

Tretton av fjorton föräldrastödjare som arbetade med UH vid den här tidpunkten medverkade i studien. De representerade samtliga områden som arbetade med UH. Elva av dem var anställda av socialtjänsten i Göteborgs Stad, medan två personer var anställda av Angereds närsjukhus, Västra Götalandsregionen.

Föräldraperspektivet

Enkätstudie med föräldrar

Tillvägagångssätt och analys

De enkäter som användes i studien togs fram i samarbete med forskarna i Rinkebystudien för att möjliggöra jämförelser mellan studiernas resultat. Utöver svenska översattes enkäterna först till de fem vanligaste språken i de aktuella områdena, det vill säga arabiska, somaliska, persiska, sorani och engelska. I ett senare skede översattes de även till rumänska och albanska. Frågorna i den första enkäten utgjordes av bakgrundsfrågor (ursprungsland, utbildningsnivå, inkomstkälla, boendesituation, civilstånd, etc.), frågor om upplevd föräldraförmåga, upplevd hälsa (förälder och barn), tillgång till socialt stöd, besök på verksamheter för föräldrar och barn (som öppen förskola, föräldragrupper, etc.), upplevelser av den första tiden som förälder samt av mödra- och barnhälsovården. Den andra enkäten

⁵⁵ Genomfördes i Göteborgsregionens lokaler.

kompletterades med frågor om upplevelser av de utökade hembesöken, om besök hos barntandvården, språklig stimulans (läsa, sjunga, berätta sagor för barnet) samt om introduktion till förskola.

Enkäterna pseudonymiserades av UH-personalen enligt en kodlista som tagits fram och förmedlats av forskarna. Denna fylldes på med namn och kontaktuppgifter allt eftersom nya föräldrar rekryterades till studien. Kodlistorna förvarades inlåsta i BVC:s lokaler.

Föräldrar som fick UH tillfrågades av personalen vid andra hembesöket, när barnet var runt 2 månader, om de ville delta i enkätstudien. Anledningen till att rekrytering skedde vid det andra och inte det första besöket var för att inte ta tid och fokus från det initiala UH-mötet med föräldrarna, samt för att samma tidpunkt användes i Rinkebystudien. Föräldrarna fick samtyckesblanketter och formulär i pappersform. Tid var avsatt för att besvara formuläret under besöket och om behov fanns kunde föräldrarna få hjälp att förstå frågorna av personalen eller av den tolk som vid behov var bokad för besöket. De föräldrar som föredrog det fick ta med sig formuläret och ett frankerat svarskuvert för att fylla i hemma. Proceduren upprepades med den andra enkäten vid det sista hembesöket när barnet var runt 15 månader. Ifyllda formulär och samtyckesblanketter samlades antingen in i förslutna kuvert av UH-personalen som sedan förmedlade dessa vidare till forskarna, eller postades av föräldern direkt till forskarna. Enkät 1 samlades in under perioden augusti 2019 till och med oktober 2021 medan enkät 2 samlades in under perioden augusti 2021 till och med november 2022.

Svaren i enkäterna matades in i SPSS av personer anställda vid Göteborgsregionen och kvantitativa data analyserades med sedvanliga deskriptiva och inferentiella metoder. Skriftliga svar på öppna frågor analyserades med innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Deltagare och bortfall

Totalt deltog 317 föräldrar från 192 familjer i enkätstudien⁵⁶. Av dessa var 189 mammor, 127 pappor och en partner. Enligt information från implementeringsteamet ska 356 familjer ha fått ett andra hembesök under den aktuella perioden, vilket innebär att 54 % av familjerna valde att delta i enkätstudien. Friskvåderstorgets BVC hade högst deltagande i enkätstudien med 88 %, medan BVC Hjällbo hade lägst svarsfrekvens med 24 %. Deltagandet i enkätstudien var mycket högre innan covid-19-pandemin. Enligt den analys som gjordes våren 2021 inför delrapport 3 (Göteborgs Stad & Västra Götalandsregionen, 2021) var svarsfrekvensen god. Då hade enkät 1 besvarats av 72 % av alla familjer som deltog i programmet.

Nästan alla föräldrar (98 %) besvarade enkäterna själva utan hjälp av personal. Bortfallet av det totala antalet familjer mellan enkät 1 och 2 var 51 %. Det var procentuellt sätt lika många mammor som pappor som svarade vid första och andra tillfället. Bortfallet var större bland föräldrar som var födda utanför Sverige (59 % för

⁵⁶ Utöver de 317 föräldrarna besvarade ytterligare 41 föräldrar från 21 familjer enbart enkät 2. Eftersom bakgrundsinformation och jämförande svar från enkät 1 saknas för dessa föräldrar exkluderades de ur enkätstudien.

utlandsfödda respektive 45 % för svenskfödda). I tabell 4 presenteras fördelningen av enkätsvar mellan BVC-områden. Som framgår av tabellen var bortfallet av deltagande familjer mellan enkät 1 och 2 olika stort i de olika BVC-områdena. För mer information om deltagarna hänvisas till huvudrapportens resultatdel.

Tabell 4. Fördelning av besvarade enkäter mellan BVC-områden beräknat på antal familjer och föräldrar.

BVC-område	Familjer Enkät 1 ^a	Familjer Enkät 2	Föräldrar Enkät 1 ^b	Föräldrar Enkät 2	Bortfall av familjer mellan enkät 1 och 2
Friskvåderstorget	14	2	23	4	86 %
Gårdsten	23	16	35	19	30 %
Hjällbo	20	7	35	13	65 %
Lövgärdet	49	25	73	34	49 %
Opaltorget	48	30	88	53	38 %
Angered Närhälsan	22	7	37	12	68 %
Angered Capio	16	7	26	8	56 %
Totalt	192	94	317	143	51 %

^a Antal familjer där åtminstone en förälder deltog och besvarade enkäten.

^b Totalt antal besvarade enkäter från både mammor och pappor.

Intervjustudie med föräldrar

Tillvägagångssätt och analys

Intervjustudien med föräldrar genomfördes mellan våren 2020 och hösten 2022. Föräldrarna rekryterades via personalen som ett strategiskt urval utifrån särskilda kriterier (några skulle vara förstagångsföräldrar, några ha fått sitt första barn i Sverige, några skulle vara mammor, andra skulle vara pappor, några skulle vara gifta/sammanlevande medan andra skulle vara ensamstående).

Varje BHV-område ombads att bidra med ett visst antal föräldrar utifrån storleken på den aktuella BVC:n, för att få en bred representation. Vi önskade intervjua föräldrar från 20 familjer men fick endast med föräldrar från 16 familjer för att det var svårt att få dem att vilja medverka, samt för att intervjuerna pausades när smittspridningen var som värst under pandemin.

Personalen tillfrågade föräldrar vid det femte eller sjätte hembesöket. Familjerna skulle helst ha fått alla hembesök⁵⁷ och barnet skulle helst vara cirka 15 till 17 månader när intervjun gjordes. På grund av rekryteringssvårigheterna godkändes även medverkan av familjer när barnet blivit äldre (upp till 24 mån) efter pandemin. Föräldrarna fick en gåva efter genomförd intervju i form av ett presentkort på 300 kronor men kände inte till denna gåva innan intervjun för att detta inte skulle vara ett incitament till att vilja medverka.

Tretton av 16 intervjuer genomfördes i familjernas hem. Tre intervjuer genomfördes på telefon på grund av covid-19-pandemin (en intervju) eller för att familjen saknade

⁵⁷ Undantag gjordes i några fall av praktiska skäl till exempel om en familj skulle flytta till annan ort efter femte besöket.

en egen bostad (två intervjuer). Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade intervjuer på mellan 60 och 90 minuter av en och samma forskare (Lisbeth Lindahl). För att inte missa viktiga teman användes en frågeguide som stöd för samtalet. I början av studien genomfördes separata intervjuer med mammor respektive pappor, men då det visade sig att mamman alltid var närvarande i hemmet när pappan skulle intervjuas, ändrades upplägget till att bli parintervjuer i de fall som pappor godkänt deltagande i en intervju. Upplägget modifierades för att det kändes oartigt att inte ställa frågor även till mamman⁵⁸. När bägge föräldrar medverkade i en intervju utökades tiden till cirka 90 minuter.

De flesta intervjuer genomfördes på svenska (11 intervjuer). En intervju genomfördes på engelska medan fyra intervjuer genomfördes med hjälp av tolk. Femton intervjuer spelades in på ljudfil efter godkännande från deltagarna. En deltagare ville inte bli inspelad utan forskaren skrev då i stället noggranna anteckningar under intervjun. Efter varje intervju skrev forskaren ner sina intryck från intervjun. Ljudfilerna har transkriberats i sin helhet och materialet har analyserats med hjälp av tematisk analys (Braun & Clarke, 2006).

Deltagare

Deltagarna representerade samtliga områden som arbetade med UH. Fyra av 16 familjer har fått sitt "första barn i Sverige". Sju intervjuer genomfördes med både mammor och pappor, 7 intervjuer genomfördes med mammor och 2 intervjuer med pappor. Fjorton familjer bestod av gifta/sammanboende föräldrar med barn medan två familjer bestod av ensamstående mammor med barn.

I åtta av familjerna var en eller båda föräldrarna nyanlända⁵⁹. Föräldrarna i två familjer hade inte fått uppehållstillstånd och var asylsökande. De flesta intervjupersoner var utlandsfödda eller andragenerationsinvandrare (13 av 16 intervjuer).

Indikatorstudie vid 18 månader

Indikatorer

Indikatorstudien bygger på ett urval av hälsoindikatorer som valts ut för att ge en bild av faktorer som antingen främjar eller utgör en risk för barnets hälsa. Indikatorerna utgörs av ja- och nej-frågor (till exempel om barnet har ammat vid en viss ålder) samt frekvensdata (till exempel antal besök på akuten).

Urvalet av indikatorer bestämdes i dialog med uppdragsgivarna. För att beskriva i vilken utsträckning barnen ammadess användes fyra indikatorer: helamning vid fyra veckors ålder, delamning vid fyra veckor, helamning vid sex månader och delamning vid sex månader. Med helamning menas att barnet enbart får bröstmjölk. Delamning innebär att barnet även får bröstmjölkersättning, välling eller annan kost.

⁵⁸ Detta gjordes självklart även i de fall som mammans upplevelser var i fokus för intervjun och pappan var närvarande. Men det var vanligare att mamman var ensam vid mammaintervjuerna.

⁵⁹ Hade bott relativt kort tid i Sverige, hade svårigheter med språket och var inte integrerade på arbetsmarknaden.

(Socialstyrelsen, 2019). För att beskriva i vilken utsträckning barnen fick vaccinationer undersöktes om barnen fick MPR-vaccin och Rotavirus-vaccin. MPR är ett paket av grundläggande vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund. Vaccinationen ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för små barn. Folkhälsomyndigheten (2021) rekommenderar att alla barn ska vara vaccinerade med MPR vid 18 månaders ålder. Rotavirusvaccinet ingår också i det allmänna vaccinationsprogrammet sedan 2019. Rotaviruset är den vanligaste orsaken till svår diarré hos barn under tre år. Vaccinet ges till barn mellan sex veckor och fem månader (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Ytterligare en indikator som följdes upp handlar om huruvida mammorna hade tillfrågats om depression efter förlossningen, dvs. screenats med hjälp av EPDS. EPDS står för Edinburgh Postnatal Depression Scale. Det är ett screeningverktyg för postnatal depression hos nyblivna mammor. EPDS ska erbjudas till alla mammor när barnet är mellan sex och åtta veckor gammalt (Wickberg, 2020). För att mäta hur stor andel av barnen som exponerats för tobaksrök i sin hemmiljö undersöktes "Rökning i barnets hem vid fyra veckors ålder" och "Rökning i barnets hem vid åtta månaders ålder". Ett syfte med Utökade hembesök är att familjer med extra behov ska fångas upp samt att föräldrarna ska använda sig av rätt vårdnivå för sitt barn. Därför följde man också upp "Antal extra besök på BVC" och "Antal besök på akutmottagning⁶⁰".

Genomförande

Hälsoindikatorerna samlades in av barnhälsovårdssjuksköterskor på de barnavårdscentraler som ingick i UH. Familjer som deltagit vid färre hembesök än fyra exkluderades utifrån ett antagande om att de sannolikt inte hade påverkats lika mycket av hembesöksprogrammet som de som hade fått minst fyra hembesök. Studien genomfördes under perioden 2019–2022. En BHV-sjuksköterska vid varje BVC gick igenom samtliga barn som matchade urvalskriterierna efter barnets 18-månadersbesök på BVC och fyllde i data från barnets journal i en Excel-fil. Forskarna fick anonymiserade data för varje barn som BHV-sjuksköterskan hade kopplat till barnets personnummer.

Analys

Två analyser har genomförts enligt nedan:

1. En analys handlar om jämförelser inom gruppen barn som har fått UH. Datamängden är individbaserad vilket möjliggjort jämförelser utifrån bakgrundsvariabler såsom barnets kön, om barnet är förstfött eller ej samt antal hembesök som barnet deltagit i.
2. En analys bygger på aggregerad data från familjerna som hade deltagit i UH under undersökningsperioden 2019–2022 jämfört med referensvärden från UH-BVC och Kontrollgrupps-BVC för samma tidsperiod. Den här analysen bygger på aggregerad data i form av procentandelar för de familjer som ingick

⁶⁰ Denna siffra är behäftad med en felkälla eftersom det endast är de besök som föräldrarna berättar om på BVC som ingår i denna statistik.

i UH, från de BVC som ingick i UH samt från Kontrollgrupps-BVC under undersökningsperioden. Ytterligare ett referensmått var data rörande samtliga barn knutna till BVC i Göteborg.

Till kontrollgrupps-BVC valdes tre vårdcentraler ut som ligger i socioekonomiskt liknande områden i staden men inte ingick i UH. Dessa var: Nötkärnan Bergsjön Vårdcentral och BVC, Närhälsan Biskopsgården barnavårdscentral samt Närhälsan Frölunda barnavårdscentral. Dessa vårdcentraler har snarlika CNI-värden som de vårdcentraler som ingick i UH. Kontrollgrupps-BVC ska inte betraktas som en regelrätt kontrollgrupp, men används för att en jämförelse ändå kan ge viss indikation om skillnader i hälsoutfall och därmed om UH:s effekter.

Den statistik som användes som jämförelsemått (referensvärden) är inte perfekt eftersom vi inte har kunnat få fram data enbart för förstfödda eller första barnet i Sverige. Gruppen ”Samtliga barn på UH-vårdcentralerna” omfattar både barn som har medverkat i UH och barn som inte har gjort det. Eftersom barnen som ingick i UH bara utgör en bråkdel av samtliga barn som var inskrivna på vårdcentralerna finns det risk att effekterna av UH inte märks på denna nivå. Ytterligare en jämförelse har gjorts med barn från samtliga BVC:er i Göteborg.

För kontrollgrupps-BVC, UH-BVC som helhet och samtliga BVC:er i Göteborg saknas data för indikatorerna ”extra besök på BVC” och ”besök hos akutsjukvården”.

För de flesta indikatorer finns endast svar på nominal nivå (ja-/nej-frågor). Dessa har kodats om till sifferdata. Deskriptiva analyser har använts för att beskriva antal barn och procent, median och medeltal. Eftersom det endast finns nominaldata för de flesta indikatorer kunde mer avancerade analyser inte göras för att undersöka statistiskt signifikanta samband mellan bakgrundsvariabler och hälsoindikatorer. I stället gjordes korstabuleringar mellan bakgrundsvariabler (till exempel kön, förstfödda/första barnet i Sverige) och de olika indikatorerna för att undersöka om det fanns samband knutna till undergrupper.

För jämförelserna mellan barnen som deltog i UH, samtliga barn från UH-vårdcentralerna, kontrollgrupps-BVC samt barn på samtliga vårdcentraler i Göteborg har procentsiffror använts.

Deltagare

302 familjer som hade deltagit i UH medverkade i indikatorstudien. Barnen var födda under perioden januari 2019 till juni 2021 och hade deltagit i UH under perioden januari 2019 till december 2022. De flesta barn tillhörde BVC:erna i nordost (79 %), det vill säga Närhälsan Hjällbo (23 %), Närhälsan Lövgärdet (24 %), Närhälsan Angered (12 %), Capio Angered (9 %) eller BVC Gårdsten (11 %). Från de västra stadsdelarna bidrog Närhälsan Opaltorget med 18 % av familjerna medan Friskvåderstorgets BVC bidrog med 3 %. Att andelen barn varierade mellan olika barnavårdscentraler beror dels på storleken på respektive BVC, dels på att några av dem inte hade medverkat under hela undersökningsperioden⁶¹.

⁶¹ BVC Friskvåderstorget avbröt sin medverkan våren 2020. BVC Närhälsan Angered och Capio Angered började sin medverkan samma vår.

De flesta av barnen var förstfödda (70 %), knappt en tredjedel var moderns första barn i Sverige men hade äldre syskon (30 %). Femtiotvå % var pojkar och 48 % flickor. Av familjerna som ingick i indikatorstudien hade 69 % fått alla sex hembesök, 18 % hade fått fem hembesök medan 13 % hade fått fyra hembesök.

Pilotstudie vid 30 månader

Pilotstudien inkluderar både en longitudinell och en tvärsnittsanalys. Den longitudinella analysen baseras på data från familjer som deltog i hembesöksprogrammet när barnet var 2, 15 och 30 månader. Tvärsnittsanalysen baseras på en jämförelse mellan familjer som deltog i utökade hembesök (UH-grupp) och en kontrollgrupp som utgjordes av familjer boende i områden med liknande socioekonomisk bakgrund (bedömt utifrån vårdcentralernas CNI-värden⁶²).

Genomförande

Pilotstudien pågick mellan januari och december 2022. Barnens vårdnadshavare informerades om studien i samband med ett ordinarie besök på BVC när barnet var cirka 2,5 år. Ett informationsbrev om studien skickades ut till vårdnadshavare tillsammans med kallelsen till besöket. Vid de BVC:er som arbetar med Utökade hembesök tillfrågades vårdnadshavare som hade medverkat i utvärderingen av programmet om de ville delta i pilotstudien i samband med att de kom till BVC för ett ordinarie besök när barnet var 2,5 år. Vid de BVC som inte hade arbetat med programmet tillfrågades förstagångsföräldrar i samband med 2,5-årsbesöket. De vårdnadshavare som ville medverka skrev på en samtyckesblankett. Efter det noterade BHV-sjuksköterskan uppgifter från barnens hälsojournaler av barnhälsovårdens sjuksköterskor i ett separat dokument (MPR, längd, vikt och språkutveckling). Vårdnadshavarna ombads även fylla i en enkät efter att mötet med sjuksköterskan var klart.

För att göra enkäten tillgänglig översattes den till fem andra språk⁶³ än svenska. Enkäten lämnades i ett portofritt svarskuvert som klistrades igen av föräldern och lämnades till BHV-sjuksköterska. Data från barnets hälsojournal och enkäten märktes med samma ID-nummer för att uppgifterna skulle kunna kopplas samman. De vårdnadshavare som deltog i studien hade möjlighet att delta i en utlottning av 10 presentkort à 300 kronor genom att lämna sina kontaktuppgifter på ett separat vykort som skickades till forskarna.

Data som ingick i analysen hämtades från barnens hälsojournaler samt en enkät som besvarades av föräldrar. Hälsoindikatorerna utgjordes av: MPR-vaccination (ja/nej), språkutveckling (med⁶⁴/utan anmärkning) och längd och vikt (BMI). Enkäten innehöll: bakgrundsfrågor om föräldrarna, frågor om förskola (ja/nej och antal timmar/vecka), tandhälsa, om familjen uppsökt akutsjukvård, kännedom om stöd till föräldrar och barn, deltagande i föräldraskapsstöd (typ) och upplevd

⁶² De vårdcentraler som ingick i UH-gruppen och i Kontrollgruppen hade snarlika medelvärden på Care Need Index (4,4 resp. 4,7).

⁶³ Förutom svenska fanns enkäten på engelska, arabiska, persiska, somaliska och tigrinja.

⁶⁴ Om ja, vad noteras som anmärkningsvärt.

föräldraförmåga. Upplevd föräldraförmåga är ett mått på den självupplevda förmågan att möta sitt barns behov. Åtta påståenden från ett validerat instrument (TOPSE; Kendall & Bloomfield, 2005) som mäter upplevd föräldraförmåga inkluderades i föräldraenkäterna. Det sammanlagda medelvärdet för dessa påståenden användes i analysen.

Analys

Tvårsnittsanalysen bygger på en jämförelse mellan UH-gruppen och kontrollgruppen, där familjerna i kontrollgruppen hade medverkat i ordinarie barnhälsovårdsprogram. Data från enkäter och journaler har analyserats med hjälp av deskriptiv och inferentiell statistik. En longitudinell analys genomfördes också av indexvärdet för "Upplevd föräldraförmåga" inom UH-gruppen. Denna analys bygger på en intra-individuell analys av föräldrarnas upplevda föräldraförmåga vid 2,5 års ålder jämfört med vid 15 och 2 månader.

Deltagare

Femtio två familjer deltog i enkätstudien vid 30 månaders ålder, varav 28 tillhörde UH-gruppen och 24 tillhörde Kontrollgruppen. Inom UH-gruppen var det nio familjer som hade besvarat två enkäter (en per förälder). För att analysen enbart skulle baseras på en enkät per familj sorterades ett enkätsvar bort där det fanns två svar per familj genom att varannan enkät som besvarats av en mamma och varannan enkät som besvarats av en pappa togs bort.

Föräldraenkäterna som ingick i analysen har besvarats av 34 mammor, 12 pappor och av 5 föräldrapar (en förälder har inte velat uppge kön). Alla föräldrar i Kontrollgruppen var förstagångsföräldrar medan föräldrarna i UH-gruppen bestod av både förstagångsföräldrar och föräldrar som hade fått sitt första barn i Sverige men hade äldre barn sen tidigare. Det var fyra familjer i UH-gruppen vars föräldrar tillhörde den sistnämnda gruppen (14 %).

På frågan om den förälder som hade besvarat enkäten var den förälder som var hemma mest med barnet var det 24 föräldrar som svarade ja (46 %), 22 som svarade att bägge föräldrar var hemma lika mycket (42 %), medan 6 föräldrar (12 %) svarade att den andra föräldern var hemma mest. Det var inga skillnader mellan deltagarna i UH- och Kontrollgruppen i det avseendet.

Barnen var i genomsnitt 2,6 år (31 månader) när enkäterna besvarades. Det var inga större åldersskillnader mellan barnen i UH-gruppen (M 2,58 år, SD 0,21) och Kontrollgruppen (M 2,62 år; SD 0,74). Tjugofem av barnen var flickor medan 27 var pojkar. Det var en något större andel flickor i Kontrollgruppen (54 %) jämfört med i UH-gruppen (42 %).

Sextio två familjer deltog med indikatordata när deras barn var cirka 30 månader. Trettiofyra familjer tillhörde UH-gruppen (55 %) och 28 tillhörde Kontrollgruppen (45 %). Trettionio var mammor (70 %), 12 var pappor (21 %) och 5 var föräldrapar (9 %)⁶⁵. Alla föräldrar i Kontrollgruppen var förstagångsföräldrar medan föräldrarna

⁶⁵ Det saknas information om föräldrarnas kön för sex familjer.

i UH-gruppen bestod av både förstagångsföräldrar (88 %) och föräldrar som hade fått sitt första barn i Sverige men hade äldre barn sen tidigare (12 %). Hela undersökningsgruppen bestod av 30 flickor och 32 pojkar. Det var en något större andel flickor i Kontrollgruppen (57 %) jämfört med i UH-gruppen (42 %).