

Utökat barnhälsovårdsprogram på Araby Familjecenter

Genom föräldrarna hjälper vi barnen

Sofia Frithiof



FoU Kronobergs rapporter och skrifter

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

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

- En rapport är ett dokument där det ställs vetenskapliga krav på studiedesign, metod, presentation och tolkning/värdering på resultat.
- En skrift är enklare form av redovisning där det ställs mindre krav på vetenskaplig stringens men med tillfredsställande logik och struktur i presentationen.

Författarna ansvarar för innehållet i rapporten/skriften. Publikation i FoU Kronobergs rapport- och skriftserie behöver inte betyda att FoU Kronoberg och redaktionsrådet delar värderingar eller slutsatser som framförs i rapporten/skriften.

Vid frågor om våra publikationer kontakta FoU Kronoberg via e-post:

fou@kronoberg.se

eller telefon 0470-59 22 80

Sammanfattning

Bakgrund

Utökade hembesöksprogram innebär att föräldrarna får fler och tätare hembesök än i ordinarie barnhälsovårdsprogram. Utökade hembesöksprogram har provats tidigare i USA och Finland och har i vetenskapliga studier visat positiva effekter på både barn och familj. I Rinkebyprojektet som startade 2013 har det tagits fram en modell där föräldrar och barn erbjuds 6 hembesök under barnets första 15 månader. Hembesöken har gjorts gemensamt av BVC-sjuksköterska och föräldra-/barnrådgivare från socialtjänsten. Araby-området har identifierats som ett särskilt utsatt område vad gäller socioekonomiska faktorer. Personalen på Araby Familjecenter har tagit initiativ till att införa ett utökade barnhälsovårdsprogram med inspiration från Rinkebyprojektet och startade med det nya arbetssättet 1 februari 2016.

Syfte

Syftet var att undersöka medarbetares erfarenheter av det ordinarie arbetssättet samt förväntningar kring processen vid införandet av det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Syftet var också att beskriva föräldradeltagandet i en sammanställning av hembesöksstatistik.

Metod

I studien genomfördes sex semistrukturerade intervjuer med de barnhälsovårdssjuksköterskor och föräldra-/barnrådgivare som skulle arbeta med det utökade hembesöksprogrammet. Analys av intervjumaterialet skedde med kvalitativ innehållsanalys. Med hjälp av en uppföljningsmatris samlades data in angående om föräldrarna tackat nej till deltagande, hur många hembesök som gjorts, närvaro av mamma respektive pappa vid hembesöken och om tolk användes. Hembesöksstatistiken sammanställdes deskriptivt 6 månader efter start.

Resultat

I analysen av intervjumaterialet delades innehållet in i tre kategorier med vardera tre underkategorier. I kategorin "Arbetet på Araby Familjecenter" kunde intervjumaterialet delas in i "Samverkan", "Utmaningar i det dagliga arbetet" och "Ett nytt arbetssätt". I kategorin "Målgruppens förutsättningar och stödbehov" uttröntes underkategorierna "Kulturell bakgrund", "Social utsatthet och bristande integration" och "Stödbehov". I kategorin "Personalens behov och målsättning" delades intervjumaterialet in i "Känslan av otillräcklighet och att 'Sänka ribban'", "Handledning och utbildning" samt "Målsättning". Hembesöksstatistiken under de första 6 månaderna visade högt föräldradeltagande.

Konklusion

Den här studien pekar på stora, mångfacetterade stödbehov hos föräldrar och barn i området och personalen på Araby Familjecenter har länge känt att de stödjande insatser de har kunnat erbjuda föräldrarna med det ordinarie arbetssättet har varit otillräckliga. Personalen på Araby Familjecenter har goda förutsättningar för samverkan men behöver resurser och handledning för att kunna genomföra det utökade barnhälsovårdsprogrammet, med fler och gemensamma hembesök från BHV och socialtjänsten. Det behövs regelbunden utvärdering för att kunna utveckla arbetet och sprida arbetssättet till andra utsatta områden. Hembesöksstatistiken efter 6 månader pekar på att det nya arbetssättet verkar tas emot väl av nyblivna föräldrar i Araby-området.

Innehåll

Inledning.....	5
Bakgrund	6
Syfte.....	8
Metod.....	9
Metodval.....	9
Urval	9
Procedur.....	9
Intervju	9
Analys	10
Resultat.....	11
Sammanställning av intervjustudien.....	11
Arbetet på Araby Familjecenter.....	11
Samverkan	11
Utmaningar i det dagliga arbetet	12
Ett nytt arbetssätt.....	13
Målgruppens förutsättningar och stödbehov.....	14
Kulturell bakgrund.....	14
Social utsatthet och bristande integration.....	14
Stödbehov.....	15
Personalens behov och målsättning.....	16
Känslan av otillräcklighet och att ”sänka ribban”.....	16
Handledning och utbildning.....	17
Målsättning	17
Sammanställning av genomförda hembesök	17
Diskussion.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	19
Konklusion	21
Referenser	22

Inledning

Denna rapport är en lägesbeskrivning av det nystartade arbetet med det utökade barnhälsovårdsprogrammet på Araby Familjecenter i Växjö. Det nya arbetssättet bedrivs i samverkan mellan barnhälsovården i Region Kronoberg och Socialtjänsten i Växjö Kommun. Arbetet med rapporten har finansierats via medel från Socialstyrelsen.

Det nya arbetssättet på Araby Familjecenter innebär att alla förstagångsföräldrar och alla som fått sitt första barn i Sverige erbjuds ett utökat hembesöksprogram med totalt 5 hembesök av BHV-sjuksköterska och föräldra-/barnrådgivare. Om föräldrarna väljer att delta i programmet lämnar de ett muntligt medgivande.

Studien har genomförts av barnhälsovårdssjuksköterska Sofia Frithiof, distriktssköterska med kandidatexamen i Vårdvetenskap.

FoU Kronoberg har bistått med metodhandledning av FoU-handledarna Daniel Albertsson, Viktor Carlsson och Birgitta Gunnarsson.

Bakgrund

Utökat hembesöksprogram innebär att familjerna får fler och tätare hembesök än i ordinarie barnhälsovårdsprogram. Utökade hembesöksprogram har provats tidigare i USA och Finland och har i vetenskapliga studier visat positiva effekter för både barn och familj (Olds, Kitzman, Hanks et al., 2007; Aronen & Kurkela, 1996). Resultaten från den amerikanska studien (Olds et al., 2007) visar efter 15 års uppföljning på positiva utfall för familjeplanering, barnmisshandel och försummelse, social utsatthet, mödrars kriminalitet och missbruk. En ny holländsk studie (Staal et al., 2015) har också visat att det är lättare att upptäcka barn med ökad risk för ohälsa vid ett hembesök jämfört med besök på BVC och att föräldrar har lättare att uttrycka oro och hjälpbehov vid ett hembesök än vid ett besök på BVC.

I Sverige startade Rinkebyprojektet 2013 med stöd från Folkhälsomyndigheten (Marttila, Burström, Lindberg & Burström, 2015). Projektet innebar en förstärkning av ordinarie verksamhet. I barnhälsovårdens nationella program erbjuds hembesök vid hemgång från BB och vid 8 månaders ålder (Rikshandboken Barnhälsovård, 2015). I Rinkebyprojektet har en modell utformats där alla nyblivna förstagångsföräldrar erbjuds 6 hembesök under barnets första 15 månader. De utökade hembesöken görs gemensamt av BVC-sjuksköterska och föräldrabarnrådgivare från Socialtjänsten och innebär därmed en breddad kompetens. Det nya arbetssättet syftar till att svara upp mot målgruppens behov och ge tid att bygga relationer och förtroende mellan föräldrar och myndighetspersoner.

En uppföljning av Rinkebyprojektet har visat att föräldrarna har stärkts i sin föräldraroll och att de har ökat kontakten med det omgivande samhället. Föräldrar som deltagit i Rinkebyprojektet menar att de har ökat självförtroende som förälder, fler tar sina barn till Öppna förskolan, fler mammor lär sig svenska och fler tillämpar de råd de fått i sin vardag. Forskningsprojektet avslutades i december 2015. Barnens fysiska och psykiska hälsa förbättrades både kortsiktigt och långsiktigt, konsumtionen av akutsjukvård minskade, barnen hade längre skolgång, föräldrarna hade ökad känsla av att bemästra föräldrarollen och socialbidragsberoendet bland mödrarna minskade (Marttila et al., 2015).

Araby Familjecenter är en väletablerad verksamhet som öppnade 1999. På Araby Familjecenter arbetar olika professioner och verksamheter under samma tak. Det finns barnmorskemottagning, barnavårdscentral, öppna förskolan Nallen och socialtjänstens barn och familjeverksamhet. Dessutom finns ett nära samarbete med närliggande Dalbo Vårdcentral.

Araby-området ingår sedan 2012 i en satsning för att minska utanförskapet i femton utvalda stadsdelar i Sverige (Arbetsmarknadsdepartementet, 2012). Satsningen kallas för ”det urbana utvecklingsarbetet” (URB). Araby beskrivs som ett område med låg sysselsättningsgrad, hög andel människor med långvarigt försörjningsstöd, hög andel unga som varken arbetar eller studerar, låg andel elever med gymnasiebehörighet, hög andel brott och en hög andel invånare som upplever otrygghet i sin boendemiljö.

Polisen klassar Araby-området som ett av 15 områden i Sverige som är särskilt utsatt vad gäller allvarlig brottslighet och socioekonomiska riskfaktorer (Polismyndigheten, 2015).

Mot bakgrund av att Araby-området är ett utsatt område där såväl föräldrar som barn kan ha ökat behov av stöd, påbörjades 2016 arbetet med att införa ett utökat barnhälsovårdsprogram, liknande Rinkebyprojektet. På Araby Familjecenter erbjuds det utökade barnhälsovårdsprogrammet till alla föräldrar i Araby-området som antingen är förstagångsföräldrar eller som har fått sitt första svenskfödda barn men har barn sedan tidigare som är födda i ett annat land. Det nya arbetssättet innebär bl.a. gemensamma hembesök av BHV-sjuksköterska och föräldra-/barnrådgivare.

Initiativet till studien togs av Anneli Marttila, forskare på Karolinska Institutet som önskade möjlighet att jämföra Rinkeby och Araby. För att kunna följa upp och utvärdera det nya sättet att arbeta är det av intresse att ta del av dessa personalgruppers erfarenheter av tidigare arbetssätt och förväntningar på det nya arbetssättet. Upplägget med en inledande intervjustudie är hämtat från utvärderingsrapporten från Rinkebyprojektet (Marttila et al., 2015).

Syfte

Syftet var att undersöka medarbetares erfarenheter av det ordinarie arbetssättet samt förväntningar kring processen vid införandet av det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Syftet var också att kvantitativt beskriva föräldradeltagandet i det utökade barnhälsovårdsprogrammet under de första sex månaderna efter programmets införande.

Metod

Metodval

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats med sex intervjuer. Intervjuerna genomfördes under starten av det nya arbetssättet, i februari – mars 2016. Utöver det fördes statistik över genomförda hembesök. Besöksstatistik för hembesöken under programmet sammanställdes 6 månader efter att det nya arbetssättet startat, dvs. i augusti 2016.

Urval

Deltagarna i studien utgjordes av all personal som skulle arbeta med det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Fyra BVC-sjuksköterskor och två föräldra-/barnrådgivare, anställda på Araby Familjecenter, deltog som informanter. Samtliga var kvinnor, med mellan 1 till 30 års yrkeserfarenhet.

Procedur

Barnhälsovårdssamordnare Helena Nyström, Region Kronoberg, fick i uppdrag av verksamhetschef på Dalbo Vårdcentral att bistå vid implementeringen av det nya arbetssättet. Sofia Frithiof som arbetade tillsammans med Barnhälsovårdssamordnaren tilldelades uppgiften att genomföra intervjuerna och skriva rapporten. Berörd personal informerades och därefter genomfördes intervjuerna av Sofia Frithiof under perioden 2016-02-18 till 2016-03-09. För att synliggöra mottagandet av det nya arbetssättet samlades data in via en uppföljningsmatris som BHV-sjuksköterskorna fyllde i kontinuerligt och statistiken sammanställdes deskriptivt 6 månader efter start (2016-08-01). I matrisen fördes uppgifter in angående om föräldrarna tackat nej till deltagande, hur många hembesök som gjorts, vilka som deltog vid hembesöken och om tolk använts.

Intervju

I studien genomfördes sex semistrukturerade intervjuer med de barnhälsovårdssjuksköterskor och föräldra-/barnrådgivare som skulle arbeta med det utökade hembesöksprogrammet. Informanterna tillfrågades om de ville vara med och delgavs syftet med intervjustudien. Informanterna informerades också om att det var frivilligt att delta och att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Samtliga tillfrågade informanter tackade ja till deltagande.

Intervjuerna utgick från en intervjuguide som var samma som användes i Rinkeby-studien vilken har prövats i etikprövningsnämnd. Intervjuguiden är opublicerat material och därför kan den inte redovisas i sin helhet. Frågorna som ställdes berörde befattning och yrkesroll, stödbehov hos barn och deras föräldrar samt det utökade barnhälsovårdsprogrammet. Intervjuerna genomfördes på respektive personals arbetsrum på Araby Familjecenter. Intervjuerna spelades in med en MP3-spelare. Författaren transkriberade därefter ordagrant intervjuerna. För att avidentifiera deltagarna

byttes namn ut mot "x" och samtliga intervjuer kodades med siffror. Även ljudfilerna kodades med siffror på datorn.

Analys

Analys av insamlade data skedde med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2008) på beskrivande nivå. Processen påbörjades genom att författaren läste igenom allt transkriberat material upprepade gånger. I nästa steg identifierades meningsbärande enheter i samtliga intervjuer. Efter det kondenserades de meningsbärande enheterna och försågs med en kod och därefter en underkategori med handledningsstöd från FoU Kronoberg. Efter vidare analys fick författaren fram tre preliminära kategorier och 14 preliminära underkategorier. Efter diskussion mellan författaren och handledarna och slutgiltig analys reviderades data till 3 kategorier och 9 underkategorier. I Tabell 1 ses exempel på hur intervjumaterialet bearbetades för att tydliggöra underkategorier och kategorier.

Tabell 1. Exempel på hur underkategorier och kategorier utrönades

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori
Alltså vi träffar ju rätt många som har det rätt kämpigt både ekonomiskt	Vi träffar många som har det kämpigt ekonomiskt	Dålig ekonomi	Social utsatthet och bristande integration	Målgruppens förutsättningar och stödbehov
och hälsomässigt och ekonomin påverkar ju hälsan med så, allting hänger ju samman	Ekonomin påverkar hälsan, allt hänger samman	Dålig hälsa	Stödbehov	Målgruppens förutsättningar och stödbehov

Hembesöksstatistiken sammanställdes deskriptivt 6 månader efter att det nya arbetssättet startat, dvs. i augusti 2016.

Resultat

Sammanställning av intervjustudien

Resultatet av intervjuerna presenteras som tre kategorier med vardera tre underkategorier, se Tabell 2.

Tabell 2. Sammanställning av kategorier och underkategorier

Kategori	Arbetet på Araby Familjecenter	Målgruppens förutsättningar och stödbehov	Personalens behov och målsättning
Underkategori 1	Samverkan	Kulturell bakgrund	Känslan av otillräcklighet och att "sänka ribban"
Underkategori 2	Utmaningar i det dagliga arbetet	Social utsatthet och bristande integration	Handledning och utbildning
Underkategori 3	Ett nytt arbetssätt	Stödbehov	Målsättning

Arbetet på Araby Familjecenter

Avseende kategorin "arbetet på Araby Familjecenter" framkom de tre underkategorierna "samverkan", "utmaningar i det dagliga arbetet" och "ett nytt arbetssätt".

Samverkan

Informanterna beskriver en arbetsplats där samverkan fungerar bra, tack vare bl.a. att de tidigare har haft gemensam handledning. På arbetsplatsen har de också gemensamma möten, s.k. "rådslag" varje vecka där personalen kan diskutera fall med andra yrkesgrupper utan att nämna några namn på klienterna. Det finns också bra förutsättningar för samverkan eftersom de har gemensamma lokaler. Flera av informanterna poängterar att det är en trygghet att ha de andra yrkesgrupperna nära till hands och att de känner sina kollegor väl.

Jag tänker att vi inte har riktigt samma behov som man har i Rinkeby där man inte är i samma bus. Vi möts ju alltid och har måndagsmöte varje måndagsmorgon och har andra möten och fikar ihop och äter ihop och så där [...] så lite enklare tror jag att vi har det.

Flera av informanterna tar upp att det känns bra att vara två vid hembesök, att ha en kollega med sig som ser samma saker och att ha någon att diskutera med efter ett besök. De tar även upp att synsättet ibland skiljer sig mellan barnhälsovården och socialtjänsten.

Även om vi känner varandra väl så, så blir det ju helt annorlunda att jobba tillsammans så. BVC och Socialtjänsten liksom, vi har olika perspektiv.

Utmaningar i det dagliga arbetet

Det dagliga arbetet på Araby Familjecenter innebär stora utmaningar på flera olika sätt. Stor genomströmning av människor gör att det är svårt att veta vilka som bor i området. Tidigare fanns en geografisk uppdelning som gjorde det lättare att ”ha koll på” vilka som bodde på Araby men numera kan det vara en stor utmaning bara att hitta folk. Många bor på tillfälliga adresser och det skapar stora svårigheter med brev och kommunikation för att t.ex. kunna förmedla tider för besök.

Folk flyttar ju i och med att man inte har egen bostad, man lånar bostad och så flyttar man runt [...] så både brev och kommunikation och ha kontroll över läget är mycket, mycket svårare.

Araby Familjecenter har enligt informanterna blivit en plats som inger trygghet för många boende i området. Om det uppstår något problem, som t.ex. om barnen blir sjuka, är det vanligt att föräldrarna i första hand vänder sig till personalen på Araby Familjecenter. Det innebär att många kommer utan att ha bokat tid innan. Informanterna upplever sig fungera som ett socialt stöd för föräldrarna i området och att de stöttar föräldrarna för att barnen ska få det de behöver.

En trygghetsplats kanske i största allmänhet [...] många kanske har sina nära släktingar på annan ort eller i hemlandet. Så lite socialt stöd blir vi nog här då.

Det är en svårighet för informanterna att vara beroende av tolkar i jobbet. Medarbetarna på Araby Familjecenter har kommit överens om att de ska använda tolk vid behov vid hembesöken. En svårighet är att personalen har olika tolkförmedlingar beroende på om de är anställda i Växjö Kommun eller Region Kronoberg. Det skapar en osäkerhet vid bokning och debitering.

Sedan har vi ju inte samma tolkförmedling då [...] men vi hittar nog någon lösning när det gäller detta, vem som ska boka och hur det ska bli och så.

Informanterna säger att de även är vana vid olika sorters tolkar. Medarbetare på socialtjänsten använder i större utsträckning platstolk och BHV-sjuksköterskor är vana att använda telefontolk. Informanterna kan se problem med att använda platstolk vid ett hembesök eftersom det riskerar att bli obalans i mötet om de kommer tre personer. Informanterna ser också problem vid användandet av telefontolk i hemmet eftersom det kan vara svårt med den tekniska utrustningen och personalen kan då behöva använda sina privata telefoner.

Kommer man tre personer och mamman är ensam då kan jag känna att det blir obalans i mötet.

Informanterna ger uttryck för osäkerhet i användandet av tolk i arbetet. Flera av dem tycker att det är svårt att få till ett bra samtal via tolk och att det är stora skillnader i kvaliteten mellan olika tolkar. Tolken beskrivs som ett filter och informanterna har en känsla av att information missas även med en kompetent tolk. Informanterna känner sig ofta osäkra inför tolkens översättning och upplever sig vara helt i händerna på tolken. Informanterna upplever att både personalen och familjen egentligen helst vill kunna klara sig utan tolk.

Man kan ju vara väldigt osäker på – säger tolken precis det jag har sagt eller det som familjen har sagt eller lägger han eller hon till? Liksom det... man är ju helt i händerna på tolken.

Informanterna är överens om att det är viktigt att få tillräckligt med tid för hembesöken. De kan sätta av två timmar för ett hembesök men det är en utmaning att få tiden att räcka till och att få logistiken att fungera avseende hembesöken. Informanterna ser ett problem i att alla har tajta scheman när de behöver boka gemensamma tider och synka två kalendrar. Det är också en utmaning att boka tider som passar familjen, att föräldrarna kommer ihåg tiden och är hemma.

..med ett ganska tajt schema som alla har så kan det vara ganska svårt att hitta nya tider, just eftersom man är två då, så det är två kalendrar som man måste synka då,

Informanterna poängterar vikten av att sitta ner i lugn och ro och prata för att hinna lära känna familjerna bättre. Mer tid ger ett lugnare möte och större möjligheter att påverka. Informanterna menar att det är en lättnad att slippa vara stressad inför de här hembesöken, som ofta är fallet inför vanliga hembesök.

Nu har vi ju verkligen vunnit och ser till att få sätta av den här långa tiden och då känner man ju också att man har bättre om tid.

Ett nytt arbetssätt

Informanterna berättar att det var de själva som tog initiativet till att hitta ett nytt arbetssätt på Araby Familjecenter och de tycker att det är bra att ha hittat en arbetsmodell för tidigt föräldrastöd som redan är utarbetad. Sedan årsskiftet arbetar föräldra-/barnrådgivarna bara med förebyggande åtgärder och inte alls med myndighetsutövning. De är numera bara ett samtalsstöd och ett praktiskt stöd och för inga journalanteckningar. Enligt informanterna var detta förändrade arbetssätt en förutsättning för att det utökade barnhälsovårdsprogrammet skulle kunna införas. Informanterna har förhoppningar om att föräldra-/barnrådgivarna ska uppfattas som mindre hotfulla nu, eftersom de inte har kvar sin myndighetsutövning och de kommer nu försöka arbeta mer för att hjälpa föräldrarna att själva ansöka om stöd.

..allt det här med det utökade hembesöksprogrammet hade vi inte kunnat göra ifall vi hade hållit på med myndighetsutövning för då hade vi haft en annan roll.

Den stora skillnaden som informanterna ser i det nya arbetssättet är att det ger mer tid för samtal. Informanterna tror att mer tid för samtal kommer göra det lättare för föräldrarna att ta till sig råden och informationen samtidigt som det ger dem som personal större möjligheter att följa upp givna råd. Dessutom blir det enklare att ge snabbt stöd om det uppstår problem i familjen, eftersom det redan finns en etablerad kontakt med både BVC och Socialtjänsten.

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

Informanterna ser också en fördel i att vara två vid ett hembesök eftersom det minskar osäkerheten om en anmälan ska göras eller inte. Hembesöken blir enklare och samtalet flyter på bättre.

Då känns det tryggt och skönt tycker jag att man är fyra ögon istället för två och då behöver man inte gå och undra – ska jag försöka göra en ansökan eller ska jag försöka få en anmälan eller vad ska jag göra? För då är båda med från början och ser samma saker.

Informanterna menar att det hembesöksprogram som tagits fram i Rinkebyprojektet är bra och att det är viktiga och kloka saker som tas upp vid hembesöken. De poängterar att programmet till

stora delar följer Barnhälsovårdens basprogram, med vissa tillägg. Informanterna säger att de dock inte kommer att följa Rinkebys program helt utan har egna idéer om vad som ska tas upp. Uppdelningen på hembesöken förväntas bli så att föräldra-/barnrådgivarna fokuserar mer på samspel och anknytning. Till exempel kommer de att tydliggöra frågan ”Hur tar barnet kontakt?”. Informanterna poängterar också vikten av att följa familjen i vad de vill prata om och några av dem ser egentligen inget behov av att ha en mall att luta sig mot i samtalet.

Vi följer ju lite grann det där programmet de hade i Rinkeby [...] vi känner väl inte att vi är så styrda helt av det men lite grann har vi det i huvudet.

Målgruppens förutsättningar och stödbehov

Avseende kategorin ”målgruppens förutsättningar och stödbehov” framkom de tre underkategorierna: ”kulturell bakgrund”, ”social utsatthet och bristande integration” samt ”stödbehov”.

Kulturell bakgrund

Informanterna beskriver att det innebär ett ständigt dilemma att arbeta i ett mångkulturellt område.

... man har olika kulturella bakgrunder också så. Man tänker inte alltid likadant.

En av informanterna menar att besöken blir enklare och tar mindre energi om föräldrarna är födda i Sverige. Informanterna beskriver olika områden där de ofta stöter på olikheter i tankesätt. Det handlar ofta om levnadsvanor som sömn, kost, hälsa, sjukdom, utevistelse och kyla. Det kan också handla om olikheter i synen på uppfostran, föräldraskap och hur föräldrar kan stimulera barns utveckling. En informant uttrycker att spädbarn hanteras ungefär likadant oavsett kulturell bakgrund men att det finns större skillnader i synsätt när det gäller vad det lite större barnet behöver för att det ska må bra och utvecklas. Informanterna säger också att det kan vara stora skillnader i hur man ser på släktens roll och pappans roll i familjen.

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

Social utsatthet och bristande integration

I Araby-området bor många som är utlandsfödda och många har inte varit i Sverige så länge. Informanterna beskriver omfattande bostadsproblem som t.ex. trångboddhet. Många saknar egen bostad och bor inneboende hos andra familjer. Det är stor omflyttning och vanligt med falska adresser. Dessutom har många familjer många barn. Ungdomar och lite större barn träffar ofta sina kompisar utomhus pga. trångboddheten. Området beskrivs som väldigt segregerat, har hög arbetslöshet och många familjer har dålig ekonomi. Informanterna beskriver att många föräldrar är ensamma, de bor utan sin släkt och har inget socialt nätverk. Dessutom är många pappor frånvarande och en del pappor bor inte tillsammans med sin familj.

..det kan ju bo hur många som helst och det kan vara många som är skrivna på samma adress fast de inte ens bor där, de bara lånar en adress för man behöver ju ha en adress för att få komma till i sambällssystemet.

Majoriteten av innevånarna i området har annat modersmål än svenska eller pratar inte svenska alls. Informanterna menar att språket är viktigt för att klara sig i samhället och flertalet av barnen har svårt att klara målen i skolan. Många av barnen har missat de första skolåren och det är vanligt att barnen inte har någon ostörd plats där de kan göra sina läxor.

Det är många barn som går i skolan men som kanske inte når målen i skolan.

Informanterna upplever att föräldrar i Araby-området har en osäkerhet kring vad som krävs av en förälder i Sverige. Det finns t.ex. en osäkerhet inför hur barnen ska vara klädda utomhus, speciellt vintertid. Det finns också en stor osäkerhet och rädsla för Socialtjänsten i området som kan handla om att föräldrarna inte känner till Socialtjänstens verksamhet och är rädda att deras barn ska tas ifrån dem.

...när det gäller Socialtjänsten tror jag att föräldrarna behöver mycket information kring vad Socialtjänsten gör, för det finns en stor rädsla för att Socialtjänsten tar deras barn.

Det är vanligt att föräldrarna vänder sig till släkt och vänner i hemlandet för att fråga om råd. Informanterna uttrycker att det då kan ske en kulturkrock ibland om råden från hemlandets kultur inte passar i det svenska samhället. Föräldrarna rustar barnen för ett liv i hemlandets kultur istället för den svenska.

De lever ju länge här som om de skulle, att det är hemlandets kultur barnen ska rustas för... och så är det ju något helt annat i Sverige.

Stödbehov

Informanterna beskriver föräldrarna som de träffar på Araby Familjecenter som en grupp med bristande hälsa och stora hälsorisker. Dessutom blir hälsoundersökningar av nyanlända inte alltid av. Livsstilen beskrivs som det centrala för hälsan och många familjer är traumatiserade och förhindrade från att föra en sund livsstil. Informanterna beskriver att det är vanligt med problem med kosten, många barn är felnärda och området har hög andel barn med övervikt. Många lever ett passivt och stillasittande liv, en del av föräldrarna sitter inne med fördragna gardiner och gör ingen skillnad på natt och dag. Informanterna beskriver torftiga uppväxtmiljöer för barnen med brist på leksaker, stimulans och bristande barnsäkerhet. Området har många barnolycksfall och få barn bär cykelhjälm.

Det är det centrala – hur man lever. Att man äter och sover på fel tider till exempel. Och att man äter... inte så bra mat heller.

Informanterna har länge sett behovet av utökat tidigt stöd i hemmen hos föräldrarna i området. En av informanterna påtalar att det finns stora brister i området utifrån Barnkonventionen t.ex. vad det gäller boende, kost, stimulans och möjlighet till utveckling. Stödbehovet skiljer sig från familj till familj men flera av informanterna understryker speciellt hur viktigt det är med tidigt stöd till förstagångsföräldrar. Barnen behöver välmående föräldrar och genom att stötta föräldrarna kan informanterna som personal hjälpa barnen.

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

Informanterna beskriver att föräldrarna i Araby-området behöver stöd och bekräftelse i föräldraskapet. De behöver stöd i kontakten med barnen, ofta behövs även stöd kring barnets kost och

kring stimulans av barnets utveckling. Informanterna ser också ett behov hos föräldrarna att prata om den egna relationen och pappas roll, att båda föräldrarna är lika viktiga och stöd i hur de kan hjälpas åt hemma. En del har också ett behov av att få prata om olika stadier av integration.

Framför allt försöker vi aktivt få in pappan, att han förstår att han är en viktig del i det hela.

Informanterna upplever att föräldrarna saknar en del basala kunskaper och personalen får då vara en "allt-i-allo" som t.ex. får visa hur spisen fungerar, hur ett decilitermått ser ut eller hur man kokar gröt. Tidigare var det också vanligt att föräldrarna behövde hjälp att tyda brev och handlingar från myndigheter, men behovet har minskat sedan Medborgarkontoret öppnade i Arabyområdet.

Det kan vara vad som helst som de behöver hjälp med.

En del föräldrar är ensamma och har behov av att få prata om sin egen hälsa och situation. En del föräldrar behöver också stöd i att komma i kontakt med andra föräldrar, t.ex. via öppna förskolan på Familjecenter.

Det finns behov av att informera föräldrarna om vad Socialtjänsten gör och vad de kan erbjuda för stöd och hjälp. En del föräldrar behöver stöd angående sin boendesituation, antingen att försöka hitta nytt boende eller att organisera sig där de bor.

Personalens behov och målsättning

Avseende kategorin "personalens behov och målsättning" framkom de tre underkategorierna: "känslan av otillräcklighet" och att "sänka ribban", "handledning och utbildning" samt "målsättning".

Känslan av otillräcklighet och att "sänka ribban"

Informanterna uttrycker att de länge har sett behovet av utökat stöd, att familjerna och barnen har det dåligt. De har saknat att kunna göra mer för familjerna och säger att det de gör ofta känns otillräckligt. Informanterna ger uttryck för att de har varit tvungna att acceptera saker som inte skulle accepteras i andra områden.

Vi alla som jobbar här har sänkt ribban lite för vad som är 'good enough'.

Informanterna beskriver också en uppgivenhet i det ordinarie arbetssättet, inför de stora stödbehoven och inför svårigheten att implementera råd. Ofta ses ingen förändring av rutiner och attityder hos föräldrarna mellan besöken.

... så kommer de tillbaka och gör likadant som de alltid har gjort ändå ... ibland känns det som att det finns inte så mycket man kan göra.

Informanterna känner en stor oro för familjerna i området. En del familjer har så massiv problematik att det är svårt att urskilja vilka insatser som behövs.

Det kan vara så många faktorer och ibland kan det vara svårt att greppa lite vad som är vad.

Handledning och utbildning

Informanterna poängterar att det är av största vikt att de får tillräckligt med tid och resurser för gemensam handledning. Gemensam handledning beskrivs som viktigt för att kunna utveckla samverkan och få möjlighet att diskutera de ärenden där det uppstår olika synsätt. Det finns också önskemål om utbildning kring olika kulturer för att vidga personalens kulturkompetens.

Vi behöver kunna prata om mötena efteråt och få handledning i det [...] Då tänker jag att vi är med allihop för då kan vi lära av varandra.

Målsättning

Informanterna anser att det utökade barnhälsovårdsprogrammet kommer att göra stor skillnad för barnen och föräldrarna i Araby-området. Målet är stärkt föräldraskap, ökad kunskap och förbättrad integration. En av informanterna uttrycker att en möjlighet att synliggöra barnens situation i området är att öka antalet anmälningar till Socialtjänsten.

Det skulle kunna bli mer anmälningar kanske? Så att det kommer fram hur det faktiskt ser ut.

Informanterna ser stora möjligheter i att utveckla nya kunskaper och färdigheter i mötet med barn och föräldrar. De ser också en stor potential i utbytet mellan barnhälsovården och socialtjänsten. Informanterna vill även öka samverkan med förskolorna i området. Informanterna ser också ett stort värde i att sprida information om arbetssättet till kollegor på andra BVC och inom andra verksamheter inom Socialtjänsten.

Informanterna vill även sprida det positiva med att arbeta tillsammans på en familjecentral. De kan se att det finns behov av att införa ett utökat barnhälsovårdsprogram hos andra och behov av fler familjecentraler.

... det är ju inte bara här i Araby som det behövs, det är ju många andra ställen. Vi har ju önskat hela tiden att det kom fler Familjecentraler här i Växjö till exempel.

Informanterna har även märkt av ett politiskt intresse av den välfungerande samverkan mellan Växjö Kommun och Region Kronoberg som finns på Araby Familjecenter.

Sammanställning av genomförda hembesök

De första 6 månaderna deltog 28 familjer i det utökade barnhälsovårdsprogrammet och hos dessa familjer genomfördes sammanlagt 57 besök. Täckningsgraden för första hembesöket var 2016-08-01 hundra procent, dvs. ingen familj tackade nej till att delta. Täckningsgraden för andra hembesöket var vid uppföljningen 96,5 procent, endast en familj tackade nej till det andra hembesöket pga. utlandsvistelse. En familj har flyttat utomlands efter andra besöket i programmet, se Tabell 3.

Tabell 3. Sammanställning av hembesök

Deltagande	Antal familjer (n=28)
Familjer som:	
tackat ja till att delta i programmet	28
genomfört första hembesöket	28
genomfört andra hembesöket	12
genomfört tredje hembesöket	8
	Antal besök (n=57)
Pappan deltog vid:	
första hembesöket	22
något hembesök	29
Besök där tolk användes:	21
varav telefontolk	9
varav platstolk	4
varav anhörig	5
inte angivet vilken sorts tolk	3

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte utfördes en kvalitativ intervjustudie eftersom en kvalitativ metod är användbar för att fånga resonemang kring erfarenheter och förväntningar. Som komplement användes en kvantitativ metod med insamling av besöksstatistik. Graneheim och Lundman (2008) menar att författaren till en studie behöver ta ställning till olika aspekter av trovärdighet för att stärka studiens resultat.

Författarens förförståelse är enligt Graneheim och Lundman (2008) viktig att beakta i samband med genomförandet av en studie med kvalitativ design. Författaren i den här studien har erfarenhet av arbete på BVC vilket kan ha påverkat datainsamlingen i intervjuerna med BHV-sjuksköterskorna och därmed påverkat trovärdigheten i studien. Den egna förförståelsen, som att vara insatt i ämnet, kan ha underlättat för att kunna ställa frågor som är väsentliga. Samtidigt kan den egna erfarenheten vara ett hinder, som att samspelet i intervjuer kollegor emellan med ett gemensamt språkbruk och en gemensam begreppsvärld kan ha gett mindre uttömmande berättande. Författaren följde intervjuguiden helt och ställde få egna följdfrågor vilket gjorde att graden av anpassning till den enskilda informanten var låg. Som åtgärd vid kommande uppföljning av det nya arbetssättet, skulle ytterligare intervjuare utan egen erfarenhet av ämnet kunna bidra med ytterligare ett perspektiv.

Handledarna tog del av det transkriberade intervjumaterialet och citat från intervjuerna presenterades i texten för att stärka studiens trovärdighet. Författaren analyserade intervju-materialet ensam vilket kan ha påverkat tillförlitligheten i resultatet. Diskussioner om tolknings-möjligheter och abstraktionsnivåer har dock förts kontinuerligt med handledare för att stärka trovärdigheten.

Resultaten i studien kan till stor del bero på målgruppens utsatta situation vilket begränsar överförbarheten för arbetssättet till mer socioekonomiskt stabila områden. Däremot är det intressant att titta på jämförelser med andra socioekonomiskt utsatta områden som t.ex. Rinkeby. Här behövs dock ytterligare uppföljning för att kunna dra några paralleller och för att se hur det nya arbetssättet kan användas i andra socioekonomiskt belastade områden i Kronobergs Län och i övriga Sverige.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka medarbetares erfarenheter av det ordinarie arbetssättet samt förväntningar kring processen vid införandet av det utökade barnhälsovårdsprogrammet på Araby Familjecenter. Syftet var också att beskriva föräldradeltagandet i en sammanställning av hembesöksstatistik.

Det ordinarie arbetssättet beskrivs som otillräckligt i en målgrupp med stora, mångfacetterade stödbehov. Personalen har länge känt att deras insatser har varit otillräckliga och tog själva initiativ till införandet av det nya arbetssättet. Det kan jämföras med Rinkebyprojektet (Marttila et al., 2015) som initierades från chefsnivå inom barnhälsovården och socialtjänsten och som inledningsvis av personalen sågs som ”ett projekt uppifrån.” Förväntningarna på införandet av

det utökade barnhälsovårdsprogrammet på Araby Familjecenter är positiva och personalen ser stora möjligheter att kunna stödja barn och föräldrar på ett bättre sätt än tidigare. Personalen ser också utmaningar med det nya arbetssättet som ställer stora krav på samverkan mellan olika yrkesgrupper och verksamheter.

I både Rinkeby (Marttila et al., 2015) och Araby upplever personalen en utmaning i att vara beroende av tolk i arbetet. På båda ställena beskrivs oron inför att variationer i tolkningens kvalitet kan påverka hur mötet blir med föräldrarna.

En annan likhet mellan Rinkeby (Marttila et al., 2015) och Araby är att personalen beskriver att misstänksamheten mot socialtjänsten upplevs som stor bland föräldrarna. Båda personalgrupperna ser det nya arbetssättet som en möjlighet att avdramatisera socialtjänstens arbete och göra så att fler föräldrar kan ta del av det förebyggande arbetet som erbjuds kring föräldrarollen.

I jämförelse med Rinkeby (Marttila et al., 2015) ser personalen i Araby en klar fördel med att arbeta på en familjecentral. I Rinkeby var logistiken kring hembesöken en tidskrävande uppgift från starten pga. att de olika yrkesgrupperna satt på olika arbetsplatser. På Araby Familjecenter finns gemensamma lokaler som skapar bättre förutsättningar för samverkan och en personlig relation mellan medarbetarna. Det finns redan rutiner för samverkan som är enkla att bygga på med det nya arbetssättet. När det gäller arbetet på Araby Familjecenter signalerar personalen att de behöver stöd i samverkansarbetet. De behöver också tid och resurser för att kunna genomföra hembesöken på ett bra sätt. De föreslår också insatser som kan ge dem sådant stöd i arbetet, som t.ex. handledning i gemensamma ärenden och utbildning i kulturkompetens.

Införandet av det utökade barnhälsovårdsprogrammet förväntas medföra positiva effekter för både föräldrarna och personalen. Personalen får större möjligheter att stötta föräldrarna i sitt föräldraskap vilket i sin tur förväntas leda till en ökad trygghet hos föräldrarna och mer välmående barn. När det gäller målgruppens förutsättningar och stödbehov så kan ett utökat hembesöksprogram bidra till förbättring av både föräldrarnas och barnens hälsa, både på kort och på lång sikt, enligt tidigare studier (Olds et al., 2007; Aronen & Kurkela, 1996). De utökade hembesöken möter föräldrarnas behov i större utsträckning än ordinarie arbetssätt och ger bättre förutsättningar för ett mer jämlikt föräldraskap.

Angående personalens behov och målsättning kan det nya arbetssättet vara ett viktigt steg för att motverka uppgivenheten inför föräldrarnas stora, mångfacetterade stödbehov som det ordinarie arbetssättet gav upphov till. Personalen har känt att de har varit tvungna att "sänka ribban" och acceptera faktorer i barns uppväxtförhållanden som inte skulle accepteras i ett mer socioekonomiskt stabilt område. Känslan av uppgivenhet har också ett samband med upplevda svårigheter att implementera råd i föräldrakontakten. Möjligheten som det utökade hembesöksprogrammet ger till tätare hembesök med både BHV-sjuksköterska och föräldra-/barnrådgivare förväntas kunna ge större möjlighet att följa upp givna råd och samtala med föräldrarna kring orsaker och konsekvenser. I utvärderingsrapporten från Rinkebyprojektet (Marttila et al., 2015) beskriver föräldrar att det var lättare att, i sin vardag, tillämpa de råd och tips de fått, efter deltagande i det utökade barnhälsovårdsprogrammet.

Personalens förväntningar inför starten av det nya arbetssättet och besöksstatistik de första 6 månaderna säger inte tillräckligt mycket om hur föräldrarna har upplevt hembesöken eller om resultatet över tid. Det mycket höga föräldradeltagandet, och att oftast båda föräldrarna medverkat samt att 96,5 procent tackat ja till uppföljande hembesök, talar för att föräldrarna är nöjda. Det behövs dock strategier för regelbunden utvärdering och uppföljning av det nya arbetssättet på Araby Familjecenter med bl.a. intervjuer och föräldraenkäter för att undersöka

resultatet av det nya arbetssättet på sikt. En uppföljning av det nya arbetssättet skulle också kunna ge indikationer på om något behöver anpassas eller förändras för att bättre kunna möta målgruppens behov. Det vore intressant att kunna göra en djupare jämförelse mellan Rinkeby och Araby och för det behövs det en uppföljningsstudie när barnen är 18-månader, med såväl intervjuer av personal som föräldraenkät.

Utökat barnhälsovårdsprogram har inte studerats i Sverige innan Rinkebyprojektet (Marttila et al., 2015), men i andra länder och kontexter (Olds et al., 2007; Aronen & Kurkela, 1996). Inte heller samverkan mellan BHV-sjuksköterska och föräldra-barnrådgivare har studerats. Därför vore det intressant med en liknande uppföljning som gjorts i Rinkebyprojektet (Marttila et al., 2015) där det har genomförts både process- och effektutvärdering.

Konklusion

Den här studien pekar på stora, mångfacetterade stödbehov hos föräldrar och barn i området. Målgruppen beskrivs ha stora hälsoproblem och hälsorisker med bl.a. omfattande bostadsproblem, bristande integration och osäkerhet i föräldraskapet. Det finns även en utbredd misstänksamhet gentemot socialtjänsten. Personalen har länge känt att de stödjande insatser de har kunnat erbjuda föräldrarna med det ordinarie arbetssättet har varit otillräckliga. De har känt sig tvungna att "sänka ribban" och acceptera faktorer i barns uppväxtförhållanden som inte skulle accepteras i ett mer socioekonomiskt stabilt område. Personalen ser i och med införandet av det nya arbetssättet fram emot att få större möjligheter att stötta föräldrarna i sitt föräldraskap. Hembesöksstatistiken efter 6 månader pekar på att det nya arbetssättet verkar tas emot väl av nyblivna föräldrar i Araby-området.

Personalen på Araby Familjecenter har goda förutsättningar för fungerande samverkan men behöver resurser och handledning för att kunna genomföra det nya arbetssättet med utökade, gemensamma hembesök. Det utökade barnhälsovårdsprogrammet, med gemensamma hembesök från BHV och socialtjänsten, är nytt i Sverige och har bara testats på ett annat ställe tidigare (Rinkeby). Därför behövs det regelbunden utvärdering från såväl personalens som föräldrarnas perspektiv för att kunna utveckla arbetet och sprida arbetssättet till andra utsatta områden.

