

Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar - samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldra- rådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst

Slutrapport utvärdering 2017



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

Författare:

Anneli Marttila ^{1, 2} med dr, utvärderare

Lene Lindberg ^{1, 2} docent i psykologi, lektor i folkhälsovetenskap

Kristina Burström ^{1, 3, 4} docent i hälsoekonomi

Asli Kulane ¹ docent i internationell hälsa

Bo Burström ^{1, 2} professor/överläkare i socialmedicin

¹ Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap

² Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

³ Karolinska institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik

⁴ Stockholms läns landsting, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning

Karolinska institutet

Institutionen för folkhälsovetenskap

Stockholms läns landsting

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning

Citera gärna rapporten:

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

Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017. Stockholm: Karolinska Institutet, 2017.

ISBN: 978-91-7676-664-4

Layout: Elisabeth Johansson

Förord

Denna rapport är en slutredovisning av utvärderingen av det utökade hembesöksprogrammet vid Rinkeby BVC, i samverkan med socialtjänstens föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning. Initialt finansierades BVC:s medverkan och utvärderingen av Karolinska Institutet genom projektmedel från Folkhälsomyndigheten. Sedermera har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLL bidragit till att möjliggöra avslutning av datainsamlingen.

Vi tackar all personal och deras chefer, vid BVC och inom socialtjänsten, som medverkat i projektet, både i Rinkeby och i kontrollområdena, för deras medverkan och möjliggörande av projektet. Vi vill också tacka Folkhälsomyndigheten för ekonomiskt stöd att starta projektet genom medel till barnhälsovården samt till Karolinska Institutet för utvärderingen, socialtjänsten i Rinkeby-Kista för dess finansiering av medverkande föräldrarådgivare samt CES för möjliggörande av avslutning av datainsamling och avrapportering.

Sist men inte minst vill vi tacka alla föräldrar och barn som medverkat och samtyckt till fortsatt uppföljning av barnens hälsoutveckling.

Bo Burström professor/överläkare Karolinska Institutet, ansvarig för utvärderingen

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Inledning.....	7
Bakgrund	8
Ojämlighet i hälsa och hälsans bestämningsfaktorer	8
Tidigare studier – hembesöksprogram efter födelsen	8
”Rinkebyprojektet” – utökat hembesöksprogram i samverkan	9
Utvärderingens upplägg och källor till data	12
Enkätundersökning.....	12
Djupintervjuer.....	13
Dokumentation av hembesöken.....	13
Data från BVC-journaler och registerdata om vårdkonsumtion	13
Utvärdering – metodproblem och utmaningar	13
Resultat av delstudier.....	15
BVC-data och vaccinationsgrad – barnens hälsa och hälsoutveckling	16
Besök till akutmottagningar och inläggningar på sjukhus	17
Barnens extra kontakter vid BVC – besöksmönster	19
Interventionsområdet – oplanerade extra kontakter	19
Kontrollområdena – oplanerade extra kontakter	20
Samtliga extra besök till BVC utöver basprogrammet	21
Föräldrarnas uppfattningar om sin egen och barnets hälsa - enkätundersökningen	21
Erfarenheter av hembesöken - föräldrarnas svar på en öppen fråga vid intervju två om hur de upplevt hembesöken i interventionsområdet	24
Föräldrarnas erfarenheter – djupintervjuer.....	28
Strävan efter stabilitet i livsvillkor som nybliven pappa i en mång- kulturell förort: erfarenheter efter ett utökat hembesöksprogram	28
Somaliska förstagångsmödrars erfarenheter av föräldraskap och barn- hälsovård - efter deltagande i utökat hembesöksprogram	29
Personalens erfarenheter av det utökade hembesöksprogrammet	31
Före hembesöksprogrammet startades och vid start: utmaningar och förväntningar	31
Utveckla gemensamt arbetssätt	33
Interventionens genomförandeprocess – inför fortsatt implementering.....	35
Sammanfattande diskussion	37
Referenser	39
Bilagor	41

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en avrapportering av utvärderingen av ett utökat hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar som bedrivits i samverkan mellan BVC-sjuksköterskor vid Rinkeby BVC och föräldrarådgivare vid socialtjänstens förebyggande verksamhet, Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, september 2013 till och med mars 2015.

Projektet initierades mot bakgrund av en gemensam uppfattning hos barnhälsovården och socialtjänsten i området att det finns behov av utökade insatser till stöd för föräldrar, för att förbättra barnens hälsa. Det finns vetenskaplig evidens för att utökat hembesöksprogram inom hälso- och sjukvården till nyblivna föräldrar har gynnsamma effekter på kort och lång sikt, men ingen erfarenhet av socialtjänstens medverkan. Programmet är ett exempel på proportionell universalism och hur man kan arbeta för vård på lika villkor.

Alla nyblivna förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC erbjöds programmet under projekttiden, 94 procent accepterade att delta i programmet och i utvärderingen och fick fem extra hembesök av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare när barnet var 2-15 månader gammalt. En jämförelse gjordes med motsvarande grupp föräldrar och barn vid närliggande BVC som erbjöds ett hembesök enligt det ordinarie barnhälsovårdsprogrammet. Medverkande personal har gemensamt utformat en manual med teman för varje hembesök.

Utvärderingen omfattar både kvalitativa och kvantitativa studier och visar att både föräldrar och medverkande personal uppskattat programmet. Samverkan har medfört synergieffekter, programmet har nått och kunnat erbjuda grupper med stora behov ett stöd som upplevts stärkande i deras föräldraroll, bidragit till ökad kunskap om det svenska samhället och samhällets stöd för föräldraskap. Flera lokala aktörer är också engagerade (till exempel öppen förskola, bibliotek och tandvård). På detta sätt kan programmet bidra till ökad integration.

Programmet ökar också tilliten till hälso- och sjukvården genom den fördjupade kontakt och förtroende som hembesöken av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare ger. Den ökade täckningsgraden av MPR-vaccination (mässling, parotit, rubella) bland förstfödda i Rinkeby som fått hembesöken kan vara en illustration av detta, liksom tendensen till minskning av akutbesök och inläggningar på sjukhus bland barn ett till två år i Rinkeby mellan år 2011-2015. Analys av extra kontakter vid BVC visar på behov av en lokal barnläkarresurs eftersom föräldrar i området, när barnen är sjuka, verkar föredra besök framför telefonkontakt eller internet.

Socialtjänsten uppskattar att få kontakt tidigare med föräldrar och barn. Att utgå från befintliga lokala verksamheter och samverkan mellan dessa är ett sätt att förstärka effekten av deras respektive insatser, öka den ömsesidiga kunskapen om vilka kompetenser man kan bidra med från respektive håll och ökar dessutom sannolikheten att det utökade hembesöksprogrammet kan integreras och fortleva i ordinarie verksamhet. Flera BVC-sjuksköterskor har engagerat sig i programmet genom master-/magisteruppsatser, vilket ökar möjligheten att rekrytera och behålla personal. Den extra kostnaden för BVC-delen är cirka 4000 kronor per barn.

Det finns metodologiska utmaningar i utvärderingen: en randomiserad design var inte möjlig eller önskvärd på grund av interventionens karaktär, hög omflyttning bland deltagarna och kort tid för uppföljning. Ytterligare uppföljningar kommer att göras av

barnens hälsa och utveckling, och om graden av hälsolitteracitet påverkas av ett utökat hembesöksprogram.

Om hembesöksprogram ska spridas till andra områden bör erfarenheter från Rinkeby beaktas, och tid till diskussion avsättas för att komma fram till en enhetlig målsättning och överenskommelse om arbetssätt i dessa områden.

Inledning

Denna rapport beskriver utvärderingen av ett utökat hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC. Hembesöksprogrammet bedrivs i samverkan mellan BVC-sjuksköterskor vid Rinkeby BVC och föräldrarådgivare vid socialtjänstens förebyggande verksamhet, Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning.

Hembesöksprogrammet startade som ett projekt och beviljades i april 2013 finansiering av Folkhälsomyndigheten för perioden 2013-09-01 – 2015-03-31. Medlen användes till att bekosta extra personal inom barnhälsovården och till Karolinska Institutet för att finansiera utvärdering av projektet. Emellertid kunde inte utvärderingen fullföljas inom ramen för dessa medel. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin inom Stockholms läns landsting har bekostat arbetet med utvärderingen under senare delen av år 2015 och 2016. Föräldrarådgivarnas verksamhet har bekostats helt av stadsdelsförvaltningen i Rinkeby-Kista.

En tidigare rapport (1) från 2015 beskriver upplägg och genomförande för det utökade hembesöksprogrammet och preliminära resultat av utvärderingen. Motsvarande uppgifter har också publicerats på engelska i en vetenskaplig artikel (2). Projektet har även beskrivits och registrerats i en internationell databas över interventionsprojekt (ISRCTN Registry 11832097 DOI 10.1186/ISRCTN11832097). Fortsatta analyser och studier pågår för vetenskaplig publicering av resultaten.

I denna rapport presenteras resultat av processutvärderingen och effektutvärderingen på data insamlade till och med år 2016.

Bakgrund

Ojämlighet i hälsa och hälsans bestämningsfaktorer

I Rinkeby har cirka 95 procent av barnen utländsk bakgrund, förekomsten av barnfattigdom överstiger 50 procent, jämfört med 12 procent i riket (3,4). En stor andel av föräldrarna står utanför arbetsmarknaden och omfattas inte heller av inkomstbaserade socialförsäkringar. Ett långvarigt samhälleligt utanförskap och begränsade ekonomiska resurser bland vuxna kan få negativa konsekvenser också för barnen. Andelen barn som går i förskola i Rinkeby är lägre än i andra områden. Bland barn födda år 2008 anmäldes 21 barn per 1000 från BVC till socialtjänsten, jämfört med 4 barn per 1000 i Stockholms län som helhet. (1, 3)

Vårdtyngden vid BVC (beräknat utifrån Barnhälsovårdens indikatorer; andelen rökande mödrar när barnet är 0-4 veckor gammalt plus andelen riskbarn för tuberkulos plus andelen förstfödda barn i området, relaterat till länsgenomsnittet) varierar stort inom länet, och är dubbelt så hög i Rinkeby som i länet som helhet. En omvänd situation gäller köpkraft bland föräldrar: andelen barn vars familjer har låg köpkraft (vars inkomst är i den lägsta femtedelen av inkomstfördelningen) är 2,9 gånger högre i Rinkeby än i länet som helhet. (1)

Vid jämförelser av hälsa och hälsans bestämningsfaktorer bland den vuxna befolkningen i olika områden i länet rapporterar befolkningen i Rinkeby-Kista bland annat sämre självskattad hälsa, sämre tillit till andra människor i bostadsområdet och högre andel rökare än genomsnittet i länet. En stor andel rapporterar också ekonomisk otrygghet och en mindre andel har förvärvsarbete, jämfört med övriga länet.(5)

Hälsan bland barn i olika områden i Stockholms län varierar också påtagligt, barn i Rinkeby har sämre utfall på indikatorer än barn i andra områden vad gäller vaccinationstäckning, andel barn med karies vid tre års ålder samt andel fyraåringar med fetma (3). Detta avspeglas också i att en högre andel barn i Rinkeby söker vård på akutmottagningar vid sjukhus. Trots dessa skillnader i behov är ersättningen per barn till BVC densamma i hela länet (1).

Tidigare studier – hembesöksprogram efter födelsen

Utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar har dokumenterat positiv effekt på barns hälsa både på kort och lång sikt. Utgångspunkten för interventionen i Rinkeby är bland annat studier från Finland (6,7) och USA (8,9) som visat att utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar har positiva effekter både på kort och lång sikt, för både föräldrar (särskilt mammor) och barn, vad gäller barnens fysiska och psykiska hälsa och utveckling, till exempel minskad andel med språkförseningar och minskad emotionell sårbarhet. Man har också noterat förbättrat samspel mellan mor och barn, minskat socialbidragsberoende bland mödrar och ökad känsla av att bemästra föräldrarollen. Långtidsuppföljningar har också visat positiva effekter på längre skolgång bland barnen.

Utökade hembesöksprogram kan minska konsumtion av akutsjukvård (9) och förefaller vara särskilt gynnsamma bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper (10), vilket exemplifieras av en studie från Australien som visar effekter av hembesöksprogram i socialt och ekonomiskt utsatta områden på barns BMI vid två års ålder (11).

En aktuell genomgång och sammanställning har gjorts i den vetenskapliga tidskriften *The Lancet*, av studier av effekter av insatser för att stödja små barns hälsa och utveckling (12). Det finns ett kritiskt "tidsfönster" i tidig barndom när nyttan av sådana insatser förstärks. De mest grundläggande och betydelsefulla erfarenheter barn gör tidigt i livet kommer från samlade insatser av föräldrar, familj och lokalsamhälle och dessa har livslånga positiva effekter på hälsa och välbefinnande, inlärningsförmåga och senare försörjningsförmåga (12).

Samverkan mellan olika instanser kan med fördel ske utifrån en befintlig plattform, anpassas till åldersgruppens utvecklingsstadium och integreras för att uppnå positiva effekter. Insatser startar redan under graviditeten, genom stöd till den blivande mamman och uppmärksamhet på eventuell depression, fortsätter med föräldrastöd efter barnets födelse med avseende på interaktion mellan föräldrar och barn, anknytning, trygghet, amning och uppfödning, kognitiv stimulans och förebyggande av skador och våld i familjen. Högkvalitativ barnomsorg med positiv interaktion och individualiserad uppmärksamhet förbättrar barns kognitiva utveckling. (12)

"Rinkebyprojektet" – utökat hembesöksprogram i samverkan

Sedan september 2013 erbjuds alla förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC ett utökat hembesöksprogram med sex hembesök av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare från socialtjänsten när barnet är 2-15 månader. Hembesöken är planerade så att de passar in på ett lämpligt sätt till barnhälsovårdsprogrammet i övrigt som familjerna erbjuds på ett sedvanligt sätt. Hembesöken genomförs när barnet är en till två veckor, två månader, fyra månader, sex månader, åtta månader och 15 månader gammalt (bilaga 1). Beräknad extrakostnad med detta upplägg för BVC är ca tio extra sjukskötersketimmar per barn, cirka 4000 kronor extra per barn (uppgift från Barnhälsovården).

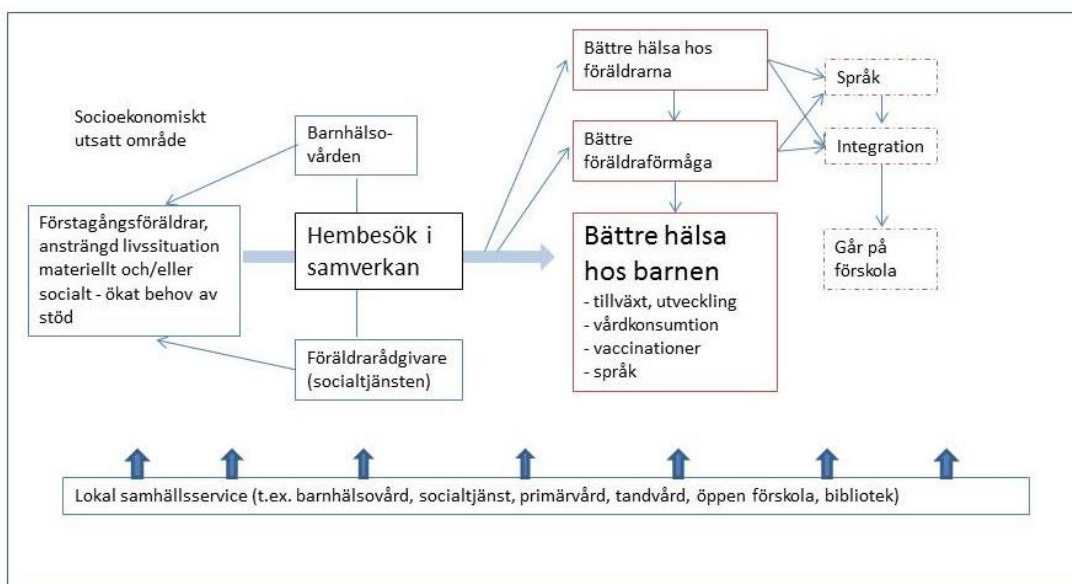
Föräldrar vid Husby BVC, Familjeläkarnas BVC i Husby, Kista Mama Mia BVC (föräldrar/barn bosatta i Husby) samt Hässelby Gårds BVC erbjuds ordinarie basprogram med ett hembesök och tjänar som kontrollområden i utvärderingen. Projektet baseras på en ansökan från barnhälsovårdsöverläkare Helena Martin, Barnhälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting och professor Bo Burström, Karolinska institutet, och finansierades initialt av Folkhälsomyndigheten, med syfte att förbättra förutsättningarna för god psykisk hälsa bland barn som växer upp i Rinkeby, genom att tidigt erbjuda individuellt anpassade insatser till deras föräldrar.

De utökade hembesöken avser att stärka föräldrarnas kunskaper om barn, förbättra samspelet föräldrar/barn, öka föräldrarnas kontakter med andra samhällsinstanser och stärka deras självkänsla och välbefinnande och genom detta förbättra barnens hälsa och välbefinnande. Utökade hembesöksprogram har inte tidigare prövats och studerats i Sverige, samverkan mellan BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare från socialtjänsten har inte heller studerats. (1)

Socialtjänstens föräldrarådgivare och BVC-sjuksköterskor har gemensamt utformat en manual för hembesökens struktur och innehåll. Hembesöken görs gemensamt av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare och följer givna teman: 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. (1) Hembesöken görs på föräldrarnas villkor, det vill säga, anpassas till de undringar och frågor de har. Pappors medverkan eftersträvas i möjligaste mån. Erbjudandet om utökade hembesök har mottagits mycket väl, 94 procent av föräldrarna som har tillfrågats deltar i programmet och utvärderingen (1). Figur 1 illustrerar tanken med projektet och aspekter att utvärdera.

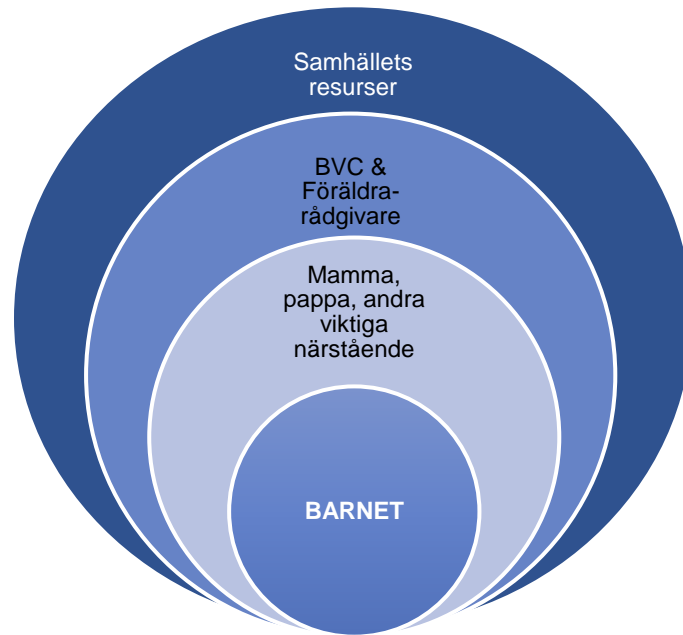
Det utökade hembesöksprogrammet kom till på grund av ett upplevt behov av detta hos både socialtjänsten och barnhälsovården. Andelen barn i Rinkeby som är föremål för utredning hos socialtjänsten är betydligt högre än i länet som helhet. Socialtjänsten har haft en ambition att komma in tidigare och med ett förebyggande perspektiv i sådana processer för att stödja föräldrar. Inom barnhälsovården har BVC-personal upplevt att familjernas behov varit stora och inte kunnat tillgodoses inom sedvanlig verksamhet.

BVC-sjuksköterskor har en naturlig ingång till nyblivna föräldrar, genom att alla erbjuds ett hembesök efter barnets födelse. Samverkan mellan BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare från socialtjänsten, med deras komplementära professionella kunskaper, i ett utvidgat hembesöksprogram anpassat till föräldrarnas behov, kan bidra till stöd för nyblivna förstagångsföräldrar. Vid hembesöken kan föräldrarna också informeras om utbud av övriga lokala aktiviteter (till exempel tandvård, öppen förskola och bibliotek). Det utökade hembesöksprogrammet kan på så sätt bidra till att öka föräldraförmåga och förbättra både föräldrars och barns hälsa samt bidra till språkinläring, integrering och att barn går i förskola, enligt Figur 1.



Figur 1. Modell för projekt och utvärdering (modifierad från Burström et al, 2017).

Hembesöken präglas av ett salutogent synsätt (13). Vid hembesöken stöttar deltagande personal det positiva samspelet mellan föräldrar och barn, mellan föräldrar och andra närstående samt aspekter som kan främja hälsan och välbefinnandet hos barn och föräldrar. Information ges om samhällets resurser för barn och familjer, bland annat om lokala instanser som öppen förskola och introduktionsförskola samt var man kan söka vård med ett sjukt barn. Barnets utveckling och hälsa har stått i fokus vid hembesöken (Figur 2).



Figur 2. Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar, hembesöksmodellen Mersam (mer samverkan).

Utvärderingens upplägg och källor till data

Utvärderingen består av både process- och effektutvärdering. Processutvärderingen har huvudsakligen en kvalitativ ansats och effektutvärderingen huvudsakligen kvantitativ ansats. Utvärderingen som helhet har det som på engelska kallas ”mixed methods approach” (14, 15), det vill säga att de båda ansatserna kompletterar och informerar varandra. Studien har fått etiskt godkännande från Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dr nr 2013/877-31/1), och en förlängning av uppföljningsperioden av deltagande barn har godkänts (2014/327-32).

Utvärderingen har genomförts av en grupp vid Karolinska institutet (med dr Anneli Marttila, docent Kristina Burström, docent Lene Lindberg och docent Asli Kulane) under ledning av professor Bo Burström. Anneli Marttila har följt programmets genomförande i sin helhet. Ett enkätformulär för intervjuer som genomförts med föräldrarna vid programmets start och efter deltagandet i programmet, har tagits fram gemensamt av utvärderargruppen.

Alla förstagångsföräldrar i studieområdena har erhållit skriftlig information om utvärderingen och förfrågan om att delta, och att deltagandet är helt frivilligt. Familjerna har därefter gett ett medgivande eller avböjt sitt deltagande. En intervju med ett frågeformulär har genomförts med föräldrarna vid två tillfällen; när barnen var cirka två-tre månader och 15-18 månader gammalt.

Djupintervjuer med ett antal mammor och pappor har genomförts. Intervjuer med personal före och efter interventionen har genomförts i samtliga studieområdena. Utöver dessa uppgifter har varje hembesök dokumenterats av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare i en dokumentmall, BVC för sig och föräldrarådgivarna för sig. Interventionen med hembesöken har kontinuerligt följts upp också genom deltagande observationer.

I utvärderingen insamlas data från barnets BVC-journal under tiden barnet finns inskrivet vid BVC. Barnens besök hos akutsjukvården har följts upp på individ- och områdesnivå.

Enkätundersökning

En intervju genomfördes med ett frågeformulär som innehöll standardiserade frågor om förälderns ålder, födelseland, vistelsetid i Sverige och i bostadsområdet, utbildningsbakgrund, boendeförhållanden, försörjning, socialt stöd och socialt nätverk, självskattad hälsa, hälsorelaterad livskvalitet (mätt med instrumentet EQ-5D) (16) och föräldraförmåga (mätt med en modifierad version av instrumentet Parental Self Efficacy) (17-19). Vidare ingick frågor om hur föräldern uppfattade barnets hälsa, mat- och sovförhållanden för barnet, frågor om hur föräldern uppfattade råd och hjälp från Mödravårdscentralen (MVC) och Barnavårdscentralen (BVC) samt om man besökt öppen förskola. Samma frågeformulär användes vid båda intervjutillfällena. Intervjun avslutades vid det andra tillfället med en öppen fråga i interventionsområdet om hur föräldrarna upplevt hembesöken och om det fanns något de önskade ändra eller utveckla i hembesöken.

Djupintervjuer

Ett antal mer omfattande intervjuer har gjorts med deltagande föräldrar (både mammor och pappor), om den nya situationen som förälder och hur hembesöksprogrammet upplevts.

Individuella intervjuer har också gjorts med medverkande personal, för att dokumentera deras erfarenheter av hembesöksprogrammet, vid interventionens start och slut.

Dokumentation av hembesöken

Alla hembesök har också dokumenterats och även detta innehåll kommer att analyseras. Resultatet av BVC:s dokumentation presenteras i en masteruppsats i global hälsa, Karolinska Institutet under våren 2017. Föräldrarådgivarnas dokumentation av hembesöken analyseras och kommer att presenteras i en vetenskaplig artikel.

Data från BVC-journaler och registerdata om vårdkonsumtion

De deltagande barnens BVC-journaler har granskats med avseende på olika uppgifter. Vidare har registerdata analyserats angående vaccinationstäckning, besök på akutmottagning vid sjukhus samt inläggning på sjukhus. Dessa uppgifter är på områdesnivå och skiljer alltså inte på barn som deltagit i studien och andra barn.

Analyser av enkätundersökningen, data från BVC-journaler och intervjumaterialet har gjorts av utvärderingsgruppen samt av personal vid Rinkeby BVC. Hittills har tre masteruppsatser gjorts av personal vid Rinkeby BVC/Tensta BVC, baserade på hembesöksprogrammet.

Utvärdering – metodproblem och utmaningar

Ett optimalt upplägg för utvärdering av effekter av det utökade hembesöksprogrammet skulle vara en randomiserad kontrollerad studie, där föräldrar som kommer till Rinkeby BVC slumpas till att få del av de utökade hembesöken eller inte. Detta upplägg bedömdes emellertid varken vara etiskt lämpligt eller praktiskt möjligt. I stället valdes en design som innebar att alla nyblivna förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC erbjöds de utökade hembesöken samt att medverka i studien. Som jämförelsegrupp valdes nyblivna förstagångsföräldrar vid Husby och Hässelby Gård. Dessa är närliggande områden där föräldrarna fick det sedvanliga hembesöksprogrammet med ett hembesök, och erbjöds att delta i studien genom intervjuer och att barnen följdes upp genom BVC-journaler.

En stor andel av intervjuerna gjordes med tolk, vilket medfört vissa svårigheter. Likaså var en stor andel av medverkande föräldrar relativt nyanlända i Sverige med många andra icke tillgodosedda behov. Många av de medverkande föräldrarna hade till exempel en instabil boendesituation, vilket medförde svårigheter att nå dem. Vissa flyttade också ut ur området under projekttiden. Tiden mellan intervju ett och intervju två är kort, vilket kan minska chansen att förvänta effekter av det utökade hembesöksprogrammet.

Vidare finns skillnader i befolkningssammansättning och tidigare traditioner mellan Rinkeby och kontrollområdena, till exempel vad gäller vaccinationstäckning, där barn i Rinkeby av olika skäl haft lägre vaccinationstäckning än barn i kontrollområdena. Således bör också jämförelser göras inom områden, över tid.

De ovan listade utmaningarna försvårar möjligheterna till utvärdering, men kan delvis lösas genom användning av olika ansatser ("mixed methods") för utvärderingen. Kvalitativ analys har gjorts av djupintervjuer med föräldrar och medverkande personal, deltagande observation, dokumentanalys av hembesökens innehåll samt delvis i analyser av vårdsökandebeteende.

Kvantitativ analys har gjorts av enkätdata, där resultaten jämförs vid programmets start och efter programmet, mellan Rinkeby BVC och kontrollområdena. Vidare har antalet BVC-besök och kontaktorsaker analyserats. Uppgifter om andel barn med fullständig vaccination för åldern samt andel som tagit MPR-vaccination har sammanställts. Slutligen analyseras genomsnittligt antal besök på akutmottagning vid sjukhus samt inläggning på sjukhus, bland barn noll till ett år och barn ett till två år i Rinkeby samt i kontrollområdena.

Resultat av delstudier

Vid Rinkeby BVC erbjöds totalt 119 familjer att delta i hembesöksprogrammet och i utvärderingen, varav elva familjer flyttade ut innan intervjuerna påbörjades. Bland de kvarvarande 108 familjerna ville sju familjer inte delta, deltagandefrekvensen bland de som fanns kvar i området blev därmed 94 procent. Totalt 99 intervjuer (omfattande 101 barn, två tvillingpar) gjordes bland föräldrar vid Rinkeby BVC när barnet var två till tre månader gammalt. I kontrollområdena erbjöds 122 familjer att delta, varav 92 medverkade (75 procent) i den första intervjun när barnet var två till tre månader gammalt.

Bakgrundsinformation om deltagande föräldrar vid Rinkeby BVC och i kontrollområdena vid intervju ett med ett frågeformulär har presenterats i tidigare rapport (1) och redovisas i Bilaga 2. En stor andel var födda utanför Sverige både i Rinkeby och i kontrollområdena. Fler föräldrar i Rinkeby hade otrygga förhållanden vad gäller boende och försörjning, mammorna var yngre och fler hade lägre utbildningsnivå än i kontrollområdena och en tredjedel av mammorna bodde inte med en partner.

Vid det andra intervjutillfället när barnet var 15-18 månader gammalt genomfördes 84 intervjuer i Rinkeby omfattande 86 barn (två tvillingpar) och 82 intervjuer i kontrollområdena omfattande lika många barn. De övriga som samtyckt till deltagande kunde inte nås på grund av flytt till eller vistelse på annan ort, län eller land.

Sammanlagt har 523 hembesök genomförts inom programmet i 108 familjer, 4,8 hembesök i genomsnitt per familj. Orsaken till att en del familjer fick färre än sex planerade hembesök var oftast flytt till annan ort eller längre utlandsvistelse. Tolk var med vid 195 hembesök. Av samtliga hembesök gjordes 124 vid BVC i enlighet med familjernas önskemål, på grund av främst instabilitet i familjernas boendesituation.

Nedan redovisas resultat från olika datakällor: BVC-journaler för de deltagande barnen i interventionsområdet och kontrollområdena; vaccinationstäckning för barn vid två års ålder vid Rinkeby BVC år 2012 och för hembesöksbarn år 2016. Analyser redovisas av registerdata om besök till akutmottagningar och inläggning på sjukhus bland barn noll till ett år och ett till två år boende i Rinkeby och andra områden år 2011-2015 (alltså även barn som inte ingick i studien).

BVC-data och vaccinationsgrad – barnens hälsa och hälsoutveckling

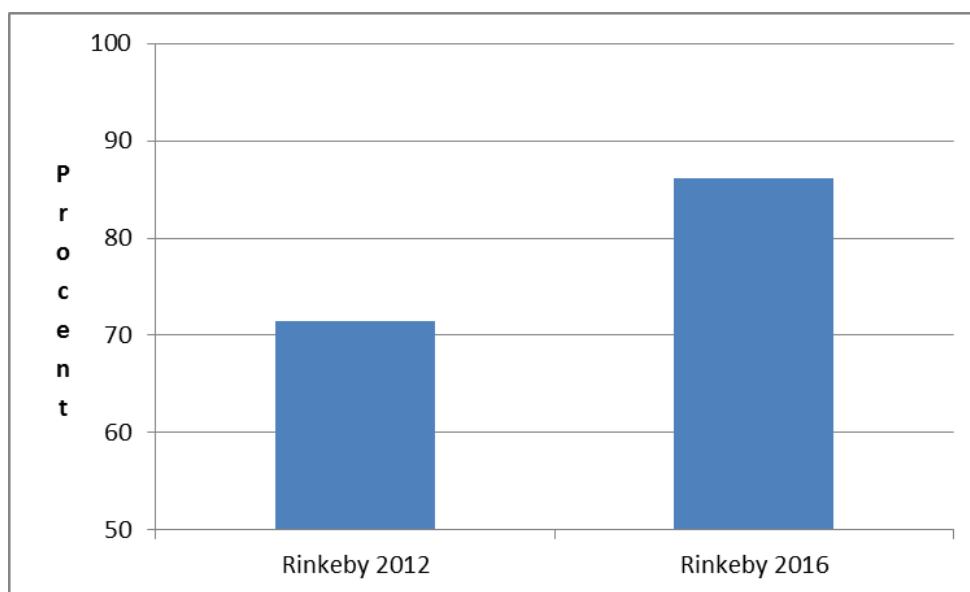
I granskningen av BVC-journaler består den studerade gruppen av deltagande barn i åldern 0-18 månader vars journaler kunde följas i minst ett år. I Tabell 1 visas data från BVC för dessa barn.

Tabell 1. Resultat från analyser av BVC-data, barn 0-18 månader som följts under minst ett år.

	Interventions- området		Kontroll- områdena	
	(Antal)	Procent	(Antal)	Procent
Antal barn i studien	90	100 %	84	100 %
Födelse före v 37	7	8 %	2	2 %
Ammat 6 mån	62	69 %	51	61 %
Ammat 12 mån	44	49 %	31	37 %
MPR-vaccinerad	72	80 %	71	85 %
Fullständig vacc. för åldern	85	94 %	78	93 %
Deltagit i alla planerade läkarbesök	75	83 %	71	85 %
Antal övriga besök				
- akutmottagning	99		87	
- vårdcentral	204		149	
- närakut	99		52	

Vid interventionsområdet följdes totalt 90 barn (84 barn i kontrollområdena) i granskningen av BVC-journaler. Andelen barn födda före vecka 37 var något högre vid Rinkeby BVC än i kontrollområdena och andelen barn som ammat sex månader respektive 12 månader var också något högre vid Rinkeby BVC än i kontrollområdena. Andelen barn som var fullständigt vaccinerade för åldern (ej MPR) var hög och likartad vid Rinkeby BVC och i kontrollområdena. Andelen barn som fått MPR-vaccination var något lägre vid Rinkeby BVC än i kontrollområdena (men ingen signifikant skillnad kunde noteras). Andelen barn som kommit till alla planerade läkarbesök var likartad vid Rinkeby BVC och i kontrollområdena. Barn vid Rinkeby BVC gjorde fler besök till både akutmottagning, vårdcentral och närakut jämfört med barn i kontrollområdena.

Andelen barn vaccinerade mot MPR kan också studeras över tid. I figur 3 visas andelen förstfödda barn som fått hembesöken och vars föräldrar samtyckt till utvärderingen och som vid två års ålder fått MPR-vaccination i Rinkeby. År 2012 var 71,5 procent av barn i området vaccinerade mot MPR, år 2016 var vaccineringsgraden 86,2 procent bland hembesöksbarnen i Rinkeby, en ökning med ca 15 procentenheter jämfört med områdets totala vaccineringsgrad år 2012 (se Figur 3). Inga motsvarande data föreligger för kontrollområdena.

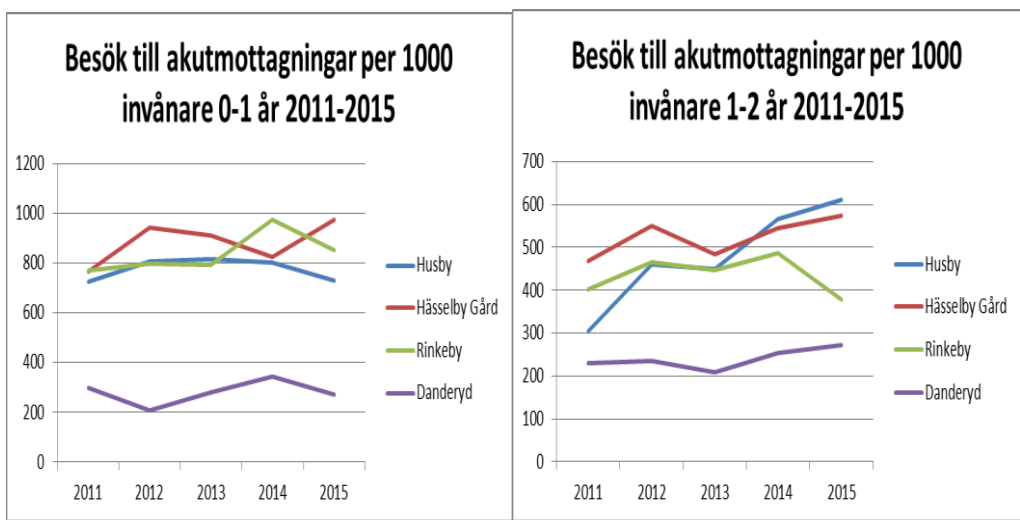


Figur 3. Vaccinationsgrad vid 2-års ålder, jämförelse för samtliga barn vid Rinkeby BVC år 2012 respektive hembesöksbarn år 2016 vid Rinkeby BVC.

Besök till akutmottagningar och inläggningar på sjukhus

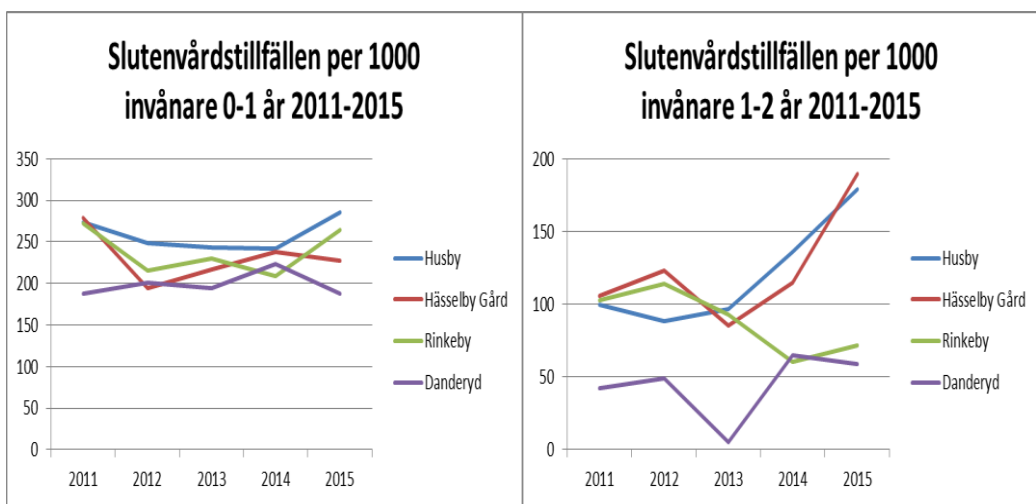
Analysen har också gjorts av registerdata (VAL-databasen) avseende besök till akutmottagningar vid sjukhus (Figur 4) samt inläggningar på sjukhus (Figur 5) bland barn noll till ett år samt barn ett till två år under perioden år 2011-2015. Dessa analyser redovisas per 1000 barn i befolkningen i respektive ålder i respektive område och omfattar således inte endast de barn som ingick i studien om det utökade hembesöksprogrammet.

I Figur 4 ses en betydligt högre nivå på besök till akutmottagningar per 1000 barn noll till ett år i Rinkeby, Husby och Hässelby Gård jämfört med barn i Danderyd (ett socioekonomiskt välbärgat område), och inga påtagliga förändringar över tid. Bland barn ett till två år ses emellertid en minskning i antalet besök till akutmottagningar per 1000 barn noll till ett år i Rinkeby under år 2015, jämfört med en viss ökning bland barn i Husby och Hässelby Gård, medan trenden är mer stabil bland barn ett till två år i Danderyd.



Figur 4. Besök till akutmottagningar per 1000 barn 0-1 år och 1-2 år i befolkningen i respektive område (Källa: egna analyser av VAL-databasen).

I Figur 5 visas andelen inläggningar på sjukhus per 1000 barn noll till ett år i Rinkeby, Husby och Hässelby Gård jämfört med barn i Danderyd. Inga tydliga trender kan observeras år 2011-2015. Bland barn ett till två år ses olika trender: bland barn i Husby och Hässelby Gård ökar andelen inläggningar per 1000 barn från år 2013 till år 2015, medan andelen minskar i Rinkeby. Bland barn i Danderyd är nivån lägre fram till år 2014 och år 2015 då nivån blir likartad med nivån i Rinkeby.



Figur 5. Inläggningar på sjukhus per 1000 barn i befolkningen 0-1 år och 1-2 år i respektive område (Källa: egna analyser av VAL-databasen).

Sammanfattningsvis visade analys av BVC-data liknande förhållanden bland de deltagande barnen i Rinkeby och i kontrollområdena. Andelen deltagande barn som fått MPR-vaccination var likartad i Rinkeby och i kontrollområdena. Vaccinationsgraden, MPR, var 15 procentenheter högre bland de deltagande barnen i Rinkeby år 2016 än den totala vaccinationsgraden i området år 2012 bland barn vid två års ålder.

Analys av besök till akutmottagningar och inläggningar på sjukhus visade en minskande trend bland barn ett till två år i Rinkeby, till skillnad från i kontrollområdena. Bland barn noll till ett år sågs ingen uppenbar trend.

Barnens extra kontakter vid BVC – besöksmönster

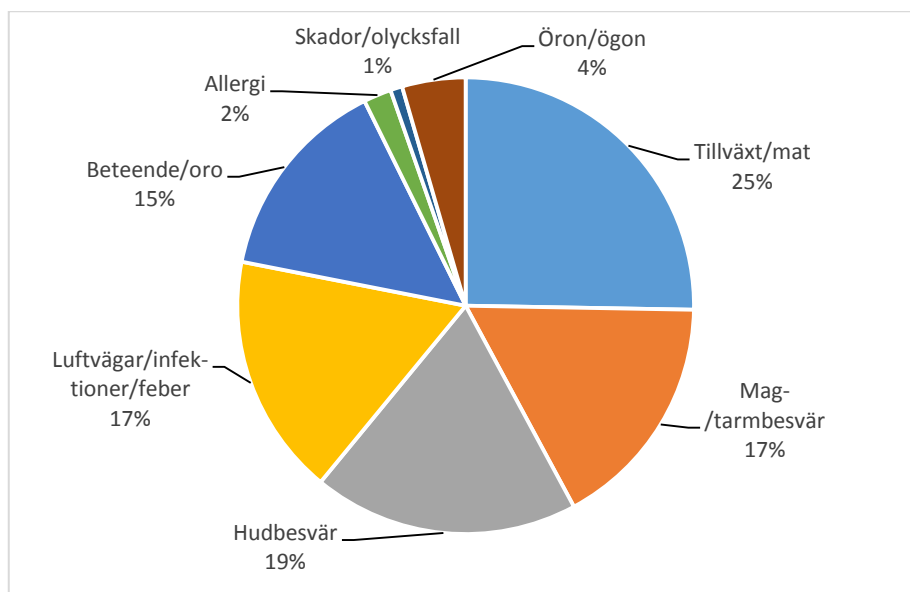
Interventionsområdet – oplanerade extra kontakter

Utöver de planerade besöken till BVC (se bilaga 1 för schema) görs extra besök och telefonsamtal till BVC. Sådana extra kontakter vid Rinkeby BVC har granskats i en magisteruppsats i omvårdnad (20). Barnens BVC-journaler studerades där skriftligt samtycke fanns. Av totalt 119 möjliga journaler granskades för uppsatsen 100 journaler. Exkluderade var de som tackat nej (fyra), hoppat av programmet (tre), flyttat innan samtycke (sju) eller flyttat utan tillgång till journaler (fem). Journalgranskningen genomfördes oktober 2015. Journaler granskades fram till dess att barnen fyllt 18 månader.

Alla icke planerade kontakter via telefon eller drop-inbesök gällande barnets hälsa (totalt 349 extra kontakter) granskades och kategoriserades i åtta kategorier framtagna i samarbete med utvärderarteamet, studenten/barnsjuksköterskan som genomförde granskningen och barnhälsovårdsöverläkare.

De flesta familjer som hade fått hembesöken hade extra kontakt med BVC vid något tillfälle för lindrig fysisk ohälsa (81 procent). En grupp på 22 procent hade fem eller fler kontakter. Det var vanligast med drop-inbesök. Extra kontakt via telefon skedde uteslutande från de som behärskade svenska eller engelska bra.

I gruppen som hade fler än fem kontakter hade 88 procent fått en medicinsk diagnos (till exempel astma eller allergi) via en barnläkarmottagning vid ett senare skede vilket kunde noteras i samband med granskning av journaler. En slutsats som kan dras är att barn med många besök bör uppmärksammas vid BVC och dessa barns hälsa behöver ses utifrån ett helhetsperspektiv. Gruppen är liten och därmed ska generella slutsatser dras med försiktighet.



Figur 6. Fördelning av orsaker till oplanerade extra kontakter med BVC-sjuksköterska i interventionsområdet (totalt 349 kontakter omfattande 100 barn), andelar i olika kategorier.

I uppsatsen gjordes en granskning av barnhälsovårdens historiska och organisatoriska kontext. I analysen blev det tydligt att hälso- och sjukvårdens organisation i Stockholms län saknar en passande instans för stöd kring barns enklare fysiska ohälsa då familjer i den mångkulturella kontexten verkar föredra personlig kontakt.

Utifrån denna journalstudie föreslås följande åtgärder:

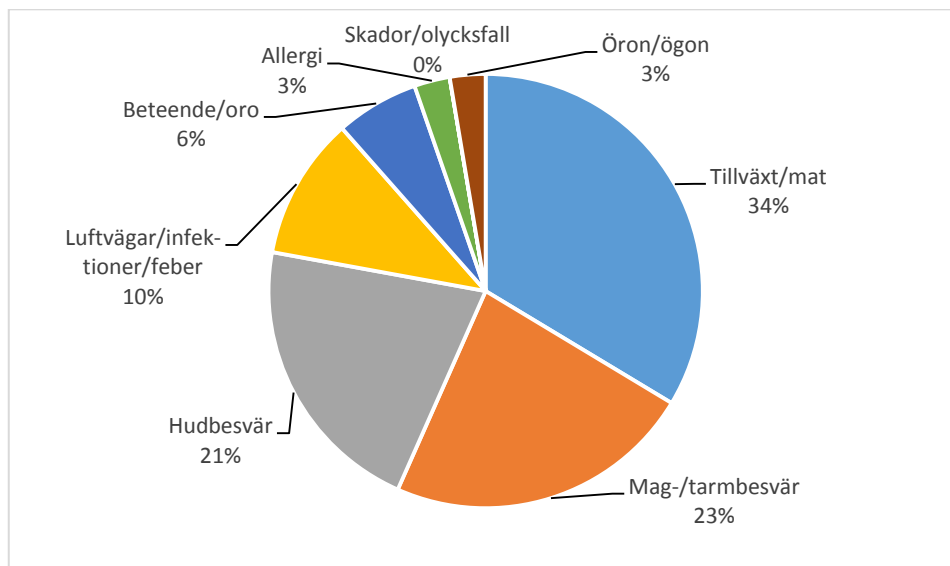
- Hälso- och sjukvården bör uppmärksamma bristen av passande plats för familjer i mångkulturella områden att söka personlig kontakt gällande små barns lindriga ohälsa.
- Lagar och riktlinjer bör följas så att de med många hälsohinder kan få mer stöd, även för enklare fysisk ohälsa, då det finns uppenbart behov av detta.
- Barnhälsovårdssjuksköterskan kan genom det utökade hembesöksprogrammet ge mer nyanserad hälsoinformation, vilket på sikt kan minska behovet av extra kontakter med hälso- och sjukvården.

Kontrollområdena – oplanerade extra kontakter

För att öka förståelsen för besöksmönster studerades i ett senare skede även kontrollområdenas oplanerade extra kontakter vid BVC omfattande 89 barn (Figur 7). En svårighet i jämförelsen är att planering av drop-inbesök ser olika ut vid olika mottagningar. BVC-enheterna för kontrollområdena erbjöd drop-inbesök noll till ett tillfälle per vecka. En enhet hade ingen drop-in utan erbjöd istället extra planerade besök. Interventionsområdet erbjöd tre tillfällen per vecka för oplanerade besök. Således blir summan av oplanerade extra besök färre i kontrollområdena (totalt 192 extra oplanerade kontakter, omfattande 89 barn, i åldern 0-18 månader).

Fördelningen av orsaker till besöken är liknande med störst skillnad på luftvägar/

infektioner/feber där kontrollområdena hade färre andelar av besöken och tillväxt/mat där kontrollområdena hade fler andelar av besöken. I kontrollområdena använde fler telefon, 50 procent, jämfört med interventionsområdet, 38 procent. Drop-inbesök utgjorde 41 procent av oplanerade extrakontakterna i kontrollområdena och 73 procent i interventionsområdet.



Figur 7. Fördelning av orsaker till oplanerade extra kontakter med BVC-sjuksköterska i kontrollområdena (totalt 192 kontakter omfattande 89 barn), andelar i olika kategorier.

Samtliga extra besök till BVC utöver basprogrammet

Om alla extra besök till BVC-sjuksköterskan summeras bland de barn som studerats, både planerade och oplanerade extra besök är antalet kontakter i interventionsområdet 616 (omfattar 90 barn) och i kontrollområdena 632 extra kontakter (omfattar 84 barn) när barnen är 0-18 månader och som har kunnat följas i minst ett år. För extra besök till BVC-läkare är motsvarande siffror 28 besök i interventionsområdet och 12 besök i kontrollområdena.

Sammanfattningsvis sågs en ansevärd mängd kontakter och besök till BVC utöver det planerade BHV-programmet, både i interventionsområdet och i kontrollområdena. Många föräldrar föredrar personligt besök framför telefon eller internetkontakt, delvis av språkliga skäl.

Föräldrarnas uppfattningar om sin egen och barnets hälsa - enkätundersökningen

Resultat från enkätundersökningen visas i tabell 2 med en jämförelse av svarande i interventionsområdet och i kontrollområdena. En stor andel av de svarande i interventionsområdet och i kontrollområdena ansåg att råd och hjälp från MVC varit

mycket bra eller bra. Andelen som tyckte att råd och hjälp från BVC var mycket bra var signifikant högre i interventionsområdet än i kontrollområdena.

Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde ses i andelen som rapporterade mycket gott hälsotillstånd i interventionsområdet och i kontrollområdena, vid intervju ett och intervju två. Hälsorelaterad livskvalitet i fem olika dimensioner mättes med instrumentet EQ-5D (16). Andelen som angav måttliga eller svåra problem med rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär eller oro/nedstämdhet var inte heller signifikant olika mellan interventionsområdet och kontrollområdena, vid intervju ett och intervju två. Detsamma gällde för självskattad hälsa (medelvärde VAS), där inga signifikanta skillnader observerades.

Andelen som rapporterade att alltid ha socialt stöd var signifikant högre i interventionsområdet än i kontrollområdena, både vid intervju ett och intervju två.

Inga signifikanta skillnader observerades vad gäller andelen som rapporterade att barnets hälsotillstånd var gott eller mycket gott, vare sig mellan områden eller vid intervju ett och intervju två. En signifikant högre andel av svarande i interventionsområdet jämfört med i kontrollområdena ansåg vid intervju två att barnets sömn var mycket god eller god.

Vid intervju ett var andelen som besökt öppen förskola signifikant högre i kontrollområdena än i interventionsområdet. Vid intervju två hade andelen ökat avsevärt i båda områdena och ingen signifikant skillnad kunde längre observeras.

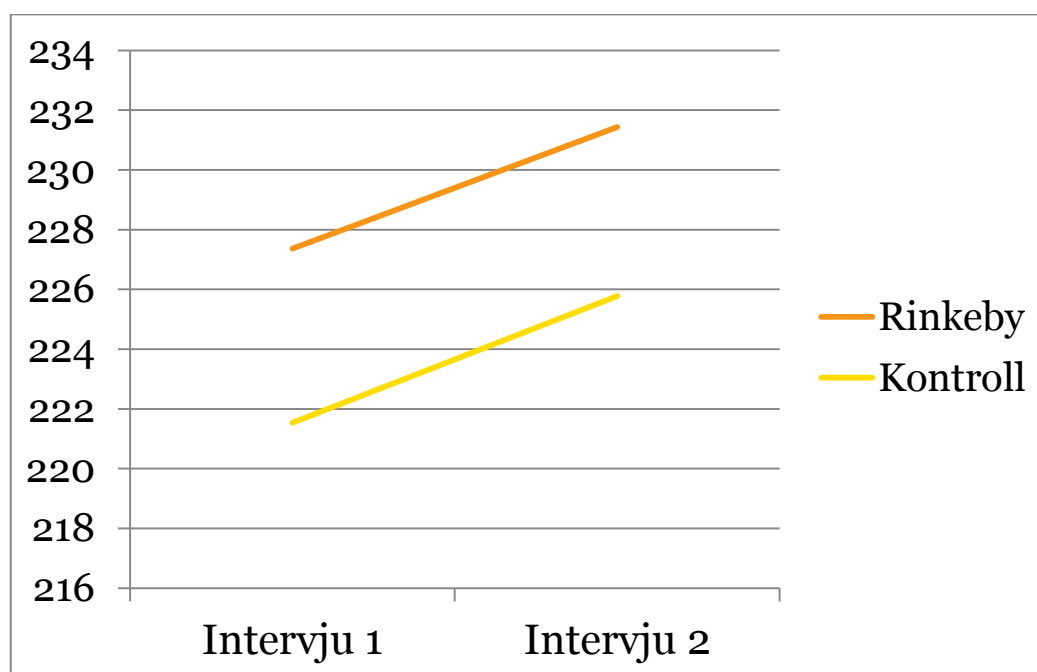
Tabell 2. Enkät svar, andel (%) som svarat enligt angivet svarsalternativ.

	Interventionsområdet		Kontrollområdena	
	(n= 99)	(n= 84)	(n= 92)	(n= 82)
	Intervju 1 (%)	Intervju 2 (%)	Intervju 1 (%)	Intervju 2 (%)
Råd och hjälp från MVC		Ej tillfrågats vid int 2		Ej tillfrågats vid int 2
Mycket bra	61.2		64.8	
Bra	35.7		30.8	
Någorlunda/Dåligt/Mkt dåligt	3.1		4.4	
Råd och hjälp från BVC				
Mycket bra		83.3*		54.9
Bra		15.5		40.2
Någorlunda/Dåligt/Mkt dåligt		1.2		4.9
Allmänt hälsotillstånd				
Mycket gott/Gott	86.9	88.2	79.3	91.4
Någorlunda	11.1	9.2	19.6	7.3
Dåligt/mycket dåligt	2.0	2.6	1.1	1.2
Rörlighet				
Måttliga/svåra problem	15.2	6.0	14.1	6.2
Hygien				
Måttliga/svåra problem	4.0	2.4	5.0	1.2
Huvudsakliga aktiviteter				
Måttliga/svåra problem	8.1	2.4	12.7	4.9
Smärtor/besvär				
Måttliga/svåra problem	39.4	24.1	33.3	19.7
Oro/nedstämdhet				
Måttliga/svåra problem	29.6	25.9	40.7	25.9
Självskattad hälsa				
Medelvärde VAS	82.4	82.8	80.9	80.8
Socialt stöd				
Ja, alltid	85.9*	79.3*	71.7*	57.3
Ja för det mesta	8.1	17.1	21.7	35.3
Nej, för det mesta inte/Aldrig	4.0	3.6	4.3	7.3
Barnets hälsotillstånd				
Mycket gott/Gott	98.0	97.6	96.7	96.4
Någorlunda	1.0	2.4	2.2	3.6
Dåligt/mycket dåligt	1.0	0	1.1	0
Barnets sömn				
Mycket god/God	76.8	90.5*	76.1	75.6
Någorlunda	17.2	6.0	18.5	21.9
Dålig/Mycket dålig	6.0	3.6	5.4	2.4
Öppen förskola*				
Andel som har besökt	4.0	67.9	15.2*	67.1
Tilltro till föräldraförmåga**				
Medelvärde (Standardavvikelse)	227.4(14.6)	231.4(11.5)	221.5(15.1)	225.8(12.4)

* Signifikant skillnad p <.05

** Annan skala.

Föräldrarnas tilltro till sin föräldraförmåga var signifikant högre i interventionsområdet än i kontrollområdena, både vid intervju ett och intervju två (Figur 8). Tilltron till den egna föräldraförmågan ökade mellan intervju ett och intervju två i båda områdena. Tilltron till föräldraförmågan avser att mäta positiva känslor, vara med barnet, empati och uppfattningen om sig själv som förälder. Frågeinstrumentet består av 24 frågor som besvaras på en tiogradig skala där 0 motsvarar "Instämmer inte", siffran 5 motsvarar "Instämmer delvis" och siffran 10 "Instämmer helt". Poängen summeras för alla påståenden och kan variera från 0 till 240. En låg totalpoäng korresponderar till en låg tilltro medan en hög totalpoäng korresponderar till en hög tilltro till föräldraförmågan.



Figur 8. Tilltro till föräldraförmåga (medelvärden, skala 0-240), vid intervju 1 och intervju 2 (barnets ålder 2 månader respektive 15 månader), interventionsområdet (Rinkeby) respektive kontrollområdena (Husby och Hässelby Gård).

Sammanfattningsvis visade resultaten från enkätundersökningen att fler var mycket nöjda med råd och hjälp från BVC i interventionsområdet än i kontrollområdena. En större andel av svarande hade "alltid socialt stöd", upplevde att barnens sömn var mycket god vid intervju två samt att tilltron till den egna föräldraförmågan var högre bland svarande i interventionsområdet än i kontrollområdena. I övrigt var skillnaderna inte statistiskt signifikanta.

Erfarenheter av hembesöken - föräldrarnas svar på en öppen fråga vid intervju två om hur de upplevt hembesöken i interventionsområdet

I intervjuerna svarade föräldrarna att de var positiva till hembesöken. Alla svarade att hembesöken var bra eller mycket bra av fem svarsalternativ (mycket bra, bra, någorlunda, dåligt, mycket dåligt). Alla förutom en sade att det var bra eller mycket bra att det

kom två personer vid hembesöken. En av de intervjuade visste inte hur hon skulle svara på frågan. Alla intervjuade har svarat på en öppen fråga som handlade om på vilket sätt hembesöken var bra eller inte bra. Svaren har sammanställts utifrån en innehållsanalys där alla svaren rymdes inom fem kategorier som skapades utifrån svaren och presenteras nedan. Kategorierna illustreras med citat och kommentarer ur föräldrarnas svar. Efter varje kategori ges en tolkning av vad hembesöken kan bidra till utifrån den aktuella kategorin.

1. Stöd från BVC-sjuksköterskan och föräldrarådgivaren med första barnet då man saknar erfarenhet

Föräldrarna betonade i sina svar att när man får sitt första barn förändras mycket i livet; från att varit ensam eller två med sin partner blir man tre. Även om man har haft tankar under graviditeten om hur livet kunde bli, är förändringen stor. Många intervjuade kvinnor flyttade till Sverige inte så långt innan graviditeten eller under graviditeten. Livet förändrades på flera olika sätt för många. I denna situation togs det erbjudna stödet från BVC och föräldrarådgivarna emot med en viss försiktighet i början då föräldrarna inte visste vad hembesöken innebar. Med tiden, och efter ett par hembesök beskrev många att de var nöjda med det extra stödet i den nya rollen som förälder. Personalens stödjande och uppmuntrande sätt uppskattades och många föräldrar berättade att de upplevt att personalen bryr sig om varje barn, och allmänt sett har ett bra bemötande gentemot barnen. Föräldrar uttryckte i sina kommentarer:

”De ger råd och tips.”

”De uppmuntrar och bekräftar.”

”De diskuterar och reflekterar.”

”De kritiserar inte, bra atmosfär.”

”De är bra människor. De bryr sig.”

”Det var stort stöd för oss. Det var tryggt. Personalen bryr sig om varje barn. Man kände sig speciell, vi var föräldrar till Samuel (annat namn), inte bara en bland andra. Vi har flyttat nu. Jag och min man saknar dem väldigt mycket.”

En stor andel av föräldrarna som fått hembesöken kom från andra länder, många hade lämnat sitt sociala nätverk men bland de intervjuade fanns också de som hade både släkt och vänner som stöd i Sverige. Flera föräldrar beskrev att hembesöken och stödet från personalen genom hembesöken på sätt och vis ersatt det stöd de skulle fått i hemlandet av sin familj och släkt.

Föräldrarna beskrev exempel på vad som hade diskuterats vid hembesöken, till exempel barns utveckling, olika utmaningar och utvecklingsfaser, hur man kan ta hand om barnet om barnet blir sjukt och var man kan söka vård. Många föräldrar berättade om att olyckor hade diskuterats och att inte säga nej så ofta utan vägleda barnet på ett annat sätt.

”Första barnet, de ger råd, lyssnar, guidar framåt och frågar hur man mår.”

”De har lärt oss hur vi ska prata med barnet, de har visat oss vägen.”

”Jag försöker följa råden.”

”Vi pratade mycket om förkylning och vad man kan göra.”

Utifrån detta kan sammanfattas att föräldrarna beskrev att de fått ökad kunskap om barns utveckling och att hantera föräldraskapets utmaningar genom hembesök. Hembesöken som genomförs i positivt, stödjande sätt kan öka känslan av trygghet hos föräldrarna.

2. Hemmiljö bra då allt är nytt och omvälvande

Många av de intervjuade tog upp att det var bra att träffas i hemmiljön, särskilt i början då man precis fått sitt barn. Att bara ta sig ut var en stor utmaning i den nya situationen och då man inte alltid heller mår så bra på grund av att man inte återhämtat sig ännu efter förlossningen.

”När man är deppig, hemma blir bättre.”

Föräldrar beskrev att de iakttagit att det är många föräldrar och barn som besöker BVC och vill ha svar på sina frågor. Tiden kändes pressad och besöken blev ofta mer stressade än i hemmiljön. Alla som var hemma kunde vara med vid hembesöken och flera besök gav möjlighet till att få en bättre kontakt.

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

”Hembesöken har hjälpt mig till en ny insikt i mitt liv, hur jag vill leva. Jag har blivit en annan människa. Mitt barn visar mig vägen.”

Utifrån detta kan sammanfattas att fler hembesök ger mer tid och kontinuitet i kontakt med föräldrar och barn vilket kan bidra till ökad tillit och möjlighet att bättre nå och uppmärksamma föräldrar med extra stödbehov till exempel mödrar som känner sig ledsna och deprimerade.

3. Föräldrars frågor styr

När det finns mer tid, hinner man också fundera mer över vad man som föräldrar vill fråga och veta mer om. Att få berätta om sitt barn, vad barnet kan, vill och tycker om eller inte tycker om, och att någon lyssnar på och visar intresse och bryr sig uppskattades av föräldrarna.

”Man får berätta.”

”Det behövs med första barnet.”

”Jag fick ställa 1000 frågor till dem, och fick alltid svar. Det kändes alltid bra efter deras besök.”

Hembesöken kan öka föräldrars känsla av att bli sedda och lyssnade till. Särskilt i utsatta livssituationer kan detta vara av stor betydelse och i längden stärka föräldrarnas känsla av att orka stå ut med olika utmaningar.

4. 1+1=3 BVC och föräldrarådgivare tillsammans

På frågan hur upplevde du att det kom både BVC och föräldrarådgivare vid hembesöken reagerade många av de intervjuade först undrande över vad frågan betyder. Många svarade att det var bra att de var två, de har olika professioner, kan olika saker och kompletterade varandra. En del föräldrar svarade med ett skratt och sa att det är trevligt att få två gäster istället för en, diskussionerna blev bara roligare med fler personer. I början kunde det kännas ovant men efter fler träffar blev diskussionerna mer avslappnade och föräldrarna kunde känna att de förstod syftet med besöken på ett annat sätt.

”Får medicinska och stödjande råd.”

”Olika aspekter diskuteras.”

”Bra, nyttigt, lärorikt.”

Genom teamarbete med BVC och föräldrarådgivning som utvecklats under arbetets gång har föräldrar vid hembesöken kunnat erbjudas ett stöd som föräldrarna annars inte får i det sedvanliga barnhälsovårdsprogrammet.

5. Få kännedom om det svenska samhället och stödet för barn och föräldrar

De allra flesta föräldrar som fått hembesöksprogrammen kom från andra länder där samhällets system och traditioner kan se olika ut vid barnuppfostran och förväntningarna på hur man förväntas vara som en förälder. I intervjuerna framkom att ibland är det svårt att befinna sig mellan uppfattningar i två olika kulturer, man får bestämma vid varje utmaning hur man ska förhålla sig. Att få information, stöd och kunna reflektera med personalen uppskattades av föräldrarna. Exempel gavs av föräldrarna till exempel relaterade till barns mat och hur man kan agera när barnet blev sjukt. Personalen berättade om olika aktiviteter och instanser man kunde besöka med små barn, till exempel öppen förskola, biblioteket och olika grupper där man kunde träna svenska språket och vad förskolan kan bidra med. Föräldrarna berättade att de vid hembesöken fått veta att de kunde ta kontakt med föräldrarådgivaren senare om de hade behov.

”Det var utvecklande, att få prata svenska. I Sverige är andra regler och man ger andra råd. Klimatet är annorlunda. Det var svårt först, ville bara hålla mig lugn då allt var så nytt och annorlunda. Jag försöker balansera mellan två kulturer och plocka det bästa av båda och ge till mitt barn. Man ska inte stänga ute det svenska utan

kommunicera, umgås och respektera varandra. Genom hembesöken fick jag höra om det svenska sättet, om regler och råd här.”

Vid hembesöken gavs information om samhällets stödsystem och lokala instanser för barn och föräldrar i dialog med föräldrarna. Detta är särskilt viktigt i området där många är nya i Sverige eller inte känner till hur samhällets system fungerar. Detta kan öka föräldrars kontaktlänkar utanför hemmet på längre sikt och stimulera bland annat till att lära sig svenska i de språkgrupper som erbjuds.

Föräldrarnas erfarenheter – djupintervjuer

Djupintervjuer har genomförts bland familjer som fått hembesöken och samtyckt att delta i utvärderingen. Nio pappor och tio mammor har intervjuats. Resultaten av dessa delstudier har presenterats i två uppsatser: en masteruppsats i folkhälsovetenskap (21) och en magisteruppsats i omvårdnad (22), dessa presenteras nedan.

Därutöver har fem djupintervjuer genomförts: en med en mamma i Rinkeby och fyra mammor i Husby med olika bakgrund. Genomförda djupintervjuer i Husby och enkätundersökningen i kontrollområdena visade liknande behov som beskrevs bland föräldrar i Rinkeby. En större andel av föräldrar i kontrollområdena hade längre utbildningsbakgrund, och fler hade arbete men utmaningarna i föräldraskap, relationer, känslor av isolering och ensamhet samt hur man som nybliven förälder upplevde segregationen togs upp också av föräldrarna i kontrollområdena.

Strävan efter stabilitet i livsvillkor som nybliven pappa i en mångkulturell förort: erfarenheter efter ett utökat hembesöksprogram

Som en del av utvärderingen av hembesöksprogrammet genomfördes en kvalitativ intervjustudie bland pappor tillhörande familjer som inkluderades i hembesöksprogrammet och som hade deltagit vid hembesöken under tiden programmet pågick i projektform (21). Sammanlagt sju pappor intervjuades för studien och ytterligare två intervjuer genomfördes och inkluderades efteråt för att vidare undersöka pappornas perspektiv för programmet.

Syftet med intervjustudien var att få fördjupad kunskap om vad pappor, som har fått det utökade hembesöksprogrammet genom BVC, har för erfarenheter av att bli förälder, och deras behov av stöd i föräldraskapet. Deltagarna i studien rekryterades per telefon genom kontaktuppgifter av BVC-sjuksköterskor som hade arbetat med programmet då alla familjer vid ett tidigare skede hade samtyckt att delta i utvärderingen.

Grundad teori (GT) (23) användes som metod för analys av studien och en intervjuguide användes för djupintervjuerna. De intervjuade papporna var 22-45 år gamla och alla hade utomnordiskt ursprung från sju olika länder. Alla hade bott i Sverige 6-20 år. Utbildningsnivån varierade från grundskola till högskoleexamen. Deltagarnas aktuella arbetssituation motsvarade inte alltid deras utbildningsnivå.

Intervjuerna exklusive bakgrundsfrågor varade 20-45 minuter och genomfördes antingen vid BVC och eller hemma hos deltagarna enligt deras önskemål under tidsperioden oktober 2015 och februari 2016. Vid en intervju användes tolk. Efter varje inspelad intervju, transkriberades intervjun ord för ord. Transkriberingarna kodades rad för rad. I dataanalysen följdes GT-processen enligt Charmaz (23).

Dataanalysen ledde till identifiering av studiens huvudkategori: *Strävan efter trygghet och stabilitet i livsvillkor* beskrivande pappornas erfarenhet av att bli förälder, och deras behov av stöd i föräldraskapet. Tre underkategorier identifierades: *faderskapets krävande glädjande vardag, anpassning till papparollen och engagemang i familjen samt det efterlängttade stödet i föräldraskapet.*

Papporna berättade om utmaningar på arbetsmarknaden och i boendesituationen samt problem relaterade till bostadsområdet. Livet innehöll glädje och speciellt glada var papporna för sina barn, samtidigt som de kände ett stort ansvar och beskrev det sociala livet vara viktigt. Att bli pappa var ett slags möte med verkligheten och var både stressande och glädjande, barnet i sig var livgivande och en del förändringar i roller och relationer beskrevs i hemmen för att bättre kunna ta hand om barnet. Papporna berättade om behov av stöd i föräldraskapet och det annorlunda familjelivet i Sverige utan den utökade familjen som fanns i ursprungslandet. I Sverige fick pappa och mamma ta mer ansvar för barnet själva utan stöd i vardagen. Stödbehov som papporna gav uttryck för handlade både om kunskap och de praktiska uppgifterna i vardagen. Det visade sig att papporna hittade kunskapskanaler både genom kontakt med familjen och vänner, internet, Vårdguiden 1177 och vidare BVC inom hälso- och sjukvården.

Hembesöken som familjerna fick genom projektet av BVC-sjuksköterskan och föräldrarådgivaren var uppskattade och rekommenderades varmt för förstagångsföräldrar. Båda professionerna hade bidragit med specifika kunskaper och stöd beskrev papporna.

I masteruppsatsen (21) drogs slutsatsen att studiedeltagarnas erfarenheter av faderskap beskriver deras strävan efter trygghet och stabilitet i livsvillkoren för sina barn. Vardagens utmaningar möttes och hanterades med de resurser som stod till pappornas förfogande. BVC och det utökade hembesöksprogrammet genom BVC tillsammans med föräldrarådgivaren från socialtjänsten har mött en del av pappornas/föräldrarnas stödbehov i tidigt föräldraskap, såväl kunskapsmässigt som trygghetsmässigt. Utifrån pappornas perspektiv och erfarenheter har hembesöksprogrammet varit lyckat. Hur interventionen påverkar barns och ungas uppväxtvillkor mer långsiktigt i bostadsområdet, i syfte "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (24), återstår att se.

Somaliska förstagångsmödrars erfarenheter av föräldraskap och barnhälsovård - efter deltagande i utökat hembesöksprogram

Tio somaliska mödrar som deltagit i det utökade hembesöksprogrammet intervjuades. Resultatet har redovisats i en magisteruppsats i omvårdnad (22). Syftet med denna studie var att lyfta fram erfarenheter av föräldraskap och barnhälsovård hos förstagångsmödrar med somaliskt ursprung vilka deltagit i ett utökat hembesöksprogram samt erfarenheter av vaccinationsprogrammet. Somaliska mödrar valdes till studien då 40 procent av familjerna som erbjudits det utökade hembesöksprogrammet hade somaliskt ursprung. I studieområdet finns en tveksamhet bland somaliska föräldrar till att vaccinera barnen mot MPR då det kopplas ihop med autism.

Inkluderingskriteriet för studien var att mödrarna kunde uttrycka sig på svenska, så att ingen tolk behövdes vid intervjun. Barnen var mellan 18 till 24 månader då sista hembesöket var vid femton månaders ålder och MPR-vaccin normalt ges vid 18 månaders ålder. De intervjuade mödrarna var 24-36 år när de fick barn och hade bott i Sverige mellan 6 och 20 år.

Intervjudeltagarna kontaktades per telefon och tillfrågades om medverkan. Totalt kontaktades 16 familjer vilket resulterade i tio intervjuer med mödrar. Sex mödrar uteblev från mötet. Deltagarna erbjöds möte vid barnavårdscentralen, i deras eget hem eller på annan plats. Nio stycken ville träffas vid BVC och en ville träffas i sitt hem. En semi-strukturerad frågeguide användes vid intervjun. Intervjuerna genomfördes februari, mars 2016. Varje intervju varade i 20-40 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

Interkulturellt vårdande, enligt Wikberg (25) användes som teoretiskt perspektiv i denna studie. Mödrarna som intervjuades var nöjda med hembesöken och beskrev trygghet i sin föräldraroll. Tilltron till barnhälsovårdens sjuksköterskor och socialtjänstens föräldrarådgivare var hög. Hälften av mödrarna lät sitt barn få MPR-vaccinet vid ca 18-månaders ålder medan andra hälften väntade med att låta vaccinera.

Resultaten i denna studie visade somaliska förstagångsmödrars strävan efter att främja sitt barns hälsa och utveckling. Mödrarna visste var de kunde inhämta information om barnets hälsa, utveckling och vårdutbud för barnet. I teorin om interkulturellt vårdande kan detta belysas som yttre omständigheter som påverkar vårdandet. Mödrarna hade genom det utökade hembesöksprogrammet fått kunskap om de yttre omständigheterna i samhället som gynnade barnets hälsa och utveckling. Programmet var anpassat för målgruppen i sitt sammanhang som ett kontextuellt vårdande som synliggör världssammanhanget och det specifika draget i vårdandet. Det utökade hembesöksprogrammet kan genom det teoretiska perspektivet ses som unikt vårdande, där mödrarnas enskilda behov och önskemål tillgodosågs. Fler hembesök kan främja välbefinnande och hälsa (25).

Yttre omständigheter som familj, vänner och nätverk är en stor del av mödrarnas vardag. Enligt teorin eftersträvas att nätverket involveras i vårdandet (25). Att komma till ett nytt land där man inte förstår språket kan göra att man hellre vänder sig för stöd och råd till landsmän som talar samma språk (26). Mödrarna i studien hade i och med deltagandet i hembesöksprogrammet fått ett vidare nätverk, utanför familj och vänner. De var nu mer delaktiga på andra platser där föräldrar och barn träffas, vilket kan vara en effekt av den täta kontakten med barnhälsovården och föräldrarådgivarna.

Denna studie visade positiva effekter av förstärkt föräldraskap. Alla mödrar var nöjda, kände stor tillit och hade stort förtroende till BVC-sjuksköterskan och föräldrarådgivaren. Det utökade hembesökets positiva effekter på barns hälsa och utveckling finns beskrivet i tidigare studier (7, 9). Flera mödrar beskrev att hembesöken som utfördes tillsammans med BVC-sjuksköterskan och föräldrarådgivaren hade likheter med den egna kulturen i Somalia, vilket inte har setts i tidigare studier.

Resultaten visade även mödrarnas öppenhet för ackulturation (en process där två kulturer, deras normer och beteendemönster möts), de ville ha kunskap om den nya kulturen och livsstilen och på bästa sätt tillgodose barnets goda utveckling i det nya landet. Osman med flera (26) visar också i sin forskning att somaliska föräldrar hade behov av information om hur man kulturellt kunde anpassa sitt föräldraskap och få stöd från samhället i att bli en bra förälder. Mödrarna önskade att deras barn skulle vara en del av det svenska samhället, skaffa sig en hög utbildning samtidigt som de skulle bevara sitt ursprung och sin tro.

Att som nybliven mor få flera hembesök av både barnsjuksköterska och föräldrarådgivare verkar ha stärkt de intervjuade mödrarna i sitt föräldraskap och ökat kunskapen om barnets utveckling och hälsa. Hälften av mödrarna valde att låta barnet få MPR-vaccinet trots ryktet om autism. Den andra hälften uttryckte stark tillit till barn-

hälsovården men valde ändå att avvakta med vaccineringen. En grundsten i det interkulturella mötet är att främja en god relation och ömsesidig förståelse, vilket skapar en grund för en tillitsfull relation som kan främja föräldrar och barn positivt också på lång sikt.

Personalens erfarenheter av det utökade hembesöksprogrammet

BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare som arbetat med hembesöksprogrammet samt deras närmaste chefer som varit involverade i hembesöksprogrammet intervjuades vid interventionens start och efter interventionens genomförande. Materialet består av tio intervjuer vid start (tre med barnsjuksköterskor, tre med föräldrarådgivare samt fyra med chefer från barnhälsovården och socialtjänsten). Efter projektet intervjuades samma personer och ytterligare en chef från socialtjänsten som påbörjade sitt arbete under hembesöksprogrammets genomförande. Totalt består materialet av 20 djupintervjuer med deltagande personal. Alla som arbetat med det utökade hembesöksprogrammet intervjuades. Studieområdet är geografiskt litet och de som arbetade i interventionen var få vilket gör att anonymitet inte helt kan garanteras i rapporteringen av resultatet. Därför redovisas resultaten genom generella studiefynd som präglar interventionens genomförande som process, utmaningar och framgångsfaktorer.

En tematisk frågeguide som bestod av tre teman användes vid intervjuerna: beskrivning av arbetet och rollen, stödbehov hos föräldrar samt förväntningar och erfarenheter av hembesöksprogrammet. Alla intervjuer spelades in och transkriberades och analyserades utifrån en tematisk analys. Alla intervjuade är kvinnor och har arbetat i sitt yrke från två till mer än tjugo år.

Före hembesöksprogrammet startades och vid start: utmaningar och förväntningar

Båda yrkesgrupperna beskrev vid interventionens start sina farhågor kring att arbeta med en annan yrkesgrupp. BVC och föräldrarådgivare har olika roller och yrkes-traditioner. Oro fanns bland de intervjuade hur samarbetet kunde ta form och utvecklas. Barnhälsovården ingår i hälso- och sjukvårdens organisation, utgår från den medicinska traditionen och möter alla barn med uppgift att följa upp barnens hälsa på längre sikt under BVC-tiden. Varje besök på BVC har sitt innehåll och en checklista vad som bör följas upp. Föräldrarådgivarna brukar inte arbeta med hembesök utan i form av individuella besök på kontoret eller i föräldragrupsutbildningar från att barnen är tre år. Deras roll är att arbeta förebyggande och ge råd och stöd utifrån föräldrars frågor och svårigheter. Båda yrkesgrupperna arbetar en hel del individuellt med stöd från sin arbetsgrupp.

Vid projektets start beskrev särskilt BVC-sjuksköterskor att de upplevde en ständig tidsbrist och otillräcklighet, att inte kunna göra sitt arbete på ett bra sätt, enligt de riktlinjer de var ålagda att göra.

”Det är mycket som ska ingå på en halvtimme och det är orimligt mycket.”

”... speciellt om nån kommer för sent kanske och så tänker man att man ska hålla det kort och nästa rycker i dörren och så kommer det en massa andra personer och knackar...”

Föräldrarådgivarna beskrev att BVC har ett naturligt arbetssätt vid hembesöken och att de brukar träffa alla föräldrar. I området är rädslan för socialtjänsten stor, många är misstänksamma mot socialtjänsten och vill undvika kontakter med dem på grund av rädslan att socialtjänsten kan ta barnen ifrån en. Att göra hembesök hos alla familjer med första barn var en stor utmaning och förväntan var stor på hur familjerna skulle ta emot erbjudandet om hembesöken. Att hitta sin egen roll och samtidigt utveckla teamarbetet skapade frustration i början.

”Det var helt nytt, alltså ingen har ju erbjudit (detta) så det är naturligt också att man är orolig i början, hur ska det här gå?”

Det fanns ingen manual eller förutbestämt innehåll vid interventionens start utan deltagande personal skapade innehållet tillsammans allteftersom barnen föddes och växte. Ett innehåll och manual till programmet konstruerades utifrån föräldrarnas frågor och barnets utvecklingsfaser. Förväntningarna var höga bland deltagande personal att både utveckla samarbetet i team och innehåll till programmet samtidigt. Båda aktörerna använde tid för gemensamma möten och diskussioner, formulerade innehåll till programmet om och om igen i syfte att skapa ett innehåll med så hög kvalitet som möjligt utifrån föräldrarnas frågor och behov.

Tid för gemensamma reflektioner, hög motivation bland de deltagande aktörerna och familjernas stora behov lyftes fram som grundstenar i arbetet med hembesöken:

”Det finns stora behov hos de här familjerna så jag tror grunden är att vi har förstått att vi behöver varandra. Vi behöver jobba tillsammans och vi vill familjerna och barnen och föräldrarna väl. Grunden att vilja göra det här jobbet ihop den tror jag har gjort att vi har överlevt de bekymmer som varit stökiga i samarbetet för båda rollerna... en hög motivation. Och sen kan jag tänka mig att varför vi lyckats är att vi verkligen har avsatt tid att prata om olikheter och likheter (mellan professionerna). Och arbetat oss igenom det... På Mersam-mötena. Det har krävt ganska mycket tid men utan det hade vi inte riktigt lyckats.”

Vinsterna för familjerna diskuterades av alla intervjuade och uppfattades på ett mycket likartat sätt bland båda aktörerna. En av de intervjuade sammanfattade från föräldrarådgivningens perspektiv:

”... man får möjlighet att nå familjerna och visa vem man är genom att komma hem. Det tänker jag är en jättevinst... att man kan så frön, man kan dels ge information, visa att man vill väl. Man kan på nåt sätt också föra in det här med barnperspektivet att se barnet som en egen individ med egna behov... om familjen längre fram i sin tillvaro får problem så vet man att det inte är livsfarligt att ha kontakt med kommunen till exempel. Eller med barnhälsovården... under de här sex gångerna man bygger in det här att det måste få ta tid, det här är ingenting man bara stökar undan utan... man kan ju tänka att föräldrar kan se att det måste få ta tid det här med att vara nybliven förälder.”

Utveckla gemensamt arbetssätt

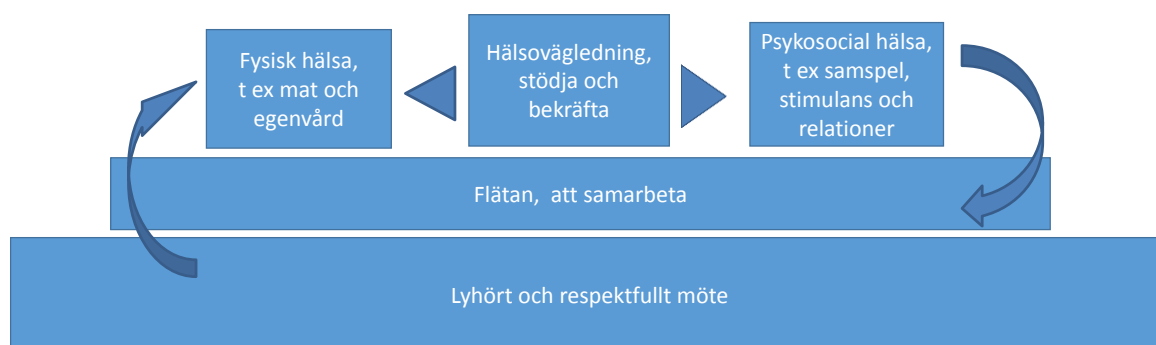
Efter interventionen beskrevs ett fungerande samarbete mellan aktörerna och en personlig, utvecklande resa för alla deltagande. Oro som upplevdes i början hade ersatts med känslan av stolthet att ha utvecklat programmet och att föräldrarna ofta uttryckt sin uppskattning.

”Det har varit en utveckling, för om man tänker tillbaka så var det ju, i början var det tufft att få ihop det. Vi hade parallella spår. Att man gjorde varsin; föräldrarådgivarna gjorde sin sak och vi på BVC gjorde vår sak. Och det kunde uppstå en del diskussioner och saker kring samarbetet, hur vi skulle samarbeta och hur man bäst skulle samarbeta och att vi var inne på varandras områden. Men sen hände det nåt successivt...”

BVC-sjuksköterskorna berättade att arbetet med hembesöken också förbättrar kvaliteten i de andra besöken på BVC.

”...det har skett en utveckling i professionen också som jag har nytta av i mitt övriga arbete. Det blir ringar på vattnet, att...alla besök har blivit bättre successivt när hembesöken har utvecklats och samarbetet utvecklats så har man ju lärt sig av varandra och man ställer nya frågor. Jag tror inte att den utvecklingen hade kommit så långt om under de här åren om man inte hade samarbetat med föräldrarådgivarna så det har betytt mycket skulle jag vilja säga.”

Det gemensamma arbetssättet kan illustreras med Figur 9. Utgångspunkten är salutogen, att bemöta familjerna med respekt och lyhördhet för deras kultur och kompetens och stärka föräldrar i sin nya roll. Både fysisk och psykosocial hälsa berörs genom hälsovägledning, reflektioner och diskussion. Barnets hälsa och utveckling står i fokus. Personalen beskrev att deras kompetenser vävs ihop i praktiken till en fläta i samtalet där de med sina olika kompetenser lyfter fram frågor och aspekter konkret i diskussion med föräldrarna. Till exempel diskuteras av BVC hur man som föräldrar kan agera och förebygga vid olyckor och av föräldrarådgivaren hur man kan vägleda barnet för att på det sättet också minska risken för faror och beteenden som inte är att föredra.



Figur 9. Arbetssättet i det utökade hembesöksprogrammet.

En av deltagande föräldrarådgivarna uttryckte kring nyttan med hembesöken på följande sätt:

”Jag tror att vår största insats har varit att föräldrar får en positiv upplevelse av samhället, det är det vi representerar...Jag tror att föräldrarna har blivit stärkta av det de gör och bekräftade och sedda och då tror jag att mötet med barnet blir bättre...den första kontakten blir väldigt positiv där föräldrarna får höra att du duger som förälder. Första mötet är väldigt bekräftande och det tror jag ökar chansen sen att när man får bekymmer så söker man hjälp.”

I en tidningsartikel sammanfattade deltagande BVC-sjuksköterskor sina erfarenheter på följande sätt:

”Att arbeta med hembesöksprogrammet är ett steg mot en mer rättvis vård och ett sätt att utnyttja den kompetens som finns utan kostsamma investeringar. Vår tidigare känsla av frustration och otillräcklighet har bytts ut mot stolthet och arbetsglädje, en upplevelse av att verkligen nå fram till dem som behöver det mest. Vi har möjlighet att utnyttja vår kompetens och göra det vi är bra på: främja barns hälsa utifrån varje unik familjs möjligheter.”

Interventionens genomförande-process – inför fortsatt implementering

Vid interventioners genomförande kan oftast fyra olika steg urskiljas som delvis överlappar varandra (bilaga 3): utforskande, förberedande, inledande och full implementering. Rinkebys utökade hembesöksprogram kan sägas ha genomgått dessa tre faser och står nu i den fjärde fasen full implementering. Det tar flera år innan den nya metoden är fullt implementerad i den ordinarie verksamheten.

I processen att följa genomförandet vid den initiala planeringsfasen utforskade de som designade upplägget för programmet möjliga alternativ och hur hembesöken kunde placeras tidsmässigt så att de kunde passa in i det övriga barnhälsovårdsprogrammet med så små extra kostnader som möjligt och samtidigt ta hänsyn till lärdomar från tidigare genomförda hembesöksstudier och deras effekter. Vid den förberedande fasen utformades arbetsrutiner kring möten och handledning. Arbetet med att skapa innehåll till programmet påbörjades parallellt med när de första familjerna började inkluderas.

I den inledande fasen har det utökade hembesöksprogrammet genomförts i projektform och i den fjärde fasen där programmet befinner sig i nuläget har programmet startats i den ordinarie verksamheten där samtliga BVC-sjuksköterskor och föräldrarådgivare som arbetar i området deltar. Svårigheten i implementeringen i den ordinarie verksamheten har hittills varit att inget beslut om permanent finansiering för landstingets del har givits. Det är svårt att anställa personal som krävs för genomförandet när verksamheterna endast har en finansiering några månader framåt.

Inför den fortsatta implementeringen och om programmet genomförs i andra områden med liknande behov sammanfattas följande lärdomar från utökat hembesöksprogram som bedrivits i Rinkeby i projektform, och efter de initiala faserna i den ordinarie verksamheten.

- Det är viktigt att fortsätta utveckla och anpassa innehållet i hembesöken kontinuerligt med bas från den manual som skapats.
- Gemensamma möten och handledning behövs när två aktörer samarbetar.
- Tillräckliga resurser är nödvändiga: personal, möten och handledning kräver resurser.
- Bra grundkompetens hos personalen ger förutsättningar för hembesöksprogram och påverkar kvaliteten i programmet.
- Engagemang och intresse hos deltagande personal, ledning och organisationer krävs.
- Ett framgångsrikt hembesöksprogram baseras på och utgår från föräldrars behov och genomförs från de befintliga verksamheterna i samarbete. Föräldrars frågor bör få utrymme i det planerade programmet.
- Samordnare för programmet underlättar i implementeringen på lång sikt så att någon tar specifikt ansvar för att driva frågor framåt och lösa eventuella utmaningar som uppstår i arbetet.

- Någon behöver ta övergripande ansvar för logistiken, att boka hembesöken och att alla som arbetar har tillgång till bokningssystemet.

På sikt är det av värde att skapa gemensamma kvalitetsindikatorer för arbetet inom den ordinarie verksamheten som behöver följas upp kontinuerligt, till exempel andelen som tackar ja till hembesöken och andelen där båda aktörer deltar vid hembesöken.

Sammanfattande diskussion

Det utökade hembesöksprogrammet har mottagits mycket positivt bland föräldrar som erbjudits att delta, sannolikt för att programmet svarar mot upplevda behov hos nyblivna förstagångsföräldrar. Intervjuerna med deltagande mammor respektive pappor stödjer denna tolkning.

Programmet är ett exempel på proportionell universalism (27) och hur man kan arbeta för vård på lika villkor (28). Det når de som har störst behov, flera av de deltagande föräldrarna har stora materiella och sociala behov. Programmet är också helt i linje med de senaste vetenskapliga rönen om vilka insatser som kan vara framgångsrika för att förbättra barns hälsa och utveckling (12).

Utvärderingen visar att hembesöksprogrammet bidrar till ökad trygghet i den egna nya föräldrarollen, ökad kunskap om det svenska samhället och samhällets stöd för föräldraskap. Det ökar också tilliten till hälso- och sjukvården genom den fördjupade kontakt och förtroende som hembesöken av BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare ger. Den ökade täckningsgraden av MPR-vaccination bland förstfödda i Rinkeby som fått hembesöken kan vara en illustration av detta, liksom tendensen till minskning av akutbesök och inläggningar på sjukhus bland barn ett till två år i Rinkeby mellan år 2011-2015. Det är viktigt att framgent följa fortsatt utveckling av dessa indikatorer.

Analysen av extra kontakter vid BVC utöver det planerade BVC-programmet visar att det i ett mångkulturellt område som Rinkeby finns ett behov av en lokal instans där föräldrar kan söka för barnens mindre allvarliga somatiska åkommor – dessa föräldrar verkar mer benägna att göra besök och använder i mindre grad telefon eller internetbaserad information. Idag saknas en sådan instans, vilket kan leda till att föräldrar i stället söker akutsjukvård för sina barn. Inrättande av en barnläkarresurs vid BVC en dag i veckan för sådana besök skulle kunna övervägas. Behov av sådan verksamhet verkar finnas både i Rinkeby och i kontrollområdena.

För vissa av föräldrarna som är födda utanför Sverige verkar hembesöksprogrammet kunna ersätta delar av det stöd till nyblivna föräldrar som annars erbjuds av släkt och vänner i hemlandet. Det utökade hembesöksprogrammet kan också bidra till ökad integration och ackulturation samt länka föräldrar till olika grupper som erbjuds i lokalsamhället för att lära sig svenska. De intervjuade papporna uppskattar att bli erkända som viktiga i sina barns liv.

Innehållet i det utökade hembesöksprogrammet har utvecklats av medverkande personal och anpassats till de behov föräldrarna har, vid barnets olika åldrar och utvecklingsfaser. Arbetssättet i hembesöksprogrammet uppskattas av medverkande personal. Det ger dem möjlighet att bättre göra sitt jobb på ett sätt de eftersträvar, de kompletterande kompetenserna hos BVC-sjuksköterska och föräldrarådgivare breddar möjligheterna att stödja föräldrarna. Det utökade hembesöksprogrammet har också lett till att flera i personalen fördjupat sina kunskaper genom magister- och masteruppsatser relaterade till programmets genomförande och dess effekter. Att personalen är positiv till programmet ökar också möjligheten att behålla och rekrytera personal till området, vilket redan noterats.

Socialtjänsten har genom samverkan i det utökade hembesöksprogrammet fått möjlighet att tidigt lära känna nyblivna föräldrar och deras barn, och genom detta skapa en bas för ömsesidigt förtroende vid senare kontakter. Den tidiga kontakten genom hembesöken är för socialtjänsten ett nytt arbetssätt. Både BVC och socialtjänsten har

uttryckt uppskattning för samarbetet inom det utökade hembesöksprogrammet. Att utgå från befintliga lokala verksamheter och samverka mellan dessa är ett sätt att förstärka effekten av deras respektive insatser, öka den ömsesidiga kunskapen om vilka kompetenser man kan bidra med från respektive håll och ökar dessutom sannolikheten att det utökade hembesöksprogrammet kan integreras och fortleva i ordinarie verksamhet.

Den extra kostnad som det utökade hembesöksprogrammet betingar för hälso- och sjukvården är cirka 4000 kronor per barn, motsvarande cirka tio timmar för en BVC-sjuksköterska. Socialtjänsten har redan integrerat föräldrarådgivarnas verksamhet i hembesöksprogrammet i sin ordinarie budget, vilket landstinget ännu inte gjort. Även om ingen ekonomisk utvärdering gjorts av programmet får detta anses vara en mycket måttlig kostnad, med tanke på resultaten av utvärderingen.

Studiedesignen för utvärdering av det utökade hembesöksprogrammet har inte varit optimal ur utvärderingssynpunkt, en randomiserad kontrollerad studie skulle ur den aspekten varit att föredra, liksom större grupper i interventionsområdet och kontrollområdena, och en längre uppföljningstid. Befolkningen i både interventionsområdet och kontrollområdena har hög omflyttning vilket också försvårar uppföljning.

Det är viktigt att det utökade hembesöksprogrammet vid Rinkeby BVC permanentas och inlemmas i ordinarie verksamhet. Detta skulle tillgodose de större behoven hos föräldrarna i Rinkeby och ge möjlighet att studera mera långsiktiga positiva effekter i området. Planer finns också att under längre tid följa upp hälsa och utveckling bland de barn som varit föremål för det utökade hembesöksprogrammet, med stöd av ALF-projektmedel från Stockholms läns landsting. Vidare avses att mäta om och i så fall hur programmet påverkar nivån av hälsolitteracitet bland deltagande föräldrar i den fortsatta ordinarie verksamheten.

Om det utökade hembesöksprogrammet ska spridas till andra områden är det viktigt att beakta de erfarenheter som den medverkande personalen i Rinkeby har gjort, och inte minst att avsätta tid till diskussion för att komma fram till en enhetlig målsättning och överenskommelse om arbetssätt i dessa områden.

Referenser

1. Marttila A, Burström K, Lindberg L, Burström B. Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Utvärderingsrapport 2015. Stockholm: Karolinska Institutet, 2015.
2. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 2017;17:91. DOI 10.1186/s12913-017-2038-1
3. Barnhälsovårdens årsrapport 2013. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2013.
4. Rädda Barnen. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2010. Stockholm: Rädda Barnen, 2010.
5. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län. Öppna jämförelser 2014. Stockholm: SLL/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Rapport 2014:3.
6. Aronen E T & Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:12, 1665-1672.
7. Aronen ET & Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000;70(2), 223-232.
8. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, Holmberg JM. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2010;164(5), 412-418.
9. Dodge KA, Goodman B, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptil S. Implementation and randomized controlled trial of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Publ Health* 2014;104 (Supplement):S136-S143.
10. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17.
11. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Wardle K, Flood VM. Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomized controlled trial. *BMJ* 2012;344:e3732. DOI:10.1136/bmj.e3732
12. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 2017;389, 91-102.
13. Antonovsky, A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur, 2005.
14. Greene J C, Caracelli V J & Graham W F. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1989;11(3), 255-274.
15. Creswell J. Designing and conducting mixed methods research. SAGE Publications, 2nd edition, 2011.

16. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;33, 337-343.
17. Kendall S, Bloomfield L. Developing and validating a tool to measure parental self-efficacy. *J Adv Nursing* 2005;51, 174-181.
18. Bloomfield L, Kendall S. Testing a parenting programme evaluation tool as a pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. *J Adv Nursing* 2007;60, 487-493.
19. Bloomfield L, Kendall S. Parenting self-efficacy, parenting stress and child behavior before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research and Development* 2012;13, 364-372.
20. Mellblom J. BVC-kontakter under utökat hembesöksprogram i ett mångkulturellt område – en hermeneutisk granskning. Magisterexamen i omvårdnad. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle. Sektionen för omvårdnad. Karolinska Institutet, 2015.
21. Tiitinen-Mekhail K. Strävan efter stabilitet i livsvillkor som nybliven pappa i en mångkulturell förort: erfarenheter efter ett utökat föräldrastödprogram. Masterexamen i hälsovetenskap. Avdelningen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, 2016.
22. Blomgren F och Sener N. Somaliska förstagångsmödrars erfarenheter av föräldraskap och barnhälsovård - efter deltagande i utökat hembesöksprogram. Magisterexamen i omvårdnad. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle. Sektionen för omvårdnad. Karolinska Institutet, 2016.
23. Charmaz, K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage, 2006.
24. Proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartement. Hämtad 5 december, 2015, från <http://www.regeringen.se/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>
25. Wikberg, A. En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur. Doktorsavhandling, Socialvetenskapliga institutionen; Vårdvetenskap, Åbo Akademi, Åbo 2014. Hämtad 3 mars, 2017, från <http://www.doria.fi/handle/10024/98817?locale=sv>
26. Osman F, Klingberg-Allvin M, Flacking R. & Schön U-L. Parenthood in transition - Somali-born parents' experiences of and needs for parenting support programmes. *BMC International Health and Human Rights* 2016 (1): 7.
27. Marmot M. Fair society, healthy lives. 2010. <http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>
28. Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763.

Bilagor

Bilaga 1. Skillnad BHV-basprogram och utökat BHV-program (Marttila et al, 2015).

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

Bilaga 2. Bakgrundsinformation från deltagande föräldrar vid enkätintervju. Boendeförhållanden, försörjning, utbildningsnivå, tid i Sverige och i bostadsområdet bland deltagande föräldrar (mammor om inte annat anges) i Rinkeby respektive Husby och Hässelby Gård. Procentandelar (%) och antal svarande (n) per fråga (Marttila et al, 2015).

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

Bilaga 3. Implementeringens fyra steg.



National implementation research Network, 2015 (modifierad av CES, Implementeringsenheten).

ISBN: 978-91-7676-664-4

