

---

# Rinkeby hembesöksprogram

Ett utökat hembesöksprogram i samarbete mellan  
barnhälsovården och socialtjänsten

Citera gärna denna rapport men glöm inte att uppge källan.  
Illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du  
måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt:

J Mellblom, H Arvidsson, T Fredriksson, M Tordai.  
Rinkeby hembesöksprogram – ett utökat hembesöksprogram i  
samarbete mellan barnhälsovården och socialtjänsten.  
Stockholm: Karolinska Institutet; 2018

---

Karolinska Institutet  
SE 17177 Stockholm

Författare: Johanna Mellblom, Hanna Arvidsson,  
Therese Fredriksson och Maria Tordai

Materialet kan laddas ner från:  
[ <https://ki.se/en/phs/extended-postnatal-home-visiting-programme> ]

Illustrationer: Erika Eriksson, erikssonerika@hotmail.com

Stockholm januari 2018

# Förord

Detta är ett material som tagits fram av oss som arbetar med Rinkeby hembesöksprogram för att delas med andra som vill börja arbeta med utökade hembesök. Om ni står inför att börja arbeta på detta sätt vill vi gratulera till att ni har ett givande och stimulerande arbete framför er. Vi är barnhälsovårds-sjuksköterskor (BHV-sjuksköterskor) och föräldrarådgivare som jobbar med förebyggande föräldraskapsstöd samt samordnare och chefer inom barnhälsovård och socialtjänst. Kombinationen av dessa yrkesroller utgör en god grund för att arbeta enligt denna modell.

Att arbeta med hembesöksprogrammet är ett steg mot en mer rättvis vård utifrån varje familjs behov och ett sätt att utnyttja den kompetens som finns utan kostsamma investeringar. För oss har detta arbetssätt inneburit att frustration och känslor av otillräcklighet har bytts mot stolthet och arbetsglädje. Vår upplevelse är att vi når fram bättre till de som behöver det mest. Vi har fått möjlighet att göra det vi är bra på - att främja barns hälsa och välmående utifrån varje familjs möjligheter och behov.

Vi vill rikta ett **tack** till alla familjer och personal som varit delaktiga i skapandet av det som idag är Rinkeby hembesöksprogram.

---

*“If we change the beginning of the story we change the whole story”*,  
Rafi Cavoukian, The beginning of life (1).

---

Lycka till i ert arbete med utökade hembesök!

Stockholm 2018-01-25

Johanna Mellblom  
Hanna Arvidsson  
- Barnsjuksköterskor, Rinkeby BHV

Therese Fredriksson  
Maria Tordai  
- Föräldrarådgivare Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning



# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Arbetsätt .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Samarbete och roller .....</b>	<b>7</b>
<b>4.Handledning och kompetensutveckling .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Organisation av arbetet .....</b>	<b>12</b>
<b>6. Teman för hembesöken .....</b>	<b>16</b>



7. Exempel på arbetsättet .....	24
8. Referenser .....	27
<b>Bilaga 1</b> - Förslag på formuleringar .....	28
<b>Bilaga 2</b> - Meny / Agenda .....	32
<b>Bilaga 3</b> - Bildmaterial om barnsäkerhet .....	33
<b>Bilaga 4</b> - Bildmaterial om mat .....	35



# Inledning

Detta är ett vägledande material som har skapats av barnhälsovården i Rinkeby och föräldrarådgivningen i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, Stockholms stad och bygger på BHV-sjuksköterskornas och föräldrarådgivarnas erfarenheter från starten 2013. Texten är uppdelad i olika avsnitt där bakgrund, arbetssätt och innehåll beskrivs. Det finns även exempel på bildmaterial och förslag på formuleringar kring olika teman som vi använt oss av och som kan underlätta för andra som ska arbeta på det här sättet.

Materialet och informationsbroschyrer har utformats på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Karolinska Institutet (KI) och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) på Stockholms läns landsting ansvarar för utvärdering av programmet under ledning av professor Bo Burström. För läsning av utvärderingsrapporterna följ länk i referenslistan på sista sidan (2,3).

---

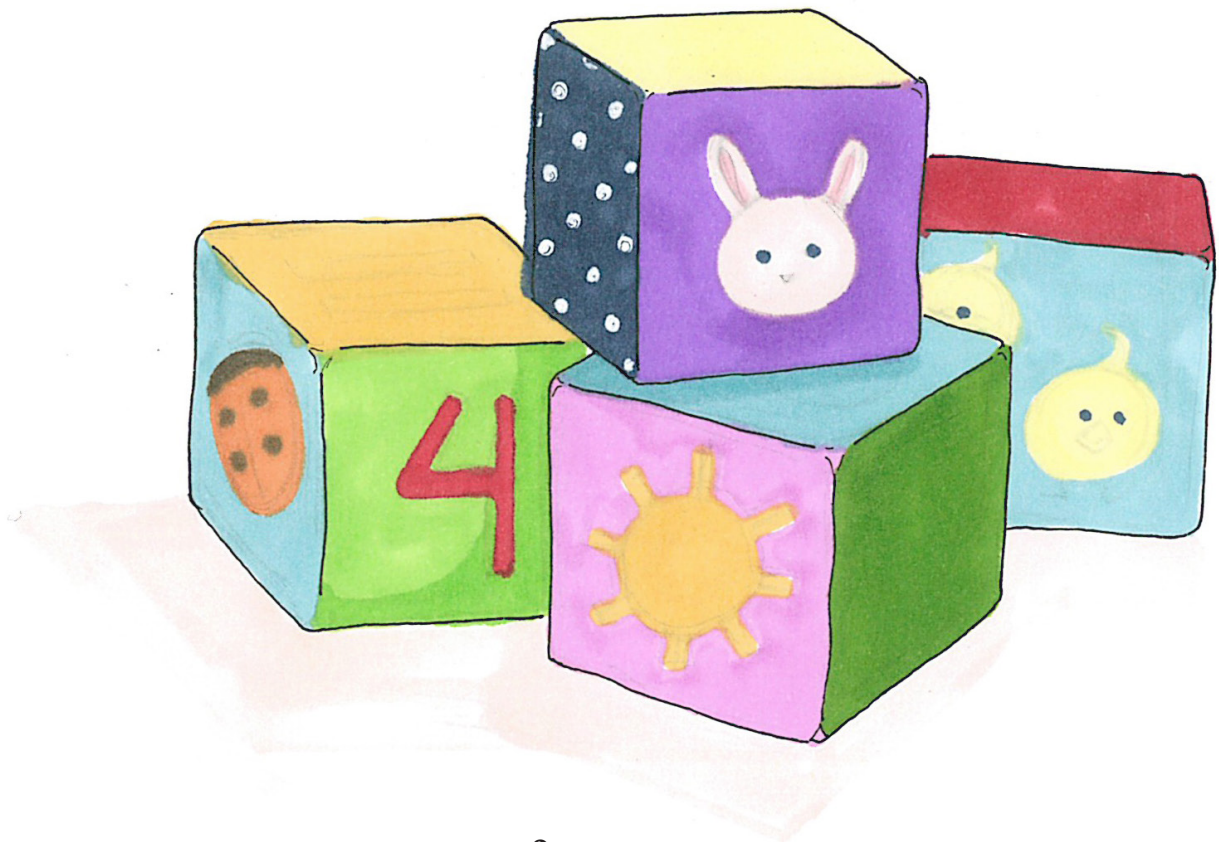
Sedan hösten 2017 är hembesöksprogrammet ett etablerat arbetssätt inom ramen för barnhälsovården och en del av socialtjänstens förebyggande föräldraskapsstöd i Rinkeby. Innehållet har kontinuerligt utvecklats av arbetsgruppen och i mötet med hundratals familjer som hittills deltagit i programmet.

Folkhälsomyndigheten utlyste 2013 medel till projekt med inriktning mot små barn i riskmiljöer med syfte att “förbättra förutsättningarna för god psykisk hälsa bland barn som växer upp i området genom att erbjuda stödjande insatser tidigt”. Hembesöksprogrammet i Rinkeby är ett av de projekt som beviljades medel inom den satsningen.

För barnen i Rinkeby var ojämlikheten i hälsa påtaglig jämfört med andra delar av Stockholm. Hos barnhälsovården fanns en känsla av otillräcklighet på grund av det stora behov av hälsovägledning man såg hos familjerna men inte hade resurser att tillgodose. Socialtjänsten, från socialchef till föräldrarådgivare, i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning upplevde en frustration över att inte nå ut med det förebyggande föräldraskapsstöd som fanns. Förtroendet för socialtjänsten var lågt bland invånarna och få deltog i de utbildningar och grupper som fanns för föräldrar. Det fanns en vilja att arbeta på ett mer effektivt sätt för att möta de stora behoven och kunna ge barnen en tryggare start i livet. Hos båda verksamheterna fanns också en önskan om mer samarbete sinsemellan.

Forskare på KI som studerar förutsättningar för att öka jämlikhet i hälsa hade ett intresse för att utveckla nya arbetssätt baserade på aktuell forskning men med utgångspunkt i befintlig verksamhet. Barnhälsovården och forskare på KI erhöll projektmedel från Folkhälsomyndighetens utlysning 2013 för genomförande och utvärdering av utökade hembesök till alla förstagångsföräldrar i Rinkeby medan socialtjänsten bekostade sin del själv utifrån befintlig budget.

Projektet riktade sig till alla familjer där barnet var moderns första barn, och barnet var fött mellan september 2013 och september 2014. Dessa familjer skulle få totalt sex hembesök av BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare när barnen var 0-15 månader. Till skillnad från barnhälsovårdens basprogram där alla familjer erbjuds ett hembesök när barnet är nyfött, förlades alltså ytterligare fem besök i hemmet. Hembesöken blev en integrerad del av det sedvanliga basprogrammet.



## Teoretisk ram

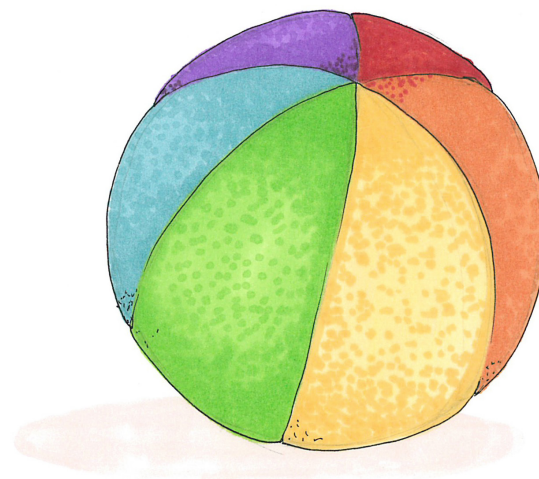
Arbetet med Rinkeby hembesöksprogram bygger på **proportionell universalism** – ett teoretiskt ramverk och metod för att motverka ojämlik hälsa kopplad till socioekonomisk utsatthet. Den utarbetades av Världshälsoorganisationens (WHO) Committee on Social Determinants of Health 2008 under ledning av professor Michael Marmot och har också lyfts fram i senare rapporter (4,5). Den går ut på att generella program bör omfatta hela befolkningen, samtidigt som utsatta grupper eller områden erhåller utökat stöd i enlighet med sina behov. Samma kommitte fastställde också att tidiga insatser för att främja små barns utveckling är en prioritet, och att dessa insatser bör omfatta barnet, dess familj och det omkringliggande samhället (6).

Forskning har visat att utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar har positiva effekter på kort och lång sikt, både för barn och föräldrar. Interventionen i Rinkeby är baserad på studier som visat goda resultat bland annat relaterade till barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling, förbättrat samspel mellan mor och barn, och stärkande av föräldrarollen (7-10).

Arbetsättet i hembesöksprogrammet stämmer också överens med WHO:s initiativ kring **nurturing care** där målet är att alla barn ska få tillgång till en trygg tidig barndom. Grundläggande i nurturing care är att vårda, skydda, förebygga och stötta barn i deras tidiga liv inom områdena hälsa, nutrition, säkerhet, tidigt lärande samt ansvarsfullt omhändertagande (11). Man rekommenderar att interventioner bygger på samarbete mellan befintliga verksamheter, där barnhälsovården har en nyckelroll i att nå familjerna (12).

## Uppstart

Våren 2013 tillsattes en arbetsgrupp i Rinkeby med uppdrag att utveckla och genomföra det utökade hembesöksprogrammet. Arbetsgruppen bestod av en projektledare, två BHV-sjuksköterskor, tre föräldrarådgivare samt deras chef och en forskare som kontinuerligt följde och utvärderade processen, bland annat genom intervjuer med föräldrar. I enlighet med boken Mötets magi av Kerstin Neander enades arbetsgruppen om att det är mötet med familjen som är betydelsefullt (13).



Arbetsgruppen skapade ett gemensamt syfte:

**”Att med barnets bästa i fokus och lyhördhet för familjens egen kultur och kompetens förebygga ohälsa hos barn genom att stärka familjens tillit och förtroende för sin egen förmåga, stärka familjens delaktighet i samhället, tidigt upptäcka familjer med behov av extra stöd och erbjuda det”.**

Att starta upp och genomföra projektet förutsatte en motiverad och engagerad arbetsgrupp. Deltagarna i arbetsgruppen förde med sig sina egna varierande erfarenheter som BHV-sjuksköterskor och socionomer. Vi beslöt att inte gå några gemensamma förberedande utbildningar och inte styras av någon specifik metod utan utgå från befintlig kompetens.

Arbetsgruppen träffades en förmiddag i veckan under projektåret för att tillsammans skapa innehåll, diskutera problem och utmaningar samt för att få inspiration. Att utveckla och skapa hembesöksprogrammet var både inspirerande och krävande. Logistiken kring hembesök och forskning var förvisso tids- och energikrävande, men forskningen medförde också extra fokus, var stimulerande och motiverade arbetsgruppen. Projektledarens roll i uppstarten var mycket betydelsefull för att driva arbetet framåt och behålla fokus på uppdraget.

Utgångspunkten vid hembesöken var öppna möten där föräldrarnas frågor var i fokus. Temat skulle inte styra samtalet utan genom frågor ville vi få föräldrarna att reflektera över sin roll samtidigt som vi bekräftade och stärkte dem. Föräldrarnas frågor och utmaningar kring barns utveckling och behov användes som grund för att skapa teman till hembesöken. Under projektets gång har vi tagit fram bildmaterial för att tydliggöra hälsovägledning och använda i mötet med familjerna.

Att börja samarbeta var inte lätt. Vi märkte att BHV-sjuksköterskorna var vana att vara snabba, effektiva och att normalisera medan föräldrarådgivarna kom från en bakgrund med vana att samarbeta, låta samtal ta tid samt att problemlösa. I början kunde det bli parallella spår när vi träffade familjerna, där BHV-sjuksköterskan berättade om “sin” del och föräldrarådgivaren om “sin”. Genom processhandledning hittade vi och utvecklade former för samarbete och vi tog tillvara gruppens egna styrkor för att föra arbetet vidare.

# Arbetsätt

Det viktigaste vid hembesöken är **samtalet och mötet med familjen**. Målet är att skapa en dialog mellan föräldrar och professionella. I dialogen utforskar vi föräldrarnas kunskaper och kompetens samt vilka frågor de har och inom vilka områden vi kan bidra med kunskap. Tanken är att det i samtalet ska bildas en **fläta** mellan våra kompetenser och föräldrarnas kunskaper och frågor. Flätan är det främsta arbetsredskapet i hembesöken.

Rinkeby hembesöksprogram genomsyras av ett hälsofrämjande tänkande. Genom att se föräldrar och barn tillsammans i en trygg miljö kan vi **bekräfta positivt samspel** mellan barn och föräldrar samt föräldrarnas kompetens. **Lyhördhet och följsamhet** för familjerna och för varandra är en ledstjärna som skapar tillit i relationen mellan föräldrar och professionella. Målet är att få till ett samtal där det är en balans mellan utforskande och information.

För att förtydliga det vi pratar med föräldrarna om använder vi **bildmaterial och en docka**. Bildmaterialet innehåller information och tips om exempelvis mat, egenvård och barnsäkerhet. Se bilaga 3 och 4 för exempel. Dockan används till exempel för att illustrera samspel och skakvåld, samt hur man ger näsdroppar. Se mer under "Exempel på arbetssättet", sid. 24.

---

Ytterligare en viktig faktor i arbetet är tiden. Det är viktigt att både vi och föräldrarna känner att det finns **tid och utrymme** att prata om det som är viktigt för föräldrarna. Vi berättar för föräldrarna att tanken med de utökade hembesöken är att de ska få just mer tid. Vid varje hembesök ser vi också till att i ett tidigt skede betona att **föräldrarnas frågor** är viktiga samt fråga om föräldrarna har något särskilt de vill att vi pratar om denna gång. Om vi märker att något ämne eller någon fråga är viktig för föräldrarna låter vi detta samtal ta den tid det behöver. Om tiden inte räcker till tar vi bort något av de andra temana vi tänkt prata om och tar upp den vid ett annat tillfälle.

I hembesöksprogrammet strävar vi efter att ge **hälsovägledning och information i dialog** med föräldrarna. För BHV-sjuksköterskorna var detta en process då de var vana att på begränsad tid förväntas leverera en stor mängd information. För föräldrarådgivarna var omställningen snarare att ibland vara mer informativa än de var vana vid. Idag känns det nya arbetssättet naturligt för oss alla och används både vid hembesök och vid andra besök.

En viktig tanke inom hembesöksprogrammet är att, i familjer där det finns två föräldrar, betona vikten av att **båda föräldrarna är delaktiga** i att ta hand om barnet. Det är därför ett mål att engagera och involvera båda föräldrarna i samtalet. Vi vänder oss till båda föräldrarna och tilltalar båda. När besöken bokas försöker vi i möjligaste mån att hitta en tid då båda föräldrarna har möjlighet att delta. Även en förälder som inte är fysiskt närvarande i besöket kan involveras till exempel genom frågor om vad barnet tycker om att göra tillsammans med den icke närvarande föräldern eller samtal om hur föräldrarna samarbetar kring barnet. En förälder som bor på annan plats kan ha kontakt med barnet via videosamtal vilket vi också brukar fråga om. Om en förälder är ensamstående kan det vara aktuellt att involvera andra personer i nätverket. Tolk använder vi alltid vid behov, även om bara den ena föräldern behöver det, för att det ska vara möjligt för båda föräldrarna att fokusera på och delta i samtalet.

Hembesöksprogrammet ska vara ett **levande arbetssätt**. Då basen är lagd med ett fungerande samarbete och ett tydligt arbetssätt, går det bra att föra in hälsovägledning passande för det aktuella området. Vi i Rinkeby utvecklar nu delvis nya teman till exempel att börja prata mer om våld i hemmet och hur det påverkar barn.

Modellen nedan illustrerar arbetssättet där ett lyhört och respektfullt möte utgör grunden för samtalet.



# Samarbete & Roller

## Att samarbeta

Vår erfarenhet är att det tar tid att utveckla samarbete och att det är en process som är ständigt pågående. **Tillit, tid och tålamod** behövs. BHV- sjuksköterskorna har ofta erfarenhet av teamarbete men inte av att arbeta tillsammans i samtal, vilket föräldrarådgivarna ofta har mer vana av. Dessutom är samarbetet med en annan profession ett nytt sätt att arbeta på. Båda parter måste ge varandra tid att utvecklas tillsammans och i sin roll. Det är också viktigt att våga prata om samarbetet och ge varandra återkoppling, till exempel efter besöken eller i handledning.

För att stärka samarbetet och visa föräldrarna att vi som gör hembesöken har samma agenda **bekräftar vi varandra** under hembesöken med till exempel kroppsspråk eller en mening "precis som Maria säger så...". Andra sätt kan vara att fylla på det den andra berättar och ta utgångspunkt i det till nästa ämne, till exempel "Ja, öppna förskolan är en jättebra plats, men tänk nu i höst på att gå dit på babyöppet, då är det mindre risk att utsättas för förkylningar".

Ett tips är att **metakommunicera** för att på ett naturligt sätt föra samtalet vidare. Exempel på detta kan vara att säga "Maria, vad tänker du, vilket ska vi ta först?" eller "Hanna, när du berättade om... blev jag nyfiken på...". Vidare kan man hjälpa varandra att nå fram med hälsovägledning och information till föräldrarna genom att säga något som "Hanna, när du säger... menar du då att...?".

I början hade vi diskussioner kring nyttan av att två professioner var med på alla besök. Det har dock blivit tydligt att BHV är "dörröppnare" och att det är kombinationen av två kompetenser och den extra tiden som skapar förutsättningarna för bra möten och samtal. BHV-sjuksköterskorna gör i grunden det de även annars är ålagda att göra medan föräldrarådgivarna under processen har skapat sin roll i hembesöken.

## Roller

Mycket av det som ingår i föräldrarådgivarens och BHV-sjuksköterskans roll på hembesöken är gemensamt. För båda gäller att ha barnet i fokus men också att se barnet som en del i en familj. Vidare ingår det i båda professionernas ansvar att stärka föräldrarna och att uppmärksamma deras funderingar, frågor och eventuella svårigheter. Om föräldrarna upplever svårigheter kan ytterligare stöd erbjudas. Exempel på det kan vara extra hembesök, enskilda besök eller förmedlad kontakt med andra verksamheter. Gällande dokumentation för BHV-sjuksköterskorna journal som vanligt efter varje besök, medan föräldrarådgivarna möjligen kan föra minnesanteckningar men inte journal.

Att rollerna går in i varandra kunde i början skapa en konkurrens och samtal kring ”mina” och ”dina” områden. Vid uppstart av programmet rekommenderar vi att samtala kring vad som ingår i respektive roller och dess kompetensområden. Alla områden är våra gemensamma och kan ses ur olika vinklar. Exempelvis kan ett samtal kring barnsäkerhet handla om såväl praktiska åtgärder för att förebygga skador i hemmet som strategier för att vägleda och sätta gränser för barnet.



Nedan följer en beskrivning av det som är mer specifikt för BHV-sjuksköterskans och föräldrarådgivarens respektive roller.

Det är **BHV-sjuksköterskans** ansvar att se till att barnhälsovårdens basprogram följs även då arbetet sker i en ny form. Mellan hembesöken kommer barnen på regelbundna besök på BHV-mottagningen, för exempelvis vaccinationer. Det finns därför utrymme för viss flexibilitet vad gäller tidpunkt då obligatoriska moment utförs, exempelvis tillväxtkontroller och utvecklingsbedömningar, förutsatt att det görs inom ramarna för BHV:s riktlinjer. BHV-sjuksköterskan ansvarar även för att ge hälsovägledning vid lämpliga åldrar. Viktigt är att genomgående ha både ett somatiskt och psykosocialt perspektiv på barnets hälsa.

Då BHV-sjuksköterskan träffar barnen och deras föräldrar regelbundet på BHV och har tillgång till journalsystemet, vilket föräldrarådgivarna inte har, är det även lämpligt att ansvara för bokning av hembesöken.

I **föräldrarådgivarens** roll ingår att förstärka det positiva samspel som pågår mellan föräldrar och barn. Vidare att tillsammans med föräldrar utforska hur de stimulerar sitt barns psykiska och sociala utveckling genom bland annat lyhördhet, närhet, lek, prat och läsning. Föräldrarådgivaren har också fokus på relationerna i familjen till exempel hur ett föräldrapar hjälps åt med att ta hand om barnet.

Föräldrarådgivaren bidrar med sin erfarenhet och kompetens för att få till ett samtal i mötet mellan föräldrar och professionella, där tempot är anpassat efter föräldrarnas behov. Föräldrarådgivarna kan också lotsa föräldrarna till andra verksamheter i området, exempelvis följa med till öppna förskolan.



## Sekretess

När två professioner, som båda omfattas av sekretess, samarbetar händer det ibland att den ena har tillgång till information som den andra inte har. Frågor om hur sekretessen ska hanteras bör diskuteras och lyftas kontinuerligt. Många gånger kan sekretessfrågor lösas genom att fråga föräldrarna om lov att bryta sekretessen i specifika frågor, så att information som framkommit vid ett enskilt besök med exempelvis BHV-sjuksköterskan kan delges föräldrarådgivaren inför nästa gemensamma besök. Är detta inte möjligt kan ett alternativ vara att under nästa gemensamma besök fråga föräldern och låta den berätta så mycket den själv vill. Till exempel: "Förra gången vi träffades pratade vi om många saker, är det något du vill dela med dig av här?".

Det händer att den ena parten vet mer om familjen utan att kunna berätta för den andra. Är så fallet är det bra att låta samarbetspartnern veta detta, genom att inför besöket berätta att man har information gällande familjen som man inte kan delge den andra. Det är inte optimalt men har fungerat genom att då fokusera mötet på planerade teman och samtal kring barnet. Sekretessen diskuterades ofta i början och kunde vara problematisk, men idag är den sällan ett problem.



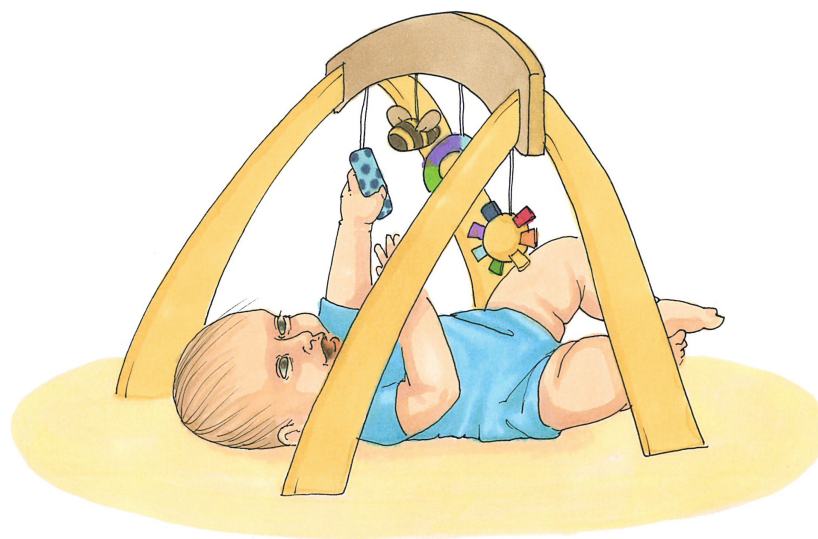
## Orosanmälningar till socialtjänsten

Att samarbeta och arbeta med hembesök innebär inte att den enskilda plikten att anmäla oro för barn försvinner. När vi har känt oro har föräldrarådgivare och BHV-sjuksköterska diskuterat detta. I vissa fall har det lett till en gemensam orosanmälan till socialtjänsten. I andra fall har den ena parten anmält då den andra parten inte upplevt samma oro.

# Handledning och kompetensutveckling

Personalen på föräldrarådgivningen och barnhälsovården har gemensam **processhandledning** en gång per månad med en extern handledare. Detta är viktigt för att främja relationerna inom arbetsgruppen och öka förståelsen för varandras respektive yrkesroller och kompetenser, men också för att få möjlighet att diskutera hur vi ska gå vidare i specifika fall i arbetet med familjer. Detta leder till höjd kvalitet och underlättar samarbetet. Under de år vi arbetat med hembesöksprogrammet har olika former av handledning förekommit, till exempel kombinerad konsultation och handledning. Vår erfarenhet är att det bästa för att främja god gruppdynamik och få en meningsfull handledning är att skilja på processhandledning och kompetensutveckling.

Personalen har gemensamma **inspirationsdagar** cirka två gånger om året. Då finns möjlighet att tillsammans reflektera, fördjupa sig och vidareutveckla det gemensamma arbetet eller att ägna sig åt kompetensutveckling med inbjudna föreläsare.



# Organisation av arbetet

För att förbereda föräldrarna på att de kommer att erbjudas hembesöksprogrammet har vi tagit fram informationsmaterial som riktar sig till föräldrar och delas ut på barnmorskemottagningen i Rinkeby. Föräldrarna uppmanas där att ta kontakt med BHV när barnet är fött.

Alla som arbetar med hembesöksprogrammet har en digital **gemensam kalender** för bokningar av hembesök. I denna kalender skriver BHV-sjuksköterskan in när ett hembesök är inbokat och vilken föräldrarådgivare som följer med så att alla kan se det. Personuppgifter skriver vi av sekretesskäl inte i den gemensamma kalendern, utan dessa fås endast tillgång till via journalsystemet på BHV.



**Tiderna** för hembesök är fasta och anpassade efter antalet barn som beräknas ingå i programmet. För ett hembesök avsätts 120 minuter varav ungefär 60 minuter för besöket och 60 minuter för att förflytta sig och dokumentera. För att underlätta både logistik och kontinuitet är det vår erfarenhet att det är bra att ha fasta par med BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare vars scheman är anpassade efter de avsatta hembesökstiderna. Målet är att varje enskild familj ska träffa samma BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare vid alla hembesök. Vidare sitter föräldrarådgivare och BHV-sjuksköterskor relativt nära varandra geografiskt och det är promenadavstånd till de flesta familjer. Ibland vill föräldrar inte ta emot besök i sitt hem på grund av trångboddhet eller andra skäl. Dessa familjer erbjuds samma koncept, men besöken utförs då på BHV-enheten.

Barnhälsovården och socialtjänsten har varsin **samordnare** med ansvar för övergripande logistik såsom schemaläggning, handledningstider med mera. I respektive organisation är arbetssättet väl förankrat på alla nivåer och det finns en **styrgrupp** bestående av chefer för respektive verksamhet som regelbundet träffas för att fastställa samverkansmål, aktivitetsplanering, gemensam kompetensutveckling och utvärdering av gemensamma aktiviteter. Detta är en viktig förutsättning för att samverkan ska fungera väl över tid. Hela personalgruppen ses på **logistikmöten** en gång per månad. Detta är kortare möten där frågor av mer praktisk karaktär diskuteras.

För att möjliggöra uppföljning av hur hembesöksprogrammet efterföljs för vi egen **statistik** över genomförda besök där vi dokumenterar vilka som närvarade och var besöket tog plats. Detta används också för att säkerställa att familjerna får ett visst antal hembesök av BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare tillsammans.

## Förslag på riktlinjer för bokning/ avbokning av hembesök

Detta är överenskommelser som vi gjort och som fungerat i vår arbetsgrupp. Vi rekommenderar att den här typen av frågor diskuteras och att överenskommelser görs. Självklart anpassas riktlinjerna efter varje verksamhets förutsättningar och behov.

- Tider där inget besök är bokat kan användas till annat från och med dagen innan.
- Om det finns gott om lediga tider kan man boka in annat på en hembesökstid två dagar innan, efter att ha kommit överens med kollegor.
- Varje medarbetare ansvarar för att meddela berörda kollegor i god tid vid planerad frånvaro. Det är även bra att skriva in ledigheter i den gemensamma kalendern.
- Tider som går bort på grund av planerad frånvaro bör i regel ersättas med alternativa tider. Berörda medarbetare ansvarar själva för detta.
- Vid sjukdom kan annan BHV-sjuksköterska respektive föräldrarådgivare vikariera för den kollega som är frånvarande, annars bokas besöket om till en annan dag inom snar framtid då ordinarie par är åter på plats. Om detta inte är möjligt kan BHV-sjuksköterskan göra besöket själv. Föräldrarådgivare går i regel inte ensamma på hembesök.

## Organisatoriska förutsättningar

För att bedriva det utökade hembesöksprogrammet efter den vägledande modellen behöver flera organisatoriska förutsättningar finnas såsom en god **förankring** i ledningen hos både BHV och socialtjänsten samt tid för regelbunden planering och uppföljning. Vid uppstart av projektet år 2013-2014 anställdes en extra BHV-sjuksköterska, för att täcka den heltidstjänst som beräknades gå till projektet. En halv dag per vecka, inklusive handledning, användes till utveckling av hembesöksprogrammet under det första året. Även från socialtjänstens sida gjordes bedömningen att det under projekttiden behövdes förstärkning motsvarande en heltidstjänst för att täcka behovet av föräldrarådgivare.

Att anpassa **bemanningen** för att täcka antalet hembesök har varit och är en process. Idag räknar BVH med 10 timmar utöver ordinarie BHV-program för varje barn som ingår i hembesöksprogrammet. BHV har vidare en samordnande roll på 5% avsatt för logistik och kontakt med externa samarbetspartners. Detta i samråd med biträdande enhetschef för Enheten förebyggande föräldraskapsstöd. För socialtjänsten finns inget ordinarie program att ha som utgångspunkt för beräkning av mertid. Efter projekttiden har det bedömts att lämplig nivå för varje föräldrarådgivares arbete med hembesöksprogrammet är i genomsnitt 2,5 dagar/vecka vilket inkluderar tid för exempelvis handledning och logistikmöten. Detta är beräknat på fyra föräldrarådgivare och ca 95 familjer.

2017 fattades beslut att **permanenta** verksamheten i Rinkeby efter en tid med tillfällig finansiering. Även en BVC i Södertälje beviljades pengar för att starta upp enligt modellen för Rinkeby hembesöksprogram. År 2018 fick ytterligare åtta BVC-områden i Stockholms läns landsting möjlighet att inleda arbetet med utökade hembesök i samverkan med socialtjänsten via tilläggsavtal. Arbetet med utökade hembesöksprogram har även inletts i delar av Kronobergs län samt implementeras i delar av Västra Götalands län under 2018. Regeringen har, genom en satsning för att öka tillgängligheten till barnhälsovården särskilt i socioekonomiskt utsatta områden, avsatt medel nationellt för att möjliggöra för fler områden att arbeta med utökade hembesök eller andra metoder.

## Sammanfattning: Organisation

### **I mötet med familjen**

- Arbeta efter vägledande materialet
- Bildmaterial och docka

### **Organisatoriska förutsättningar**

- Förankrat i ledningen på alla nivåer
- Styrgrupp med samordnare och chefer från BHV och Socialtjänsten
- Samordnare ansvarar för schemaläggning

### **Utveckling**

- Processhandledning
- Logistikmöten
- Inspirationsdagar

### **Ramar**

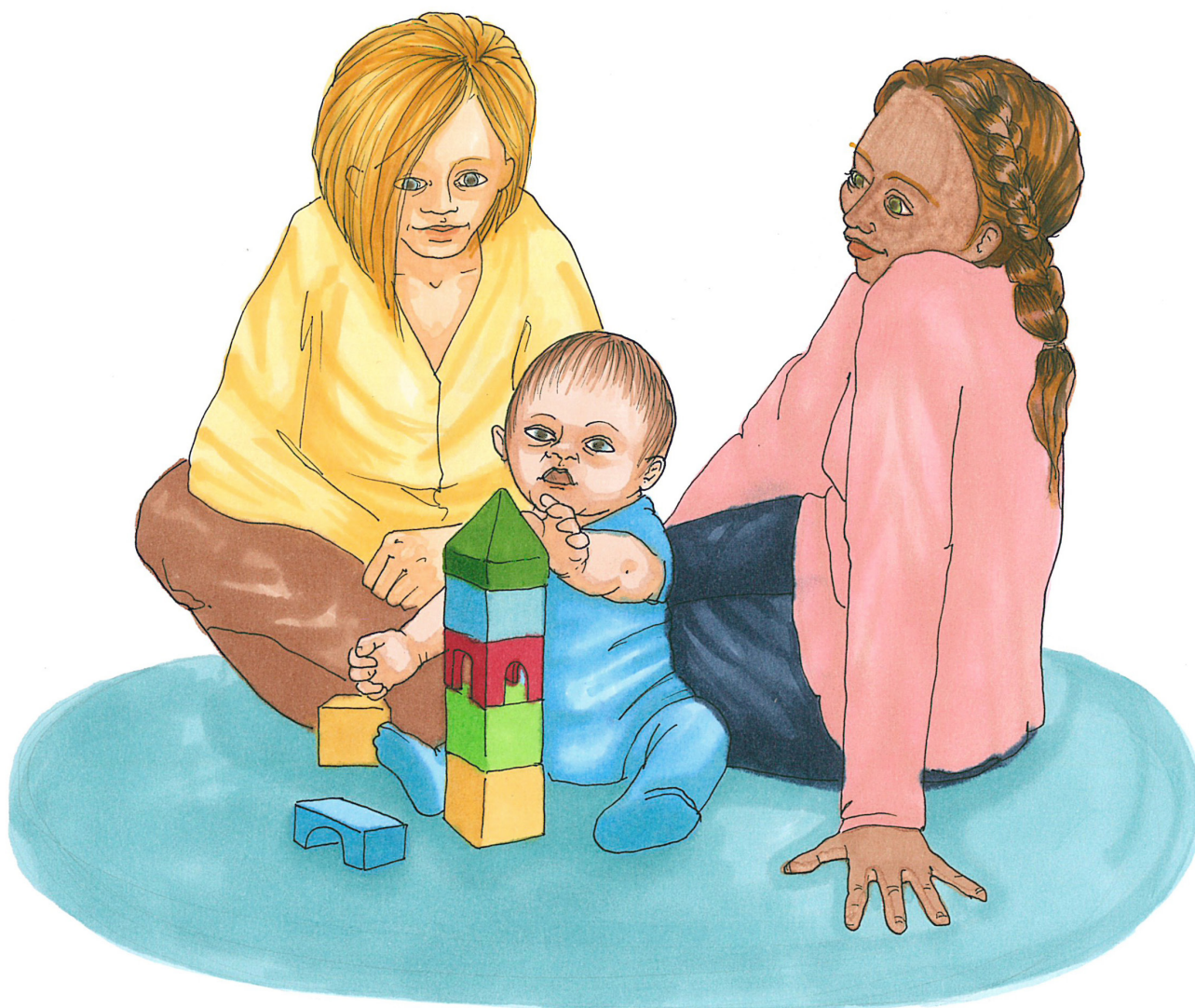
- Gemensam kalender
- Gemensam rutin för om/avbokningar
- Statistik för utveckling/uppföljning

# Teman för hembesöken

Här följer en beskrivning av de teman som vi arbetat fram och som vi tar upp på de olika hembesöken. Flexibilitet och lyhördhet för familjens behov och önskemål är dock viktigare än att följa materialet, förutsatt att BHV:s basprogram inte frångås. Teman och innehåll kan anpassas utifrån målgruppens behov. Vi har valt att ge varje hembesök en rubrik och ett mål. Rubriken säger något övergripande om hembesökets innehåll och målet är vad vi vill ge föräldrarna möjlighet att reflektera kring.

Ett hembesök beräknas ta ungefär 60 minuter.

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



**För exempel på formuleringar som vi använder i hembesöken, se bilaga 1.**

## Återkommande teman

Vid hembesöken är nedanstående teman återkommande, då de ständigt är aktuella och förändras i takt med att barnet utvecklas.

- Relationer och samspel
- Amning och mat
- Barns utveckling och stimulans
- Föräldraskap
- Barnsäkerhet
- Infektioner hos barn och egenvård
- Rutiner kring mat och sömn
- Vid behov följa upp från föregående hembesök

## Vid varje hembesök

Varje hembesök introduceras med...

- Vad har barnet lärt sig sedan vi träffades senast?
- Hur har hen utvecklats?

Varje hembesök avslutas med att fråga föräldrarna...

- Vad har ni fått med er idag?  
*eller*
- Vad blev extra viktigt för er idag?

Genom att ställa de inledande frågorna riktas fokus mot barnet och föräldrarna uppmuntras att prata om barnets utveckling och kompetens. De avslutande frågorna ger oss professionella en bild av hur vi har nått fram till föräldrarna och ger föräldrarna möjlighet att reflektera över besökets innehåll.

# Hembesök 1

(vid 1-2 veckor)



## Att ta emot sitt barn

### Mål:

Att skapa en relation till BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare samt introduceras i hembesöksprogrammet

#### Barnet

- Inskrivning och undersökning av barnet enligt BHV-rutin.
- Amning, modersmjölksersättning.
- Samspel och att prata med barnet.  
Behov av närhet och kroppskontakt.

#### Föräldrar

- Förlossningen och den första tiden.
- Hur föräldrarna hjälps åt och stöttar varandra.
- Båda föräldrarnas betydelse för barnet.
- Familjens nätverk och möjlighet till stöd/avlastning.
- Påverkan psykiskt av att bli förälder, risk för nedstämdhet.

#### Information

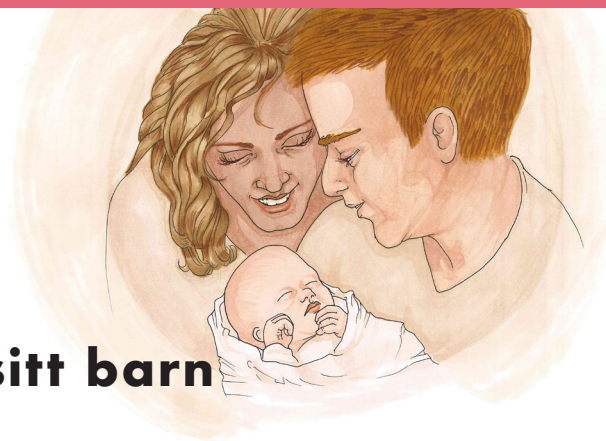
- Hembesöksprogrammet, BHV och föräldrarådgivningen inklusive kontaktuppgifter.
- Barnsäkerhet.
- Plötslig spädbarnsdöd, skakvåld (använd docka), strategier för att hantera skrik och stress.

#### BHV rutin vid inskrivning

- Undersökning och vägning av barnet
- Ärftlighet för sjukdomar
- Rökning/alkohol
- Kontaktuppgifter etc till föräldrar

# Hembesök 2

(vid 1-2 månader)



## Att lära känna sitt barn

### Mål:

Att reflektera över vikten av att lyssna in barnets signaler

#### Barnet

- Temperament och personlighet, vem barnet är lik.
- Kommunikation – hur barnet talar om vad hen behöver.
- Vad hen tycker om.
- Amning, modersmjölksersättning.

#### Föräldrar

- Hur föräldrarna hjälps åt och kommunicerar med varandra.
- Hur föräldrarna kan hjälpa sitt barn att reglera sina känslor. Tempo, att vänta in barnet.
- Betydelsen av att förbereda barnet på händelser och aktiviteter i vardagen.
- Fina stunder tillsammans med barnet.
- Jobbiga stunder.

#### Information

- Förkylning, feber, egenvård, vart vända sig om barnet är sjukt. Visa egenvård med docka. Använd gärna bildmaterial som kan hämtas via [vardgivarguiden.se](http://vardgivarguiden.se), sök på ”Så vårdar du ditt sjuka barn”.
- Föräldragrupper, öppna förskolan och andra aktiviteter för föräldralediga.

# Hembesök 3

(vid 4 månader)

## Att vara tillsammans

### Mål:

Att reflektera över samvaron i vardagen tillsammans

#### Barnet

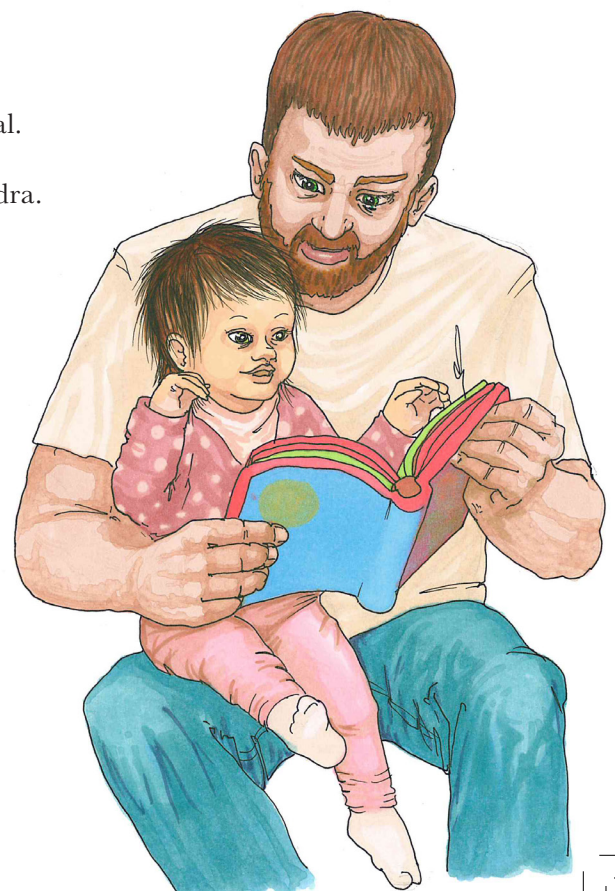
- Uppmuntra barnets nyfikenhet och gemensam lek.  
Exempel på aktiviteter. Skärmtid.
- Språkutveckling, joller, skratt.
- Rutiner för mat och sömn.

#### Föräldrar

- Vikten av tid tillsammans.
- Planering och fördelning av föräldraledigheten.

#### Information

- Visa/dela ut en pekbok. Ge bibliotekskort.
- Språkstimulerande råd.
- Matintroduktion. Använd gärna bildmaterial.  
Se bilaga 4.
- Öppna förskolan, promenader, att träffa andra.



# Hembesök 4

(vid 8 månader)

## Att leda och följa

### Mål:

Att reflektera över rollen som vägledande förälder

#### Barnet

- Vikten av att leka tillsammans. Exempel på aktiviteter.
- Behov av lek och stimulans.
- Rutiner kring mat och sömn.
- 8-månaders besök enligt BHV-rutin.

#### Föräldrar

- Att hantera barnets nyfikenhet och egna vilja.
- Strategier för att vägleda barnet, till exempel avledning- och uppmärksamhetsprincipen.

#### Information

- Barnsäkerhet. Visa produkter och/eller bildmaterial (se bilaga 3) samt använd docka (till exempel visa åtgärder vid luftvägsstopp).
- Tandvård, visa/dela ut tandborste och tandkräm.
- Förskola och hur man ställer sig i kö.

#### BHV frågor/utvecklingsbedömning vid 8 månader:

- Skelning
- Hörsel
- Motorik
- Rökning



# Hembesök 5

(vid 12 månader)

## Att skapa en vardag

### Mål:

Att reflektera över hur familjen får ett fungerande vardagsliv

#### Barnet

- Rutiner kring mat och måltidssituationen.
- Vikten av lek och rörelse.

#### Föräldrar

- Strategier för att vägleda och sätta gränser, samt hantera ett barn som är mer rörligt än tidigare.

#### Information

- Kostråd från 1 års ålder.
- Infektioner och egenvård. Använd gärna bildmaterial som kan hämtas via [vardgivarguiden.se](http://vardgivarguiden.se), sök på "Så vårdar du ditt sjuka barn".
- Lagen om barnaga.



# Hembesök 6

(vid 15 månader)

## Att vara en familj

### Mål:

Att titta tillbaka och blicka framåt med barnet i fokus

Inled med tillbakablick på året som gått –  
Motsvarade föräldraskapet förväntningarna?

#### Barnet

- Språkutveckling, ord, förståelse, andra sätt att kommunicera.
- Förskola, om barnet redan har börjat och hur det i så fall fungerar, eller om planering finns.

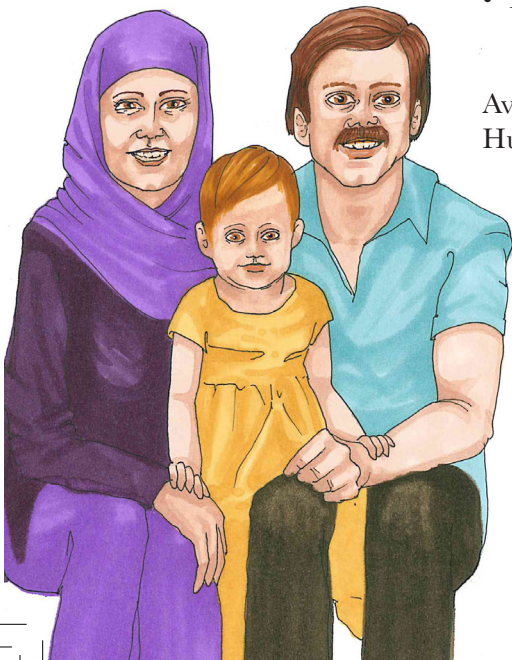
#### Föräldrar

- Vikten av att fortsätta leka tillsammans.
- Hur samarbetet fungerar mellan föräldrarna.
- Andra viktiga personer i barnets liv.

#### Information

- Fortsatt kontakt med BHV och vid behov föräldrarådgivningen.

Avsluta med framåtblick –  
Hur ser föräldrarna på framtiden?



# Exempel på arbetssättet

I detta avsnitt följer några mer detaljerade exempel på hur vi arbetar. Detta är tänkt att fungera som inspiration för den som så önskar.

## Skrik och stress

I barnhälsovårdens uppdrag ingår att samtala med nyblivna föräldrar för att före- bygga skakvåld. I samarbete med föräldrarådgivarna har vi utvecklat detta till ett samtal som också handlar om hur föräldrarna hanterar stress och barn som skriker. Flera föräldrar har i efterhand berättat om att de i stressade situationer har tänkt tillbaka på dessa samtal och använt sig av strategier som då diskuterades.



Här följer ett exempel på hur ett sådant samtal kan se ut:

---

Föräldrarådgivare (**FR**) och BHV-sjuksköterska (**BHV**) sitter bredvid varandra i en soffa i familjens vardagsrum. På sängen mitt emot sitter ett nyblivet föräldrapar (**F**) med sin två veckor gamla dotter, som just har ammat och somnat i mammans famn. Vi har kommit en stund in i besöket, presenterat våra olika roller och berättat om upplägget för hembesöksprogrammet. Vi har samtalat om förlossningen, svarat på föräldrarnas frågor om utslagen i barnets ansikte och pratat om hur de kan få amningen att fungera bättre. Genomgående har vi strävat efter att bekräfta föräldrarna och stärka det positiva som observeras. En grundläggande relation har skapats.

**BHV:** Vi brukar prata lite om barn och skrik. Är det någonting ni har upplevt?

**F:** Nej, hon är så snäll, gråter nästan bara när hon är hungrig.

**BHV:** Så skönt för er att ni har fått en lugn start. Många barn kan få ont i magen någon period, eller vara skrikiga av andra anledningar. Det är ganska vanligt och går inte alltid att helt behandla bort. Då är det bra att vara förberedd på vad man kan göra för att hantera det. Tänk er att hon har skrikit en lång stund. Ni har ammat, burit henne, sjungit för henne, bytt blöja (illustrerar samtidigt med dockan). Men ändå fortsätter hon att skrika.

**FR:** Då är det lätt att bli stressad som förälder. Speciellt om man själv är trött. Hur brukar ni reagera när ni är stressade och trötta?

**F:** Man blir lätt arg och inte så bra på att lyssna.

**BHV:** Ja, det är svårt att tänka klart när man är trött och stressad. Den logiska delen av hjärnan fungerar inte. Ibland händer det att föräldrar gör något med barnet som de inte vill. Kanske lägger ner barnet oförsiktigt eller till och med skakar det. (Lägger ner dockan hårt på soffan, tar upp och skakar den). Det är såklart väldigt farligt.

**F:** Nej det skulle vi aldrig göra!

**FR:** Nej, det är väldigt ovanligt men det händer tyvärr ibland. Ingen förälder vill göra sitt barn illa men om man är för trött och stressad kan man till slut tappa kontrollen. Vad tänker ni att ni kan göra för att lugna henne när hon gråter?

**F:** Kanske sjunga för henne?

**BHV:** Ja, det låter som en bra idé. Vill ni att vi berättar om andra sätt?

Här finns en bra ingång till att uppmuntra föräldrarna att berätta om strategier de själva kan komma på och bekräfta detta, samt fylla på med tips och råd om strategier som brukar fungera. Vi pratar också om hur föräldrarna själva kan hantera sin stress och vilka personer i nätverket som skulle kunna vara till hjälp. Även här använder vi dockan för att illustrera till exempel hur föräldern kan lägga barnet på en säker plats medan den lämnar rummet för att ta några djupa andetag och lugna ner sig.

## Mat och läsning

**BHV:** Hur har ni tänkt kring att börja med mat?

**F:** Jo vi tänkte börja med potatis och har provat frukt.

**FR:** Vad tyckte han om det?

**F:** Han gillar frukt.

**BHV:** Klok tanke att börja med potatis, det är precis vad vi brukar rekommendera. Dock bör ni vara försiktiga med söt frukt. Vet ni varför?

**F:** Kanske att tänderna blir dåliga...

**BHV:** Precis, och så... Vill ni att vi berättar lite mer om mat?

---

**BHV:** Vet ni varför vi lämnar en bok?

**F:** Kanske för att hon ska börja läsa?

**BHV:** Precis, titta vad nyfiken hon är på boken.

**FR:** Att börja titta på bilder tillsammans och benämna dem är även bra träning för...

# Referenser

1. Renner E, regissör. The beginning of life. [Film]. Sao Paulo: Maria Farinha Filmes; 2016.
2. Marttila A, Burström K, Lindberg L, Burström B. Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar - samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Utvärderingsrapport. [Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet, 2015. [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://dok.sls.sll.se/CES/FHG/Rapport-FHM-utokat-barnhalsovarsprogram.pdf>
3. 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. [Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017. [cited 2018 Jan 10]. Available from: [http://dok.sls.sll.se/CES/FHG/Jamlik\\_halsa/Rapporter/BVC-rapport-2017.pdf](http://dok.sls.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/BVC-rapport-2017.pdf)
4. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2018 Jan 10]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf).
5. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Fair society, healthy lives: The Marmot Review. [Internet]. London: The Marmot Review; 2010 [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>.
6. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the WHO's Commission on social determinants of health. [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2007. [cited 2018 Jan 10]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_report\\_07\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf).
7. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(12):1665-72.
8. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(2), 223-232.
9. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(5):412-8.
10. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 2014;104 Suppl 1:S136-43.
11. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91-102.
12. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10064):77-90.
13. Neander K. Mötets magi – om samspelsbehandling och vardagens välgörande möten. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset, 2011.

# Bilaga 1: Förslag på formuleringar

Teman och samtalsämnen	Förslag på frågor/formuleringar
<p><b>Att presentera hembesökprogrammet</b></p> <p>.....</p> <p>Då första hembesöket bokas</p> <p>Om förälder är tveksam till att träffas hemma</p> <p>Vid första besöket</p>	<p>Har ni hört talas om att vi brukar komma på hembesök?</p> <p>Vi erbjuder alla som får sitt första barn extra hembesök med en BHV-sjuksköterska och en föräldrarådgivare, då vi vet att man ofta har många frågor när man får sitt första barn. Vi har arbetat så ett tag och det brukar vara uppskattat. Är det ok för er att vi gör så?</p> <p>Finns pappa/partner med i bilden? Finns det någon tid då ni båda kan vara med? Behöver någon av er tolk? Vi använder gärna tolk även om bara en förälder är i behov av det. Det underlättar både för oss och er.</p> <p>Det är inget måste att ta emot hembesök, men vi gör det gärna. Är det ok att ses på mottagningen i stället? Det viktiga är ni känner er trygga.</p> <p>Syftet med hembesöksprogrammet är att ge extra tid och stöd eftersom man ofta har många frågor när man blir förälder för första gången.</p> <p>Vi arbetar båda med barns utveckling och hälsa. BHV-sjuksköterskan är mer inriktad på hälsa medan föräldrarådgivare är inriktad på relationer och samspel. Vi kompletterar varandra.</p>

Teman och samtalsämnen	Förslag på frågor/formuleringar
<p><b>Allmänt</b></p> <p>.....</p> <p>När föräldrar berättar om strategier som fungerar</p> <p>När föräldrar talar negativt om sitt barn (t.ex. ”Hen är väldigt jobbig när...”)</p> <p>När föräldrar leder in samtal på ämnen som inte direkt rör barnet</p> <p>När föräldrar berättar att barnet tycker om något som inte är bra ur hälsoperspektiv (t.ex. mycket skärmtid, äta sötsaker)</p>	<p>Vilka är era finaste stunder tillsammans med barnet? Vilka stunder är det jobbigt? Hur hanterar ni det?</p> <p>Hur kom du på det?</p> <p>Hur gör ni då? Vad har ni för knep? Vad har ni provat som fungerat/inte fungerat?</p> <p>Hur känns det för dig då?</p> <p>Hur påverkar detta barnet? Hur påverkar det dig som förälder?</p> <p>Hur tänker ni kring det (t.ex. små barn och TV)? Vilka fördelar/nackdelar kan ni se? Vill ni att vi berättar lite om vad vi vet/vad forskningen säger?</p>
<p><b>Kommunikation</b></p> <p>.....</p> <p>Temperament och personlighet</p> <p>När barnet gnyr/låter/skriker</p>	<p>Hur visar/talar hen om för dig vad hen vill?</p> <p>Hur skulle du beskriva ditt barn? Är hen lugn/aktiv/social osv? Vem är hen lik?</p> <p>Vad är det hen säger nu? Vad tror du hen vill? Hur ser du det?</p>

Teman och samtalsämnen	Förslag på frågor/formuleringar
<p><b>Närhet och samspel</b></p> <p>.....</p> <p>Om pappa/partner bor på annan plats</p>	<p>Vet du vad som händer i barnets hjärna när ni samspelar och pratar med varandra?</p> <p>Vilka personer är viktiga för barnet?</p> <p>Hur är barnets relation till hen? Hur har ni kontakt? Känner barnet igen hens röst eller bild?</p>
<p><b>Vägledning och gränssättning</b></p> <p>.....</p>	<p>Finns det situationer då barnet vill något som inte ni vill eller tvärtom? Hur hanterar ni det?</p> <p>Hur blev du uppfostrad av dina föräldrar? Vilka strategier/stilar hade de? Vad är vanligt i ditt hemland?</p> <p>När låter ni barnet bestämma? När bestämmer ni? När behöver man leda sitt barn?</p> <p>Visst känner ni till att det finns en lag mot barnaga i Sverige?</p>
<p><b>Lek och stimulans</b></p> <p>.....</p> <p>Om föräldern t.ex. har besökt öppen förskola</p> <p>Tal- och språkutveckling</p>	<p>Vad tycker barnet om att ni gör tillsammans?</p> <p>Vad bra att ni leker tillsammans! Ju mer ni leker tillsammans desto mer kommer hen att lyssna på dig.</p> <p>Vad tyckte barnet om det? Vad tyckte du själv?</p> <p>Titta vad hen gillar bilderna i boken! Vet ni varför det är bra att läsa för sitt barn?</p> <p>Vilka språk pratar ni med ert barn och med varandra? Vilka tankar har ni kring flerspråkighet?</p>

Teman och samtalsämnen	Förslag på frågor/formuleringar
<p><b>Samarbete</b></p> <p>.....</p> <p>Förlossning</p>	<p>Hur hjälps ni åt kring barnet?</p> <p>Hur reagerar ni på stress? Hur kan ni hjälpa varandra då?</p> <p>Hur upplevdes förlossningen av mamma respektive pappa/partner som närvarade?</p> <p>Hur kunde du hjälpa mamman? Hur upplevde ni stödet från personal?</p>
<p><b>Hälsovägledning</b></p> <p>.....</p> <p>För att inleda samtal på specifikt tema</p> <p>Sjukdomar/egenvård</p> <p>Angående traditionella metoder som går emot gällande råd</p>	<p>Vad känner ni till om...?</p> <p>Har ni planerat hur ni ska göra med...?</p> <p>Vad känner ni till angående vart ni kan vända er om barnet blir sjukt?</p> <p>Vad skulle ni göra om hen fick feber?</p> <p>Jag vet att man i många länder... (t.ex. lindar barn/ger sockervatten/osv). Vad tänker ni om det?</p> <p>Även i Sverige gjorde man så förr. Men det vi vet är att det kan öka risken för... (t.ex. SIDS).</p>

## Bilaga 2: Meny / Agenda

**Meny/agenda** är ett material som kan användas vid hembesöken för att presentera besökets teman för föräldrarna.

De tomma bubblorna är till för föräldrarnas frågor och önskemål om andra teman, vilket bör förtydligas tidigt under besöket om man väljer att använda sig av meny/agenda.

Tanken är inte att använda meny/agenda som checklista där allt måste hinnas med, utan snarare att tydliggöra besökets syfte och sammanhang för föräldrarna.

### Hembesök 1

**Förlossning**



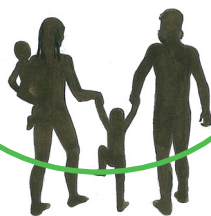
**Säkerhet**



**Hälsa i familjen**



**Familjen  
Att hjälpas åt**



**Närhet, prat  
och samspel**



**Skrik, stress**



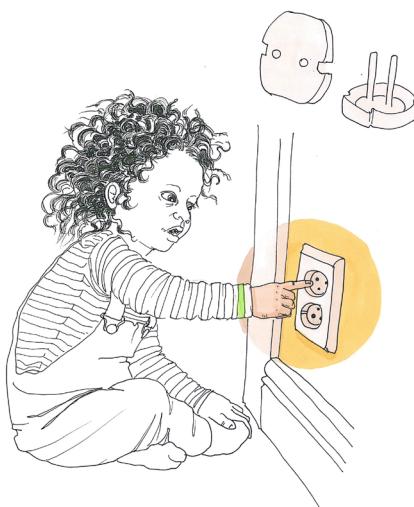
**Nedstämdhet**

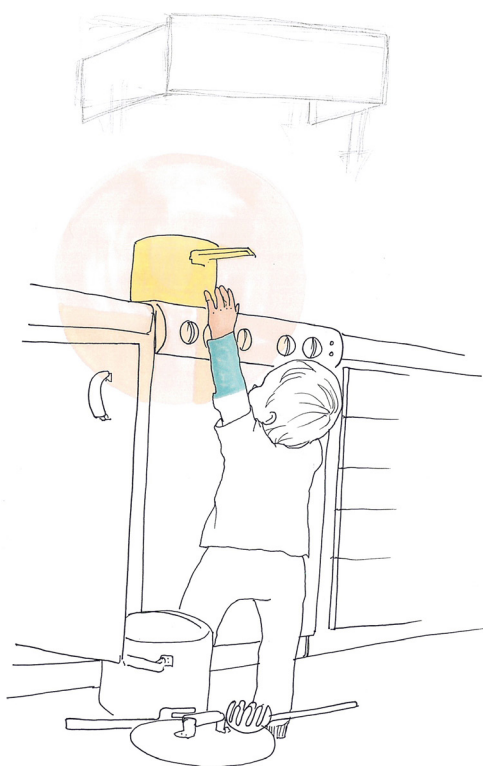
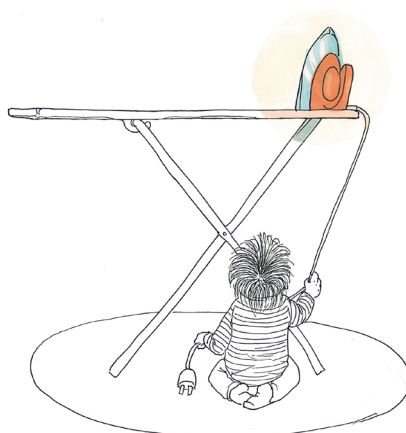
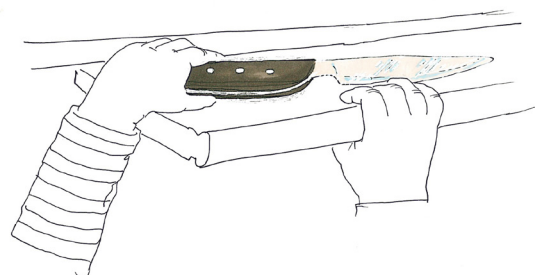
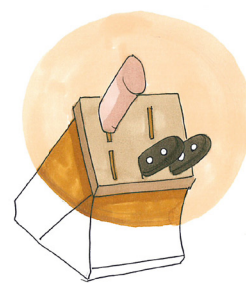
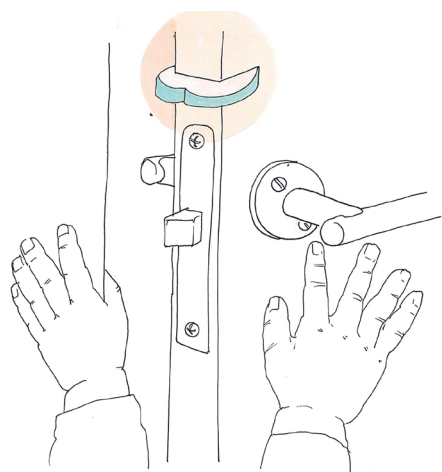


**Barnets mat**



# Bilaga 3: Bildmaterial om barnsäkerhet





## Länkar

[www.dinsakerhet.se](http://www.dinsakerhet.se) – Checklistor, filmer mm  
[www.1177.se](http://www.1177.se) – Film om när barn sätter i halsen

## Telefonnummer

Akuta tillstånd/Giftinformation: **112**  
Sjukvårdsrådgivning: **1177**

## Bilaga 4: Bildmaterial om mat



### Matglädje!

Bildmaterialet kan användas i dialog med föräldrar för att underlätta kommunikation. Materialet bygger på Livsmedelsverkets råd och vår erfarenhet. Syftet är att ge tydliga och enkla råd gällande matintroduktion med hjälp av bilder. Materialet är granskat av dietist Sara Ask.

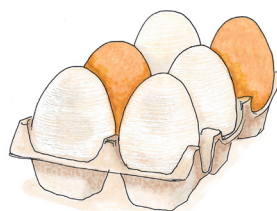
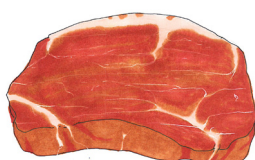
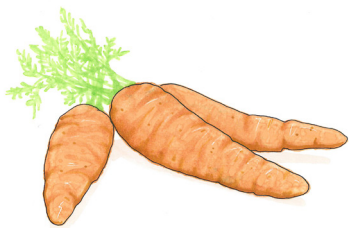
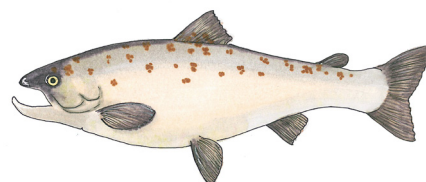
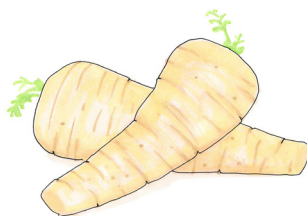
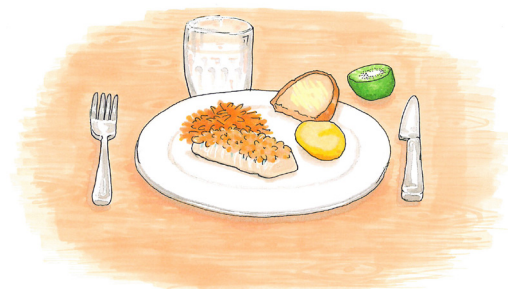
### När ska man börja?

- Gärna bara amma/ge ersättning 6 månader.
- Börja **smaka** när barnet är nyfiskt!
  - Tidigast 4 månader (på finger)
- Fortsätt amma / ge ersättning!



1. Smaka och upptäck lite av familjens mat  
(ca ett kryddmått)

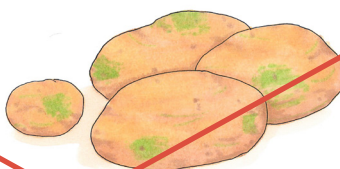
2. Små portioner mat:



Barn under 1 år ska **INTE** äta:



Salt



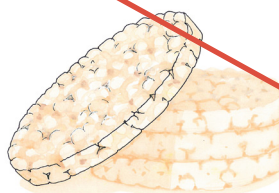
Grön potatis



Honung



Gröna bladväxter



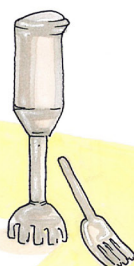
Riskakor

Eventuellt salt till  
övriga familjen



### Utan salt

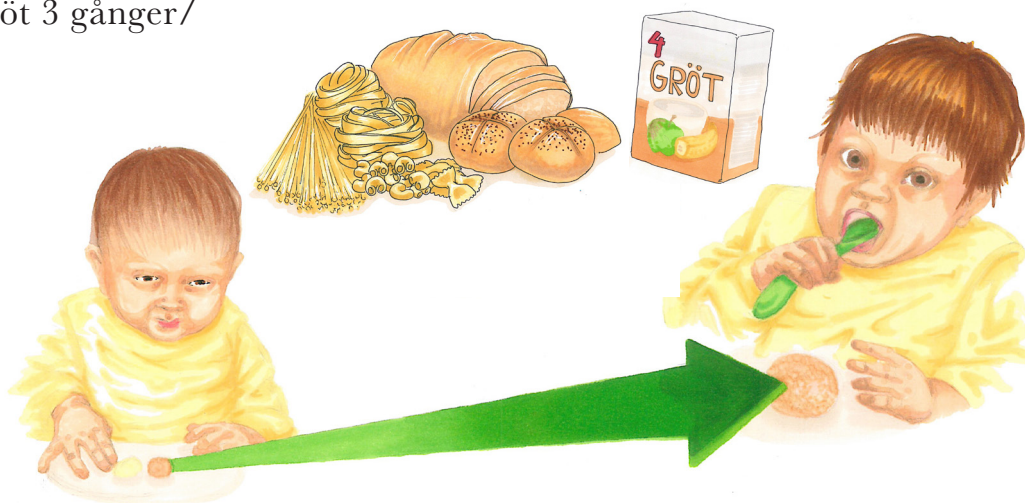
- Tillsätt rapsolja
- Mixa/Mosa



## Börja långsamt med gluten

(Minskad risk för allergi)

Börja vid 4-6 månader.  
Ex. 1 sked gröt 3 gånger/  
vecka.



# Vem bestämmer?

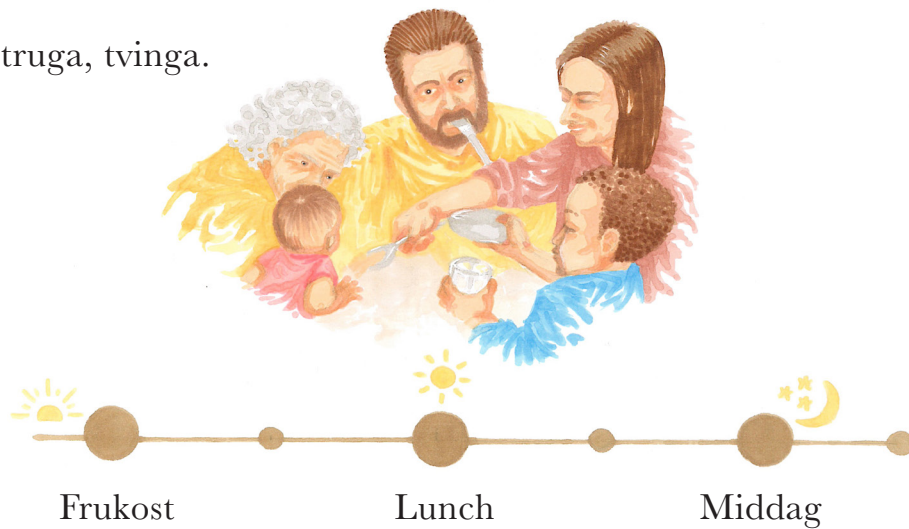
## Barn

### Förälder

#### • När?

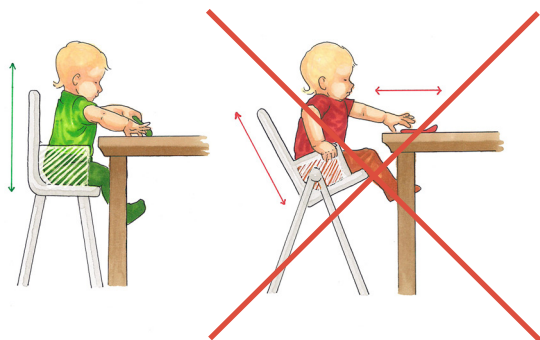
Fasta tider.

**Inte** småäta, truga, tvinga.



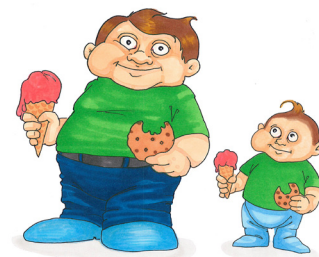
#### • Var?

Vid bord, bra barnstol, tillsammans.



#### • Vad?

Förälder är förebild.  
Servera bra mat.



# Drick vatten, bröstmjök eller ersättning till maten.



## Under 1 år

- Inte dricka komjök (Men okej att använda mjök i mat.)



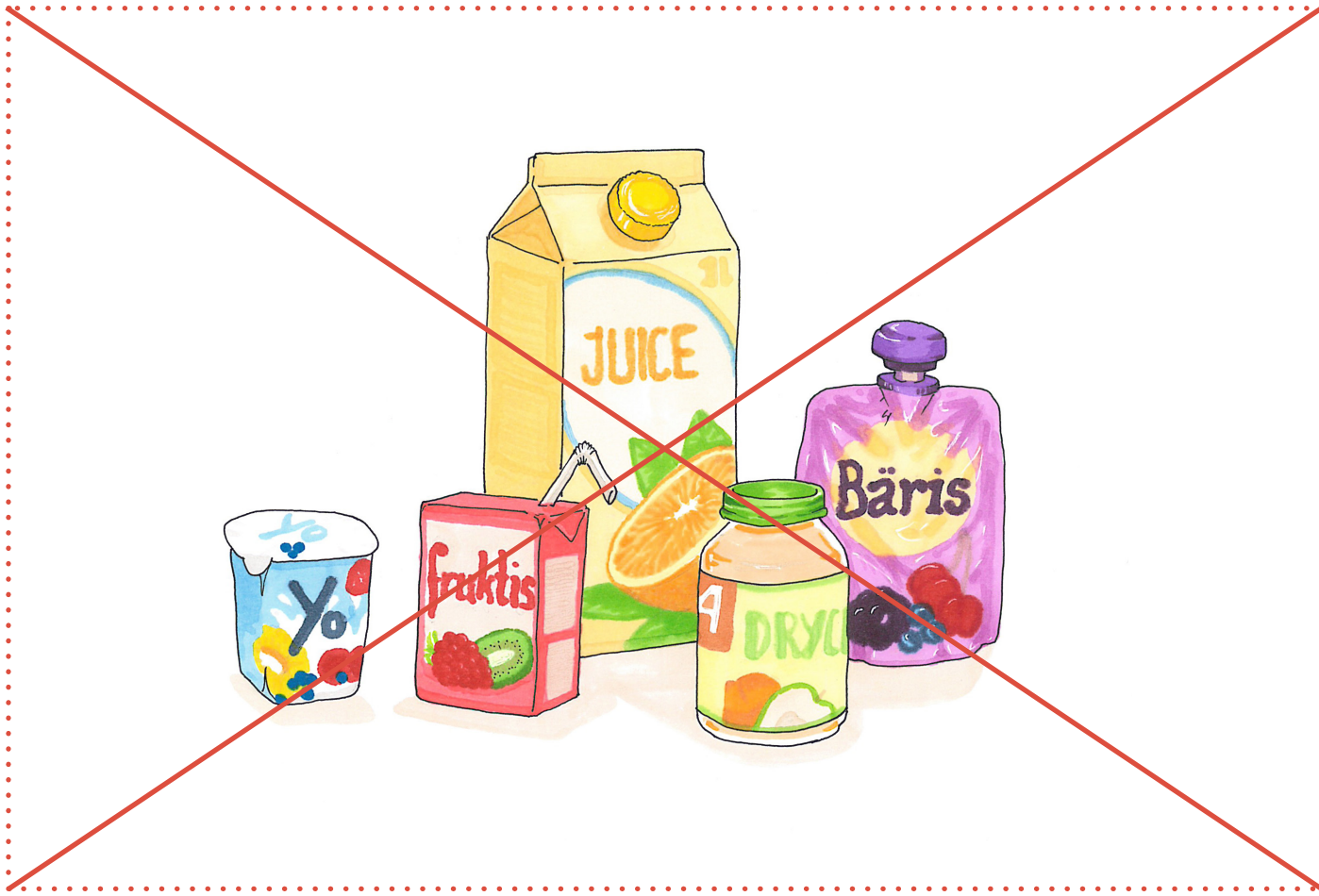
- Små mängder mejeriprodukter.



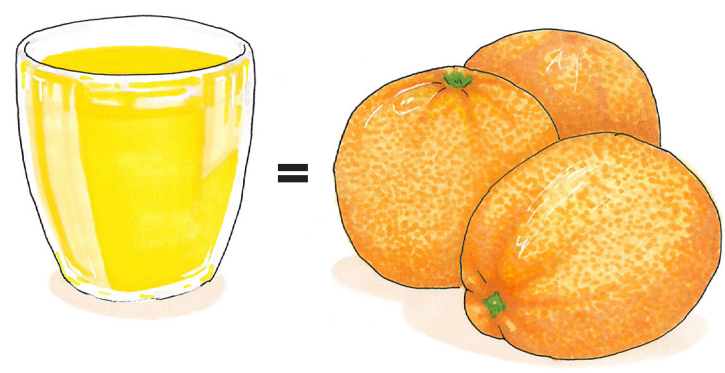
## Över 1 år

- Max 2 glas komjök /dag





?





**1 skål CocoaPops (50 g)**  
= 5 sockerbitar



**1 liter 100% apelsinjuice**  
= 28 sockerbitar



**1 Yoggi yalla (350 ml)**  
= 13 sockerbitar  
**1 Yoplait Safari (115 g)**  
= 5 sockerbitar



**1 CocaCola (500 ml)**  
= 18 sockerbitar



**1 glas chokladdryck (250 ml)**  
= 8 sockerbitar



**1 Red Bull (250 ml)**  
= 8 sockerbitar



**Barn kan själva!  
Mat ska vara roligt!**

**Lycka till!**





**Karolinska  
Institutet**



**Stockholms  
stad**



**Stockholms läns sjukvårdsområde**  
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING