

2019-05-21

# Delrapport

Utökade hembesök Göteborg



# Sammanfattning

Under 2018 startade arbetet med utökade hembesök i Göteborg. Det är ett nytt sätt att arbeta, där personal från barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten tillsammans gör hembesök hos familjer som har fått sitt första barn, eller sitt första barn i Sverige. Modellen kommer från Rinkeby och är i Göteborg en del av det familjecentrerade arbetssättet som är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad.

Hembesöken hänger ihop med det ordinarie programmet för barnhälsovården och omfattar barn som är listade vid åtta barnavårdscentraler i prioriterade områden. Barnhälsovårdssjuksköterskan och föräldrastödjaren, som den förebyggande socionomen från socialtjänsten kallas i Göteborg, pratar om föräldrarnas frågor och ämnen som är ständigt aktuella i föräldraskapet, till exempel amning, mat, barnsäkerhet, infektioner samt relation och samspel.

Den här rapporten beskriver arbetet med att bygga upp goda förutsättningar för utökade hembesök i Göteborg, utifrån kompetens, organisation och ledarskap. Förberedelserna och det system för att följa upp kvaliteten på hembesöken som har utvecklats syftar till att långsiktigt minska skillnader i barns livsvillkor och hälsa. Genom noggrann planering, i enlighet med aktuell forskning, maximeras förutsättningarna för en lyckad implementering. Då Rinkebymodellen har utvärderats med goda resultat för barns hälsa sker implementeringen av hembesöksprogrammet i Göteborg med målsättningen att hålla hög metodtrohet.

Uppföljningen av de aktiviteter som har genomförts i uppbyggnaden av en ledningsstruktur samt organisatoriskt stöd visar att dessa aktiviteter har skapat bra förutsättningar för arbetet med utökade hembesök. Totalt har 36 medarbetare utbildats i modellen. Sex av de åtta deltagande BVC-områdena har påbörjat arbetet med hembesök och till och med april 2019 har 60 hembesök genomförts. Varje hembesök har registrerats och utvärderats med ett kvalitetssäkringsinstrument.

Medarbetarna uppger så här långt en hög grad av nöjdhet med sin förmåga att arbeta utifrån Rinkebymodellen, särskilt när det gäller förmågan att samarbeta mellan olika professioner och prioritera föräldrarnas egna frågor under hembesöken. Det känslomässiga klimatet och kvaliteten på relationen med föräldrarna utvärderas också med goda resultat av de barnhälsovårdssjuksköterskor och föräldrastödjare som genomför hembesöken.

Det finns en god struktur för ett fortsatt framgångsrikt arbete med utökade hembesök i Göteborg. Ett upparbetat samarbete med FoU i Väst/Göteborgsregionen ger goda möjligheter att följa effekterna framöver. Eftersom ansträngningarna att följa den framgångsrika Rinkebymodellen av allt att döma har fallit väl ut och det finns kompetens för att genomföra hembesöken med god kvalitet bör ett fortsatt arbete med utökade hembesök i Göteborg leda till såväl förbättrade uppväxtvillkor som minskad ojämlikhet i hälsa hos barn.

# Innehåll

Inledning .....	4
Bakgrund.....	5
Ojämlighet i barns uppväxtvillkor och hälsa .....	5
Utökade hembesök.....	6
Familjecentrerat arbetssätt .....	7
Beslut om implementering i Göteborg.....	8
Målgrupp.....	8
Implementeringsmodell och struktur .....	9
Ledarskap .....	11
Stödjande organisation.....	12
Uppföljning och utvärdering .....	12
Metod- och kompetensutveckling .....	15
Resultat.....	17
Implementeringsstatus .....	17
Metodtrohet.....	17
Faktorer som har påverkat implementeringen .....	18
Faktorer som underlättat .....	18
Utmaningar.....	19
Analys och rekommendationer .....	21
Referenser .....	22

# Inledning

Denna rapport avser att beskriva det arbete som fram till maj 2019 har bedrivits för en tillsvidare implementering av arbetssättet utökade hembesök Göteborg i enlighet med Rinkebymodellen.

Implementeringen sker inom barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten. Hembesöksprogrammet går i linje med sedan tidigare fattade beslut kring familjecentrerat arbetssätt, i samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen. Satsningen är en utveckling och en förstärkning av det familjecentrerade arbetssättet. Avsikten är att nå ut till fler barn och familjer, inte minst de med störst behov, för att skapa en god start i livet och goda uppväxtvillkor.

Utökade hembesök ska vara ett samverkande och kompletterande arbetssätt för att tidigt ge föräldrar som föder sitt första barn, eller sitt första barn i Sverige, ett utökat förebyggande föräldrastöd.

Implementeringen har påbörjats i tre utvalda stadsdelar i Göteborg: Västra Hisingen, Västra Göteborg och Angered. I dessa stadsdelar finns områden som identifierats som resurssvaga utifrån livsvillkor och hälsa med perspektivet om en jämlik och sammanhållen stad. Polisen har definierat i stort sett samma områden som särskilt utsatta. Därefter är målsättningen att insatsen ska utvidgas till samtliga resurssvaga primärområden utifrån perspektivet om en jämlik och sammanhållen stad. Ansatsen i implementeringen har varit att lägga grunden för ett långsiktigt, hållbart arbete där hög kvalitet vidmakthålls över tid och där arbetssättet förväntas fortsätta tillsvidare.

Rapporten beskriver uppstartsprocessen av implementeringen av det nya arbetssättet och kommer att vara en del av grunden för den mer djupgående rapport som på sikt kommer att presenteras över de utökade hembesöken. I den nu föreliggande rapporten redogörs för förberedelserna, erfarenheter och uppföljning av de första hembesöken som har genomförts.

Göteborg, maj 2019

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa, Västra Götalandsregionen  
Jämlik stad, Göteborgs Stad  
Central barnhälsovård Göteborg och Södra Bohuslän, Västra Götalandsregionen

## Bakgrund

Det utökade hembesöksprogrammet i Göteborg är en del i det arbete som kallas familjecentrerad arbetssätt. Utökade hembesök bygger på Rinkebys hembesöksprogram och implementeras i ett första skede i de områden som kallas för särskilt prioriterade av kommunen och särskilt utsatta av polisen<sup>1</sup>.

I det nationella programmet för barnhälsovården ingår två hembesök. Sedan september 2013 erbjuds alla förstagångsföräldrar vid Rinkeby BVC ett utökat hembesöksprogram med sex hembesök av BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare från socialtjänsten när barnet är 0–15 månader. Det utökade hembesöksprogrammet har där mottagits mycket positivt bland föräldrar som erbjudits att delta (Marttila et al, 2017).

Programmet i Rinkeby bedrivs i samverkan mellan BHV-sjuksköterskor vid Rinkeby BVC och föräldrarådgivare vid socialtjänstens förebyggande verksamhet, Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning. Satsningen initierades mot bakgrund av en gemensam uppfattning hos barnhälsovården och socialtjänsten i området av att det finns behov av utökade insatser till stöd för föräldrar, för att förbättra barnens hälsa och uppväxtvillkor.

## Ojämlighet i barns uppväxtvillkor och hälsa

I Göteborg har barn och unga generellt sett goda möjligheter till en bra uppväxt. Samtidigt visar statistiken att det finns grupper av barn som har betydligt sämre uppväxtvillkor (Social resursförvaltning, 2017). Ojämligheter i levnadsvillkor och hälsa utifrån geografiska områden har ökat de senaste tio åren (Folkhälsomyndigheten, 2017). Skillnaderna är speciellt uttalade mellan olika bostadsområden i storstadsregionerna. Göteborg är inget undantag, utan det föreligger liknande skillnader mellan Göteborgs olika stadsdelar och mellanområden.<sup>2</sup>

För generella indikatorer såsom förväntad medellivslängd vid födseln kan det skilja flera år mellan de olika områdesindelningarna, på gruppnivå. En del geografiska områden har en relativt lägre högsta utbildningsnivå bland invånarna. Där är arbetslöshet vanligare och fler personer får utbetalt ekonomiskt bistånd. I dessa områden är valdeltagandet lägre, vilket anses vara ett tecken på bristande tillit och deltagande i samhället. I socioekonomiskt svaga områden är även viss kriminalitet högre (Khorramshahi & Hellberg, 2017).

Barnhälsovården har svårare att nå familjer till små barn i utsatta områden med hälsofrämjande insatser. Exempel på detta är att betydligt fler kvinnor i utsatta områden tackar nej till ett hälsosamtal om förlossningsdepression och att hembesök erbjuds/genomförs hos familjer till nyfödda i mindre utsträckning.

<sup>1</sup> Polisen definierar följande områden som särskilt utsatta: Hammarkullen, Hjällbo, Lövgärdet, Bergsjön, Tynnered/Grevegården/Opaltorget och Biskopsgården. (Nationella operativa avdelningen, 2017)

<sup>2</sup> Bakgrundsdata kommer från Statistiska Centralbyrån (SCB) eller från Göteborgs Stads stadsledningskontor. Hälsodata kommer från Västra Götalandsregionens statistikdatabas (vilken innehåller flera olika kvalitetsregister) samt från Central Barnhälsovårds i Västra Götalandsregionen årsredovisningar. Statistik över valdeltagande kommer från Valmyndigheten.

I områden där det finns en högre andel invånare i socioekonomisk utsatthet ser vi också att små barn exponeras för vissa hälsorisker i större utsträckning än sina jämnåriga i mer resursstarka områden:

- Rökning i hemmet
- Färre barn är fullt vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund
- Högre grad av övervikt och fetma vid 4-årsåldern.

Ett exempel på hur skillnader i livsvillkor och hälsa hänger ihop är att barn som växer upp under ekonomiskt resursstarka förhållanden är väl rustade för framtiden. Ofta får de barnen en lång utbildning själva och därmed bättre hälsa, högre välbefinnande, högre inkomster och lever längre än barn i resurssvaga uppväxtförhållanden (Social resursförvaltning, 2017). Ytterligare ett exempel är att grupper av göteborgare med en högre social position, det vill säga hög socioekonomi och mindre grad av social utsatthet och diskriminering, tycks läsa mer för sina barn jämfört med dem som har en lägre social position. Detta påverkar i sin tur barnets språkutveckling och framtida skolresultat.

## Utökade hembesök

Investering i program som stimulerar barns tidiga utveckling anses vara en kraftfull utjämnare (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007) och rekommenderas av ledande svenska forskare i området (Sarkadi et al., 2018). I linje med detta utvecklades och utvärderades det utökade hembesöksprogrammet i Rinkeby i Stockholm (Marttila et al, 2017).

Utökade hembesök är en *Nurturing Care*-insats kopplad till de globala målen för hållbar utveckling, för att främja barns utveckling under deras första 1 000 dagar i livet (WHO et al, 2018).



Figur 1. Nurturing Care-komponenter

Hembesöken hänger ihop med det ordinarie programmet för barnhälsovården. BHV-sjuksköterskan och föräldrastödjaren, som den förebyggande sacionomen kallas i Göteborg, tar upp frågor från föräldrarna om amning, mat, barnsäkerhet, infektioner, relationer, samspel och andra ämnen som är ständigt aktuella i föräldraskapet.

Samarbetet mellan professioner i det här samtalsformatet är nytt för de flesta medarbetare, men ett syfte är att kombinationen av två professionella kompetenser och extra tid med familjerna ska ge goda förutsättningar för samtal. Hembesöken har vägledande teman men agendan är inte fastställd i förväg utan avgörs till stor del av vilka frågor och behov familjen har. Båda professionerna har ansvar för att stärka föräldrarna och att uppmärksamma deras funderingar, frågor och eventuella svårigheter.

Genom att se föräldrar och barn tillsammans i en trygg miljö kan medarbetarna bekräfta positivt samspel mellan barn och föräldrar samt föräldrarnas kompetens. Ett mål är att involvera alla föräldrar i samtalet och betona vikten av att båda föräldrarna är delaktiga i att ta hand om barnet.

Hembesöken har teman för varje ålder:

Tabell 1. Teman för hembesöken vid olika åldrar.

Hembesök nr	Ålder på barnet	Tema	Exempel på innehåll
1	Nyfödd	Att ta emot sitt barn	Förlossningen, graviditeten, den första tiden, hur barnet och föräldrarna mår
2	2 månader	Att lära känna sitt barn	Lära känna barnets sätt att kommunicera, hjälpas åt, hitta rutiner
3	4 månader	Att vara tillsammans	Språk, stimulans, lek, rutiner för mat/sömning
4	8 månader	Att leda och följa	Rollen som vägledande förälder, lek, stimulans
5	12 månader	Att skapa en vardag	Hur familjen får ett fungerande vardagsliv
6	15 månader	Att vara en familj	Bakåt- och framåtblickar

## Familjecentrerat arbetssätt

Utökade hembesök i Göteborg tar sin utgångspunkt i det familjecentrerade arbetssättet, FCA. Ett familjecentrerat arbetssätt innebär att insatser för barn tar sin utgångspunkt i hela familjen och dess levnadsvillkor. Målet är att förbättra uppväxtvillkoren för barn och unga genom att stärka familjen. Familjerna ska alltid uppleva att de kommit rätt med sina frågor.

Utökade hembesök innebär en utveckling och en förstärkning av samarbetet mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och Göteborgs Stad. Både i VGR och Göteborgs Stad är arbetet med att minska skillnader i livsvillkor och hälsa prioriterat. Familjecentrerat arbetssätt och familjecentraler har sin grund i detta arbete.

I VGR har arbetet sin utgångspunkt i *Kraftsamling för fullföljda studier* och samverkan om tidiga insatser. I Göteborgs Stad utgår arbetet just nu från målområdet om att Skapa en god start i livet och goda uppväxtvillkor, som är en del i arbetet Jämlik stad<sup>3</sup> och ”Göteborgs Stads program för en jämlik stad för 2018–2026”. Sedan 2017 finns det i varje stadsdel en koordinator som ska samordna och föra framåt det familjecentrerade arbetssättet lokalt. Koordinatorerna samfinansieras mellan VGR och Göteborgs Stad.

För att minska skillnader i barns livsvillkor och hälsa behöver de som arbetar med de här frågorna säkerställa att alla målgrupper nås av FCA, inte minst de med störst behov. Forskningen inom det förebyggande området visar att en liten insats till många kan ha större förebyggande effekt än stora insatser till få. Samtidigt behöver de generella insatserna anpassas och doseras efter behov. Det här kallas *proportionell universalism* (Marmot, 2010). Utökade hembesök är ett exempel på en sådan insats.

## Beslut om implementering i Göteborg

Utifrån initiativ inom det familjecentrerade arbetssättet undersöktes förutsättningarna under 2017 inför en eventuell start av det utökade hembesöksprogrammet från Rinkeby i Göteborgs Stad. Det underlag som Jämlikt Göteborg tog fram tog fasta på betydelsen av att börja i mindre skala i enlighet med implementeringsforskningen. Utifrån detta föreslogs de resurssvaga primärområdena utifrån livsvillkor och hälsa med perspektivet om en jämlik och sammanhållen stad att prioriteras som ett första steg.

Stadsdelsdirektörsgruppen för område Valfärd och utbildning beslutade den 1 december 2017 att genomföra en implementering av det utökade hembesöksprogrammet i särskilt utsatta primärområden under perioden 1 januari 2018 till 31 december 2019. Arbetet beräknades vara i full gång 2019 efter planering och förarbete. I januari 2020 beräknades nästa omgång, med fler resurssvaga områden, kunna påbörjas.

Motsvarande beslut i Västra Götalandsregionen fattades i Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd den 22 november 2017. Central barnhälsovård och Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa fick i uppdrag att stötta hembesöksprogrammet genom bland annat projektledning, samordning, metodutveckling och utbildning. Tidsperioden motsvarade den som beslutats av Göteborgs Stad, med möjlig förlängning till den 31 december 2020.

## Målgrupp

Utökade hembesök erbjuds alla föräldrar som får sitt första barn, eller sitt första barn i Sverige, och som är listade vid någon av de barnavårdscentraler som ingår i satsningen.

Vid beslut om start uppskattades målgruppen till cirka 680 barn. Sedan dess har vissa förändringar skett när det gäller vilka barnavårdscentraler som erbjuder de utökade hembesöken. Det var planerat att Nötkärnan Bergsjön BVC i Östra Göteborg skulle medverka, men denna aktör valde att inte ingå i satsningen. Beslut fattades då om att inte

<sup>3</sup> goteborg.se/jamlikt

erbjuda deltagande till någon annan aktör i Östra Göteborg. Målgruppen har därför varit något mindre än först beräknad, cirka 500 barn.

I dag omfattas barn som ingår i målgruppen och är listade vid följande verksamheter:

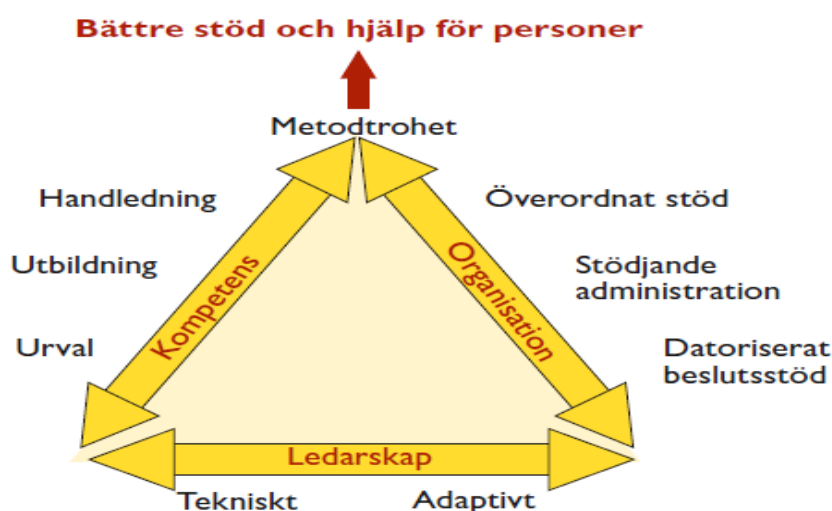
- Capiro BVC Angered<sup>4</sup>
- Gårdsten BVC, Angered
- Närhälsan Angered BVC
- Närhälsan Hjällbo BVC, Angered
- Närhälsan Lövgärdet BVC, Angered
- Närhälsan Opaltorget BVC, Västra Göteborg
- Närhälsan Biskopsgården BVC, Västra Hisingen
- Nötkärnan Friskvåderstorget BVC, Västra Hisingen

Resursenheterna inom Individ- och familjeomsorg i de berörda stadsdelarna är knutna till de olika barnavårdscentralerna. För Angered del bidrar även föräldrastödjare från Angered's Närsjukhus.

## Implementeringsmodell och struktur

De utökade hembesöken är ett nytt sätt att arbeta för de flesta inom barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten i Göteborg. För att implementera hembesöksprogrammet med bästa möjliga resultat används beprövade erfarenheter från aktuell forskning på området. I implementeringen av utökade hembesök i Göteborg har arbetet utgått från en modell som Socialstyrelsen förespråkar (Socialstyrelsen, 2012).

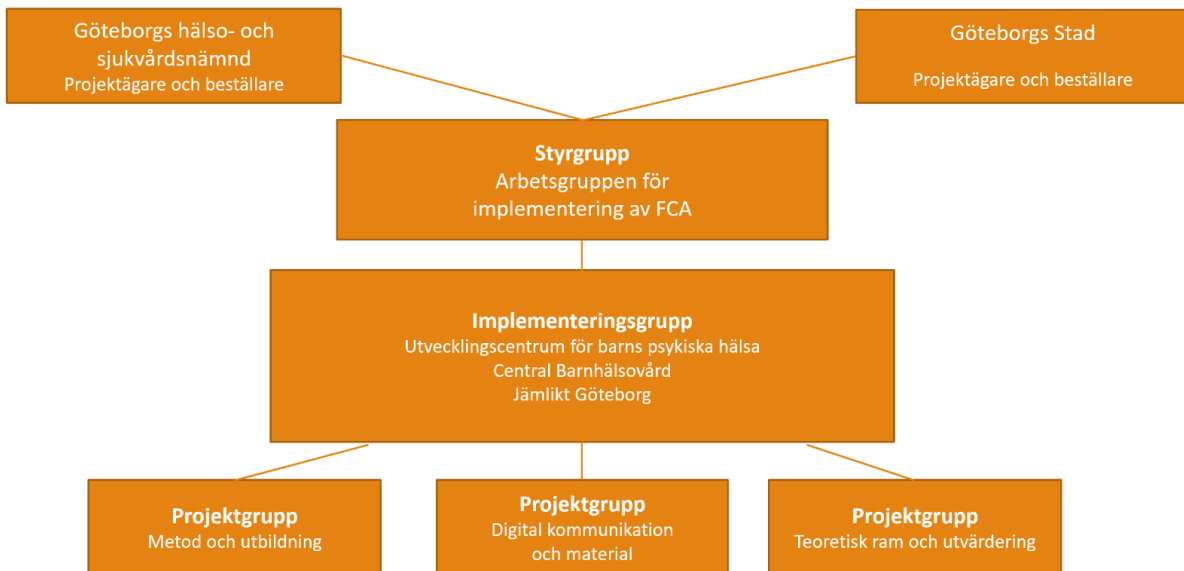
Faktorer som visat sig ha stor betydelse för att lyckas med en implementering av ett nytt arbetssätt eller en ny metod visas i figur 2.



Figur 2. Implementeringsmodell

<sup>4</sup> Eftersom samtliga barnavårdscentraler i Angered ingår i satsningen omfattas även föräldrar i exempelvis Hammarkullen och Rannebergen.

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa har med start 2018 arbetat tillsammans med Central Barnhälsovård och Jämlikt Göteborg (numera Jämlik stad) i en implementeringsgrupp för att förbereda införandet av utökade hembesök. En struktur byggdes upp för att fördela roller, uppgifter och ansvar i implementeringsgruppen. Tre projektgrupper utformades bestående av en projektansvarig och projektmedlemmar som representerade både kommunala och regionala verksamheter. Projektarbetet samordnades genom veckomöten i implementeringsgruppen (se *figur 3*).

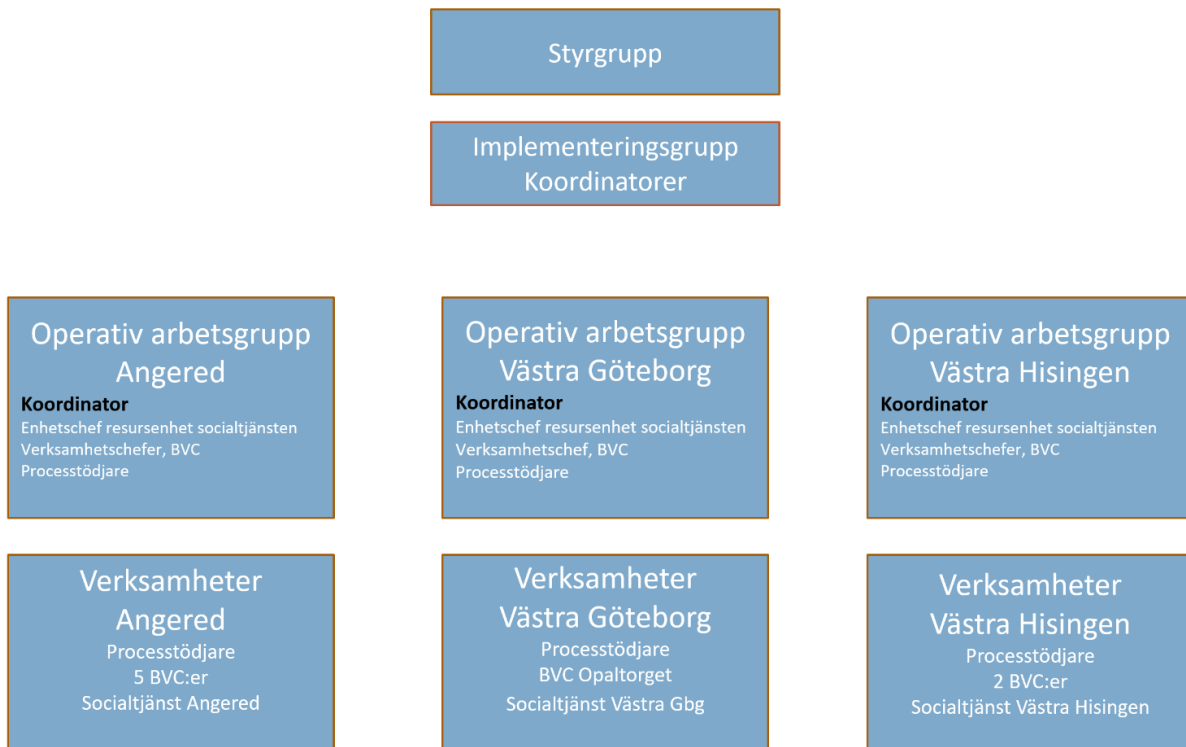


*Figur 3: Implementeringsstruktur av Utökade hembesök*

Nedan beskrivs hur arbetet med förändringsfaktorerna ledarskap, stödjande organisation och kompetens har gått till.

## Ledarskap

Ledarskapet har en avgörande betydelse för hur väl en implementering lyckas. En styrmodell utvecklades vid uppstarten av implementeringsarbetet (se figur 4). De operativa arbetsgrupperna ansvarar för att implementera arbetssättet i sina respektive verksamheter.



Figur 4: Styrmodell för arbetet med utökade hembesök i stadsdelarna

För att lägga grunden för personer med chefs- och ledningsansvar bjöd implementeringsgruppen in till möten och workshops för förankring under uppstartsåret 2018. Allteftersom fler roller blev tillsatta, till exempel processtödjare, växte antalet deltagare.

Målet med dessa träffar var att:

- Informera och skapa dialog
- Tilldela uppgifter
- Tydliggöra roller och ansvar för såväl chefer som medarbetare
- Skapa motivation och förändringsberedskap.

Under det fortsatta arbetet med utökade hembesök har de operativa arbetsgrupperna träffats varje månad för avstämning under ledning av FCA-koordinatorerna. Vid ett par tillfällen har det förekommit chefsbyten samt personalomsättning på enskilda enheter. FCA-koordinatorer har då varit viktiga för att säkerställa att även nyutträdde chefer får information om satsningen och hur de kan stödja sina medarbetare i arbetet med utökade hembesök.

## Stödjande organisation

Organisatoriskt stöd handlar om omfördelning av resurser, personal/bemannning, tekniskt stöd och system för uppföljning.

Projektgruppen för digital kommunikation och material har bland annat tagit fram en kommunikationsplan, informationsmaterial och utvärderingsmaterial som finns tillgängligt via en gemensam webbsida<sup>5</sup>. De verksamheter som informerar föräldrarna om möjligheten till utökade hembesök har bland annat fått stöd i form av nyhetsbrev, medieaktiviteter och broschyrer. En profilbild specifikt för utökade hembesök i Göteborg togs fram och en informationsfilm är under utveckling. Den här projektgruppen har också gett stöd till verksamheterna kring bokningssystem och logistik.

Annat organisatoriskt stöd som etablerades för att underlätta implementeringen var införandet av nya KVÅ-koder i journalsystemet för registrering av utökade hembesök. Ipads köptes in som ett verktyg, både till hembesöken och för att underlätta deltagandet i utvärderingen.

## Uppföljning och utvärdering

Projektgruppen för teoretisk ram och utvärdering har arbetat med att utveckla system för kvalitetsuppföljning och definiera indikatorer för utvärdering genom litteraturgranskning, referensgruppsträffar, sammanställning av baslinjedata, och utveckling av ett kvalitetssäkringsverktyg. Implementeringsgruppen ansvarar för kvalitetsuppföljningar och en extern forskargrupp bestående av fyra forskare/utvecklare på FoU i Väst/Göteborgsregionen har anlitats för att utvärdera hela satsningen och dess effekt.

Samverkan med FoU i Väst/Göteborgsregionen har gjorts möjligt med extra medel från både staden och regionen, öronmärkta för att utvärdera Utökade hembesök i Göteborg. Uppdraget sträcker sig till 30 juni 2021. Planeringen av utvärderingen har inspirerats av Glasgows (2003) RE-AIM-modell för implementering av folkhälsointerventioner. RE-AIM handlar om följande fem delar:

- I vilken utsträckning programmet når målgruppen ("*Reach*")
- Programmets *Effektivitet*
- Anammande av programmet i organisation (*Adoption*)
- *Implementering* (metodtrohet)
- Vidmakthållande ("*Maintenance*").

För de fyra första delarna i RE-AIM-modellen har tillhörande uppföljningsaktiviteter planerats. I tabell 2–4 finns den preliminära planeringen för vilka indikatorer som ska följas upp, ansvarsfördelningen samt metoderna som ska användas. Planeringen av uppföljning och utvärdering av vidmakthållande sker under senare delen av 2019, eftersom den i stor utsträckning påverkas av beslut om fortsättningen för hembesöksprogrammet.

<sup>5</sup> narhalsan.se/hembesok

Tabell 2. Planering av uppföljning och utvärdering utifrån RE-AIM-modellen. Reach.

<b>Programmet når målgruppen ("Reach")</b>		
<b>Indikatorer</b>	<b>Implementeringsgrupp</b> (statistik från Jämlik Stad, BHV-journal, Ögonblicksbild <sup>6</sup> , mötesdokumentation)	<b>Forskargrupp FoU i väst/ Göteborgsregionen</b> (enkäter, djupintervjuer, fokusgrupper)
Målgruppen erbjuds, deltar	X	
Antal hembesök	X	
Varaktighet (sex hembesök)	X	
Båda föräldrar deltar	X	
Hänvisning/remiss samhällsresurser	X	
Extra samtal med socionom	X	
Familjer deltar i öppna forum, serviceinsatser	X	X

Tabell 3. Planering av uppföljning och utvärdering utifrån RE-AIM-modellen. Effektivitet.

<b>Effektivitet för barn och familjer, "En bra start i livet"</b>		
<b>Indikatorer</b>	<b>Implementeringsgrupp</b>	<b>Forskargrupp FoU i väst/ Göteborgsregionen</b> (enkäter, djupintervjuer)
Barns utveckling och hälsa		X
Föräldraskap och relation		X
Delaktighet, tillit till samhället		X

<sup>6</sup> "Ögonblicksbild" syftar till det kvalitetssäkringsinstrument som fylls i av praktiker efter varje besök, för registrering av kvalitativa och kvantitativa indikatorer på metodtrohet.

Tabell 4a. Planering av uppföljning och utvärdering utifrån RE-AIM-modellen. Adoption och Implementering.

<b>Anammande i verksamheterna ("Adoption" och "Implementering")</b>		
<b>Indikatorer</b>	<b>Implementeringsgrupp</b> (Enkäter, fokusgrupper, mötesdokumentation)	<b>Forskargrupp FoU i väst/ Göteborgsregionen</b> (enkäter, fokusgrupper)
Hur programmet har implementerats		X
Arbetet startats upp som planerat (tidsramar)	X	
Programteori		X
Ledarskap	X	
Stödjande organisation	X	
Tydlig utbildnings-/handledningsplan finns	X	
Närvaro på utbildning och handledning	X	
Nöjdhet med handledning	X	
Upplevelse av programmet	X	X
Jämförelser med Rinkeby		X
Belysa socialtjänstens roll		X

Tabell 4b. Planering av uppföljning och utvärdering utifrån RE-AIM-modellen. Adoption och Implementering.

Kvalitetssäkring i verksamheterna ("Adoption" och "Implementering")		
Indikatorer	Implementeringsgrupp (Ögonblicksbild)	Forskargrupp FoU i väst/ Göteborgsregionen (enkäter, djupintervjuer, fokusgrupper)
Sampel mellan professioner	X	X
Besökens innehåll följer modellen	X	
Relation med familjer	X	
Familjens upplevelse av programmet		X

Under förberedelsefasen och i uppstarten av installationen har regelbunden kvalitetsuppföljning genomförts, för att fånga upp styrkor och behov i implementeringsprocessen.

## Metod- och kompetensutveckling

Till skillnad från Rinkebyprogrammet handlar beslutet om de utökade hembesöken i Göteborg om ett flertal stadsdelar och primärområden, samt en bredare målgrupp. Den arbetsorganisation som beskrivits ovan möjliggjorde att flera områden kunde starta samtidigt i Göteborg. Den möjliggjorde också samordning och likvärdiga förutsättningar i de olika områden som skulle starta.

Rinkebys vägledningsmaterial (Mellblom et al, 2018) har hittills kunnat användas i sin helhet utan några anpassningar till Göteborg. En anpassning som dock tidigt gjordes i Göteborg var omformuleringen av metodens syfte, för att tydliggöra att satsningen ingår i det sedan tidigare implementerade familjecentrerade arbetssättet.

### *Syfte i Rinkeby:*

*"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." (Mellblom et al, 2018, s. 4)*

### *Syfte i Göteborg:*

*Att främja goda uppväxtvillkor genom att ge varje barn möjlighet till en bra start i livet, med utgångspunkt i det familjecentrerade arbetssättet. Med*

*barnets bästa i fokus och med öppenhet för familjens kultur och kompetens syftar hembesöken till att stärka föräldrars tillit till den egna förmågan, öka familjens delaktighet i samhället, samt att tidigt upptäcka familjer med behov av extra stöd, och kunna erbjuda det.*

Vägledningmaterialet visade sig kompletteras mycket väl av två ”verktyg” som redan används i det aktuella området. Det ena är verktyget ”En förälder blir till”, som är ett kunskapsstöd för personal i barnhälsovården och syftar till ökad medvetenhet om jämlikt föräldraskap, framtaget av Kunskapscentrum för jämlik vård. Det andra är verktyget ”Tillsammans”, ett samtalsstöd kring parrelationen riktat till nyblivna föräldrar, framtaget av Familjerådgivningen, Jämlikt Göteborg och Kunskapscentrum för jämlik vård.

Uppstarten för samtliga medarbetare skedde med en inspirationsdag i oktober 2018. Inspirationsdagen hade inbjudna föreläsare, samt möjlighet till dialog med medarbetare från Rinkeby och andra verksamheter inom Västra Götalandsregionen som hade startat med implementering av utökade hembesök. Varje arbetsgrupp har sedan erbjudits en heldagsutbildning i samband med att de varit redo att sätta igång. I november 2018 utbildades den första gruppen (Västra Göteborg), vilket följdes av en utbildningsdag för arbetsgrupper från Angered och Västra Hisingen i slutet av januari 2019.

Heldagsutbildningen fokuserade, i linje med Rinkebys vägledningmaterial, främst på mötet med familjen, samarbetet mellan professionerna och på att stärka den kompetens som redan fanns hos medarbetarna. När teamen började komma igång med hembesöken startade handledning i arbetsgrupperna. Utifrån erfarenheter från Rinkeby erbjuds så kallad processhandledning, och handledningsformen är i linje med riktlinjer för reflekterande handledning, som har forskningsstöd i insatser riktade till spädbarn och deras föräldrar (O'Rourke, 2011).

Handledning erbjuds på plats i arbetsgruppens stadsdel, och leds av utvecklingsledare från Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Vid uppstarten har handledningstillfällen erbjudits varannan vecka för att sedan, utifrån behov, ske var fjärde vecka. Några grupper har redan från början valt att träffas var fjärde vecka.

# Resultat

## Implementeringsstatus

Två utbildningsomgångar har genomförts med personal från alla berörda områden. Dessa representerar sju barnvårdscentraler. Totalt har 36 medarbetare utbildats. Sex av de åtta deltagande BVC-områdena har påbörjat arbetet med hembesök. Sedan uppstarten har ingen av de medarbetare som deltagit i utbildningarna hoppat av programmet.Handledningar har erbjudits i den utsträckning som beskrivits ovan, och medarbetarnas närvaro har varit hög. Varje besök har registrerats och utvärderats med kvalitetssäkringsinstrumentet *Ögonblicksbild av utökade hembesök*.

## Metodtrohet

Indikatorer för metodtrohet är tagna från medarbetarnas skattningar från *Ögonblicksbild av utökade hembesök*. Det handlar om tre huvudsakliga delar: 1) struktur kring programleverans; 2) trohet till modellens arbetssätt; och 3) etablering av en relation och allians med familjen. Fetmarkerad text nedan indikerar nyckelvariabler i den planerade utvärderingen av utökade hembesök i Göteborg. All data som har samlats in hittills tyder på att utökade hembesök implementeras med god kvalitet och så som det är tänkt utifrån Rinkebymodellen.

60 hembesök har utförts till och med april 2019. I de områden där implementeringen av utökade hembesök har påbörjats har 33 familjer fått sitt första hembesök. 23 har fått sitt andra hembesök, och 4 har fått sitt tredje hembesök. 96 procent av besöken har skett *i hemmet*. I de allra flesta fall har *båda professioner* närvarat på hembesöken (91 procent). 82 procent av hembesöken har utförts inom den *förväntade tidsramen* (cirka 1 timma). 18 procent har varat längre än så.

100 procent av hembesöken har skett tillsammans med barnets mamma, och i de familjer där mamman inte är ensamstående har *den andra föräldern deltagit* i 67 procent av fallen. I samtliga fall var den föräldern pappan till barnet.

Enligt ”ögonblicksbilder” som har lämnats in har det i 55 fall av 60 skett *hänvisningar till andra insatser*. Unger hälften (57 procent) av dessa hänvisningar har varit till *öppna forum* (öppna förskola, bibliotek, familjecentral, religiöst samfund). Under 36 procent av besöken har familjen hänvisats till någon *extra stödinsats*. Detta innefattar en mängd olika insatser, exempelvis spädbarnsverksamhet, resursenheten, amnings-drop-in, babymassage, sjukgymnast, Stadsmissionen, Migrationsverket och familjerätten.

Medarbetarna skattade i vilken utsträckning de kände sig nöjda med sin förmåga att arbeta utifrån Rinkebymodellens vägledning på en sjugradig skala (där 1 = inte alls nöjd och 7 = mycket nöjd). Sammantagna skattningar från både BHV-sjuksköterskor och föräldrastödjare var i genomsnitt 5,6. Komponenterna som de var mest nöjda med var *samarbetet mellan professioner* (medelvärde 5,9), förmågan att *prioritera föräldrarnas egna frågor* (medelvärde 5,9), och förmågan att *förhålla sig till utökade hembesök modellen* (medelvärde 5,7).

Komponenter där nöjdhet skattades relativt lägre var förmågan att *lyfta föräldrarnas styrkor* (medelvärde 5,2) och förmågan att *lyfta mammans* (medelvärde 5,3) respektive *pappans/den andra förälderns betydelse* för barnet (medelvärde 5,0).

Framgång med att skapa relationer med familjer bedömdes genom medarbetarnas skattningar efter varje besök på en tiogradig skala (där 1 = inte alls nöjd och 10 = mycket nöjd). De bedömde det känslomässiga klimatet under besöket och sin nöjdhet med förmågan att skapa en relation med föräldern/föräldrarna. Resultat från samtliga skattningar visar en hög grad av nöjdhet med både det *känslomässiga klimatet* under hembesöken (medelvärde 8,7) och upplevd *relationskvalitet* med föräldrar (medelvärde 8,3).

## Faktorer som har påverkat implementeringen

Uppföljningar av ledningens och medarbetarnas upplevelse av organisatoriska förutsättningar för implementering av utökade hembesök har skett vid olika tidpunkter. De har skett genom enkäter, workshops samt Implementation Deck<sup>7</sup>. Vilja, acceptans för metoden och motivation är tydliga framgångsfaktorer, medan organisatoriska förutsättningar, såsom personalresurser, tid och logistik påpekas som utmaningar som bidrar till att processen känns sårbar. I en fokusgruppsintervju med en operativ arbetsgrupp uttryckte en av gruppmedlemmarna det så här:

*”Svårt att kunna förutspå hur det som inte är klart skall fungera. Det är alltså de praktiska förutsättningarna som är osäkra och i dag inte klara för det kommande året. Det är svårt att se hur utökade hembesök kommer att påverkas av fluktuationer och yttre påverkansfaktorer.*

*Det är egentligen inte svårt att kunna anpassa utökade hembesök till verksamheten i stort, men arbetssättet måste vara flexibelt för saker som kan hända (exempelvis olyckor, systemkrasch) eller verksamhetens organisation. Det som krävs är en regelbunden uppföljning utifrån själva utökade hembesök för att vi skall kunna implementera utökade hembesök. Prioriteringar utifrån enskilda medarbetare kan också vara en påverkansfaktor.”*

En sammanfattning av faktorer som har underlättat och utmaningar under implementeringstiden följer nedan.

## Faktorer som underlättat

En tydlig framgångsfaktor som har underlättat implementeringen av utökade hembesök i Göteborg är en stark motivation till att kunna nå familjer i dessa prioriterade områden så tidigt som möjligt, därtill med evidensbaserat stöd. Det finns en stark acceptans för just Rinkebymodellen. Likaså finns det en redan uppbyggd samverkan mellan professionerna i det redan etablerade familjecentrerade arbetssättet och en samsyn kring att utökade hembesök är en självklar utvidgning av detta. På de ställen där hembesök redan görs i

<sup>7</sup> Implementation Deck är ett verktyg i form av en kortlek för analys och kartläggning av implementering.

någon annan form, i synnerhet där socialtjänsten och barnhälsovården har ett uppbyggt samarbete, har man sett att utökade hembesök är ett rimligt och önskvärt steg att ta.

Då forskningen lyfter fram att bra metoder inte sprider sig själva, och att en lyckad implementering är avgörande, har de ansträngningar som har gjorts vad gäller tid och resurser som har lagts ner i uppbyggnaden av en ledningsstruktur samt organisatoriskt stöd skapat bra förutsättningar för arbetet med utökade hembesök. Det har varit betydelsefullt att ha med cheferna i implementeringsarbetet.

Det tydliga uppdraget och budgeten för utökade hembesök har varit ett viktigt budskap från ledningen att detta är ett förändringsarbete på allvar. Genom öronmärkta medel har förutsättningarna för implementeringen förbättrats. I ett förändringsarbete likt implementeringen av utökade hembesök är det vanligt att det uppstår osäkerhet som kan bidra till att påverka processen negativt, men det tydliga uppdraget och budgeten har bidragit till en stark vilja som undanröjt detta.

Aktiviteterna i samband med implementeringen har också gjort det möjligt att kunna utveckla en "Göteborgsmodell" för utökade hembesök. Modellen är flexibel inför den enskilda verksamhetens egna förutsättningar och har en enhetlighet vad gäller profil, plattform, upplägg samt utvärderingsplan för att kunna kvalitetssäkra och följa upp insatsens effektivitet i staden.

## Utmaningar

Samtidigt som det har funnits tydliga framgångsfaktorer under implementeringen har det också funnits utmaningar som har påverkat möjligheterna för satsningen att bli så bra som möjligt. En särskild utmaning har varit bemanningen, då det har uppstått svårigheter på flera enheter att rekrytera personal till barnavårdscentraler. Satsningen har kommit igång senare än först planerat och det här har varit den främsta anledningen. Det handlar både om personal som slutat och som behöver ersättas, liksom en utökning av den befintliga personalstyrkan i detta utvidgade arbetssätt.

Satsningen har på en del platser till stor del uppfattats som ett beslut "uppifrån". De verksamheter som därför initialt har avsatt mer tid för den interna processen har behövt en längre tid för förberedelser. I vissa fall har det lett till förseningar i uppstarten. Framför allt har osäkerheten kring tid och resurser medfört oro för ledningen och medarbetarna. Till exempel har det förekommit att verksamheterna fått ökade resurser för personal men inte för tillhörande kostnader, såsom transport, material och lokaler. En del barnavårdscentraler upplever ökade problem med lokalbrist när de på grund av de utökade hembesöken ska anställa mer personal.

När en BVC valde att inte ingå i satsningen innebar det att familjerna i ett av de planerade områdena inte fick möjlighet att ta del av satsningen. Därmed frångicks ambitionen om en jämlik och sammanhållen stad. Beslutet var svårt att förutse och någon beredskap för en sådan händelse fanns inte utifrån implementeringsuppdraget.

Trots att det finns en ledningsstruktur och att rollerna i implementeringsstrukturen har definierats har det upplevts som otydligt vilket ansvar som ingår i de olika rollerna. Dessutom har avsaknaden av ett långsiktigt beslut om utökade hembesök varit ett orosmoment inom verksamheterna. Oron grundas i att verksamheterna utifrån anpassningar

till det utökade hembesöksprogrammet byggt upp ett nytt arbetssätt och genomfört nödvändiga förändringar, som de bland annat av kostnads- och effektivitetsskäl inte vill se som en kortsiktig satsning.

Styrgruppen som skapades har haft karaktär av en rådgivande funktion och har inte haft mandat att besluta om resurser och prioriteringar. Det finns i dagsläget inte något forum för dialog på högre nivå mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen vilket innebär att gemensamma frågor kopplat till resurser och prioriteringar blir svåra att hantera.

## Analys och rekommendationer

Denna rapport beskriver den påbörjade implementeringen av utökade hembesök. Så här långt kan konstateras att det mesta av planeringen och starten på genomförandet mestadels har gått som förväntat och enligt plan. En stor fördel är att forskning redan är kopplad till satsningen. De goda möjligheterna att framöver kunna följa hembesöken och de barn som berörs, både på kort och lång sikt, är positiva för framtida verksamhetsutveckling.

Det är nu angeläget att berörda verksamheter får möjlighet att fortsätta sitt påbörjade arbete och att den organisation som byggts upp får fortsatt stöd i den omfattning den behöver. Att utvärdera den här implementeringen och samtidigt undersöka effekterna av programmet kräver långsiktighet och tålmodighet. Det är därför angeläget att möjliggöra ett långsiktigt arbete med hög kvalitet i enlighet med målsättningen om en jämlik och sammanhållen stad, snarare än att se de utökade hembesöken som ett tidsbegränsat projekt. Avsikten att nå ut till fler barn och familjer, inte minst de med störst behov, för att skapa en god start i livet och goda uppväxtvillkor kräver fortsatt stöd både organisatoriskt och ekonomiskt.

Utökade hembesök är ett gott exempel på samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, såväl utifrån implementeringsgruppens arbete som i verksamheterna. Som nämnts ovan bör beslutsvägarna inom respektive organisation dock ses över inför framtiden eftersom de skiljer sig åt. Det finns en stor önskan om ett forum där högre chefer och politiker inom staden och regionen kan mötas. Behovet handlar om en dialog om inriktning och prioriteringar i samverkan, som behöver föregå beslut i respektive organisation. Detta kommer bli en nödvändighet, inte minst när det gäller frågan om att vidmakthålla de utökade hembesöken och deras utveckling. Det gäller också frågan kring utvidgning. Ambitionen att arbetssättet ska kunna implementeras till fler resurssvaga områden behöver ses över och uppdateras allt eftersom behoven förändras i staden.

## Referenser

Glasgow, R. (2003). Translating research into practice: Lessons learned, areas for improvement and future directions. *Diabetes care*, 26 (8), 2451-2456.

Göteborgs Stad (2017). Jämlikhetsrapporten 2017: Skillnader i livsvillkor i Göteborg. Göteborg: Jämlikt Göteborg.

Irwin, L.G., Siddiqi, A. & Hertzman, C., (2007). Early childhood development: a powerful equalizer: Final report for the World Health Organization's Committee on the Social Determinants of Health [PDF file]. Tillgänglig via: <http://factsforlife.org/pdf/a91213.pdf>

Khorramshahi, N. & Hellberg, S. (2017). Särskilt utsatta områden i Göteborg: Analys av rapporterna "Utsatta områden – sociala risker, kollektiv förmåga och oönskade händelser" samt "Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg." Göteborg: Göteborgs Stad, Social resursförvaltning och Polismyndigheten: Avdelning verksamhetsstyrning och analys.

Marmot M (2010). Fair society, healthy lives. Tillgänglig via: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.

Marttila, A., Lindberg, L., Bursström, K., Kulane, A. & Burström, B. (2017). Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst: Slutrapport utvärdering 2017. Stockholm: Karolinska Institutet.

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

O'Rourke, P (2011). The significance of reflective supervision for infant mental health work. *Infant mental health journal*, 32 (2), 165–173.

Nationella operativa avdelningen (2017). Utsatta områden – Social ordning, kriminell struktur och utmaningar för polisen. Stockholm: Polisen, Nationella operativa avdelningen.

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

Social resursförvaltning (2017). Jämlikhetsrapporten 2017: Skillnader i livsvillkor i Göteborg. Göteborgs stad, Social resursförvaltning, Jämlikt Göteborg.

Socialstyrelsen (2012). *Om Implementering*. Artikelnr 2012-6-12. Västerås.

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Bank Group (WBG) (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. [PDF file]. Geneva: World Health Organization. Tillgänglig via: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

2019-05-21

Delrapport

Utökade hembesök Göteborg