

Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler

Nationell webbenkät visar på fördelar med samlokalisering

THOMAS WALLBY, med dr, sjuksköterska, barnhälsovårdsutvecklare, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
thomas.wallby@kbh.uu.se
HELENA FABIAN, med dr, sjuksköterska

ANNA SARKADI, docent, specialläkare, socialmedicin: alla vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, forskargruppen för socialpediatrik, Uppsala universitet

Föräldrastöd erbjuds idag vid såväl de individuella besöken på barnvårdscentralerna (BVC) som i grupp (Fakta 1). Sjuksköterskorna har ett självständigt ansvar för arbetet men de samverkar med barnhälsovårdens läkare och psykologer. De har också ett mer eller mindre etablerat samarbete med socialtjänst och förskola. Vid sk familjecentraler finns samlokaliserad samverkan med mödravård, socialtjänst och öppen förskola. Den öppna förskolan fungerar som en mötesplats för föräldrar och vid familjecentralen har förskolläraren och sociologen betydande roller.

Föräldragrupper [1] bedrivs framför allt inom mödra- och barnhälsovården även om kommuner i allt högre grad också erbjuder olika föräldrastödprogram. Andelen föräldrar som nås av verksamheten är dock störst inom mödra- och barnhälsovården [2]. Föräldragrupsverksamheten ses som en del av barnhälsovårdens föräldrastöd, vid sidan av de individuella kontakterna och samverkan med andra stödinstitutioner inom och utom landstinget. Föräldragrupper på BVC bedrivs nästan uteslutande efter lokalt eller regionalt utarbetade program som tar upp olika teman med anknytning till barn och föräldraskap [2]. Syftet är oftast att ge primärpreventiv infor-

mation och möjlighet för föräldrar att knyta kontakter och dela med sig av sina erfarenheter. Riktade föräldragrupper anordnas även i viss utsträckning för till exempel unga mammor och ensamföräldrar.

Ingen rikstäckande kvantitativ undersökning av hur omfattande verksamheten är har genomförts på BVC-nivå. En nationell inventering som gjordes via de regionala barnhälsovårdsenheterna år 2007 pekade på svårigheterna att få en mer övergripande bild av föräldragruppers organisation, innehåll och resultat [3]. Förutsättningarna i form av tid, lokaler, fortbildning och handledning varierar sannolikt stort över landet.

Det saknas också studier av kortvarig eller långvarig effekt på barnets utveckling och hälsa av gruppbaseade föräldrastödsprogram som erbjudits föräldrar under graviditeten eller med barn 0-2 år. I en svensk interventionsstudie undersöktes däremot föräldrarnas upplevelse av BVC:s föräldragrupper. 75 procent av mödrarna ansåg att gruppen varit värdefull eller mycket värdefull, och 70 procent ansåg att gruppen varit i hög grad eller i viss mån bra för barnet [4]. När det gäller deltagande i föräldragrupper har flera studier visat att utlandsfödda föräldrar, föräldrar med låga inkomster samt unga och ensamstående föräldrar är klart underrepresenterade [5, 6]. Flertalet utvärderingar av familjecentralskonceptet har genomförts men egentliga effektstudier av organisationsformen saknas.

METOD

Samtliga 2424 fast anställda sjuksköterskor på BVC i Sverige ombads år 2008 via e-post att svara på en webbenkät. E-postadresserna tillhandahölls av de centrala barnhälsovårdsenheterna i respektive län. Påminnelser sändes till respondenter som inte svarat efter en respektive två veckor. Skillnader mellan grupperna i materialet analyserades med χ^2 -test, t-test och logistisk regressionsanalys. I logistiska regressionsmodeller testades utfallsmåtten »Erbjudande om föräldragrupper« (ja/nej) och »Hög andel deltagande pappor i föräldragrupperna« (<30/>30 procent) för BVC på familjecentral respektive icke samlokaliserad BVC-verksamhet. Analysen utfördes i två modeller.

I modell 1 testades den organisatoriska formen familjecentral/icke samlokaliserad BVC som ensam oberoende variabel. I modell 2 testades organisationsformens betydelse justerad för län, hel-BVC/integrerad BVC samt vårdtyngd. Med hel-BVC menas att sjuksköterskan på BVC-enheten arbetar enbart med BVC, integrerad BVC innebär att sjuksköterskan på BVC-enheten arbetar dels med barnhälsovård på BVC, dels med sjukvård för barn och vuxna på distriktssköterskemottagning eller vårdcentral. Vårdtyngd definierades som det antal nyfödda barn per år som en sjuksköterska har ansvar för per heltids-BVC-tjänst. Variabeln dikotomiserades som ≤ 70 respektive >70 nyfödda/år/heltidstjänst. Signifikansnivån var i samtliga analyser 5 procent.

Resultatredovisningen har begränsats till en jämförelse av sjuksköterskor som arbetar på egentliga familjecentraler och sjuksköterskor på icke samlokaliserade BVC. Familjecentral-

FAKTA 1.

BVC

Enhet för barnhälsovård för ett geografiskt avgränsat område med eget BVC-nummer eller namn.

Föräldragrupp

Grupp av föräldrar som leds av BVC/familjecentral. Gruppen träffas regelbundet under barnets första år för att samtala om frågor kring föräldraskapet.

Föräldrastöd

Organiserade insatser för föräldrar som syftar till att främja barns välfärd [2].

Föräldrautbildning

Det finns ingen allmänt accepterad definition av begreppet. I föräldrastödsutredningen 1997 ersattes det med »stöd i föräldraskap« [11]. Det används

synonymt med begreppen föräldragrupp eller föräldrastöd i grupp.

Familjecentral

Samverkan och samlokalisering av mödravård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst [12].

Familjecentralslänkande verksamhet

BVC är samlokaliserad med enbart en annan kommunal verksamhet (öppen förskola eller socialtjänst) [12].

Icke samlokaliserad BVC-verksamhet

BVC-enheter som inte är organiserade i någon familjecentral eller familjecentralslänkande verksamhet.

SAMMANFATTAT

I en nationell kartläggning

av föräldrastöd svarade 1943 sjuksköterskor från barnhälsovården (BVC) från samtliga län (279 av 290 kommuner) på en webbenkät.

Förekomst och omfattning av

deltagande i föräldragrupper jämfördes för familjecentraler och icke samlokaliserade BVC-enheter.

Sjuksköterskor på icke samloka-

liserade BVC hade i genomsnitt fler nyfödda/heltidstjänst och år och upplevde sämre stöd i sitt föräldragrupsarbete.

BVC på familjecentraler erbjuder

föräldragrupper i högre utsträckning, tog oftare över grupper från mödravården, erbjöd riktade grupper i högre utsträckning, vidtog oftare åtgärder för att öka pappadeltagandet och hade högre andel deltagande pappor.

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

TABELL I. Antal och andel sjuksköterskor som besvarat enkäten, antal som arbetar på familjecentral, familjecentralsliknande respektive icke samlokaliserad BVC-verksamhet, antal nyfödda per heltidstjänst/år och fördelning på län (n = 1943).

Län	Antal svar	Andel svar	Familjecentral	Familjecentralsliknande	Icke samlokaliserad ¹	Nyfödda/heltid ²
Blekinge	56	71,8	1	1	54	62
Dalarna	68	97,1	8	14	46	64
Gotland	11	100,0	0	0	11	64
Gävleborg	52	92,9	13	3	36	65
Halland	91	72,8	3	5	83	82
Jämtland	34	81,0	13	8	12	72
Jönköping	78	88,6	29	5	44	65
Kalmar	43	89,6	20	3	20	66
Kronoberg	47	94,0	4	1	42	80
Norrbotten	66	77,6	2	2	60	99
Skåne	251	80,4	17	31	203	80
Stockholm	312	75,2	29	52	228	79
Södermanland	43	82,7	12	4	26	75
Uppsala	106	86,9	20	15	71	75
Värmland	65	82,3	15	13	37	60
Västerbotten	69	70,4	12	12	45	100
Västernorrland	53	93,0	9	3	41	70
Västmanland	49	74,2	14	9	23	68
Västra Götaland	310	81,6	50	37	221	73
Örebro	61	79,2	16	10	35	68
Östergötland	78	69,0	3	38	37	81
Riket	1 943	80,2	290	266	1 375	m=76

¹ 12 sjuksköterskor (0,6 procent) svarade inte hur deras BVC var organiserad
² 81 sjuksköterskor (4,2 procent) uppgav inte antal nyfödda

liknande verksamheter (Fakta 1) exkluderades då variationen av samarbetspartner gjorde gruppen alltför heterogen.

RESULTAT

Av de tillfrågade 2 424 sjuksköterskorna svarade 1 943 på webb-enkäten (80,2 procent). Fördelningen av antalet sjuksköterskor som arbetade på familjecentral, familjecentralsliknande verksamhet respektive icke samlokaliserad BVC framgår av Tabell I. Sjuksköterskor från samtliga län och från 279 av totalt 290 kommuner i Sverige svarade på enkäten. Baserat på uppgifter om antalet nyfödda år 2007 som sjuksköterskorna uppgav att de själva ansvarade för, och den uppskattade veckoarbetstiden på BVC, beräknades det genomsnittliga antalet barn per heltidstjänst för varje län (Tabell I). I genomsnitt rapporterade sjuksköterskor som arbetade på familjecentraler signifikant färre barn/heltidstjänst (67) än sjuksköterskor som inte arbetade samlokaliserat (77) ($p < 0,001$).

94 procent av sjuksköterskorna ($n = 1 819$) erbjöd föräldrar att delta i föräldragrupper. Sjuksköterskor på familjecentraler gjorde det i högre utsträckning än sjuksköterskor som inte arbetade samlokaliserat (Tabell II). I logistisk regressionsanalys kvarstod en signifikant skillnad även efter kontroll för län, vårdtyngd, hel-BVC och integrerad BVC (Tabell III). Likaså tog sjuksköterskor på familjecentraler över grupper från mödravårdscentralen i högre utsträckning (Tabell II), vilket ökade sannolikheten för ett högt pappadeltagande i BVC:s föräldragrupper (oddskvot 4,1; 95 procents konfidensintervall 3,0–5,5, för pappadeltagande >30 procent). Analysen var kontrollerad för län, hel-BVC/integrerad BVC och familjecentral/icke samlokaliserad verksamhet (resultaten redovisas inte i tabell).

52 procent av alla sjuksköterskor svarade att man hade riktade grupper av något slag, till exempel för unga mammor,

»Det finns även anledning att införa nya sätt att mäta arbetsbelastningen på BVC så att tillräckligt med tid och resurser kan avsättas för det preventiva arbetet...«

tvillingföräldrar, adoptivföräldrar eller ensamföräldrar. Endast fem procent angav att man hade särskilda pappagrupper, medan 34 procent angav att man vidtagit olika åtgärder för att öka deltagandet av pappor i föräldragrupperna, till exempel genom att sända en särskild inbjudan till pappan, tydligt rikta inbjudan till båda föräldrarna, anpassa tiden för föräldragrupperna så att arbetande pappor lättare kunde delta eller ha med manliga ledare. I genomsnitt uppskattade de sjuksköterskor som svarat att cirka 20 procent av barnens pappor deltog i föräldragrupp.

Sjuksköterskor på familjecentral erbjöd riktade grupper (71/46 procent, $p < 0,001$) i signifikant högre grad än sjuksköterskor som inte arbetade samlokaliserat. Detsamma gällde huruvida man vidtog särskilda åtgärder för att öka antalet pappor i föräldragrupperna (44/32 procent, $p < 0,001$) och om man hade >30 procent deltagande pappor i grupperna (27/18 procent, $p < 0,001$). Oddsquoten för högt pappadeltagande minskade, men kvarstod signifikant, även efter kontroll för län, vårdtyngd samt hel/integrerad BVC (Tabell II).

Sjuksköterskor som angav att man erbjöd föräldrarna att delta i föräldrautbildning ombads att svara på i hur stor utsträckning man ansåg sig ha bra stöd och förutsättningar för arbetet med föräldragrupper. Ingen skillnad fanns mellan familjecentraler och icke samlokaliserade BVC när det gällde att ha bra stöd från sin närmaste chef. Däremot ansåg sjuksköterskor på familjecentraler signifikant oftare att rätt förutsättningar fanns – lämplig lokal (74/53 procent, $p < 0,001$), teknisk utrustning (68/54 procent, $p < 0,001$), regelbunden handledning (40/29 procent, $p < 0,01$) och fortbildning (52/41 procent, $p < 0,05$) – jämfört med sjuksköterskor på icke samlokaliserade BVC.

DISKUSSION

Enkätstudien visar signifikanta skillnader vad gäller föräldrastödsrelaterade faktorer mellan BVC på familjecentral och BVC som inte är samlokaliserade. Sjuksköterskor på BVC som inte arbetar samlokaliserat har i genomsnitt fler nyfödda barn per heltidstjänst och år, och upplever sämre stöd i sitt

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

TABELL II. Jämförelse av föräldragrupsrelaterade aktiviteter.

	Familjecentral	Icke samlokaliserad	p
Erbjuder föräldragrupper (procent) ¹	98	93	<0,01 ^a
Tar alltid/oftast över grupper från MVC (procent) ²	65	25	<0,001 ^a
Antal nya grupper/år (medeltal) ²	5	5	ns ^b
Antal tillfällen/grupp (medeltal) ²	7	6	<0,001 ^b

^aχ²-test; ^bStudents t-test; ¹Frekvensen beräknad på samtliga svarande i respektive grupp; ²Frekvensen beräknad på antal svarande som erbjuder föräldragrupp

TABELL III. Logistisk regressionsanalys av sambandet mellan organisatorisk form och erbjudande om föräldragrupper samt pappadeltagande inom barnhälsovården (oddskvot; 95 procents konfidensintervall). Analysen är justerad för län, hel-/integrerad BVC samt vårdtyngd. Vårdtyngden dikotomiserad som ≤70 nyfödda/år/heltidstjänst respektive >70 nyfödda/år/heltidstjänst.

	Erbjudande om att delta i föräldragrupp från sjuksköterska på BVC		Sjuksköterska på BVC anger att andelen barn vars pappor deltar i föräldragrupp är >30 procent	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
	Ojusterad	Justerad	Ojusterad	Justerad
Familjecentral	(3,90; 1,57–9,68)	(2,54; 0,97–6,65)	(2,46; 1,85–3,27)	(1,53; 1,09–2,10)
Icke samlokaliserad	1,00	1,00	1,00	1,00

föräldragrupsarbete. Sjuksköterskor på familjecentraler erbjuder föräldragrupper i högre utsträckning, tar oftare över grupper från MVC, erbjuder riktade grupper i högre utsträckning, vidtar oftare åtgärder för att öka pappadeltagandet och uppnår även en högre andel deltagande pappor jämfört med sjuksköterskor på icke samlokaliserade BVC.

Många faktorer påverkar konsumtionen av och tillgången till såväl hälso- och sjukvård i stort som deltagande i föräldragrupper. Geografisk närhet, kunskap om utbudet samt kulturell bakgrund och språk kan påverka benägenheten att söka vård. Hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, liksom medvetna satsningar med ökade resurser i socialt belastade områden, kan också påverka tillgängligheten.

Föräldrar med hög socioekonomisk status som har barn med kroniska sjukdomar utnyttjar specialistvård för sina barn i högre utsträckning [7]. När det gäller barnhälsovårdens universella program som hälsoundersökningar, besök hos sjuksköterska på BVC och vaccinationer, fann en nyligen publicerad avhandling inga socioekonomiska skillnader [8]. Däremot visade resultaten att mödrar med utländsk bakgrund, framför allt de med utlandsfödd partner, mödrar med låga inkomster samt unga och ensamstående mödrar deltog i föräldragrupper i lägre utsträckning. Skillnader i socioekonomisk status tycks påverka utnyttjande av mer specialiserade eller intensiva insatser från vården, men inte den universella kontakten. Av regressionsanalysen framgår att även andra faktorer förklarar de redovisade skillnaderna, som län, hel-BVC respektive integrerad BVC samt vårdtyngd. Det är dock tydligt att familjecentraler hade bättre förutsättningar att bedriva föräldragrupsverksamhet även efter kontroll för dessa variabler.

Sjuksköterskor på icke samlokaliserade BVC rapporterar en högre vårdtyngd. En ökad vårdtyngd kan innebära undanträngningseffekter i hälsoövervakningsprogrammet då en större del av tiden går åt till kontakten med varje enskild familj. Sådana effekter drabbar erfarenhetsmässigt ofta föräldragrupsverksamheten. Data i kartläggningen talar dock för att det finns ett självständigt positivt samband, som är oberoende av vårdtyngd, mellan familjecentralen som organisationsform och möjligheten att driva föräldragrupsverksamhet, till exempel i hur stor utsträckning föräldrar erbjuds att delta i en föräldragrupp och i andelen deltagande pappor.

Framtidsmodell för BVC. Våra data visar på några fördelar med att organisera BVC som en del i en familjecentral, till exempel bättre förutsättningar för föräldrastöd, preventivt arbete och samverkan. Att familjecentraler ändå inte fått ett starkare genomslag i Sverige kan tänkas bero på att omställning till

familjecentralsbaserad samverkan kräver omfattande investeringar i förberedelser, ekonomisk samverkan och lokaler. Hittills har det funnits ont om data för att påvisa fördelarna med familjecentralformen, även om flera processtudier visat fördelar i form av ökad tillgänglighet, tvärfacklig samverkan och underlättande av implementering av universellt föräldrastöd [9, 10]. Vi har undersökt en aspekt av BVC:s arbete som pekar på fördelar med familjecentraler som organisatorisk form. Studien är baserad på en totalundersökning med god statistisk styrka. Data är dock av tvärsnittskaraktär och det finns därför ett behov av framtida longitudinella jämförelsestudier. Det finns även anledning att införa nya sätt att mäta arbetsbelastningen på BVC så att tillräckligt med tid och resurser kan avsättas för det preventiva arbetet, oavsett organisationsform.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Föräldrautbildning. Kring barnets födelse och första levnadsår. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984. SoS rapport 1984:12.
2. Bremberg S. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
3. Tidigt föräldrastöd – en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården. Dokument sammanställt av representanter för Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas yrkesförening, Svenska Barnläkarföreningen; 2007.
4. Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Barnhälsovård i förändring. Stockholm: Gothia; 2008. p 156.
5. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. Acta Paediatr. 2006; 95(11):1360-9.
6. Wallby T, Hjern A. Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. Acta Paediatr. 2011;100(11):1495-503.
7. Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, et al. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. Eur J Public Health. 2003;13(1):30-7.
8. Wallby, T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC [dissertation]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012.
9. Utvärdering av familjecentralerna i Gävleborg. Gävle: Landstinget Gävleborg; 2008. FoU Rapport 2008:2.
10. Slutrapport för regeringsuppdraget Kommunala strategier för föräldrastöd. Redovisning för åren 2010–2011. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
11. Stöd i föräldraskapet. Betänkande om föräldrautbildning. Stockholm: Socialdepartementet; 1997. SOU-rapport 1997:161.
12. Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

■ **SUMMARY. Better parental support in Family Centers.
National web-based survey shows advantages of co-location**

A total of 1943 Child Health Clinic (CHC) nurses from all counties in Sweden responded to a national web based survey regarding parental support. Respondents were from 279 of the possible 290 municipalities in Sweden.

Family centers, where CHCs are co-located with antenatal care, open preschool and preventive social work, were compared with non co-located CHCs in terms of participation rates, occurrence and to which extent parental groups are offered.

Nurses from non co-located CHCs were, on average, responsible for more newborns per full time equivalent per year, and reported fewer dedicated resources in their parental support work than staff in co-located CHCs.

CHCs within family centers were shown be more likely to offer parental groups, to adopt and continue groups from antenatal care, to support the development of special groups such as young parents, to take action to increase fathers' attendance, and to have a higher proportion of participating fathers.