



Ersta Sköndal Bräcke högskola
Institutionen för socialvetenskap
Socionomprogrammet 210 hp

Tidigt förebyggande arbete med barn - hur vi värnar om framtidens medborgare

Ska socionomen vara en del av framtidens barnhälsovård?

Malin Engström och Hanna Ramsten
Socialt arbete och kunskapsutveckling, 30 hp
SOC63, VT 2018

Tidigt förebyggande arbete med barn - hur vi värnar om framtidens medborgare

Handledare: Martin Börjeson

Examinator: Maria Eriksson

Sammanfattning

Studien vill undersöka hur tidigt förebyggande arbete idag ser ut i samhället, samt hur det skulle kunna utvecklas. Syftet med studien är att undersöka det tidigt förebyggande arbetet med barn, samt om en implementering av socionomen på BVC skulle kunna utveckla det förebyggande arbetet som idag finns. Med en kvalitativ ansats och induktiv syn genomförs studien med semistrukturerade intervjuer. En generell strategi har använts för att komma fram till den empiri som samlats in, genom fyra semistrukturerade intervjuer och en översikt av forskning inom området. Problemperspektivet ligger till grund för bearbetning samt kodning av studiens genomförda intervjuer. Den teorin som studien använder sig av under kodning samt analys är utvecklingsekologin. Från teorin används tre av teorins system, som är mikro-, exo- och makrosystemet. Studien når slutsatser utifrån systemen som är:

Mikroslutsats: Tidigt förebyggande arbete måste tas på större allvar och ske i större utsträckning.

Exoslutsats: Det tvärprofessionella teamet bör finnas, med socionomen, för att utföra tidigt förebyggande arbete av god kvalitet.

Makroslutsats: Att satsa på tidigt förebyggande arbete kommer att minska höga kostnader i framtiden.

Nyckelord

Tidigt förebyggande arbete, barn, familj, förälder, socionom, BVC, tvärprofessionella team, prevention

Abstract

This study wants to identify how the early prevention work looks in the society as well as how it could be developed. The purpose with this study is to exam the early prevention work for children, also if an implementation of a social worker in the children health care could develop the early prevention work that exist today. The study has a qualitative approach and an inductive view. A general strategy has been used to reach the empirics, that is gathered through four semi structured interviews and a review of current research in the field. The problem perspective is a foundation for processing and coding the interviews in the study. The study uses the bioecological model as the theory to process the coding and analysis of the interview empirics. From the theory three of the systems are used, micro-, exo and macrosystems. The study reaches conclusions from the systems that are:

Micro conclusion: Early prevention work must be taken more seriously and occur in a greater extent.

Exo conclusion: The interprofessional team should exist, along with the social worker, to perform early prevention work of good quality.

Macro conclusion: To focus on early prevention will reduce high costs in the future.

English titel

Early prevention work for children in a young age - How we embrace the citizens of the future
Should the social worker be a part of child health care in the future?

Keyword

Early prevention work, children, family, parents, social worker, child health care, interdisciplinary team, prevention

Innehållsförteckning

1 Inledning	7
1.1 Bakgrund	7
1.1.1 Historisk överblick - Barnhälsovårdens framväxt	7
1.1.2 Barnhälsovårdens uppdrag idag	8
1.2 Utgångspunkt till studie	9
1.2.1 Bakgrund till intresseområde	9
1.2.2 Bakgrund till tanken om socionomen på BVC	9
1.3 Socionomen en del av framtidens barnhälsovård?	10
1.4 Problem	11
1.4.1 Problemområde	11
1.4.2 Problemformulering	12
1.5 Syfte	12
1.6 Forskningsfråga	12
1.7 Centrala begrepp	12
2 Tidigare forskning och information om aktuellt forskningsområde	14
2.1 Förebyggande arbete	14
2.1.1 Utmaningen med prevention	14
2.1.2 Dimensioner av preventioner	14
2.2 Samhällets ansvar för barn och unga i Sveriges välfärd	15
2.2.1 Sveriges välfärd	15
2.2.2 Social stratifiering- Ett vilande ansvar	16
2.2.3 Sociala investeringar - En bättre framtid	17
2.3 BVC	17
2.3.1 Målsättning i barnhälsovård	18
2.3.2 Familjecentralen	18
2.3.3 Hur arbetar man på BVC idag?	19
2.3.4 BVC i Stockholms län	20
2.3.5 BVC-sjuksköterskans syn utifrån en studie	21
2.4 Professionen socionom	22
2.5 Tvärprofessionella team	23
2.6 De viktiga relationerna	25
2.6.1 Relationen mellan barn och förälder	25
2.6.2 Relationen mellan förälder och professionell	26
2.7 Föräldrskapet	27
2.7.1 Familj	27
2.7.2 Det nyfödda barnet	27

2.7.3 Anknytning	28
2.7.4 Riskfaktorer och skyddande friskfaktorer	29
2.7.5 Det komplexa föräldraskapet	30
3 Teori	31
3.1 Utvecklingsekologi	31
3.1.1 Mikrosystemet	31
3.1.2 Exosystemet	32
3.1.3 Makrosystemet	32
4 Metod	33
4.1 Kvalitativ forskningsansats	33
4.2 Intervjuguide	33
4.3 Semistrukturerade intervjuer	34
4.4 Urval	35
4.5 Respondenter	35
4.6 Bortfall	36
4.7 Etiska överväganden	37
4.8 Reliabilitet och validitet	39
4.9 Kodning med hjälp av problemperspektivet	40
4.10 Metodkritisk diskussion	41
5 Resultat av intervjuer	43
5.1 BVC	43
5.1.1 Sjuksköterskan på BVC	43
5.1.2 Flödet kring BVC	44
5.1.3 Hur det är på BVC	45
5.2 Förebyggande arbete	46
5.3 Socionomen på BVC	48
5.4 Från empiri till slutsatser	49
6 Resultat av kodning	51
6.1 Karaktär	51
6.1.1 Mikrosystemet-Individ	51
6.1.2 Exosystemet-BVC	51
6.1.3 Makrosystemet-Samhället	51
6.2 Orsaker	52
6.2.1 Mikrosystemet-Individ	52
6.2.2 Exosystemet-BVC	52
6.2.3 Makrosystemet-Samhället	52
6.3 Konsekvenser & Omfattning	52

6.3.1 Mikrosystemet-Individ	52
6.3.2 Exosystemet-BVC	53
6.3.3 Makrosystemet-Samhället	53
6.4 Lösningar	53
6.4.1 Mikrosystemet-Individ	53
6.4.2 Exosystemet-BVC	54
6.4.3 Makrosystemet-Samhället	54
6.5 Aktör	54
6.5.1 Mikrosystemet-Individ	54
6.5.2 Exosystemet-BVC	54
6.5.3 Makrosystemet-Samhället	55
7 Analys av resultat, samt slutsatser	56
7.1 Mikrosystemet-Individ	56
7.1.1 Slutsats av mikrosystemet	57
7.2 Exosystemet-BVC	57
7.2.1 Slutsats av exosystemet	59
7.3 Makrosystemet-Samhället	60
7.3.1 Slutsats av makrosystemet	61
7.4 Den sammanställda slutsatsen	61
8 Diskussion	63
8.1 Orosanmälningar från BVC	63
8.2 Familjecentral – socionom på BVC	64
8.3 Framtidens dimensioner av prevention	65
Referenslista	67
Bilaga 1 – intervjuguide	70

1 Inledning

I kapitlet som följer presenteras en bild över val av forskningsområde, samt en redogörelse för studiens bakgrund kring problemområdet, även studiens syfte, forskningsfråga samt centrala begrepp kommer att presenteras.

1.1 Bakgrund

I bakgrunden kommer det presenteras en historisk överblick av hur barnhälsovården har växt fram i Sverige, från slutet av 1800-talet och fram till idag. Detta beskrivs för att ge en introduktion till studiens forskningsområde.

1.1.1 Historisk överblick - Barnhälsovårdens framväxt

Från slutet av 1800-talet och fram till mitten av 1900-talet sker en betydande utveckling i Sverige där både fattigvård och barnavård erkänns som ett offentligt ansvar. Den tidigare så dominerande filantropin har fortfarande inflytande i samhället, men är inte längre dominerande och avtar i och med att det offentliga ansvaret erkänns och etableras allt mer. Utvecklingen medför en ny utgångspunkt för bland annat fattigvården och barnavården att reformeras, det sociala arbetet får en mer betydande roll i det svenska samhället (Meeuwisse & Swärd, 2006).

Under det tidiga 1900-talet sker betydande förändringar för barnavårdens fortsatta utveckling. Den första barnavårdslagstiftningen lyder *Lag angående uppfostran åt vanartade och i sedligt avseende försummade barn* (SFS 1902:67). Tillsammans med lagstiftningen presenteras förslag på preventiva åtgärder för att förebygga den samhällsfarliga individen genom att reglera lagar om omhändertagande av barn med hjälp av tvång (Lundström, 2004). Syftet med CSA är att samla föreningar som har framåtsträvande idéer för det sociala arbetet. Förbundet undersöker sociala förhållanden och problem i samhället, som i sin tur ligger till grund för kravet på att bilda sociala reformer. CSA spelar en viktig roll för den socialpolitiska debatten och är även drivande i kravet till att introducera nya sociala reformer på 1920-talet (Meeuwisse & Swärd, 2006). Mjölkdroppeverksamheten grundas av en barnläkare (Jonsell, 2013) som hämtar idén från Frankrike och verksamheten etableras snabbt i både Europa och Sverige. Verksamhetens mål är att familjer i fattigdom inte ska drabbas av barnadödlighet (vardgivar-guiden.se).

Tidigt 1920-tal startas *barnavårdscentralen*, samt en utveckling av *barnavårdslagen* sker. Den första barnavårdscentralen startas med initiativ från barnläkaren Alex Höjer i Solna, Stockholm. Verksamheten etableras efter detta i flertalet städer runt om i Sverige. Riksdagen fattade år 1937 beslut om att barnhälsovård ska tillgängliggöras kostnadsfritt för alla medborgare (Jonsell, 2013).

1924 reformeras Barnavårdslagen (SFS 1924:361) som medför organisatoriska förändringar där barnavården centraliseras till barnavårdsnämnder. Varje kommun har enligt lagen uppdrag att upprätta en barnavårdsnämnd som har en övergripande bild över barnavården i sin kommun (Lundström, 2004).

En reviderad barnavårdslag (SFS 1960:97) träder i kraft under 1960-talet. I versionen ändras de grundläggande villkoren för barnavården och reformerna, barn- och ungdomspsykiatri samt den rationella kommunala byråkratin påverkar utformningen av den reviderade barnavårdslagen. Vilket innebär bland annat att förebyggande arbete får mycket fokus och individuella åtgärder sker i ett tidigt skede (Lundström, 2004).

På 1970-talet ersätts barnavårdsnämnderna av sociala centralnämnder, med syfte att omfatta hela individ- och familjeomsorgen (Lundström, 2004). Betänkandet om barnstugeutredningen redovisades 1972, med ett förslag som bland annat leder till utvecklingen av Göteborgsmodellen, som är en grund till det som kom att bli familjecentraler (Socialstyrelsen, 2008). Det sker stora förändringar i Sverige som leder till att samhället genomgår ett paradigmskifte. Med förändringarna behövs det en ny lagstiftning som arbetas fram av Socialutredningen (Börjeson B., Börjeson, M. & Svedberg, 2006). Efter 15 års utredning träder Socialtjänstlagen i kraft 1982 (Börjeson B. & Börjeson M., 2015).

1.1.2 Barnhälsovårdens uppdrag idag

Barnhälsovården är en samhällsaktör som träffar nyblivna föräldrar och deras barn i ett tidigt skede och har sedan fortsatt kontakt fram till barnet börjar i skolan. Barnhälsovårdens uppgift är att främja barnets utveckling, hälsa och trygghet. Barn i åldrarna mellan noll och sex år har tillgång till mottagningen och ska även få erbjudande om att besöka barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2013).

Mellan åren 1991 och 2009 var Socialstyrelsens nationella styrdokument för barnhälsovården *Hälsoundersökningar inom barnavård* som sedan upphörde och barnhälsovården kom att sakna nationella styrdokument. Företrädare för barnhälsovården önskade få riktlinjer, samt nationella rekommendationer för verksamheten. Utifrån deras önskan fick Socialstyrelsen ett uppdrag av regeringen, att ge ut en vägledning för barnhälsovården vilket ledde till att *Vägledning för barnhälsovården* publicerades 2014. Regeringens uppdrag innefattade att ta fram rekommendationer, vägledning och kunskapsläget som ska uppdateras och göras tillgänglig för aktörer som träffar barn i ett tidigt skede, som exempelvis barnhälsovården. Vägledningens syfte är att ge handläggning- och kunskapsstöd för de som är yrkesverksamma inom barnhälsovården, samt ge stöd för beslut i utvecklandet av hälsovårdsprogram, men även att sträva efter en barnhälsovård som ska vara jämlik i hela landet samt bidra till evidensbaserad praktik inom fältet (Socialstyrelsen, 2014).

I Socialstyrelsens publicerade vägledning (2014) beskrivs det att barnhälsovården organiseras med hjälp av barnavårdscentraler (BVC), vilka har ett ansvar för alla barn som är inskrivna. En BVC mottagning kan både drivas av offentliga och privata aktörer. Det arbete som utförs på BVC sker i arbetsteam. Teamen innefattas av minst en legitimerad sjuksköterska som har en specialistutbildning som distriktssköterska eller med en inriktning mot barn och unga samt en legitimerad läkare som har en passande kompetens för målgruppen. Teamarbete är en viktig kärnkompetens för vårdens profession då man med hjälp av teamet får en stabil grund av de olika befintliga kompetenserna, samt en möj-

lighet att utveckla och förbättra vården. Ett bra teamarbete kännetecknas genom att de olika teammedlemmarna besitter olika kompetens, och för att uppnå ett framgångsrikt teamarbete krävs det att individerna i teamet besitter *rätt* kompetens (rikshandboken.se). Knutet till BVC finns även barnhälsovårdspedagoger som dels arbetar med en stödjande funktion för personalen på BVC, men även i vissa fall i kontakten med barn och föräldrar. I vissa landsting finns det också andra yrkesgrupper knutna till barnhälsovården vilka exempelvis kan vara dietist och logoped (Socialstyrelsen, 2014).

1.2 Utgångspunkt till studie

Det här avsnittet visar på de utgångspunkter som legat till grund för studien. Här presenteras studiens bakgrund till intresseområdet samt bakgrunden till tanke om varför socionomen bör finnas på BVC.

1.2.1 Bakgrund till intresseområde

En grund till vårt intresse av att börja på socionomutbildningen var arbete som rör barn och unga.

Båda har haft funderingar kring barn- och ungdomsproblematiken i vårt samhälle, och hur man ska hantera den. Det som skiljer vårt huvudintresse för barn- och ungdomsproblematiken, är att en av oss är mer riktad mot barn i yngre åldrar, medan den andra är mer riktad mot något äldre barn samt ungdomar. Trots de skilda inriktningarna har vi båda fattat intresse för att fånga upp barnen innan dem riskerar att fara illa.

Under utbildningen har våra uppfattningar kring arbetet med barn och unga förändrats och utvecklats då vi fått en ökad kunskap och förståelse kring detta. Under vår verksamhetsförlagda utbildning var vi båda på socialtjänstens enhet för mottag och utredning kring barn och unga. Den verksamhetsförlagda utbildningen gav oss möjligheten att se hur man på socialtjänsten arbetar med barn och unga som redan har ett aktuellt problem. På den socialtjänst som vi genomförde vår verksamhetsförlagda utbildning på finns det ingen enhet som arbetar förebyggande mot barn och ungdomsproblematik. De enheter som finns på den socialtjänsten fokuserar på barn och unga som redan har en problematik som socialtjänsten fått kännedom om. Vi är medvetna om att vissa stadsdelar och kommuner runt om i landet har förebyggande enheter inom barn och ungdomssektionen på socialtjänsten, även om det kan se väldigt olika ut.

1.2.2 Bakgrund till en tanke om socionomen på BVC

Vår tanke kring att arbeta med barn och unga har utvecklats under utbildningen. Vi tror att man kan arbeta med denna åldersgrupp innan ett problem har uppstått, då vi tror att många av de problem som barn och unga utsätts för idag inte hade behövt blivit ett aktuellt problem, om det funnits mer förebyggande arbete. Det arbetet som vi ser finns idag är att socialtjänsten och andra aktörer i samhället är inriktade till att arbeta med just de barn och unga som redan är drabbade i någon utsträckning. Vi tror att barn och ungas föräldrar har en stor inverkan på sina barn och därmed även möjlighet att påverka och styra sina barn i rätt riktning. Det som vi däremot tror är ett problem för dagens föräldrar är att

man är osäker i sin föräldraroll och därav är i behov av stöd för att kunna hantera föräldrarollen redan i början av barnets liv.

I Sverige finns det en god sjukvård som hjälper oss att ta hand om fysiska problem som uppstår, samt även förebygga fysiska problem som startar redan på BVC (rikshandboken.se). Det som saknas idag är ett lika naturligt arbete för psykiskt välmående. BVC har ett gott anseende, som har lett till att de träffar nästan alla barn i Sverige. Redan när det nyfödda barnet börjar besöka BVC, tänker vi att arbetet att främja psykisk välmående för barnet inleds. Just att BVC träffar nästan alla barn i Sverige, tycker vi talar för att det är en bra verksamhet, att utveckla för att minska risken till att ett barn ska fara illa samt främja god fysisk och psykisk hälsa. Det finns BVC verksamheter som är knutna till familjecentraler, som har ett syfte att bland annat vara tidigt förebyggande. Familjecentralen bygger på en samverkan mellan flera olika yrkeskategorier och det ska minst finnas BVC, MVC, socialtjänst samt öppen förskola representerade på familjecentralen (Socialstyrelsen, 2008).

Studien tar utgångspunkt i och genomsyras av vår tanke kring att socionomen skulle vara ett lämpligt komplement på Sveriges barnvårdscentraler. Detta är någonting vi är medvetna om och som kommer beaktas med transparens för att få en öppen forskning, även om tanken funnits med redan i studiens tidiga skede.

1.3 Socionomen en del av framtidens barnhälsovård?

Det här avsnittet kommer att presentera vår tanke om varför en socionom skulle implementeras på BVC och hur socionomrollen skulle bidra till det befintliga arbetet som utförs inom verksamheten. På dagens barnvårdscentraler finns inte socionomyrket i arbetsteamet.

Grundtanken, som genomsyrar studien, är att socionomen skulle representeras i form av en socionomroll som inte arbetar med myndighetsutövning eller primärt som kurator. Tanken är att en socionom på BVC skulle ha en övergripande funktion i kontakt med dels föräldrar och BVC-personal, men även andra sociala aktörer och myndigheter som är aktuella för berörd familj. Idén grundas i att socionomen, med sin breda kunskap, skulle vara ett bra komplement till den befintliga personalen som idag finns på BVC för att se risker för barn och arbeta förebyggande med familjer i riskzonen.

Med socionomrollen implementerad på BVC är vår tanke, att det skulle ge ett bredare förebyggande arbete, där socionomen blir en del av det befintliga arbetsteamet och är anställd av landstinget. Det förebyggande arbetet skulle innefatta att stärka föräldrarna i sin roll samt att bygga en kontakt mellan socionom och familj, för ett samarbete där risker minskar och skyddet för barnet ökar. Tanken är att socionomen skulle kunna bidra till ett bättre BVC för barn som riskerar att fara illa. I dagsläget finns flertalet insatser som riktar sig till föräldrar med små barn. Insatserna innefattar ofta hjälp i form av stöd till föräldrar i sitt föräldraskap, men de som verkligen har behovet av dessa insatser är sällan de som tar emot insatsen. Med en socionom på BVC skulle det förebyggande arbetet starta tidigare och underlätta för föräldrar att se eventuella insatser som ett stöd och en möjlighet att utvecklas i sitt föräldraskap. Detta oavsett om det är ett fristående BVC eller ett som är knutet till en familjecentral,

då socionomen ska vara en del av teamet på BVC och inte samverka med BVC personalen som arbetet på familjecentralen bygger på.

De uppgifter som en implementerad socionom i framtiden skulle kunna tänkas utföra, är att identifiera risker som barn kan utsättas för under sin uppväxt som kan komma påverka barnets utveckling och framtidsutsikter. Exempel på risker är bristande föräldraförmåga, psykisk ohälsa i familjen, bristande anknytning, missbruk hos föräldrar, brottslighet inom familjen samt dysfunktionell bakgrund hos föräldrar. När socionomen identifierat riskerna blir dess funktion en knutpunkt mellan alla instanser som berör barnet och familjen. Socionomen föreslår och motiverar insatser som är anpassade för familjen. Det finns då utrymme för föräldern att delta i dessa redan vid föräldraledigheten, istället för att upptäcka behovet när föräldern är tillbaka i arbetslivet och på så sätt underlätta för föräldrar att medverka i insatser.

Implementeras socionomen på BVC kan arbetet byggas ut på flera olika plan, dels i relationen till föräldrarna, dels genom att samarbeta med befintlig BVC-personal och dels genom att vara den som sköter de övergripande kontakterna och samverkar med andra sociala aktörer. Tanken är att socionomen introduceras redan på mödravårdscentralen för att presentera det kommande upplägget kring arbetet på BVC, för att ge de blivande föräldrarna en tydlig bild av vem de kommer träffa och varför de kommer träffa en socionom på BVC.

I det här avsnittet har våra tankar beskrivits, kring vad BVC socionomen är tänkt att göra och verka för.

1.4 Problem

I det här avsnittet beskrivs problemet kring konsekvenser som kan medfölja om inte risker uppmärksammas och motverkas i ett tidigt skede av barnets liv.

1.4.1 Problemområde

I samhället finns det faktorer som påverkar barn och unga, där vissa löper större risk att hamna i olika utsatta grupper och kategorier såsom alkohol- och narkotikamissbruk, kriminalitet, arbetslöshet och utveckling av psykosocial ohälsa (Lundgren & Persson, 2003). Det är av vikt att identifiera dessa risker då det kan leda till ogynnsamma och oönskade effekter för individen och samhället. Det finns ett antal vetenskapliga studier som ligger till grund för hur man identifierar dessa risker. Riskerna förekommer i tre olika nivåer som är *makrostrukturella nivån*, *lokala nivån* och *individuella nivån*. Den makrostrukturella nivån innefattar samhället, den lokala nivån innefattar närsamhället och den individuella nivån innefattar berörda individen, samt individens vänner och familj (Lundgren & Persson, 2003). Med denna uppdelning underlättas arbetet att identifiera dessa faktorer och hur kombinationer av faktorerna bidrar till att barn och unga riskerar att fara illa. Lundgren och Persson (2003) skriver

däremot att det är betydligt svårare att vidta åtgärder i ett tillräckligt tidigt skede för att helt ta bort eller åtminstone begränsa riskfaktorerna. Dessa typer av insatser är förenat med stora kostnader som blir en initialkostnad, vilket innebär att man gör en god ekonomisk investering för samhället.

Vår tanke är att tidigt förebyggande arbete skulle kunna etableras i större utsträckning än vad som i nuläget finns i samhället. I barnhälsovården arbetar de utifrån mål som bland annat innefattar att förebygga ohälsa hos barn samt att tidigt identifiera problem i barnets liv (rikshandboken.se). Tanken är att det förebyggande arbetet på BVC kan byggas ut, då de träffar nästan alla Sveriges barn och har utifrån det möjlighet att fånga upp fler familjer. I dagsläget präglas BVC-sjuksköterskans roll av flera varierande arbetsområden som sträcker sig från att mäta och väga barnet till att prata med föräldrar om oro och depression (rikshandboken.se). Därav föreligger tanken om att en ytterligare profession skulle behövas på BVC.

1.4.2 Problemformulering

Studien vill undersöka hur tidigt förebyggande arbete idag ser ut i samhället, samt hur det skulle kunna utvecklas. Det kommer även belysas hur en implementering av socionomen på BVC skulle kunna utveckla verksamheten och dess förebyggande syfte. Studien kommer söka svar av berörda samhällsaktörer och myndigheter för att få en förståelse och uppfattning kring hur de ser på att socionomen skulle implementeras på BVC. Förhoppningen är att studien ska ge berörda aktörer nya infallsvinklar till hur det förebyggande arbetet på dagens BVC kan utvecklas.

1.5 Syfte

Syftet med studien är att undersöka det tidigt förebyggande arbetet med barn, samt om en implementering av socionomen på BVC skulle kunna utveckla det förebyggande arbetet som idag finns.

1.6 Forskningsfrågor

Hur ser det tidigt förebyggande arbetet med barn ut i Sverige?

Hur ser sakkunniga, samhällsaktörer och myndigheter, på att utveckla det förebyggande arbetet på BVC genom en implementering av socionomen?

1.7 Centrala begrepp

I detta avsnitt beskrivs och förtydligas författarnas bild av de centrala begrepp som används genomgående i studien.

Socionom - I studien väljer vi att använda benämningen socionom som syftar till de personer som har en socionomexamen. Grundtanken med att benämna yrkesrollen som en socionom är då vi vill ta avstånd från den stigmatiserade bilden av socialtjänsten och socialsekreteraren. En socionom kan även benämnas som en kurator, men den socionom som syftas till genom studien är en roll som innefattar mer än kurators yrkesroll. En vidare beskrivning finns tidigare i detta kapitel.

BVC-sjuksköterska - I studien kommer begreppet BVC-sjuksköterska att användas. BVC-sjuksköterskan syftar till är de personer som har en sjuksköterskeutbildning och arbetar på BVC.

Förälder - I studien kommer vi att använda benämningen förälder. Anledningen till att vi väljer benämningen förälder är då det nödvändigtvis inte behöver vara en vårdnadshavare. Det vi menar med föräldern är den personen eller de personerna, som har det långsiktiga och stadigvarande omvårdningsansvaret för barnet under uppväxten.

Barn - Begreppet barn innefattar de som är i åldern 0–18 år. När begreppet barn används i studien, syftar det främst till barn i åldern noll till sex år.

Tidigt förebyggande arbete - I studien benämns det tidigt förebyggande arbetet som syftar till de insatser som sätts in innan ett problem uppstår.

Familj - I studien används begreppet familj som vi i studien använder för att syfta till de föräldrar och barn som innefattas i en familjekonstellation.

2 Tidigare forskning och information

I kapitlet som följer presenteras tidigare forskning om det aktuella forskningsområdet samt information om Sveriges välfärd, BVC och professionen socionom. Avsnitten möter studiens problemformulering, syfte och forskningsfrågor. Detta kapitel är gediget eftersom en del av studiens syfte innefattas av en ny idé, som kräver en beskrivning av forskningsområdet för att visa på kunskapsluckan där socionomen ska etableras.

2.1 Förebyggande arbete

I det här avsnittet kommer forskning kring det förebyggande arbetet mot barn och ungdomsproblematik att beskrivas, samt visa på vikten av att det finns ett fungerande och utbrett socialt förebyggande arbete. Vad syftar det förebyggande arbetet till och varför är det så viktigt att arbeta preventivt, är delar som kommer att belysas för att bemöta den bild som ges av bakgrunden och problemformuleringen av studien.

2.1.1 Utmaningen med prevention

Sociala insatser riktas idag till problem, av olika grad, där förhoppningen är att åtgärda problemet (Börjeson, B. & Börjeson, M., 2015). Sociala problem brukar beskrivas som en process som successivt ökar, vilket gör att det faller sig naturligt att förespråka insatser i ett så tidigt skede som möjligt. För att uppnå detta kan man arbeta *förebyggande* där man i ett tidigt skede avbryter "processen av problemskapandet" innan den hunnit börja verka. Man förebygger alltså uppkomsten av problemet. Utmaningen med att arbeta förebyggande är att man inte kan ta avstamp ur ett problem, då problemet inte finns (Börjeson, B. & Börjeson, M., 2015).

Börjeson och Börjeson (2015) beskriver att problematiken med det förebyggande arbetet är att det kan vara svårt att se den önskade effekten, då man inte får respons på arbetet som genomförts. För att få en respons eller effekt av arbetet kan man definiera sociala arenor eller specifika grupper som präglas av en riskzon och sedan utgå från dessa i det förebyggande arbetet. Att definiera det underlättar arbetet att bli mer inriktat, däremot finns det en risk att man i processen konstruerar ett socialt problem som man i grunden vill undvika i det förebyggande arbetet (Börjeson, B. & Börjeson, M., 2015).

2.1.2 Dimensioner av preventioner

Killén (2009) benämner de tre nivåerna som *universellt förebyggande arbete*, *selektivt förebyggande arbete* och *indikerat förebyggande arbete*. Det *universellt förebyggande arbetet* består av riktade insatser mot befolkningsgrupper och bygger på resurser som är tillgängliga. Syftet, med universellt förebyggande arbetet, är hindra att problem uppstår. Det *universellt förebyggande arbetet* utförs exempelvis på BVC med hälsoförebyggande insatser, som exempel genom föräldraförberedande grupper, samlevnadskurser eller temakvällar, riktade mot föräldrar, som handlar om barns behov.

Det *selektivt förebyggande arbetet* med fokus att identifiera ett specifikt behov i ett tidigt skede, för att påverka processen innan problemet vidareutvecklas. Denna typ av förebyggande arbete kan bedrivas på universellt förebyggande institutioner, exempelvis mödra- och barnvårdscentraler. På de institutionerna identifieras riskfaktorer som kräver selektivt förebyggande insatser för att hanteras.

Det *indikerade förebyggande arbetet* handlar om att man ska arbeta för att förhindra eller minska följderna av de problem som hunnit etablerats. Denna nivå av förebyggande arbete är den sista strategin man tar tillhanda, när varken universellt eller selektivt förebyggande arbete har lyckats. Skillnaden mellan selektivt och indikerat förebyggande arbete kan vara svår att avgöra, då man exempelvis till en början kan se att en småbarnsfamilj är i behov av selektivt stöd, men att det under arbetets gång identifieras fler behov, som behöver hanteras och då kan arbetet gå över till att bli mer indikerat (Killén, 2009).

2.2 Samhällets ansvar för barn och unga i Sveriges välfärd

I det här avsnittet beskrivs det samhällsansvar som är av vikt för studiens problemformulering och frågeställning. För att kunna ge en bild av detta ansvar, behöver det beskrivas vad som syftas på när ordet samhälle används. I det här fallet menar studien det övergripande ansvaret som Sveriges regering besitter och som dem i sin tur fördelar ut, genom uppdrag, till berörda myndigheter. Vi kommer titta närmare på samhällets ansvar i förhållande till studiens kontext.

2.2.1 Sveriges välfärd

I budgetpropositionen för 2017 valde regeringen att satsa på ett tillskott av pengar till Sveriges välfärd. Regeringen lade 35 miljarder kronor på omsorg, vård och skola inför 2018 och beslutade även att satsa på välfärden, genom att varje år ge 10 miljarder kronor permanent till den kommunala sektorn (Regeringen, 2018). Regeringen beskriver i sin satsning av den svenska välfärden, att man kommer fokusera på en *utvecklad hälsovård*, att *få Sverige att hålla ihop* och att *förbättra förutsättningarna för barn och unga*. Hälsovården ska se till alla människor har samma förutsättning till att erhållas en god hälsa, genom att ha en jämställd och jämlik vård i hela landet samt att man vill arbeta bort de hälsoklyftorna som finns. Satsningen, *få Sverige att hålla ihop*, handlar om att regeringen vill motverka ojämlika livsvillkor samt segregation som finns i vårt samhälle. Regeringen föreslår att man ska motverka problemet genom att satsa på dels riktade, men även generella insatser i områden som är socialt utsatta. Det sista området som regeringen väljer att satsa på är barn och ungas förutsättningar i samhället. De vill uppnå att alla barn och unga, oavsett socioekonomisk bakgrund, ska få likvärdiga förutsättningar och att alla ska växa upp i en miljö som är både trygg och stimulerande. Regeringen menar på att det är ett gemensamt ansvar i det svenska samhället, att inget barn ska fara illa (Regeringen, 2018).

I allt arbete som rör barn ska Sveriges regering följa det som står skrivet i barnkonventionen. Barnkonventionen är ratificerad i den svenska lagen, vilket innebär att Sverige har förpliktigt sig till att staten ska följa det som står i konventionen (unicef.se). Artikel tre säger:

Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska barnets bästa komma i främsta rummet.

Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder.

Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för vård eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal, och lämplighet samt behörig tillsyn. (unicef.se)

Artikel tre visar att Sveriges stater och myndigheter har ett ansvar, att alltid sätta barnet i det främsta rummet, vilket innebär att barnet ska prioriteras i beslut och verksamhet som i någon omfattning rör barn.

Naidoo och Wills (2007) beskriver att hälsofrämjande arbete är utvecklat till en tvärvetenskaplig verksamhet, då man inte kan påverka den övergripande hälsan i ett samhälle endast med hjälp av att förändra hälso- och sjukvården. Det som krävs för att få en förbättrad folkhälsa, är insatser som fokuserar på flera olika perspektiv, av sådant som kan påverka hälsan. Man tittar på faktorer som är ekonomiska, sociala eller miljörelaterade och som exempelvis kan handla om brottslighet, inkomst, tillgång till arbete och bostadsförhållanden (Naidoo & Wills, 2007).

I det svenska samhället finns ett hälsofrämjande tänk och staten väljer att göra satsningar för att arbeta fram ett bättre samhälle. Allebeck, Burström, Hensing och Kristenson (2015) skriver dock "I Sverige finns ingen lagstiftning kring vem som har ansvar för att ta initiativ till folkhälsoinsatser, så som det finns i övriga nordiska länder". Detta innebär alltså att det inte finns några krav kring vilket styrande organ eller vilka institutioner, som har ansvaret att vara initiativtagande i insatser som rör den svenska befolkningens hälsa.

2.2.2 Social stratifiering- Ett vilande ansvar

Social stratifiering ger en bild över barns förutsättningar till goda uppväxtvillkor i samhället utifrån utbildning, tillgångar och inkomst. Det ger även en bild av att barnets förutsättningar har ett vilande ansvar hos både föräldrar och hos samhället.

Social stratifiering handlar i grunden om att människan tillhör olika grupper i samhället. Antingen föds man in i en samhällsgrupp eller så kan man på annat sätt ta till sig och välja att leva i en annan grupp som har en annan social position. Strukturen ser olika ut beroende på hur samhället ser ut, men ofta finns en hierarki som innebär att vissa personer har mer bestämmanderätt än andra (Allebeck, 2015).

En stratifieringsprocess i ett demokratiskt samhälle innebär att det utgår ifrån faktorer såsom utbildning, tillgångar och inkomst. Allebeck et al. (2015) beskriver det som:

Ett barn väljer aldrig sina föräldrar eller de omständigheter de växer upp i. Därför är det av mycket stor betydelse att samhället bidrar till att barn får så lika möjligheter under uppväxten som möjligt. (Allebeck et al., 2015)

Det som Allebeck et al. (2015) beskriver innebär att samhället har en betydande roll i alla barns liv i Sverige, där samhället ska se till att alla har likadana villkor under uppväxten. Genom att titta på den sociala stratifieringen och dess innebörd upptäcks samhällets ansvar gentemot individen.

Det kan finnas omständigheter i den tidiga utvecklingen och uppväxten som kan ha en inverkan på psykologiska-, ekonomiska- och sociala förhållanden i familjen, vilket har betydelse för individens framtida möjligheter. Dessa tre kategorier kan ge inverkan på barnets kognitiva utveckling och personlighet (Allebeck et al., 2015). Ett exempel som Allebeck et al. (2015) tar upp är att en bristande känslomässig kontakt med föräldrar kan i sin tur "skapa en psykologisk sårbarhet för hälsoeffekter vid senare påfrestningar".

Samhället, tillsammans med föräldrarna, har ett ansvar att forma barnen under uppväxten, för att forma dem till goda samhällsmedborgare och individer. För att uppnå detta krävs, dels ett engagemang, men även en uppmärksamhet under hela perioden. Det uppdrag som samhället och föräldrarna har, kan ses som en satsning på framtiden genom *sociala investeringar* (Allebeck et al., 2015).

2.2.3 Sociala investeringar- En bättre framtid

Sociala investeringar handlar om att tidiga insatser ska ses som en investering, istället för en utgiftspost för samhället (Allebeck et al., 2015). De tidiga insatserna berör olika målgrupper exempelvis barn och unga. När det investeras i insatser, som ska förbättra uppväxtvillkoren för barn och unga, kan det generera effekter såsom mindre sociala problem, högre skolresultat, bättre hälsa, lägre arbetslöshet och minskad kriminalitet. Genom att titta på detta med ett långsiktigt perspektiv, ser man att samhällskostnaden kommer bli allt högre, om det inte satsas på tidiga insatser. Allebeck et al. (2015) menar att samhällets investeringar i hälsa, genom att förebygga ohälsa, kommer ge individuella effekter hos berörd individ, som med investeringen får andra livsförutsättningar samt en bättre hälsa. Samhällets investeringar i hälsa, blir även en besparing för samhällets kostnader till insatser, som annars kunnat bli aktuella i framtiden.

2.3 BVC

I det här avsnittet kommer BVC beskrivas närmare, då deras verksamhet är en viktig del av den här studien. Redan i bakgrunden till studien börjar en beskrivning av barnhälsovårdens framväxt, samt hur deras uppdrag ser ut idag. Här kommer målsättningen i barnhälsovården och arbetssätt beskrivas för att ge en annan dimension till det som beskrivs i bakgrunden. BVC i Stockholm och BVC-sjuksköterskan är delar som möter studiens problemavsnitt.

2.3.1 Målsättning i barnhälsovård

Målsättningen för barnhälsovården har varierat under dess framväxt. Genom tiderna har målen i stora drag gått från tidiga 1900-talets mål att ge information och lära mammor att vårda sina barn, till 1960-talets hälsoövervakning, för att idag ha ett mer stödande och hälsofrämjande mål i verksamheten (Blair, Stewart-Brown, Hjern & Bremberg, 2013).

Några av de viktigaste målen för dagens barnhälsovård är minskad dödlighet, minska sjukdomar samt hjälpa och stödja föräldrar i deras föräldraskap och i relationen mellan barn och föräldrar. Barnhälsovården har även ett uppdrag, som innebär att främja en god utveckling och hälsa hos alla barn. Tanken med att barnhälsovården har ett hälsofrämjande arbete, är att få ökad kunskap och insikt hos barn och föräldrar, om hälsfaktorer som är konstruktiva och destruktiva (Köhler & Reuter, 2013).

För att nå målen i barnhälsovården har det arbetats fram ett nationellt program. En grund för det nationella barnhälsovårdsprogrammets mål är:

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö (rikshandboken.se).

För att uppnå det här målet har olika utgångspunkter kring dess form och pedagogik utformats, som exempelvis *barn och föräldrars delaktighet, hälsosamtal och hälsofrämjande förhållningssätt* och *betydelsefulla faktorer att uppmärksamma utifrån kunskapen om hälsans bestämningsfaktorer* (rikshandboken.se).

2.3.2 Familjecentralen

En familjecentral är en verksamhet som är till för att främja barns hälsa och utveckling, samt att arbeta förebyggande i ett tidigt skede (Socialstyrelsen, 2008). Familjecentralens målgrupp är blivande föräldrar och föräldrar med barn mellan 0–5 år. På familjecentralen samarbetar främst yrkesgrupperna barnmorskor, förskollärare, socionomer och sjuksköterskor, ibland förekommer även psykolog, familjerådgivare samt tandhälsa (familjecentraler.se). Det finns vanligen öppen förskola, barnhälsovård, mödrahälsovård samt socialtjänst och de beskrivs som familjecentralens basverksamheter. Det finns dock ingen tydlig definitionen av vilka verksamheter som ska finnas på en familjecentral eller huruvida dessa verksamheter behöver vara samlokaliserade (Socialstyrelsen, 2008). Socialstyrelsen föreslår i *Familjecentraler - kartläggning och kunskapsöversikt* (2008) att definitionen ska vara "den fullt samlokaliserade familjecentralen med mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet", men *Föreningen för familjecentralers främjande* (FFFF) beskriver att familjecentralen integrerar verksamheterna samt att familjecentralen för det mesta, men i vissa fall inte, är samlokaliserade och att det finns lite olika benämningar, som exempel familjens hus (familjecentraler.se).

Tanken som sedermera blev grunden till familjecentralen, växte fram genom professionaliseringen av vården och omsorgen på 1970-talet, som utgjorde ett ökat behov av samverkan för att barn inte

skulle missas mellan professionerna (Socialstyrelsen, 2008). Tanken utvecklades till Göteborgsmodellen, som ville frikoppla det förebyggande arbetet på socialkontoren, såsom barn- och mödrahälsovården är från skilda sjukvården och bli ett arbetslag tillsammans med öppna förskolan, men utan samlokalisering (Socialstyrelsen, 2008). Under 1980-talet ökar antalet öppna förskolor till ett par tusen runt i landet, för att under 90-talet läggas ner i samma takt (familjecentraler.se). I samband med det utvecklas Stockholmsmodellen i Hagalund på initiativ av socialtjänsten som vill komma närmare området men även ha myndighetsutövning, till skillnad mot Göteborgsmodellen. Det upprättas även ett nätverk, genom Folkhälsoinstitutet, som ska arbeta hälsoförebyggande, vilket öppnar en arena för samverkan att etableras på och familjecentralerna startar i flera kommuner (Socialstyrelsen, 2008).

Idag finns det i Sverige 131 familjecentraler, enligt definitionen om att familjecentralens verksamheter är samlokaliserad och dessa är representerade i 91 kommuner (Socialstyrelsen, 2008). Utformningen av dagens familjecentraler ser olika ut och grunden till utformningen är utifrån området där den finns belägen, samt behoven som finns i de barnfamiljer som bor i det specifika området. Tanken med familjecentralen är att det ska vara en hälsofrämjande, tillgänglig mötesplats för att stärka nätverket runt barnet, samt ge kunskap och information till familjen för att främja en positiv utveckling för barnet. För att göra arbetet på familjecentralen möjligt och hälsofrämjande, behövs det samverkan mellan yrkesgrupperna som arbetar här. Samverkan gör det lättare att identifiera behov hos barnfamiljen och möta det med lösningar. En vanlig motsättning till samverkan på familjecentralen är att yrkesrollerna riskerar att bli otydliga. FFFF menar att rollerna snarare blir tydligare, då man remitterar mellan de olika yrkesgrupperna och inte går in i en annan yrkesroll än sin egen, till följd av det nära samarbetet som finns på familjecentralen (familjecentraler.se). Det som däremot kan försvåra samverkan mellan verksamheterna på familjecentralen är det faktum att det är två huvudmän, kommun och landsting, som har olika prioriteringar och ekonomi som kan försvåra beslut. Under huvudmännen är verksamheterna även knutna till sina respektive moderorganisationer, som även de kan ha olika prioriteringar (Socialstyrelsen, 2008).

Familjecentralerliknande verksamheter finns i andra länder, bland annat Norge och Finland som inspirerats av familjecentralen i Sverige. I Storbritannien finns *family Centre* som är i tre olika modeller som erbjuder olika möjligheter för medborgarna. USA har *family service center* eller *family support center*, som är mer riktade till att identifiera riskgrupper och erbjuder utifrån det insatser samt behandling för att möta riskgrupperna.

2.3.3 Hur arbetar man på BVC idag?

Barnhälsovården utgår från det nationella barnhälsovårdsprogrammet, som har syfte att ge kunskap om att barn och deras föräldrar har olika förutsättningar, som också kan ändras över tid och att ha det i beaktning för att ge en jämställd och rättvis barnhälsovård till alla (rikshandboken.se). Barnhälsovårdsprogrammet är uppdelat i tre delar för att främja och uppmärksamma barnets utveckling och behov. Uppdelningen visar på barnhälsovårdens insatser som erbjuds och hur de erbjuds utifrån hur det

individuella behovet ser ut hos barnet och föräldern. Den första delen är insatser som är tänkta att främja barnets utveckling och motverka skador, sjukdomar samt andra sociala och psykiska besvär, insatserna erbjuds alla oberoende av behov. Insatser i den andra delen är insatser som erbjuds till alla, när det finns ett behov att stärka barnets skydd samt motverka en utveckling som är negativ, dessa insatser anpassas efter det aktuella behovet som finns. Tredje delen är insatser från andra instanser som socialtjänst eller annan vårdverksamhet, som barnhälsovården överlämnar till när det bedöms finnas behov.

Artikel 24 i barnkonventionen *erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård* (unicef.se) Med utgångspunkt från denna artikel skickar barnvårdscentralen en inbjudan till alla nyfödda barns föräldrar i Sverige. Barnhälsovården erbjuder alla barn, fram till barnet börjar skolan, att regelbundet få hälsobesök på BVC. De återkommande besöken på BVC har flera olika syften som dels är att tidigt upptäcka indikationer på att ett barn riskerar att fara illa eller att det finns brister i barnets och föräldrarnas relation. Besöken är även till för att undersöka barnets utveckling, ge vaccinationer, arbeta hälsofrämjande med barn och förälder samt att stödja och råda föräldrar. I början är besöken till BVC täta, ofta en gång i veckan för att undersöka samt övervaka barnets hälsa, vägleda och samtala om barnets utveckling och hälsa, samt för att vaccinera barnet, medicinsk undersöka barnet och rikta insatser till den nyblivna eller växande familjen. Under barnets första år besöker barnet med sina föräldrar BVC flera gånger men det blir längre mellan besöken (rikshandboken.se).

Under besöken på BVC är det flera olika moment som ska göras och besöket har för det mesta lite olika syften vid varje tillfälle. En viktig del av besöket är det hälsofrämjandesamtalet. Syftet med samtalet är att stödja, stärka föräldrar och barn för att det ska främja en god utveckling för barnet. Samtalet ska vara främjande och förebyggande, men är även till för att identifiera problem och risker för barnet och då uppmuntra förändring (rikshandboken.se).

På barnvårdscentralen träffar familjen främst en BVC-sjuksköterska, som utgör en del av arbetsteamet, som är med på alla besök. Familjen träffar även en barnläkare, som är den andra delen av arbetsteamet, vid fyra veckor, sex månader, tolv månader och treårsbesöket samt om det finns oro eller en indikation på något problem för barnet. Läkaren som arbetar på BVC fokuserar främst på barnets utveckling och får i de flesta fall se friska barn som utvecklas väl. Under besöket med läkaren, som ofta är kort, ställer läkaren allmänna frågor om hur föräldern upplever barnets utveckling, sömn och om föräldern har några frågor kring barnets utveckling, läkaren genomför även en undersökning av barnet (rikshandboken.se).

2.3.4 BVC i Stockholms län

Barnvårdscentralen är den institution som i ett tidigt skede, träffar nästintill alla Sveriges barn och spelar därför en viktig roll för barnet och för den första tiden i dennes liv, men även för föräldrar och samhället i stort. Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län beskriver att:

Med ett stort förtroende från föräldrar och en verksamhet som når i stort sett alla Stockholms barn 0–5 år, utgör BVC en unik plattform för ett hälsopreventivt arbete under det tidiga livet. (Barnhälsovårdsenheten Stockholms län, 2017)

Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län har i sin årsrapport (2016) om barnhälsovården tagit fram siffror och statistik, som kommer att presenteras för att ge en bild av hur det ser ut på fältet. Årsrapporten visar endast hur det ser ut i Stockholms län och inte i det resterande landet. Mellan 2016–2017 var 175 640 barn i åldrarna 0–5 år inskrivna på de 123 BVC-enheter som finns i länet.

Barnhälsovården har enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL) skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om verksamheten får kännedom om eller har misstankar om att något barn far illa. Under 2016 anmälde BVC i Stockholms län 396 barn till socialtjänsten utifrån en oro för barnet, vilket är en siffra som motsvarar 2.3 promille av alla de barn som var inskrivna. Över hälften av orosanmälningarna handlade om en oro kring omsorgssvikt i familjen. Orosanmälningarna från år 2016 rörde främst de yngsta barnen som var inskrivna på BVC (Årsrapporten, 2016).

I årsrapporten (2016) poängterar Barnhälsovårdsenheten att “Andelen barn som anmäldes till socialtjänsten var låg.” och att det “Med största sannolikhet var det långt många fler barn som väckte oro hos personalen.”. Det låga resultatet på orosanmälningar samt en förmodan om att man ser mer oro än vad som anmäls, har lett till att man i rapporten beskrivit hur detta ska åtgärdas. Barnhälsovårdsenheten menar på att det är av vikt att sjuksköterskorna och läkarna, dels har kunskap kring att se och upptäcka risker i barnets liv, men även att det ska finnas tillgängliga riktlinjer kring att anmäla vid oro. De menar även på att barnets behov alltid ska stå i centrum och personalen ska bortse från föräldrarnas tyckande om en konflikt skulle uppstå, då personalen ska se till barnets situation. Barnhälsovårdsenheten menar på att det krävs mycket stöd, i form av konsultationer och handledning till personalen på BVC, som enligt SoL ska anmäla (Årsrapporten, 2016).

2.3.5 BVC-sjuksköterskans syn utifrån en studie

Utifrån vår studies problemformulering, som vill belysa hur en implementering av socionomen på BVC skulle utveckla verksamheten och det förebyggande arbetet, kommer ett examensarbete på magisternivå inom akademien för vårdvetenskap vid Borås högskola att presenteras. Anledningen till det är då det examensarbetet berör *Distriktssköterskors upplevelse av svåra samtal med familjen på barnvårdscentralen*, som ger en bild av hur befintlig personals erfarenhet kring området barn som riskerar att fara illa. Examensarbetet genomfördes med hjälp av kvalitativa intervjuer med åtta BVC-sköterskor vid fyra olika enheter (Falchenberg & Karlsson, 2016).

I examensarbetet skrivs det om BVC-sjuksköterskans svåra samtal med familjer, vilka verktyg som finns, hur samtalen hanteras och hur handlandet kring dessa samtal i sin tur riskerar att skapa ett vårdlidande. Anledningen till vårdlidandet är då BVC-sjuksköterskan ofta har etablerat en god relation

med inskrivna familjer på BVC och riskerar då att "tappa greppet om" familjen vid ett samtal av allvarlig karaktär som exempelvis berör omsorgssvikt eller förekomsten av våld i hemmet (Falchenberg & Karlsson, 2016).

Det övergripande resultatet i examensarbetet visar på att sjuksköterskan på BVC har en komplex roll i det svåra samtalet (Falchenberg & Karlsson, 2016). Utvalda delar, med relevans för vår studie, ur resultatet kommer att presenteras och sammanföras med annan forskning som berör det som valts att fokuseras på. Dessa kategorier är *mötets förberedelser och upplevelser*, *Behovet av verktyg*, *Upplevelsen av orosanmälningar* samt *Stöttning*.

I arbetet med människor är kommunikation en grundläggande förutsättning och målet är att uppnå en god kommunikation oavsett samtalsform. För att uppnå ett bra möte behöver den professionella exempelvis möta klienten i dennes värld och ha förmåga att se den andre, att skapa en bärande relation som även innefattar att våga ta sig an situationer i mötet som kan upplevas som svåra (Røkenes & Hanssen, 2007). De BVC-sjuksköterskor som intervjuades beskrev att de inför svåra samtal upplevde stress, oro, samt en osäkerhet kring hur responsen från föräldrarna skulle tas i uttryck. Inför samtal som rörde omsorgssvikt, orosanmälningar, övervikt och våld i nära relationer ansåg BVC-sjuksköterskorna att det var av vikt att vara väl förberedd. Förberedelserna var i form av planering av upplägg för mötet, samt stöttning av kollegor eller annan profession som kunde ge sina bilder av ämnet för att underlätta för BVC-sjuksköterskan (Falchenberg & Karlsson, 2016).

Det verktyg som BVC-sjuksköterskorna hade att tillgå var motiverande samtal (MI). Däremot upplevdes det som att MI inte var användbart in i sammanhang där samtalen berörde ämnen med allvarligare karaktär där oro finns för att barnet far illa. BVC-sjuksköterskorna vill arbeta för att främja barnets hälsa och förebygga ohälsa, förutsättningen för det finns däremot inte i alla lägen (Falchenberg & Karlsson, 2016).

I examensarbetet framkom det att BVC-sjuksköterskorna kände ambivalens för att göra orosanmälningar, då de menar att det känns svårt. När man indikerat en familj med mindre behov av stöttning i form av insatser och sedan ska ta steget att göra en orosanmälan kan det ge en negativ effekt där föräldrarna får bilden av att BVC är ute efter att sätta dit någon, istället för att hjälpa (Falchenberg & Karlsson, 2016).

Den sista kategorin i resultatet är behovet av ökat stöd och utbildning som BVC-sjuksköterskorna upplevde att de behövde. Författarna i examensarbetet menar att den kollegiala stöttningen har en verkan för att skapa förutsättningar att utveckla vården på BVC (Falchenberg & Karlsson, 2016).

2.4 Professionen socionom

I det här avsnittet kommer en del av den kunskap som en socionom får genom sin utbildning att beskrivas, för att ge en bild av hur socionomen kan komplettera den befintliga personalen på BVC, som delar av studiens bakgrund vill visa. Här beskrivs även hur socionomens specifika kunskap kan möta de svårigheter som kan uppstå i mötet med föräldrar och barn som kommer till BVC.

För att bli socionom krävs det en fullföljd utbildning på socionomprogrammet vid en högskola eller ett universitet, programmet erbjuds idag på 16 (studeravidare.se) institutioner runt om i Sverige.

Socionomprogrammet är en grundutbildning som består av 210 högskolepoäng (hp), vilket innebär att studenten först uppnår en kandidatexamen i socialt arbete på 180 hp samt läser ytterligare en termin, 30 hp, med avancerade studier som tillhör programmet för att uppnå en examen som socionom.

Utbildningen på socionomprogrammet ger en generell inriktning, ämnen som bland annat innefattas i utbildningen är socialt arbete, psykologi, samhällsvetenskap och juridik. Under utbildningen ingår det även fördjupande studier och praktiska moment riktade mot fältet (studera.nu).

Efter avslutad examen har man som socionom möjligheten att arbeta inom en rad olika områden i olika professioner såsom inom landstinget, i skolvärlden, frivilligorganisationer, samt inom både privata- och offentliga sektorer. De vanligaste yrkena som socionomen har är socialsekreterare, familjerådgivare, frivårdsinspektör och kurator (studera.nu).

Studenten får genom utbildningen möjlighet att skaffa sig ny och utveckla kunskap, förmågor och färdigheter som krävs inför den framtida yrkesrollen som socionom. Att möta olika människor i svåra livssituationer av olika karaktär och att i det mötet kunna bidra till nödvändig och betydande förbättring i människans nuvarande situation (esh.se).

En utveckling av medvetenhet kring hur samhällsvillkor bidrar till social utsatthet, samt kunskap kring hur man kan hjälpa människorna i den sociala utsattheten med det sociala arbetet som verktyg, är någonting som studenten får genom utbildningen. Studenten får även möjlighet att utveckla sin kritiska reflektion kring hur det sociala arbetet är uppbyggt, som erbjuds både ur en professionell aspekt, men även utifrån ett klientperspektiv (esh.se).

En del av utbildningen på socionomprogrammet är, personlig professionell utveckling (PPU), som finns på alla socionomutbildningar men kan ha olika namn och är individuellt utformad på de olika högskolorna och universiteten. PPU är en kurs som har en bärande pedagogisk idé och den följer genom hela utbildningen. Tanken med PPU är att arbeta fram och utveckla studentens yrkesidentitet samt göra den hållbar genom arbetslivet. Yrkesidentiteten ska präglas av ett professionellt förhållningssätt, ett gott bemötande, samt en etisk medvetenhet. Vid PPU berörs teman som är genomgående i utbildningen och dessa är kritisk reflektion, relationskompetens, etisk medvetenhet, betydelsen av personligt engagemang och professionell färdighet kring metoder och arbetssätt. En annan del som berörs vid PPU momentet är olika former av samtal och samtalsmetodik för att studenten ska kunna ta till sig, öva och sedermera känna sig bekväma i alla former av samtal (esh.se).

2.5 Tvärprofessionella team

I detta avsnitt kommer Thylefors modell, tvärprofessionella team, att beskrivas. Detta görs för att visa på vilka kvalitéer som tillkommer med tvärprofessionella team, då det i bakgrunden identifieras ett arbetsteam på BVC.

Tvårprofessionella team är ett arbetslag, med ett arbete som sker över olika professionsgränser (Thylefors, 2007). Thylefors (2007) beskriver det tvårprofessionella teamen som en modell som innefattar fyra olika typer av team. Alla fyra typer nämns, men två tvårprofessionella team kommer beskrivas närmare då dessa är av störst relevans för studien.

Det finns tre dimensioner som är övergripande och i huvudsak bestämmer hur det tvårprofessionella teamet sedan ska definieras i de fyra olika teamen. Den första dimensionen handlar om hur stor utsträckning som professionerna är i behov av varandras kompetens. Den andra dimensionen grundas i vilken grad de olika professionernas ansvarsområden och arbetsuppgifter överlappar varandra. Den sista dimensionen innefattas av hur samarbetet mellan professionerna ser ut. Det kan exempelvis ske genom centraliserad styrning, men även med ett funktionellt ledarskap (Thylefors, 2007).

De fyra olika team typer som Thylefors (2007) beskriver är *multiprofessionella team*, *interprofessionella team*, *transprofessionella team* samt *professionsupplösta team*. Det teamet som kommer att få en fördjupad beskrivning är det interprofessionella teamet.

Det interprofessionella teamet karaktäriseras av ett integrerat samarbete som förutsätter ett mer samkoordinerat arbetssätt. Summan är mer än delarna, vilket innebär att ett resultat endast kan uppnås genom teamets gemensamma insats. Denna teamtyp kräver att teamet har en välfungerande kommunikation med konsultationer inom gruppen, ett gemensamt ansvar samt en och samma målsättning, planering och utvärdering som genomsyrar teamarbetet. Varje representerad profession har en specialiserad roll, med en egen expertis, vilket utgör ett ansvar för vardera professionen att aktivt samspela med de andra medlemmarna i teamet för att samordna tänkta insatser. Ett fungerande interprofessionellt team förutsätter ett gott samarbete, med kompetens kring socialisering och kommunikation. En annan avgörande faktor är en fungerande personkemi mellan teammedlemmarna. I det interprofessionella teamet passar den styrande rollen mer in som en coach, än som en chef med traditionella drag. Den styrande rollen ska dels fokusera på att stötta, för att uppnå de gemensamma målen i gruppen, men även stötta och utveckla varje enskild roll (Thylefors, 2007).

Några goda argument kring tvårprofessionella team presenteras utifrån Thylefors synsätt. Argumenten som Thylefors belyser är snarare byggda på sunt förnuft och logik, än fakta utifrån forskning (Thylefors, 2007). Thylefors (2007) skriver "genom att koppla ihop kompetens och övriga resurser förutsätts insatserna bli effektivare".

Det första argumentet, även det som väger tyngst, utgår från antagandet om att "*komplicerade problem kräver mångsidig kunskap*" (Thylefors, 2007). Argumentet ger möjlighet till ett helhetsperspektiv, vilket vården ofta kritiserar för att inte ha. Ett annat gott argument för tvårprofessionella team är att det blir *en högre effektivitet* med de tvårprofessionella insatserna, än insatser där endast en profession är delaktig. Teamarbetet är en tidsinvestering då risken för felsteg i insatsen minskar, samt att risken för dubbelarbete minskar markant. Det tvårprofessionella teamet ger även ett *ökat lärande*, då de olika professionerna ger förutsättning till att dela med sig av olika metoder och kompetens från vardera professionen. Lärandet görs dels genomgående i arbetsgruppen, men även genom gemensamma

konsultationer i arbetslaget. *Socialt stöd eller högre arbetstillfredsställelse* är också en fördel med det tvärprofessionella teamet, då ett gott samarbete och det sociala stödet avvärjer överbelastning och stress i arbetet (Thylefors, 2007).

2.6 De viktiga relationerna

I det här avsnittet kommer viktiga relationer att presenteras. Med viktiga relationer syftas de relationer som anses vara viktiga utifrån studiens forskningsfråga och problemformulering. De relationer som identifierats är relationen mellan barn och förälder, som i ett icke fungerande skede kan leda till att föräldern söker hjälp av professionella för att stärka relationen. I mötet mellan förälder och professionell, hittar studien den andra relationen som anses som viktig.

2.6.1 Relationen mellan barn och förälder

Som nyfödd är barnet beroende av att få närhet och kontakt både för överlevnad men även för sin utveckling, redan nu börjar grunden för barnets framtida relationer att byggas. Det nyfödda barnet är inte ett vitt papper som är redo att fyllas med skrift, utan har flera medfödda egenskaper som spelar in i byggnationen av barnets relationer (Broberg, Almqvist, Risholm Mothander & Tjus, 2015), barnets medfödda egenskaper är både genetiska och biologiska (Broberg et al., 2015), som beskrivs närmare i delen om föräldraskap. Under barnets första levnadstid utvecklas det snabbt och lär sig att kommunicera genom att härma sin omgivning. För att kunna utforska och lära sig av sin omgivning behöver barnet, som är mycket känsligt, göra det i samspel med sina föräldrar som är barnets trygghet (Broberg et al., 2015).

Barnet och föräldrarna bygger sin relation genom samspel, närhet och trygghet. Under tiden som relationen byggs påverkas den ständigt av yttre och inre omständigheter, som påverkar riktningen som relationen tar. De inre omständigheterna är barnet och föräldrarnas egenskaper. Även om barnet har medfödda egenskaper som spelar in i relationen mellan barnet och föräldern, så har forskning som undersökt det allmänna sambandet mellan barns anknytning och temperament inte kunnat se något samband (Broberg et al., 2015). Forskningen visar dock tydligt på att den omvårdnadsförmåga som föräldern har är avgörande för barnets möjlighet att knyta an (Broberg et al., 2015). Den anknytning som barnet utvecklar till sin förälder, har stor betydelse för hur dess förmåga att skapa relationer kommer se ut i framtiden (Broberg et al., 2015). Mer om barnets anknytning och vad som påverkar den beskrivs mer i delen om föräldraskap.

De yttre omständigheterna som påverkar relationen, är det som sker i miljön runt barnet och föräldern, som ofta beskrivs som stressorer eller riskfaktorer (Broberg et al., 2015). Det finns många olika saker som spelar in för hur relationen mellan barnet och föräldern kommer att byggas, vilket också visar på hur svårt och komplext själva relationsbyggandet är. Det grundläggande ansvaret för relationen

och barnet är det föräldern som har och mindre svårigheter klarar ofta föräldern själv att reglera. Föräldern är även den som avgör om det behövs sökas vård eller hjälp för barnet eller deras relation (Riddersporre, 2013).

2.6.2 Relationen mellan förälder och professionell

Om föräldern upplever svårigheter i relationen till barnet eller i sin föräldraroll söker den stöd hos professionella - yrkesutövare med kompetens inom områden som föräldern söker. Redan innan föräldern identifierat en svårighet i sitt föräldraskap eller i relationen till barnet, möter föräldern professionella på BVC som har som mål att tidigt upptäcka dessa problem (Riddersporre, 2013).

När den professionella yrkesutövaren möter en förälder som upplevs ha problem med sin föräldraroll eller i relationen till barnet, ställs den professionella inför svårigheten att öppna samtalet med föräldern och även utmaningen med att se till att föräldern tar till sig av samtalet. Att vara förälder är svårt och komplext och för de flesta är det en av de viktigaste uppgifterna i livet. De flesta föräldrar anser att en bekräftelse på ett gott föräldraskap är att barnet utvecklas ordentligt och att det upplevs må bra. När barnet på något sätt avviker i utvecklingen eller i sitt mående blir det många gånger för föräldern en form av bekräftelse på ett bristande föräldraskap, som kan vara stigmatiserande för föräldern, även om det i de flesta fall bara är en känslomässig upplevelse. När föräldern möter den professionella, behöver den professionella balansera barnets problematik med förälderns känslor och upplevelser samt ta med en avvägning kring hur den professionellas medverkan i relationen påverkar utvecklingen för relationen (Riddersporre, 2013).

När det svåra mötet och samtalet mellan professionell och förälder sker är det viktigt att föräldern möts med respekt och empati även om situationen är allvarlig. Bemötandet som den professionella ger föräldern har stor inverkan för vilka möjligheter samtalet har att faktiskt hjälpa föräldern att göra förändringar. Ett samtal som fokuserar på förälderns positiva egenskaper och möjlighet att förändra det som idag är negativt ökar chansen till förändring, än det samtalet som får föräldern att känna sig kritiserad och dålig (Riddersporre, 2013, s. 70). Samtalet ska ge föräldern empowerment att förändra det negativa och förbättra det positiva i relationen till sitt barn, för att ge barnet bättre förutsättningar till en god utveckling (Köhler & Reuter, 2013).

En grundläggande möjlighet för att genom samtalet kunna uppnå en förändring, är att det finns en trygg relation, där föräldern har tillit till den professionella. Røkenes och Hanssen (2007) menar att det avgörande för att en förändring ska kunna ske för klienten, i studiens fall är klienten föräldern, är att det finns ett förtroende och en respekt i relationen, men även att det finns en förståelse för människans sårbarhet. Om föräldern i samtalet med de professionella känner sig avvisad, föraktad eller dum är risken att det påverkar självkänslan negativt och i förlängningen även relationen till barnet negativt. För att relationen ska upplevas som bra mellan föräldern och den professionella, behöver den professionella uppmärksamma sitt sätt att vara, vara empatisk samt ge bekräftelse till föräldern i samtalet (Røkenes & Hanssen, 2007). Den professionellas agerande och bemötande av föräldern i samtalet är av stor

vikt, för hur föräldern kommer uppleva samtalet samt för möjligheten att samtalet leder till en positiv förändring för barnet.

2.7 Föräldraskapet

I det här avsnittet kommer förälder, barn och familj beskrivas, för att ge en bild av de som besöker BVC. I den bästa av världar skulle alla barn som föds vara friska, psykiskt välmående samt ha föräldrar som har alla tänkbara resurser att ge sitt barn en riktigt god uppväxt. Dessvärre är det nog få förunnat att uppnå en sådan utopi. De flesta barn i Sverige växer ändå upp under goda förhållanden och får i de flesta fall goda möjligheter till en bra uppväxt (Broberg et al., 2015). Vad som exakt ligger till grund för att barnet har bra eller dåliga uppväxtförhållanden, är beroende av en rad olika faktorer som vi ska titta närmare på.

2.7.1 Familj

I dagens samhälle ser familjekonstellationen ut på en mängd olika sätt. Familjen i dess varierande former är en viktig del för ett barns utveckling, även om familjeperspektivet till stor del gått över mot ett mer individinriktat perspektiv i samhället. Vad som anses vara en familj skiljer sig i olika kulturer och samhällsgrupper, vilket kan beror på att det saknas ett universellt begrepp av vad som räknas som en familj. För det mesta brukar en kombination av blodsband och parrelation vara en utgångspunkt för familjen. Tidigare har äktenskapet varit grunden som etablerade familjen, men idag är det ofta ersatt av att man skaffar gemensamma barn istället (Schiratzki, 2014). Familjekonstellationen ligger till grund för barnets förutsättningar under uppväxten oberoende av hur familjen är utformad (Broberg et al. 2015).

2.7.2 Det nyfödda barnet

För att ett barn ska bli till krävs det en biologisk mamma och pappa. I dagens samhälle kan processen för hur ett barn blir till skilja sig åt, då det exempelvis finns familjekonstellationer med samkönade föräldrar, adoptivföräldrar eller att en ensamstående kvinna låter sig insemineras (Broberg et al., 2015). Enligt artikel 7 i barnkonventionen har ett barn *så långt det är möjligt, rätt att få vetskap om sina föräldrar och bli omvårdat av dem* (unicef.se). De biologiska föräldrarna är en förutsättning för att barnet ska bli till, men det är inte självklart att det är de personer som utgör den eller de faktiska föräldrar som barnet kommer växa upp tillsammans med. Broberg et al. (2015) menar att det som är viktigast för barnet, när det gäller dess förälder, är att personen har ett långsiktigt engagemang, stödjer barnet i dess utveckling, har en kontinuitet i sin föräldraroll samt kan samarbeta med andra personer som har ett omvårdnadsansvar för barnet, som exempelvis förskolepersonal och BVC. Den eller de personer, vilket oftast är de biologiska föräldrarna (Blair et al., 2013), som kommer ha det långsiktiga omvårdnadsansvaret för barnet är en viktig del av hur barnets uppväxt kommer bli.

När ett barn föds är det beroende av omsorg från sina föräldrar för att överleva (Riddersporre, 2013). Människan är när den föds i lägre grad färdigutvecklade i jämförelse med andra primater, framför allt hjärnans utveckling ligger efter till följd av att vi har större hjärnor än andra primater. Vår stora hjärna gör att utvecklingen tar längre tid, men även att vi har förmåga att lära oss avancerat språk och mentalisering, vilket de andra primaterna saknar förmåga till (Wennerberg, 2013). Barnets långsamma utveckling gör att det är utsatt och helt beroende av att människorna runt det ser, förstår och tillgodoser alla fysiska och psykiska behov (Riddersporre, 2013). Även om ett spädbarn är utsatt, är dess överlevnadsinstinkt stor, vilket gör att barnet lätt kan aktivera affekten rädsla som är viktig för överlevnaden. Barnet har ingen egen förmåga att reglera sin affekt själv, utan är beroende av en förälders trygghet för att kunna reglera rädslan (Wennerberg 2013). När barnets förälder ser samt svarar på barnets reaktion genom närhet och tröst skapas en trygg anknytning som är en viktig del av barnets utveckling (Broberg et al., 2015).

2.7.3 Anknytning

En trygg anknytning bygger på att barnet kan lita på att föräldern kontinuerligt finns där och ger det närhet när barnet har behov av trygghet. Närheten är viktig för överlevnad och känslomässig utveckling för barnet, men är även det som ger barnet en trygg bas att utgå ifrån. Den trygga anknytningen ligger till grund för att barnet under sin uppväxt själv ska kunna utforska och lära sig av sin omgivning för att bli en självständig individ (Wennerberg, 2013). En trygg anknytning som bygger på ett kontinuerligt skydd och trygghet, är ett skydd för barnet under uppväxten. Exempel på skydd som en trygg anknytning kan leda till att barnet får förmåga att reglera sina känslor, förmåga att hantera negativa händelser (Broberg et al., 2015) samt ett minskat normbrytande när föräldern är en god förebild (Sundell, Egelund, Andrée Löfholm & Kaunitz, 2007) Även om en trygg anknytning är ett skydd för barnet så finns det ändå risker att andra faktorer under uppväxten orsakar problem (Broberg et al., 2015).

Barnet som inte får sin affekt reglerad och sitt behov av trygghet och skydd tillgodosett på ett tillfredsställande och kontinuerligt vis leder till en otrygg anknytning (Broberg et al., 2015), som är en riskfaktor. En otrygg anknytning gör det svårt för barnet att reglera sina känslor samt tyda signaler från sin omgivning. Den främst avgörande orsaken till hur anknytning kommer att utvecklas är förälderns förmåga till omvårdnad av barnet (Broberg et al., 2015). En förälders förmåga till att ge omvårdnad är en del av dennes egen anknytning, då anknytningsmönster ofta går i arv och barnets beteende väcker minnen hos föräldern, som påverkar dennes förmåga att knyta an till barnet (Wennerberg, 2013). Har således förälderns anknytning varit otrygg ökar barnets risk till att utveckla en otrygg anknytning. Det är dock inte bara förälderns egen anknytning som kan vara orsaken till en otrygg anknytning, utan även när det exempelvis finns missbruk inom familjen, psykisk ohälsa hos föräldern, eller våld i familjen (Broberg et al., 2015). Orsakerna som kan göra anknytningen otrygg är även faktorer som kan vara risker för barnets utveckling under uppväxten.

2.7.4 Riskfaktorer och skyddande friskfaktorer

Under barnets uppväxt finns det många orsaker som kan komma påverka dess utveckling och trygghet. Hur anknytningen mellan barn och förälder ser ut är en del av om barnets uppväxt blir bra, dålig eller kanske bara tillräckligt bra. Ett spädbarn kan även ha egna medfödda sårbarheter som både kan vara psykologiska exempelvis anknytningsmönster och biologiska, men även fysiska som till exempel kan handla om en funktionsnedsättning (Broberg et al., 2015).

Under uppväxten kan barnet komma att utsättas för riskfaktorer i sin uppväxtmiljö som påverkar barnet negativt (Broberg et al., 2015). Risker som kan finnas i barnets familj är exempelvis arbetslöshet, skilsmässa, psykisk sjukdom, ensamstående förälder eller invandring (Broberg et al., 2015). Riskerna kan leda till en omsorgssvikt i form av vanvård eller övergrepp, framförallt om det finns flera riskområden för barnet. I familjen möter barnet även risker redan i anknytningen, men även barnets fostran kan vara en risk om den exempelvis är försummande eller auktoritär med fysiska bestraffningar (Broberg et al., 2015). Barnet utsätts även för risk om det bevittnar våld eller utsätts för mycket konflikter, har föräldrar som är alkoholiserade eller har annat missbruk samt utsätts för stress i stor utsträckning (Sundell et al., 2007). Det kan också finnas risker i miljön utanför familjen till exempel i kompisrelationer, på förskolan eller i skolan (Broberg et al., 2015).

World Health Organization och *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* beskriver i *a guide to taking action and generating evidence* (2006) riskfaktorerna utifrån föräldern som att de kan utspela sig på olika nivåer samt att de nivåerna samspelar med varandra och ligger till grund för att barnet riskerar att fara illa. Den första nivån handlar om individens ålder och kön tillsammans med egna livserfarenheter, som tenderar att utsätta barnet för risk att fara illa. Nivå två handlar om relationer. De relationer som syftas till är nära relationer för föräldern och familjen samt det närmaste nätverket runt familjen som kan utsätta barnet för risker. I den tredje nivån handlar det om faktorer, i de relationerna som finns i det större nätverket, som exempelvis skolan, arbetsplatsen eller i bostadsområdet. Utformningen av dessa nätverk kan i sin tur påverka att barnet riskerar att fara illa. Den sista nivån handlar om hur samhället i stort influerar att barnet riskerar att fara illa. Influenserna som påverkar är normer kring synen på barnmisshandel och uppfostrings våld, ekonomiska skillnader i samhället samt hur välfärden är utformad i samhället (WHO & ISPCAN, 2006).

Barnet kan utsättas för många risker under uppväxten, men det innebär inte alltid att det kommer att påverka barnets uppväxt eller utveckling, då det även finns friskfaktorer som skyddar barnet mot risker. Friskfaktorer som kan vara medfödda, som gör att barnet har en egen motståndskraft till de risker som den utsätts för, eller förvärvas genom social kompetens, jagstyrka, problemlösningsförmåga och känsla av sammanhang. Skyddande friskfaktorer kan även finnas i barnets familj eller utanför familjen som till exempel en bra skola, en hjälpsam granne eller en stöttande släkting (Broberg et al., 2015).

2.7.5 Det komplexa föräldraskapet

Den forskning som framställts här har främst visat på ett perspektiv med utgångspunkt i barnet, men när ett barn föds, föds även föräldraskapet till barnet. Som tidigare beskrivits är föräldrarna nödvändigtvis inte de biologiska föräldrarna och de är inte heller alltid två föräldrar. Oavsett hur många föräldrar det är och hur familjen ser ut, är barnet i de flesta fall efterlängtad och något glädjande. Samtidigt är det en förändring att få barn vilket kan väcka minnen från sin egen barndom och skapa stora förväntningar som i sin tur kan leda till stress hos föräldern. Oro är även en naturlig del av det nya livet som förälder och oron är i viss mån positiv, så spädbarnets och sedermera barnets, alla behov tillgodoses (Broberg et al., 2015).

I de flesta fall har föräldrarna tillräckliga förmågor att mäta med det nya livets alla hinder och prövningar samt frågor och funderingar som uppstår under barnets uppväxt och utveckling. Ibland räcker dock inte förmågorna till, som när föräldrarna ställs inför prövningar som de inte själva klarar att reda ut eller när någon annan omsorgsperson runt barnet uppmärksammar att barnet riskerar att fara illa. Vid dessa tillfällen kan familjen börja med att söka råd hos BVC för att få hjälp (Riddersporre, 2013).

3 Teori

I det här kapitlet beskrivs *utvecklingsekologiska teorin* som används som ett teoretiskt ramverk, för att se olika dimensioner i studiens kodning och analys. Utvecklingsekologiska teorin används i studien som en del av grunden i kodningen av empirin, som samlas in genom intervjuer. Kodningen genomförs med Jönsons problemperspektiv och med utvecklingsekologiska teorin, för att ge djup i empirin samt visa på att det finns olika dimensioner i de olika systemen som finns i utvecklingsekologin. När studien lägger samman empirin och den tidigare forskning, når studien med fortsatt hjälp av utvecklingsekologiska teorin som ram, ett resultat och slutsatser. Utvecklingsekologiska teorin medför ett resultat i flera dimensioner som även speglar de nivåer som finns i dagens preventionsarbete, för att utmärka samhällets olika system och hur de samspelar med varandra.

3.1 Utvecklingsekologi

Urie Bronfenbrenner är en amerikansk forskare som, år 1979, arbetade fram den teori som handlar om mänsklig utveckling, utvecklingsekologi (Andersson, 2013). Bronfenbrenner har översatts och presenterats i Sverige av forskaren Bengt-Erik Andersson (1980). Fenomenologi, interaktionism samt systemteori är de teoretiska bildningarna som inspirerat Bronfenbrenner till den utvecklingsekologiska teorin. Det som synliggör fenomenologins drag är det fokus som finns på förhållanden kring individen, som är av objektiv och yttre karaktär, interaktionismen syns då det finns ett fokus som tittar på samspelen mellan miljön och individen, samt systemteorin som är det som inspirerade till att visa på olika delar av miljön, i de olika systemen och hur de hör ihop med varandra (Andersson, 1980).

Utvecklingsekologin kom som en reaktion på utvecklingspsykologin då Bronfenbrenner valde att titta på individens utveckling, men inte endast utifrån den enskilde individen, utan att istället titta på hur utvecklingen sker i ett sammanhang och ett samspel med faktorer i omgivningen (Andersson, 2013). Strukturen för utvecklingsekologin består av fem stycken system som samspelar med varandra, dessa är *mikrosystemet*, *mesosystemet*, *exosystemet*, *makrosystemet* samt *kronosystemet*. I denna studie har tre av dessa fem system använts, som kommer presenteras mer ingående i följande delar.

3.1.1 Mikrosystemet

Ett *mikrosystem* identifieras som små system av olika karaktär i samhället och kan exempelvis vara en familj, en förskola eller en arbetsplats. De delar som är av störst vikt är roller, aktiviteter samt sociala relationer (Andersson, 1980). *Dyaden* är det minsta systemet som innefattas i mikrosystemet och handlar om relationen mellan två personer, som exempelvis är förälder och barn. I dyadsystemet tittar man på hur den ena personens beteende och handlingar kan komma att påverka den andre personen. Enligt Bengt-Erik Anderssons sammanfattning (1980) kan det däremot ske en andragsgradseffekt, då familjer oftast består av fler än endast två personer. Andragsgradseffekten innebär alltså att en dyad kan påverkas, beroende på hur en annan dyad inom familjen fungerar. När det mänskliga beteendet ska analyseras kan man enligt Bronfenbrenner (1979) inte bortse från att en tredje part kan komma att påverka, oberoende om den är fysiskt närvarande eller inte.

Dyaden definieras av olika funktionsformer och dessa är *observational dyad*, *joint activity dyad* samt *primary dyad* (1979). Observational dyad handlar om att ena personen visar ett intresse för den andra personens handlingar och den andre uppmärksammar det intresset. Joint activity dyad handlar om när båda personerna har uppfattning om att någonting görs tillsammans, däremot innebär inte de att dem gör samma sak. Primary dyad handlar om relationen som fortgår att existera, trots att personerna inte är fysiskt med varandra (Bronfenbrenner, 1979).

3.1.2 Exosystemet

Exosystemet handlar om hur individens utformning och möjligheter i samhället påverkas av samhällsinstitutioner, samt andra faktorer som står utanför individens närmiljöer som har en påverkan (Andersson, 1980). Det man tittar på är hur institutionerna och faktorerna påverkar hur roller, relationer och aktiviteter ser ut och är i de mindre systemen, mikrosystemen och mesosystemen. Det som Bronfenbrenner menar är att exosystemet handlar om händelser i systemet som påverkar individens utveckling, men inte vad som händer i individens utveckling, då det inte tillhör detta system (1979). Bronfenbrenner (1979) menar att det kan ses hur individens utveckling påverkas i ett orsakssamband som har två steg. Det första steget är att händelser i den yttre miljön kopplas till det som sker i individens närmiljö. I det andra steget sammanfogas det yttre händelserna med individens egen utveckling som i sin tur påverkar individens närmiljö. Orsakssambandet kan även börja i steg två och gå till steg ett (Bronfenbrenner, 1979).

3.1.3 Makrosystemet

Makrosystemet innefattas av bland annat övergripande allmänna värderingar, politiska beslut och uttalade funktioner, som rör institutioner och verksamheter i samhället (Andersson, 1980) såsom förskolan samt barnvårdscentraler. Bronfenbrenner (1979) beskriver att systemet syftar till det trossystem och kultur som är mest framträdande i samhället. Makrosystemet genomsyrar alla de underliggande systemen i utvecklingsekologin. I makrosystemet beskriver Bronfenbrenner (1979) även att det i samhället finns både kulturer och subkulturer som kan skilja sig från varandra, men kan även vara homogena, i olika typer av närmiljöer. I dessa närmiljöer finns det omständigheter och värderingar av ekonomisk, ideologisk samt etnisk karaktär, som har en påverkan på individens utveckling, både indirekt och direkt (Bronfenbrenner, 1979).

4 Metod

I kapitlet som följer presenteras studiens kvalitativa forskningsansats samt studiens verktyg. Studien har genomförts med hjälp av fyra semistrukturerade intervjuer, samt med stöd av ett analyschema som inspirerats av problemperspektivet. Avsnittet avslutas med etiska överväganden och en metodkritisk diskussion.

4.1 Kvalitativ forskningsansats

I studien används en *kvalitativ forskningsansats* med en *abduktiv syn*. Den abduktiva ansatsen används för att se samband mellan teori och empiri i vetenskapliga studier. Abduktionen innehåller inslag av både deduktionens hypotesprövande och induktionens utforskande drag. I den abduktiva ansatsen söker forskaren först en struktur i forskningsområdets utgångspunkt, för att genom det nå ett förslag till en teoretisk hypotes. Sedan använder forskaren hypotesen för att pröva den på olika tänkbara utfall, som ger forskaren en möjlig förklaring till hypotesen. Under denna process kan hypotesen utvecklas och ge forskaren en ny dimension till hypotesen, vilket gör att den abduktiva ansatsen inte utesluter en mer nyanserad förklaring (Alvesson & Sköldberg, 2017).

Studien har använt den abduktiva ansatsen genom att utgå från en föreställning om att det behövs ett utökat stöd i ett tidigare skede i barnets liv, vilket ledde till studiens hypotetiska utgångspunkt. Studiens utgångspunkt är att pröva hypotesen hur en implementering av en socionom skulle utveckla dagens tidigt förebyggande arbete på BVC. Hypotesen prövas sedan genom att söka svar i den tidigare forskningen som beskrivs i studien samt genom semistrukturerade intervjuer med respondenter som är av vikt för studiens forskningsområde. Genom den insamlade empirin når studien en nyanserad förklaring med flera dimensioner.

4.2 Intervjuguide

Det viktiga i utformningen av en intervjuguide, är att frågorna utformas så forskaren får fram information kring hur respondentens kunskap och upplevelser ser ut utifrån studiens tema. Frågeställningar och teman bör formuleras så de inte är alltför specifika, för att minska risken att intervjun styrs utifrån forskarens föreställningar (Bryman, 2011).

Utformningen av frågeställningar och teman i intervjuguiden har sin grund i studiens frågeställning. För att utforma frågeställningar och teman i intervjuguiden, behöver utgångspunkten vara respondentens syn på studiens frågeställning, utifrån respondentens erfarenhet. För att kunna utforma intervjuguiden behöver forskarna få en grundläggande bild av respondenten genom att besvara frågan: *Vad måste jag veta för att kunna besvara mina olika frågeställningar?* (Bryman, 2011). I utformningen av frågeställningen bör forskaren även tänka på att ha en viss ordning på de teman som utgör intervjuguiden, så det blir ett bra flyt i intervjun. Anpassa språket efter respondenten samt att inte använda ledande frågor. Ta med frågor om respondentens bakgrund som är relevant för studien, exempel

på frågorna är vilken position i organisationen, arbetslivserfarenhet och ålder (Bryman, 2011). Studiens intervjuguide är utformad utifrån tre huvudteman, samt ett inledande- och ett avslutande avsnitt. De tre huvudteman som används i intervjuguiden är *förebyggande arbete*, *BVC* och *socionomen på BVC* (se bilaga 1). Utifrån dessa teman har författarna gemensamt formulerat ett antal frågor som ryms inom vardera temat. Under studiens gång har intervjuguiden reviderades, utvecklats och anpassats. Ändringarna i intervjuguiden har gjorts utifrån vilken respondent som ska intervjuas samt i takt med studiens utveckling.

Jan Trost (2005) skriver om skrällen för tystnaden i intervjusammanhang och belyser då vikten av att ge tystnaden utrymme i samtalet. Han menar att vid tystnaden kan en nyansering eller komplettering av respondentens svar växa fram. Det är av vikt att inte avbryta en tankekedja, utan istället lämna tid för eftertanke, annars riskerar intervjun att bli allt mer destruktiv (Trost, 2005). I studiens intervjuguide har det utifrån Trosts resonemang utformats ett förhållningssätt, som under intervjun ska finnas med i åtanke. Förhållningssättet handlar om att våga låta tystnaden tala för sig själv under samtalet.

4.3 Semistrukturerade intervjuer

Tyngdpunkten i den kvalitativa intervjun är respondentens egna uppfattningar och synsätt. I denna studie är tre av respondenterna representanter för tillhörande myndighet eller aktör som ska delta i studien. Den fjärde respondenten är med som representant utifrån sin forskning och kunskap. Utgångspunkten i intervjun är ett intresse av att undersöka respondentens ståndpunkt av studiens syfte. Under intervjun är det en fördel att låta intervjun röra sig i olika riktningar utifrån respondenten som leder riktningen, detta för att få kunskap om personens upplevelser av vad som är relevant och viktigt. Den kvalitativa intervjun tillåter forskaren att följa respondenten och kan således frångå intervjuguiden som formulerats och ställa andra frågor eller ändra ordningsföljden i intervjuguiden, för att passa respektive intervju. Detta ger den kvalitativa intervjun en möjlighet att vara flexibel och följsam, utifrån respondentens kunskap som kan leda till svar på frågor, som forskaren innan intervjun inte haft förmåga att formulera. Syftet med den kvalitativa intervjun är att få djupa och uttömmande svar från respondenten, för att ge en bra grund till analysen (Bryman, 2011).

Samtliga intervjuer spelas in med hjälp av en inspelningsapp i en av författarnas mobiltelefoner. Under intervjun är det bestämda ansvarsroller författarna emellan. En av författarna har det övergripande ansvaret, medan den andra ansvarar över den tekniska logistiken, samt antecknar och flikar in med frågor under intervjun vid behov. Efter genomförd intervju transkriberades inspelningen, i så nära anslutning som möjligt till intervjutillfället. Transkriberingarna tar författarna ett gemensamt ansvar för samt ser även till att arbetet fördelas jämnt mellan dem båda.

Fyra intervjuer genomförs i studien, med respondenter som anses ha relevant och viktig kunskap som svarar på studiens syfte och forskningsfrågor.

4.4 Urval

I studien används ett *målstyrt urval*, Bryman (2011) beskriver att forskaren gör urvalet med en bild av att respondenterna är relevanta för problemområdet och forskningsfrågan. Det finns olika former av målstyrda urval, och det som tillämpas i denna studie är *teoretiskt urval*. Urvalet görs genom att använda en teoretisk samplingsmetod, som innebär att det väljs ut respondenter som det genomförs intervjuer med, tills man uppnår en teoretisk mättnad.

Med utgångspunkt i det teoretiska urvalet söker studien respondenter på myndigheter, som anses som relevanta att svara på studiens problem, syfte och forskningsfrågor. Studien vill få en övergripande bild av det forskningsområde som ska undersökas, därför kontaktas övergripande myndigheter i Sverige. Anledningen till att urvalet ska ha en övergripande karaktär är då vi vill undvika att respondenterna arbetar allt för praktisknära och för att kunna se på det förebyggande arbetet i ett övergripande perspektiv. För att nå respondenter väljs tre myndigheter ut, *Socialstyrelsen*, *Folkhälsomyndigheten* samt *Sveriges kommuner och landsting* (SKL), som anses lämpliga för att kunna svara på studiens problemformulering, syfte och forskningsfrågor. Anledningen till att dessa myndigheter utses, är då de anses ha en mer övergripande karaktär, men även då studiens författare har en tanke om att de myndigheterna, i någon utsträckning arbetar med det tidigt förebyggande arbetet och hur det skulle kunna utvecklas. Från varje myndighet väljs tre personer ut, som får representera myndigheten för att de av, studiens författare identifierat som intressanta, utifrån det kunskapsområde som de utges av respektive myndighets hemsida att arbeta inom. De kunskapsområden som personerna representerar är *livsvillkor och levnadsvanor*, *hälso- och sjukvården* samt *strategi för hälsa*.

Personerna på de olika myndigheterna kontaktas genom mejl och de ger lite olika utfall. Utfallet för kontakten med Socialstyrelsen leder inte till någon intervju, detsamma gäller kontakten med SKL. Kontakten med Folkhälsomyndigheten resulterar i en intervju, samt en kontakt med Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län. För att nå fler respondenter kontaktas även Forte, Akademikerförbundet SSR samt en kriminolog som även forskar inom det området. Till sist blir det faktiska urvalet två personer från Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län, en person från Folkhälsomyndigheten samt forskaren inom kriminologi, som alla beskrivs närmare i avsnittet om respondenter.

4.5 Respondenter

Studien söker svar på problemet, syftet och forskningsfrågorna genom att genomföra intervjuer med representanter från barnhälsovårdsenheten i Stockholms län, Folkhälsomyndigheten och en forskare inom kriminologi. Dessa sociala aktörer har valts utifrån en tanke om att de kan ge en övergripande bild. Aktörerna är sakkunniga i området kring förebyggande arbete gällande barn, samt har en helhetsyn över området som studien undersöker.

Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen med att stödja och utveckla barnhälsovårdens arbete (vardgivarguiden.se). Deras arbete är att stödja

personalen som arbetar på BVC. BVC är grunden för studiens intresseområde, vilket gör deras medverkan viktig för studien.

Intresset att kontakta en forskare inom kriminologi, väcktes genom att forskaren medverkade i en intervju på radio Stockholm. Intervjun handlade om kriminologens arbete om barn- och ungdomskriminalitet och orsakerna till den kriminaliteten framför allt i förorten. Kriminologen menar att vi behöver stärka föräldrar, framför allt mammor, samt bli bättre på att sprida kunskap om vikten att föräldrar tar ansvar och stöttar sina barn under uppväxten. Kriminologen menade också att detta behöver ske tidigt i barnets liv, genom hembesök av BVC och det räcker inte med ett besök utan kontinuerligt under barnets uppväxt. Tanken om tidig stöttning av föräldrar i deras föräldraroll genom BVC, möter studiens intresseområde vilket gör kriminologen till en intressant respondent för studien.

Folkhälsomyndigheten är en intressant myndighet för studien, då myndigheten arbetar med övergripande frågor kring barn och ungas livssituation, förutsättningar och framtid. De arbetar även med att stödja, utveckla, förnya och förebygga arbete som berör barn och unga. Folkhälsomyndigheten är en myndighet som har ett ansvar att bland annat ge kunskap om och inspirera till att använda etablerade insatser, som förebygger ohälsa och främjar barn och ungas hälsa. På Folkhälsomyndighetens hemsida står det:

Insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland barn och unga är en god investering. Ett prioriterat område inom vårt uppdrag är bland annat insatser för barn som växer upp med föräldrar som, på grund av exempelvis missbruk, psykisk ohälsa eller våldshandlingar, brister i sina roller som föräldrar. (folkalsomyndigheten.se)

På hemsidan beskriver folkhälsomyndigheten även, under barn och ungdomsåren har förhållanden en betydande roll för hur den fysiska och psykiska hälsan kan komma att se ut under resten av livet. Barn och ungas hälsa är en högt prioriterad målgrupp för folkhälsomyndigheten, som arbetar på uppdrag av Sveriges regering (folkalsomyndigheten.se).

Studiens empiri inhämtas från respondenterna som är representanter för de olika sociala aktörerna, genom semistrukturerade intervjuer som utgår från studiens intervjuguide. Det genomförs intervjuer med en överläkare på Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län samt med en vårdutvecklare som arbetar på Barnhälsovårdsenheten. Den tredje intervjun är en telefonintervju med en utredare som arbetar på Folkhälsomyndighetens enhet för psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Studiens sista intervju är med forskaren inom kriminologi.

4.6 Bortfall

Bortfallet för studien är de tilltänkta representanter på myndigheterna och organisationerna som kontaktades, men inte kunde eller valde att inte delta i en intervju för studien. Bryman (2011) menar att ett visst bortfall är vanligt när en studie genomförs. Studien hade en förhoppning om att uppnå fler respondenter både från de myndigheter som deltar i studien, men även från de som avböjt från att medverka.

Kontakten med Socialstyrelsen resulterar inte i någon intervju, trots flertalet försök att få en intervju. De avböjer med en förklaring, där de menar att det inte ingår i myndighetens grunduppgifter att svara på studenters frågor och att de inte har möjlighet att avsätta tid till det. SKL kontaktas och avböjer, utifrån en tanke om att de inte har något att säga om studien. Efter dessa bortfall kontaktas även Forte och Akademikerförbundet SSR, som även de avböjer medverkan.

Socialstyrelsen är en av de myndigheter som initialt kontaktas, utifrån en tanke om att de i viss utsträckning arbetar med det tidigt förebyggande arbetet och att de i någon utsträckning utvecklar det arbetet. Det är svårt att veta vilken påverkan det haft för studien att de inte medverkade. Det kan inte förutsättas att Socialstyrelsen faktiskt hade tillfört någonting till studien, även om det fanns en förväntan att de skulle ge en mer nyanserad empiri. Anledningen till att det fanns en tanke om att Socialstyrelsen skulle kunna tillföra mycket till studien, är då deras verksamhet rör både socialtjänst samt hälso- och sjukvård (socialstyrelsen.se).

Utifrån att Forte är ett statligt forskningsråd, som bekostar forskning inom områdena hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte.se), fanns det en förhoppning om att genom dem komma i kontakt med sakkunniga forskare inom studiens forskningsområde. Orsaken till att Forte identifierades som en intressant respondent, är då det fanns en tanke om att sakkunniga representanter hade kunnat generera en ytterligare dimension till empirin, som kunnat ge mer djup. Akademikerförbundet SSR kontaktades för att få en bild av hur de tänker att socionomens roll skulle kunna tillföra någonting inom barnhälsovården, då de representerar socionomprofessionen och genom det har en unik kunskap kring den yrkesverksamma socionomen samt professionen i stort. Anledningen till att Akademikerförbundet SSR blev ett faktiskt bortfall, är då de hade ett tekniskt fel i deras mejlsystem i samband med att vi kontaktade dem, vilket framkom först 23 maj. SKL är en arbetsgivar- och intresseorganisation, som har ett uppdrag att stödja och bidra till en utveckling av kommuner, landsting och regioners verksamheter. De har även en nätverksfunktion där samordning och kunskapsutbyte möjliggörs (skl.se). SKL kontaktades utifrån organisationens uppdrag med utveckling av kommuner och landsting, vilket gjorde dem till en given kontakt utifrån studiens forskningsområde. Med en medverkan från SKL hade studien kunnat få fler dimensioner och en mer fördjupad empiri.

Studiens totala bortfall uppgick till 4 myndigheter och organisationer som avböjde medverkan. Studien har även ett bortfall på Barnhälsovårdsenheten i Stockholm, med en respondent som inte kunde medverka i studien till följd av tidsbrist.

4.7 Etiska överväganden

Vetenskapsrådets (2002) *fyra forskningsetiska huvudkrav* är av övergripande karaktär och har följts genomgående i studiens utförande. Huvudkraven är *information, samtycke, konfidentialitet* och *nyttjande*.

Informationskravet handlar om att forskaren har skyldighet att informera alla respondenter som kontaktas, kring uppsatsen syfte, på vilket sätt den insamlade empirin från respondenterna kommer att

användas, samt att deltagandet bygger på frivillighet som innebär att respondenterna kan frånsäga sig sin medverkan under hela forskningsprocessen. Detta har i studien tagit hänsyn till genom att ett informationsbrev, i form av mejl, har skickats ut till respektive respondent, för att informera om det som innefattas i informationskravet. I samband med samtliga intervjutillfällen har villkoren nämnts ytterligare en gång för att påminna om respondenternas rättigheter (Vetenskapsrådet, 2002). Utifrån informationskravet möte inte studien några etiska dilemman.

Samtyckes- och konfidentialitetskravet har beaktats (Vetenskapsrådet, 2002) och inhämtats muntligt i och med intervjutillfället som ägt rum med vardera respondenten. Studien övervägde att inhämta samtycket skriftligt, men eftersom respondenterna inte ska vara representerade i studien som privatpersoner, så ansågs muntligt samtycke vara tillräckligt. Vid varje intervjutillfälle, innan intervjun startade, har respondenterna fått ge sitt godkännande, dels till att den information som framkommer i intervjun får användas som empiri i studien. Efter genomförda intervjuer har vi valt att avidentifiera respondenterna genom att endast benämna de med deras titel och arbetsområde eller arbetsplats. Anledningen till avidentifieringen av respondenterna är för att studien vill skydda den enskildes integritet.

Det är av studiens intresse att få en bild av respondenternas befattning på respektive arbetsplats och även vilket område vardera respondenten arbetar inom, då det inte är deras personliga åsikt som studien är intresserad av utan deras professionella. Trots att respondenterna är avidentifierade skulle personerna kunna identifieras av någon med insikt i respondenternas respektive arbetsplats. Det är dock av vikt för studien att den här informationen finns med, för att visa på vilket sätt respondenternas professionella kunskap är relevant för forskningsområdet.

Respondenterna fick även lämna samtycke om att intervjun fick spelas in och sedan bearbetas i form av transkribering genomförd av oss två studenter. Samtliga respondenter fick information om att de när som helst under intervjuerna hade möjlighet att avbryta sin medverkan i studien. De informerades även om att de, dels under genomförandet av intervjun, men även i efterhand hade rätt att dra tillbaka information som delgivits. Ingen av de respondenter som intervjuades har avböjt medverkan under eller efter intervju, vilket gjort att studien inte ställts inför ett etiskt övervägande kring detta.

Nyttjandekravet beaktats då information om de enskilda respondenterna endast används i forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Bortsett från presentationerna av respondenterna som kommer att finnas med i studien, kommer all övrig information från ljudupptagning, samt transkriberingen att raderas efter att studien är godkänd och publicerad i DiVa. Respondenterna som medverkar i studien har gett sitt medgivande till att studien använder informationen om dem. Inga etiska dilemman uppstod eftersom alla respondenter tagit del av informationen samt godkänt den.

Samtliga medverkande respondenter gav sitt godkännande till att vi fick använda oss av informationen som framkom genom intervjuerna, samt att de alla informerades om studiens forskningsetiska överväganden. Under genomförandet av studien har inga etiska dilemman uppstått, även om det under genomförandet av studien tagits hänsyn till de etiska överväganden som bör beaktas i en studie.

4.8 Reliabilitet och validitet

Inom det kvalitativa forskningsområdet beskriver Bryman (2011) hur forskare resonerar kring i vilken utsträckning validitet och reliabilitet kan användas, då de begreppen är mer riktad mot kvantitativ forskning. Bryman (2011) presenterar alternativa begrepp som är *tillförlitlighet*, som i sin tur benas ut i *trovärdighet*, *överförbarhet* och *pålitlighet*.

Trovärdighet, enligt Bryman (2011) den interna validiteten, handlar om att titta på om forskaren undersöker det som studien utger sig för att undersöka (Kvale & Brinkmann, 2014). Med en välarbetad forskningsfråga, ett syfte som följs genomgående, en intervjuguide som struktureras om och utvecklas, samt med en utförlig beskrivning av tillvägagångssättet bedöms studien ha en hög trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom att titta på omständigheterna kring de genomförda intervjuerna kan trovärdigheten komma att ändras (Kvale & Brinkmann, 2014). Eftersom alla fyra genomförda intervjuer hade representanter för en övergripande grupp, och inte sin egen persons åsikt, kan svaren i intervjuerna påverkats. Då man som enskild person ska representera en myndighet, som i ett av fallen, kan en osäkerhet träda fram hos respondenten där ställningstaganden i vissa frågor kan vara svårt att bemöta. Respondentens svar kan alltså ha påverkats av faktorer, som att känna sig utelämnad i komplexa lägen där det krävs eftertanke innan ett svar kan ges. Eftersom studien var intresserad av att höra myndigheter, samhällsaktörer och relevanta verksamheters röst spelar inte de privata personernas tyckande någon roll för studien.

Överförbarhet, enligt Bryman (2011) den externa validiteten, innebär att forskaren ställer sig frågan om resultatet går att generalisera till en annan studie. I kvalitativa studier är inte bredden av resultatet av samma vikt, som djupet av resultatet i förhållande till resonemanget eller ämnet. Djupet kan ge en möjlighet till att applicera studien på andra områden eller andra ämnen (Kvale & Brinkmann, 2014). Eftersom det fanns en förhoppning om att fler respondenter skulle intervjuats, från studiens urval, hade det kunnat generera lite mer bredd samt djup i det resultat som presenteras. Det befintliga resultatet kan inte generaliseras, då resultatet endast har ett visst djup inom området, men däremot inte tillräcklig bredd för att kunna applicera det på samhället i stort. Studiens resultat kan däremot användas som avstamp i framtida studier och forskning, men även som en utgångspunkt till en utveckling av den tanke och idé som följt studien och dess resultat.

Pålitlighet, enligt Bryman (2011) reliabilitet, handlar om att forskaren ska ha givit en fullständig redogörelse för hur samtliga faser i forskningsprocessen har sett ut, samt hur den har påverkar studien. Det som redovisas i denna studie är val av område att undersöka, hur problemformuleringen har formats, varför urvalet för intervjuerna ser ut som det gör, varför grounded theory använts som en generell strategi, samt valet av analysmetod. I samtliga avsnitt har det beskrivits och förklarats varför studien tar vissa riktningar, hur omständigheter under forskningsprocessen har påverkat inriktningar att ändras till andra, samt varför de metoder som används i studien har valts. Utifrån att samtliga delar är beskrivna genomgående i studien kan den anses vara pålitlig.

4.9 Kodning med hjälp av problemperspektivet

Problemperspektiv är en ansats som används för att se och förstå sociala problem utifrån olika problemfrågor (Jönson, 2010). Jönson beskriver perspektivets sätt att tänka på och arbeta utifrån som perspektivansats eller perspektivanalys. I boken beskrivs ett analyschema som kan användas dels för att koda insamlad empiri, men även för att analysera den (Jönson, 2010). I studien har vi använt ett analyschema med ett antal samspelta komponenter, utifrån Jönsons beskrivning. Vi valde ut dem komponenter som vi ansåg vara mest relevanta för att beskriva det sociala problemets konstruktion, konstruktionen av tidigt förebyggande arbete. Komponenterna som används är *karaktär*, *orsak*, *konsekvens och omfattning*, *lösningar* samt *aktörer*.

Komponenten *karaktär* menar Jönson är situationen som problemet består av, det som inte är fungerande. *Orsak* är komponenten som visar på vad som föranlett problemet. Komponenterna *konsekvens och omfattning* handlar om vad problemet leder till för de som drabbas. *Lösningar* är en komponent som ger förslag till åtgärder på problemet och vem som anses vara lämplig att lösa det. Komponenterna *aktörer* ger en bild av vilka som berörs och är en del av problemet (Jönson, 2010).

När vi tittar utifrån komponenterna i kodningsschemat, har vi valt att titta på alla komponenter utifrån en *utvecklingsekologisk teori*. I intervjuerna identifierar vi komponenterna i tre nivåer som möter teorins tre system, *mikro*, *exo* och *makro*.

Tabell 1. Kodningsschema över komponenterna i problemperspektivet, som används för kodning av transkriberingarna av studiens intervjuer.

Problemkomponent	Mikrosystemet	Exosystemet	Makrosystemet
Karaktär			
Orsaker			
Konsekvenser och omfattning			
Lösningar			
Aktörer			

Genomförandet av kodningen utgick från den transkriberade empirin som skrevs ut i pappersform, för att göra empirin mer överskådlig. Jönsons analyschema användes för att teckna vårt kodningsschema, som innefattar studiens relevanta komponenter. De utskrivna transkriberingarna färgkodades utifrån

relevans av de olika komponenterna och delades sedan in i respektive färg. Utifrån de komponenter vi valt i schemat ställer vi frågor, Jönson ger förslag på frågor under vardera komponenten, till de transkriberade intervjuerna. De frågor som ställs i kodningsschemat, har inte varit frågor som respondenterna fått svara på, utan har enbart ställs till de transkriberade intervjuerna. Vi har valt att anpassa några av frågorna specifikt till vardera systemet i teorin, men till största del har frågorna haft utgångspunkt i de frågor som Jönson föreslår (Jönson, 2010). Genom att utgå från kodningsschemat vi gjort och anpassat för vår studie, identifierade vi återkommande ämnen, meningar och ord från intervjuerna, som vi satte in under varje rubrik, vilket redovisas i kapitel fem. Efter redovisningen av kodningen, analyseras kodningen med den tidigare forskning som studien beskrivit och genom att analysera dessa delar tillsammans, växer studiens resultat och slutsatser fram i kapitel sex.

4.10 Metodkritisk diskussion

Studiens syfte har varit att undersöka det tidigt förebyggande arbetet med barn, samt om en implementering av socionomen på BVC, skulle kunna utveckla det förebyggande arbetet som idag finns. Genom en kvalitativ forskningsansats valde vi att studera vårt syfte, här presenteras en diskussion kring varför studien tagit vissa riktningar och hur det hade kunnat se ut om en kvantitativ forskningsansats använts.

De respondenter som valdes för studien är personer med en övergripande blick, dels över ämnena tidigt förebyggande arbete och arbetet med barn, samt att varje respondent antingen representerat en myndighet, en utvecklande verksamhet för en berörd samhällsaktör eller forskning. Hade antalet respondenter i studien varit fler, hade vår studie kunnat få ett större djup och en bredare nyans. Orsakerna till att det inte är fler respondenter i studien, beror dels på en begränsad tidsram samt begränsade resurser. De begränsade resurserna handlar om att vi har gjort ett förarbete till uppsatsen, där vi scanat av fältet som vi ansåg relevant för studiens ämne. Hade vi i detta förarbete hittat eller utgått från ett annat perspektiv, kunde det uppmärksammat andra potentiella respondenter.

Hade vi valt att göra studien ställt mot personal på BVC och socialtjänst hade studien kunnat ge en annan bild än den, övergripande bilden, som i dagsläget ges i studien. Anledningen till att vi valde att inte genomföra intervjuer med personal på BVC och socialtjänst är då vi ville ha ett mer övergripande svar. Intervjuer med dessa aktörer skulle riskera att ge oss allt för snäva svar utifrån deras verksamhet. Personalen på BVC skulle kunna se studien som en form av kritik till hur de i dagsläget genomför sitt arbete. Utifrån denna risk har vi valt att inte genomföra intervjuer med personal på BVC eller socialtjänst.

Genomgående i studien har författarnas tanke framkommit. En av forskningsfrågorna presenterar ett förslag till en utveckling, i form av en socionom. Den besvaras genom att titta på hur respondenterna ser att förslaget skulle vara fungerande, men även med invändningar mot förslaget. Då studien delvis grundas i en tanke från författarna, finns det en medvetenhet om att det är av största vikt att visa på transparensen, för att forskningsansatsen ska kunna genomföras utan att åsikter eller tyckanden tar allt för stor plats i studien.

Hade studien genomförts i form av en kvantitativ studie istället för den kvalitativa studien, skulle resultatet inte sett likadant ut. Med en enkätstudie skulle det inte finnas utrymme till att få de infallsvinklar och tyckanden, från de olika myndigheterna i samma nyans som genom intervjuer. Eftersom forskningsfrågorna är ställda på ett vis som gör att det krävs uttömmande svar, kan bestämda faktorer inte ges och därav blir en enkätstudie problematisk. För att genomföra studien med en kvantitativ ansats, i form av enkäter, skulle det ge ett merarbete där forskarna skulle kunna utgå ifrån potentiella faktorer och svarsalternativ. Det skulle däremot finnas risk för att forskarna missar, eller väljer fler faktorer och svarsalternativ, som i sin tur leder till att studiens syfte och forskningsfråga inte kan besvaras.

5 Resultat av intervjuer

I det här kapitlet presenteras empirin från de semistrukturerade intervjuerna som studien genomfört. Empirin kommer presenteras i avsnitt som utgår från intervjuguidens tre olika ämnen. Till sist i detta kapitel kommer ett avsnitt som beskriver hur studiens samlade empiri bearbetas för att sedan nå studiens slutsatser.

Intervjuerna med respondenterna genomfördes för att författarna sökte svar på respondenternas syn på studiens problem, syfte och forskningsfrågor. Vi ställde frågor, som formulerats innan i en intervjuguide, som anpassades till varje specifik intervju. Intervjuerna gav svar på våra frågor, men gav även intressanta diskussioner. Resultatet av intervjuerna som här presenteras återspeglar delar av alla studiens intervjuer, men vissa intervjuer är mer framträdande. Anledningen till att vissa intervjuer är mer framträdande beror på, att de respondenterna har en större insyn i studiens intresseområde. Nedan kommer betydande delar från intervjuerna beskrivas, som utgör grunden till den empiri som sedermera kodalas.

5.1 BVC

Alla respondenter i studiens intervjuer, har på något sätt en koppling till det tidigt förebyggande arbetet, som kan knytas till BVC och deras målgrupp. Under de semistrukturerade intervjuerna ställs det frågor till respondenterna, som berör temat BVC. När intervjuerna genomförs ställs och diskuteras frågorna *kring hur arbetet ser ut på BVC, synen på dagens förebyggande arbete på BVC samt om det finns någon plan kring utveckling av BVC*. De respondenter som är mest framträdande i det här avsnittet är respondenterna från barnhälsovårdsenheten i Stockholms län.

5.1.1 Sjuksköterskan på BVC

I intervjuerna med respondenterna framkommer en bild av hur arbetet ser ut för sjuksköterskan som arbetar på BVC. BVC-sjuksköterskans roll beskrivs i intervjun med respondenten från Folkhälsomyndigheten "det jag tänker är ju att dem har ju en ganska bred roll". Det framkommer i flera intervjuer att sjuksköterskans roll är bred och den innefattar många olika arbetsuppgifter. I intervjun med överläkaren på barnhälsovårdsenheten pratar vi om kandidatuppsatsen, som handlar om BVC-sjuksköterskans upplevelse av svåra samtal med familjer. En fråga ställs till överläkaren om hur BVC-sjuksköterskans utbildning ser ut och om de blir förberedd till att möta svåra samtal. Överläkaren svarar:

Ja alltså, där vi har ju, det som sköterskorna då, man kan ju börja på BVC som bara såhär helt ny färdig distriktssköterska. Och, eller helt ny färdig barnsjuksköterska och du måste vara sjuksköterska med någon vidareutbildning i alla fall. Och man har säkert jobbat något år däremellan och så. Så att man är ju inte helt ny, men det dem läser är ju liksom omvårdnad och ingen socialkunskap liksom. Så att man har ju ändå det här, mycket med att liksom bemöta och ta hand om folk. Någon kan ju ha jobbat på psykiatri eller liksom, så att man kan ju ändå möta folk i vården.

Överläkaren säger även, kring BVC-sjuksköterskans utbildning "Någon sådan specifik utbildning har ju inte en sjuksköterska, men man har ju mer så här, erfarenhet kanske och att man kan gå någon kurs

och sådär”, “Och sen så jobbar ju BVC-sköterskorna med föräldrastöd. Alltså det är ju det dem gör i sin rådgivning och sådär. Och då kan man ju tycka att en sjuksköterska är mer liksom medicinsk utbildad”.

En del av syftet med BVC-verksamheten är att uppmärksamma riskfaktorer runt barnet och dess familj. I de fall när det identifieras riskfaktorer runt ett barn, är det BVC-sjuksköterskans ansvar att lyfta problematiken med föräldrarna, vilket kan ses som en del av det svåra samtalet. Överläkaren pratar om att BVC-sjuksköterskorna möter många olika familjer, med olika förutsättningar och behov. “Familjen, just att det är familjen som vi har pratat om att det är ju kanske inte sjuksköterskans expertområde det här med, fast det är ju föräldrastöd man håller på med hela tiden”. Däremot säger överläkaren även att “För det är ju förstås inte sjuksköterskans expertområde även om, ja man genom erfarenhet blir bra på det också”.

Vårdutvecklaren ger en beskrivning av vad som är viktigt att ha med sig i arbetet med familjer på BVC.

Det är ju, jag tänker att, för det första är det ju relationsskapande att man skaffar sig en relation, med den här familjen och förhoppningsvis en förtroendefull relation som gör att man kan lyfta olika saker som känns svårt i sitt föräldraskap och sånt som bekymrar en. Men det är ju som med allt att man måste också fråga, alltså man måste öppna upp för att det är okej att prata om dem här sakerna, för att det är inte, det kommer inte av sig själv, utan våga fråga så får man också många svar. Det är ju också viktigt, för annars blir det liksom oetiskt att fråga och så stannar det kvar hos den enskilda sköterskan. Och det är ju också viktigt att man har någonstans att göra av med svaren.

Svaren på frågorna som BVC-sjuksköterskan får, kan ibland leda till att sköterskan behöver agera. “Det är ju liksom det värsta som finns om ett barn liksom far illa och att man ska behöva anmäla och så. Men då. Och då kan jag tänka mig tyvärr att det fungerar olika bra då beroende på såhär vilken kommun, vilken socialtjänst liksom”. Vårdutvecklaren pratar om att det i många lägen är svårt för BVC-sjuksköterskan att göra en orosanmälan till socialtjänsten, då samarbetet mellan socialtjänst och BVC inte alltid är fungerande. Vårdutvecklaren menar “Att ha ett ansikte på en person, eller någon som du har träffat, någon slags, även om det är så en väldigt liten relation, gör att det blir lättare att gå vidare”. Detta är någonting som även överläkaren uppmärksammar under intervjun:

Det är som, BVC-sköterskorna känner med socialtjänsten ibland, för det är ju också mycket personalbyten. Och socialtjänsten har varit belastad och så där att. Om man inte känner den där man ska ringa till om man. Och anmäla ett barn liksom, det blir ju jättesvårt. Det blir mycket svårare liksom. Så tyvärr är det ju på något sätt personbundet. Man kan skriva hur många guidelines som helst liksom.

5.1.2 Flödet kring BVC

I intervjuerna med respondenterna från barnhälsovårdsenheten förs en diskussion kring att det fria vårdvalet har påverkat hur flödet kring BVC ser ut. Vårdutvecklaren beskriver en aspekt av hur det fria vårdvalet påverkat ett försök till att utveckla barnhälsovårdsarbetet:

I Botkyrka startade det familjecentraler på alla platser i Botkyrka och lades ner också. Dem hade myndighetsutövning på sina, men det var inte det som var anledningen utan, det var att det vart vårdval 2008, som gjorde att det lades ner på alla ställen. Så man startade upp som en sol och ner som en pannkaka, i flera områden, i hela Botkyrka.

Överläkaren belyser också problemen som uppstår utifrån det fria vårdvalet "Men sen så finns det ju dem här krånglen liksom och det är ju just olika vårdgivare och olika vårdkedjor". I den intervjun beskriver även respondenten att det blir en ojämlik barnhälsovård i Sverige.

Nu är det ju liksom lite mer fritt, det poppar upp någon ny BVC och då har man ju gjort vårdvalet, då tänkte man ju att det skulle komma fler vårdgivare, och att det skulle bli fler och att man kanske kunde få närmare till vård och sådär. Och det är ju ingen hemlighet. Återigen inte låta politisk, men alltså det poppar ju upp mest vårdgivare i centrala stan.

Den ojämlika barnhälsovården beskrivs även av överläkaren "En mödravård kan ha tre BVC som dem här barnen sprids ut på. Det blir faktiskt svårare med vårdvalet". En annan sak som överläkaren menar påverkas av det fria vårdvalet, är att de olika vårdgivarna har olika journalsystem, istället för ett och samma.

Men det är ju, det är ju ständigt där, det blir svårigheter. Och sen när man byter från ett BVC till ett annat och det är ett annat journalsystem. Har dem fått vaccinationer eller inte och vad är gjort och så här. För det är ju olika journalsystem.

Överläkaren beskriver att det skulle underlätta om journalsystemet var detsamma för alla vårdgivare, då alla arbetar på uppdrag av landstinget.

Ja, Precis det är ju det som vi jobbar jättemycket med. Det kan man ju tycka, det här är ju vårdkedjor ändå inom landstinget liksom, att det borde såhär, det är mödravård, förlossning och BVC. Det borde vara samma journalsystem kanske. Det borde vara liksom ändå, det är ändå landsting, det är ju inte då kommun och landsting.

Det fria vårdvalet har inte lyckats möta visionen om att alla barn i Sverige ska få en jämlik barnhälsovård, vilket här framkommer i intervjun med överläkaren "Det är ju fortfarande inte jämlikt, men alla strävar efter att alla barn ska få samma. Så det som vi jobbar mot får man väl säga är det som står på rikshandboken så att alla landsting ska göra detsamma".

5.1.3 Hur det är på BVC

BVC beskrivs i flera av intervjuerna med respondenterna på olika sätt. De beskriver vikten av det arbetet som utförs av BVC, vad verksamheten förhåller sig till för lagar och riktlinjer, hur respondenterna ser på samarbetet mellan BVC och socialtjänst samt synen kring orosanmälningar. Respondenten från Folkhälsomyndigheten beskriver i sin intervju, att det är av vikt att fånga upp målgruppen barn i tidig ålder samt varför BVC är en viktig arena i det arbetet.

Oerhört viktigt mycket grundas ju i de tidiga åren så det är ju en grupp som är väldigt viktig att man likasom inte tappar bort för att dem är så små och utan att man har med dem hela tiden. När man är så liten så kan man ju inte säga nånting själv heller, så då är det ju extra viktigt att man har vuxna som finns rutin som kan uppmärksamma om, hur dem har det dem här små. En oerhört viktig målgrupp skulle jag vilja säga att jag tycker att det är. Utmaningarna på det perspektiv tänker jag ju att det är, det är ju inte lika många som finns kring ett barn i den åldern utan det är ju mycket föräldrarna givetvis. Så det handlar ju mycket om hur man når föräldrarna och sen har vi ju då, när dem blir lite större iallafall så börjar dem ju på förskola det är ju en viktig arena också. Och sen då är det ju det här som jag tänker att BVC har ju en rätt unik roll för dem träffar ju alla dem här barnen i stort sätt och deras familjer. Så det är ju jätteviktigt för dem här små barnen.

Respondenterna från barnhälsovårdsenheten nämner även de i respektive intervju, att BVC träffar nästintill alla Sveriges barn. Däremot framkommer det från respondenterna att BVC inte styrs av lagar utan ett nationellt program. Överläkaren säger, "Det finns inte lagstadgat eller från socialstyrelsen eller så något liksom program, det här måste man göra, det finns ju riktlinjer". Sedan fortsätter respondenten beskriva att riktlinjerna är en vägledning.

Vägledning är det som finns, precis och vi hade hoppats att det skulle bli lite mer riktlinjer, men då finns det ju den här rikshandboken som, ni vet? Den är ju då, det är alla dem här, sådana här enheter, då från hela landet, som har tillsammans jobbat fram det här som står på rikshandboken. Så vi har ett möte en gång varje år, alla landstings barnhälsovårdsenheter med vårdutvecklare, psykolog och läkare. Och det här programmet som står nu på rikshandboken det liksom, ja det är en förändring.

I barnhälsovårdens förändringsarbete beskriver överläkaren att det funnits en tanke om att utveckla ett tydligare arbetsteam på BVC. "Vi känner ju hela tiden att det blir så här nedmonterat på BVC, alltså att den här tanken med det här nya programmet var ju så här ett teamarbete" Överläkaren beskriver en upplevelse av att BVC blivit nedmonterat efter det fria vårdvalet, då delar av det tilltänkta teamet, som psykolog och logoped, försvunnit.

Respondenterna från barnhälsovårdsenheten beskriver att samarbetet med socialtjänsten många gånger är komplext. Överläkaren säger "Så det blir ju mer eller mindre bra samarbete, men det är ju verkligen det är ju liksom vårdens uppgift nummer ett. Det finns ju med statistik varje år, men det ser vi ju att, vi tror ju att det är för lite anmälningar, samtidigt så är det ju det som är svårt att mäta". Vårdutvecklaren har en annan syn på det låga antalet orosanmälningar som BVC gör "Nu tror inte jag att just antalet anmälningar är det som visar hur mycket, hur bra jobb man gör, utan jag tänker att det förebyggande arbetet för att förhindra att det blir anmälningar, är så mycket viktigare".

5.2 Förebyggande arbete

När de semistrukturerade intervjuerna genomförs ställs det frågor och utifrån dem förs en diskussion kring *det förebyggande arbetet med barn i samhället, synen på det sociala arbetet med små barn, samt synen på arbetet med att tidigt upptäcka och förebygga risker för barn*. Den respondent som är mest framträdande i detta avsnitt är kriminologen, då respondenten har en mer övergripande syn av det förebyggande arbetet i stort kring barn.

I samtliga intervjuer lyfts ämnet förebyggande arbete då det är av stor vikt för studien att få respondenternas syn på ämnet. Överläkaren på barnhälsovårdsenheten i Stockholms län, för ett resonemang kring att BVC arbetar förebyggande “Så att vi når alla barn liksom, sen kanske det är olika, ja olika kvalitet på olika ställen. Alltså, det är ju sjuksköterskebrist överallt. Det ser vi också, liksom att det kanske byts och sådär“. Citatet visar på att det i dagsläget är en ojämn kvalitet på olika BVC, som förhindrar ett gott förebyggande arbete. Vårdutvecklaren ger en bild av en bidragande orsak till den ojämna kvalitén inom BVC.

Det är ett slags fri vårdval och fri etablering, så blir det ju på vissa ställen, så finns det mer tillgång, än vad det finns på andra. Och det är ju oftast inte i de områden där det behövs som bäst. Men så är det ju lite, generellt med olika insatser, faktiskt så.

När vi pratar med kriminologen ges en bild av vikten till det förebyggande arbetet och att det idag, enligt respondenten, inte är fungerande samt hur det visar sig i samhället. Kriminologen har bedrivit forskning om kriminella gäng och varför gäng bildas.

Det blir ett symptom på, en reaktion helt enkelt på någonting som inte fungerar i samhället. Och ett sätt att angripa, eller det bästa sättet hade ju varit att skapa, strukturer eller, ja jobba med det som inte fungerar helt enkelt. Och där vi då som samhälle har ett stort ansvar, att fånga upp liksom och att täppa till dem hålen eller vad man ska säga

Citatet visar på det ansvar samhället har till att bedriva ett förebyggande arbete. Vidare beskriver respondenten:

Om instansen som tar hand om när vi har misslyckats ska berätta för oss hur vi ska jobba för att lyckas, blir det skevt, liksom. Så mycket av min tid ägnar jag åt att just säga, hur jobbar vi främjande, förebyggande, riktade insats och slutligen då...Och att få eller kanske inte få, jag tror folk förstår med att få genomslag i hur viktigt det är, att skapa sammanhang, att känna sig sedd.

Respondenten fortsätter:

Alltså jag kan ju tycka att det är helt skevt att man när det gäller svåra frågor som kriminalitet och gäng och så vidare, att det ligger i en kriminalpolitiskt ansvar, när jag tänker att det är väl den sista instansen som ska in. Det är liksom plåstret. Hur gör vi så att vi inte faller? Så jag tycker att dem frågorna, framför allt är sociala frågor, arbetsfrågor, familjefrågor, skolfrågor, det är där, liksom, det händer. Det är där vi kan påverka och göra. Och på slutet, det är slutet, då har vi misslyckats.

Kriminologen resonerar kring att det är en omvänd struktur på dagens förebyggande arbetet, som försvårar utvecklingen. Ett annat problem, som kriminologen beskriver “Sociala relationer är A och O. Ja, men att man har ett förtroende till systemet. Det är, utan den så är det sak samma vad vi lägger i den här, liksom, potten. För om vi inte går dit, eller hur?”. Citatet belyser vikten av att alla i samhället har en gemensam strävan till att tro på systemet, för utan den tilltron så tappar systemet sin funktion.

Kriminologen beskriver hur socialtjänsten öppnar för en utvecklad samverkan med polisen för att utveckla det förebyggande arbetet med barn.

Så det är en sak att titta på, liksom. Och sen vet jag också att det är lite intressant, jag kommer inte ihåg i vilket sammanhang det var, men där man har pratat med polisen, eller socialtjänsten har pratat med polisen kring att, för när man går in som polis, så kanske man har viss, men man ska in och så är man ute efter en person, eller så där. Och så har man, det i fokus, liksom. Men jag vet att det är en socialtjänst som har bett polisen och berätta så här, *om ni börjar titta lite bredare, vad ser ni runt omkring er? När ni gick in där?* Om ni tog vapen och ni tog bort personen, men nånstans har det kanske funnits barn kanske. Och då var ju dem i en miljö med vapen och narkotika. Ja, men du vet att ha, liksom, ett mer helhetsperspektiv och ett barnperspektiv i det. Som betyder, då måste vi ju gå in, det räcker ju inte att vi tar bort den här personen, vi behöver ju jobba med familjen!

Citatet visar, med ett större helhetsperspektiv ökar förutsättningarna för att se fler delar av ett problem, som i detta fall är att uppmärksamma barnperspektivet.

5.3 Socionomen på BVC

När de semistrukturerade intervjuerna genomförs har det ställts frågor och utifrån dem förs en diskussion kring *uppfattningen om idén av att implementera en socionom på BVC, om det finns förutsättningar samt motsättningar för implementeringen.*

Respondenternas inställning till en implementering av en socionom på BVC är förhållandevis positiv. Alla rörande överens om att det behövs mer resurser i form av utökad kompetens och lägre arbetsbörda på BVC. Kriminologen säger "Jag tycker det är en, en bra idé", "Jag tror att det ni kommer med är ett konstruktivt förslag. Det är ett förslag som behöver några, liksom, såhär, justeringar". Även överläkaren på barnhälsovårdsenheten i Stockholms län säger "Jag tycker det är toppen" när vi under intervjun kommer in på socionomrollen inom BVC. Respondenten från folkhälsomyndigheten säger "Ja, men när jag hör socionom och BVC, så tänker jag ju positivt". Vidare menar respondenten att det finns en positiv erfarenhet kring liknande verksamheter, där man kombinerat yrkesrollerna från det sociala arbetet och sjukvården "Både för familjerna, har ju upplevt det och framförallt personalen har ju tyckt att det har varit positivt och man kompletterar varandra och stödjer varandra. Så helt klart bra.". Vårdutvecklaren på barnhälsovårdsenheten beskriver att det är av vikt att vara fler professioner inom en och samma verksamhet, då det ges möjlighet att reflektera kring sådant man sett och hur det uppfattats av de olika personerna. "Ibland är det, fyra ögon ser så mycket mer än två". Även överläkaren på barnhälsovårdsenheten pratar om vikten att vara flera kompetenser "Att man har ett team. Att man verkligen ser barnet runt flera stycken."

De möjligheter som respondenterna lyfter kring en implementering av socionomen under intervjuerna, är att det skulle lätta arbetsbördan med en socionom. Respondenterna menar även på att det skulle kunna ge en bredare helhetssyn runt barnet och familjen, där fler perspektiv skulle belysas starkare med fler yrkesprofessioner. Några av respondenterna säger att socionomen skulle kunna ses som ett bra verktyg utifrån professionens kompetens. Det finns dock ett vagt ställningstagande till om det

är just yrkesrollen socionom som bör implementeras på BVC, för att komplettera den befintliga personalen. Några respondenter beskriver att BVC ser olika ut i Sverige, vilket gör det svårt för dem att uttala sig om möjligheten. Vårdutvecklaren beskriver förutsättningen för att implementera en socionom inom Stockholms läns verksamheter och beskriver i sitt resonemang att det är svårt att svara på. Respondenten från Folkhälsomyndigheten svarar att det är svårt att svara på frågan om förutsättningar kring en implementering av en socionom. Respondenten svarar "Vilken svår fråga, jag vet, vågar inte spekulera i, jag tänker på att det ser ju väldigt olika ut ute i landet, vad man har för möjligheter, resurser och kompetenser". Överläkaren säger i sin intervju att "det skulle vara ett jättelyft" för BVC-verksamheten om sjuksköterskan fick ytterligare stöd i verksamheten med en socionom. I intervjun med kriminologen beskrivs en alternativ möjlighet till studiens tanke om socionomen på BVC.

Vi behöver ju stötta barnet som kanske har sett våld och, ja, men du vet att man har en bredare bild av det hela. Och då är det ju intressant, det ni säger då, liksom, för att, å ena sidan kan man ju tycka då att, ja men, vi utbildar våra BVC-sköterskor till att ha en socionoms kunskap. Å andra sidan, kan man ju tycka att, ja, men när vi har, vi går parallellt. Där blir, liksom en, tillslut säkert en facklig fråga, skulle jag kunna tänka mig. Men att det blir, liksom att, eller, hur gör vi så att BVC-sköterskorna faktiskt får en dubbelutbildning? Alltså, jag tänker att man måste alltid öppna upp för nya möjligheter, så det är kanske det nya yrket då, att man är BVC/socialarbetare.

Kriminologen har också en inställning om att det behövs mer förebyggande arbete i de tidiga åldrarna, men vägen till denna förändring menar respondenter kan ske på olika sätt.

Några respondenter ser inga direkta motsättningar, men respondenter från Folkhälsomyndigheten belyser att det är av vikt att det finns en tydlighet mellan den tilltänkta socionomrollen och befintliga roller på BVC. Verksamhetsutvecklaren säger i intervjun "Nej, jag ser inga motsättningar i det, det gör jag verkligen inte", till att implementera en socionom på alla BVC i hela Sverige. "Jag tänker att motsättningar är kanske fel ord att använda, men det gäller ju att det är tydligt på vem som gör vad. Och det blir lite samma kanske typ av uppdrag och eller då att barnhälsovården blir väldigt specifik på främjande eller universella insatser", säger respondenter från folkhälsomyndigheten. Respondenter menar i citatet att det bör finnas en tydlig uppdelning kring arbetsuppgifterna mellan en tilltänkt socionom och den befintliga personalen på BVC. Vidare beskriver respondenter att det är av vikt att ha tydliga ramar för vilken huvudman, landsting eller kommun, som ska utföra respektive uppdrag.

5.4 Från empiri till slutsatser

Resultatet av intervjuerna som redovisats i detta kapitel, kommer i kapitel sex vara grunden för kodningen. Kodningen genomförs med stöd av den utvecklingsekologiska teorin samt studiens kodningsschema, som presenterats i avsnittet *kodning med hjälp av problemperspektivet*. Vi började kodningen med att ställa förbestämda frågor, utifrån schemats första problemkomponent *karaktär*, till resultatet, för att se resultatet ut ett nytt perspektiv. I nästa steg tar vi med oss svaren från problemkomponenten *karaktär* och ställer nya förbestämda frågor, utifrån schemats andra problemkomponent *orsak*, till resultatet. När vi kom till kodningsschemats tredje problemkomponent, *konsekvens och omfattning*, så

insåg vi att resultatet som presenterats inte var tillräckligt, för att kunna ge svar på de frågor som behöver ställas utifrån kodningsschemat. Detta ledde till att vi med hjälp av problemkomponenterna karaktär och orsak, återigen tittade på hela det transkriberade materialet, för att kunna hitta svar utifrån kodningsschemats resterande problemkomponenter. Det material som legat till grund för svaren, i resterande problemkomponenter, refereras i respektive problemkomponent.

I kapitel sju fortsätter den utvecklingsekologiska teorin att vara en ram, när den kodade empirin från kapitel sex tillsammans med tidigare forskning analyseras, för att komma fram till studiens slutsatser.

6 Resultat av kodning

I kapitlet som följer presenteras resultatet av den kodning som genomförts, med kodningsschemat som skapats utifrån problemperspektivet, av empirin som samlats in genom intervjuer. Studiens kodning beskrivs genom tre av den utvecklingsekologiska teorins system, mikrosystemet, exosystemet och makrosystemet. I dessa system har studien identifierat individen i mikrosystemet, BVC i exosystemet samt samhället i makrosystemet.

6.1 Karaktär

Utifrån Jönsons problemkomponent *karaktär* (2010) har följande frågor ställts till de transkriberade intervjuerna, vad är det för slags problem? Finns det någon kärna i problemet? Vart identifieras problemet? Vi svara på dessa frågor genom att koda transkriberingarna av studiens intervjuer med hjälp av kodningsschemat.

6.1.1 Mikrosystemet-Individ

Tre problem har identifierats i kolumnen mikrosystemet genom kodningen, *föräldrarollen*, *tidigt förebyggande arbetet* samt att *barn är i en utsatt position*. Utifrån kodningen av intervjuerna framkommer det att kärnan i problemet är *föräldrarollen*. Problemet lokaliseras i barnets familj, samt utifrån bristen av tidigt förebyggande arbetet. Under samtliga intervjuer beskriver respondenterna de tre identifierade problemen i samma kontext. Respondenterna problematiserar hur de olika problemen har en inverkan på varandra, samt att det är av vikt att beakta dessa problem.

6.1.2 Exosystemet-BVC

Problemet lokaliseras på barnavårdscentralen, i kolumnen exosystemet i kodningsschemat. Det har under kodningen identifierats tre problem *kunskap*, *förväntningar på yrkesrollen* och *arbetsbelastning*. Genom kodningen framkommer även *förväntningar på yrkesrollen* som en kärna i problemet. Under samtliga intervjuer har problemen kunskap och arbetsbelastning identifierats, när respondenterna beskriver hur barnhälsovården idag är uppbyggd och arbetar. Problemet *förväntningar på yrkesrollen*, är mest framträdande i de två intervjuerna som genomfördes med barnhälsovårdsenheten i Stockholms län och beskrivs genomgående i dessa intervjuer.

6.1.3 Makrosystemet-Samhället

I kolumnen makrosystemet i kodningsschemat, lokaliseras problemet i *Sveriges samhällssystem*. De problem som har identifierats är *vårdkedjor* och *övergripande brister i systemet*. Kärnan i dessa problem är den *övergripande bristen i systemet*. Problemet *vårdkedjor* pratar båda respondenterna på barnhälsovårdsenheten om. De beskriver hur det har påverkat utformningen av arbetet som utförs inom barnhälsovården idag. Det andra problemet, *övergripande brister i systemet*, beskrivs i olika kontext i de olika intervjuerna. I intervjun med kriminologen framkommer det en bild av att det förebyggande arbetet sker i de insatser som arbetar när problemet redan är ett faktum. I de två intervjuerna

med barnhälsovårdsenheten beskrivs brister i systemet i en kontext som är riktad främst mot barnhälsovård. Respondenten från Folkhälsomyndighetens arbetsuppgifter, som beskrivs i intervjuens inledande del, talar för att det finns brister i systemet.

6.2 Orsaker

Utifrån Jönsons problemkomponent *orsaker* (2010) har följande fråga ställts, vilka orsaker har föranlett att det är ett bristande tidigt förebyggande arbete? Vi svara på denna fråga genom att koda transkriberingarna av studiens intervjuer med hjälp av kodningsschemat.

6.2.1 Mikrosystemet-Individ

De orsaker som identifieras genom kodningen är att det tidigt förebyggande arbetet är *bristande*. Orsakerna till att föräldrarollen är ett problem är *bristande kunskap* och *avsaknad av adekvat information*, vilket framkommer främst i intervjuerna med barnhälsovårdsenheten samt med kriminologen. Barn som är i en utsatt position orsakas av att *det saknas insyn i familjen*, som beskrivs i samtliga intervjuer.

6.2.2 Exosystemet-BVC

Brist på teamarbete, kompetens, samarbete, samt *brist på personal* är de orsaker som framkommer genom kodningen. Samtliga orsaker tyder på exosystemets problem. Utifrån alla intervjuer har samtliga orsaker kunnat identifierats.

6.2.3 Makrosystemet-Samhället

Det som identifierats som orsakerna till bristande vårdkedjor är *vårdvalet och bristande samverkan mellan vårdinstanserna*. Utifrån kodningen hittas orsakerna till ett bristande system i *politiska beslut, resurser, kommunalt styre, otydliga riktlinjer*, samt *avsaknad av lagar*. Politiska beslut och riktlinjer är de två orsakerna som benämns som orsaker i de två intervjuerna som genomförs med barnhälsovårdsenheten. Övriga orsaker har identifierats utifrån samtliga intervjuer.

6.3 Konsekvens & Omfattning

Utifrån Jönsons problemkomponent *konsekvens och omfattning* (2010) är frågorna ställda utifrån vardera systemkolumnen. Vi svara på dessa frågor genom att koda transkriberingarna av studiens intervjuer med hjälp av kodningsschemat.

6.3.1 Mikrosystemet-Individ

Vad blir konsekvensen för det utsatta barnet utan insyn i familjen? Vad blir konsekvensen av den bristande kunskapen och avsaknad av adekvat information hos föräldrar? Vad blir konsekvensen av det bristande förebyggande arbetet?

Utifrån de ställda frågorna har det identifierats konsekvenser i samtliga intervjuer, *som är stora för den lilla individen, men kan anses litet i förhållande till det stora samhället*. De barn som befinner sig

i riskzonen att fara illa riskeras att göra det i större omfattning, konstateras det i intervjuerna med respondenter från Folkhälsomyndigheten samt kriminologen.

6.3.2 Exosystemet-BVC

Vad blir konsekvensen av bristen på teamarbete, kompetens, samarbete, samt brist på personal inom barnavårdscentralen?

En konsekvens av orsakerna är att det blir *en misstro* från BVC-sjuksköterskan gentemot socialtjänsten, som i sin tur genererar en ytterligare konsekvens där det sker *få orosanmälningar*. Bristen av teamarbete och kompetens leder till en konsekvens om att personalen på BVC *tror sig ha agerat korrekt*, men ser i själva verket inte att handlandet kan ge ytterligare konsekvenser i fler led. Handlandet yttrar sig genom att det remitteras till fel instanser, samt att det används enkäter som verktyg för att föra ett samtal. Samtliga konsekvenser framträder genom intervjuerna med respondenter på barnhälsovårdsenheten.

6.3.3 Makrosystemet-Samhället

Vad blir konsekvensen av vårdvalet och den bristande samverkan mellan vårdinsatserna? Vad blir konsekvensen av bristerna i politiska beslut, resurser, kommunalt styre, otydliga riktlinjer, samt avsaknad av lagar?

Konsekvensen som vårdvalet skapar är en *ojämlik hälso- och sjukvård*. Den bristande samverkan mellan vårdinsatserna skapar en konsekvens *för en fungerande journalkedja*. Dessa konsekvenser identifieras under intervjuerna med respondenter på barnhälsovårdsenheten. Bristerna i politiska beslut, resurser, kommunalt styre, otydliga riktlinjer, samt avsaknad av lagar, ger en konsekvens i form av *eskalerande brister i samhällssystemet*. Bristande samhällssystem genererar ett bristande samhällsansvar. Konsekvenserna har identifierats, i olika utsträckning, men i samtliga intervjuer. De beskrivna konsekvenserna ger även en bild av deras omfattning då bristerna i samhällssystemet eskalerar.

6.4 Lösningar

Utifrån Jönsons problemkomponent *lösningar* (2010) har följande frågor ställts, vad finns det för förslag på lösningar av problemen? Vem ska lösa problemet? Jönson benämner att problemen kan lösas av antingen alla i samhället, individen som bär på problemet eller en expert. Vi svara på dessa frågor genom att koda transkriberingarna av studiens intervjuer med hjälp av kodningsschemat.

6.4.1 Mikrosystemet-Individ

Lösningen som kodningen ger är att experter ska utveckla det tidigt förebyggande arbetet. Vem experten är går inte tydligt att utläsa från kodningen, det som kan utläsas är att experten behöver besitta adekvat kunskap för att kunna utveckla det tidigt förebyggande arbetet. Detta görs genom *mer information till föräldrar* samt *förbättra föräldrars kunskap*, vilket genererar att föräldrarna blir en lösning i sig och en insyn är inte längre nödvändig, i samma utsträckning. Lösningarna har identifierats i samtliga

intervjuer, då respondenterna beskriver behovet att stärka föräldrarollen, som de menar kan göras genom att utveckla verksamheter som arbetar mot föräldrar.

6.4.2 Exosystemet-BVC

De lösningarna som framkommer i exosystemets kolumn genom kodningen är riktade mot BVC. Lösningarna är fler *resurser, ett utökat hembesöksprogram, mer handledning till personalen, mer tid, ett team av flera olika professioner, längre kontakt med barn och familjer, samt vikten av att förstå ett gott bemötande och goda relationer*. I samtliga intervjuer beskrivs lösningarna, fler resurser, mer tid och ett utökat hembesöksprogram, som nödvändiga för att utveckla det tidigt förebyggande arbetet på BVC. Respondenterna från barnhälsovårdsenheten benämner lösningarna på problemet i form av mer handledning till personalen, ett team av fler professioner och vikten av att förstå ett gott bemötande och goda relationer. Längre kontakt med barn och familjer, beskriver kriminologen, även som en möjlig lösning. Den som anses som lämplig att lösa problemet är experten.

6.4.3 Makrosystemet-Samhället

Lösningarna identifieras i samtliga intervjuer genom kodningen, där det beskrivs *en strävan efter en jämlik hälsa, genom att satsa resurser på ett arbete med socioekonomiska skillnader, att vårdinstanserna ska samverka bättre, vilket kan ske genom tydligare politiska beslut, mer resurser, tydligare riktlinjer och lagar*. Expertens är den som identifieras som lämplig att lösa problemen.

6.5 Aktörer

Utifrån Jönsons problemkomponent *aktör* (2010) har följande fråga ställts, vilka är problemets aktörer i de olika systemen? Vi svara på denna fråga genom att koda transkriberingarna av studiens intervjuer med hjälp av kodningsschemat.

6.5.1 Mikrosystemet-Individ

Den aktör som har identifierats i mikrosystemet är individen som representerar barn, förälder och familj. Utifrån kodningen av intervjuerna kan aktören individ ses ur olika perspektiv. Perspektiven kan visa på att individen kan vara det enskilda barnet, den enskilde föräldern, men även familjen som en helhet i förhållande till problemet.

6.5.2 Exosystemet-BVC

Aktören som synliggörs, genom kodningen av intervjuerna, i exosystemet är barnavårdscentralen. BVC innefattas av flera olika aktörer som främst är personalen, vilket är sjuksystrar men även läkare. Eftersom verksamheten är riktad mot barn och föräldrar, blir individ en aktör även i detta system.

6.5.3 Makrosystemet-Samhället

Sveriges samhällssystem är den aktör som identifieras genom kodningen av intervjuerna i makrosystemet. Aktörer i samhällssystemet benämns i intervjuerna som Regering, landsting, kommun samt berörda samhällsaktörer

7 Analys av resultat, samt slutsatser

I det här kapitlet kommer studiens samlade empiri, som inhämtas genom kodning av transkriberingar samt tidigare forskning, att analyseras. Analysen kommer att göras med utgångspunkt ur utvecklingskologiska teorin för att titta på empirin i olika nivåer. Utifrån den sammanställda empirin landar vi sedan i slutsatser, som sammanställs till en slutsats med alla system samlade, som möter upp studiens problem, syfte och frågeställning.

7.1 Mikrosystemet-Individ

I följande avsnitt presenteras den sammanställda empirin av kodningens resultat i mikrosystemet och tidigare forskning som kan associeras till mikrosystemet. Utifrån denna sammanställda empiri landar vi sedan i en slutsats.

Från kodningen av *mikrosystemet* identifierades det att behovet av tidigt förebyggande arbete är stort kring barn i tidig ålder och när det tidigt förebyggande arbetet brister blir det ett problem. I flera intervjuer beskrivs målgruppen som viktig, då barn befinner sig i en utsatt position. Eftersom barn i tidig ålder inte har förmågan att göra sin röst hörd i alla lägen, är barn beroende av vuxna i sin närhet. Det finns många olika saker som spelar in för hur relationen mellan barnet och föräldern kommer att byggas, vilket också visar på hur svårt och komplext själva relationsbyggandet är (Riddersporre, 2013). De vuxna i barnets närhet har då ett viktigt ansvar om barnets välmående. Utifrån kodningen av intervjuerna framkommer det att kärnan i problemet är *brister i föräldrarollen* hos vissa föräldrar, som i sin tur leder till att barnet riskerar att fara illa.

I samtliga intervjuer beskrivs relationen mellan barnet och föräldern som otroligt viktig. Den viktiga relationen är även någonting som Riddersporre (2013) menar på, då barnet står i beroendeställning till föräldrarnas omvårdnad för att överleva, utvecklas, samt att få fysiskt- och psykiskt välmående. Det framkommer i intervjun med kriminologen, att föräldrar vill sitt barns allra bästa och att föräldrar ofta har en tro om att det bästa för barnet är att vara hos sin förälder hela tiden. Wenneberg (2013) beskriver barnets behov av sin förälders trygghet, för att genom föräldern kunna reglera sin affekt. När föräldern svarar adekvat på barnets behov, byggs grunden för en trygg anknytning (Broberg et al., 2015). I intervjun med kriminologen beskrivs den komplexa föräldrarollen, då föräldrar ibland har en tro om att barnet har det bäst med dem här och nu. Men om föräldern istället tänker i ett mer långsiktigt perspektiv kan de se att "barn som har gått i förskola har ett försprång sen i skolan, det går bättre för dem. Det är lättare för dem". Beskrivningen från intervjun visar på att en trygg anknytning är en viktig del för barns utveckling.

Med bilden av att de flesta föräldrar strävar efter att se till sitt barns bästa, följer även en insikt om att det krävs kunskap för att kunna se vad som faktiskt är bäst för barnet, föräldraskapet är komplext. Nyblivna föräldrar har en naturlig oro, som till viss del kan utmärkas som positiv, då den i grunden handlar om att tillgodose barnets behov (Broberg et al., 2015). Däremot kan barnet komma att utsättas för riskfaktorer under uppväxten, som kan leda till att barnet far illa (Broberg et al., 2015). I intervjun

med respondenterna från Folkhälsomyndigheten beskrivs "...det är ju inte lika många som finns kring ett barn i den åldern, utan det är ju mycket föräldrarna givetvis. Så det handlar ju mycket om hur man når föräldrarna...". Citatet visar att det är få vuxna människor runt små barn, vilket kan medföra risker då det är en liten insyn i barnets tillvaro. Detta kan i sin tur leda till att barns behov inte tillgodoses.

7.1.1 Slutsats av mikrosystemet

Utifrån studiens syfte har det tidigt förebyggande arbetet med barn undersökts. Vi kan se att det är av vikt med ett starkt band mellan barnet och föräldern, där föräldern är till största del den avgörande pusselbiten för att barnet ska få goda förutsättningar till en trygg uppväxt. Vi kan konstatera att föräldraskapet är komplext, vilket medför ett behov av att stärka föräldrar i sitt föräldraskap i större utsträckning än vad som idag görs. En viktig del för att stärka föräldrarna är att öka kunskap, samt ge mer information, vilket måste ske i större utsträckning och tas på större allvar.

Arenorna, som når näst intill alla barn och genom barnen nås även föräldrarna, är mödravårdscentralen, barnavårdscentralen och grundskolan. Den höga närvaron på arenorna, gör dem till en given plats att förstärka det tidigt förebyggande arbetet på.

Tidigt förebyggande arbete måste tas på större allvar och ske i större utsträckning.

7.2 Exosystemet-BVC

I följande avsnitt presenteras den sammanställda empirin av kodningens resultat av exosystemet och tidigare forskning som kan associeras till exosystemet. Utifrån den sammanställda empirin landar vi sedan i en slutsats.

Genom kodningen i exosystemet identifieras behovet av utveckling på BVC, då de identifierade bristerna i verksamheten skapar problem. Det arbete som utförs på BVC är omfattande och det ställs höga *förväntningar*, samt förutsätter en adekvat *kunskap* på det arbetet som ska utföras. I BVC verksamheten är det främst sjuksköterskan som utför arbetet, därav identifieras *arbetsbelastningen* som ett problem, eftersom det ställs höga förväntningar på hur arbetet ska utföras. Kodningen har identifierat att det finns brister på samarbete, kompetens, personal och ett teamarbete som orsakar problematiken.

I intervjuerna med respondenterna på BHV beskrivs BVC-sjuksköterskans ambivalens kring att göra orosanmälningar till socialtjänsten. Det som framkommer i intervjuerna är ett behov av personlig kontakt, med den man ska anmäla till för att få stöttning i processen att göra en anmälan. I intervjun med överläkaren från BHV framkommer det att "Om man inte känner den där man ska ringa till... Och anmäla ett barn liksom, det blir ju jättesvårt. Så tyvärr är det ju på något sätt personbundet. Man kan skriva hur många guidelines som helst". Barnhälsovårdsenheten beskriver denna problematik i sin årsrapport (2016), där det konstaterades att antalet orosanmälningar till socialtjänsten var lågt och att det "med största sannolikhet var det långt många fler barn som väckte oro hos personalen" vilket bekräftar det som framkom i intervjun.

Barnhälsovårdsenheten (2016) beskriver att det är av vikt, att läkarna och sjuksköterskorna på BVC har den kunskap och kompetens som krävs, för att se risker för barnet och att föräldrarnas tyckande inte ska hindra personalen att agera. Även Riddersporre (2013) menar att den professionella måste ha en balans mellan barnets problematik och föräldrarnas känslor. Vikten av att agera framkommer i flera intervjuer och det beskrivs att det behövs stöd, i form av handledning, för att våga. Vilket även är någonting som barnhälsovårdsenheten (2016) uppmärksammar, då de kan se att det krävs stöd till personalen i form av konsultation och handledning.

Det krävs inte bara att ta ansvar i form av att anmäla, utan även att samtala. Samtalet ställer krav på den professionella att bemöta den komplexa situationen på passande sätt. Bemötandet ska ske med empati och respekt gentemot föräldern, då det har en inverkan på hur samtalet kan leda till att förändringar sker (Riddersporre, 2013). I Falchenberg och Karlssons (2016) studie beskrivs BVC-sjuksköterskans osäkerhet, stress och oro inför hur utfallet av ett svårt samtal med föräldern kommer att bli. Det som BVC-sjuksköterskorna upplevde, kunde komma att bli ett svårt samtal, handlar om orosanmälningar, våld i nära relationer, omsorgssvikt och övervikt. För att hantera det svåra samtalet använde BVC-sjuksköterskorna stöttning från kollegor eller annan profession och en bra planering innan mötet (Falchenberg & Karlsson, 2016).

I flera intervjuer talas det om vikten av flera professioner, då det möjliggör att få en större helhet med fler infallsvinklar och perspektiv på familjen. Det möjliggör även utrymme för reflektion och i intervjun med vårdutvecklaren på BHV sägs det i sammanhanget att "fyra ögon ser så mycket mer än två".

I arbetsteamet på BVC finns idag professionerna sjuksköterska och läkare, som till viss del samarbetar. Rikshandboken (rikshandboken.se) beskriver att läkaren, är med en kort stund, i vissa besök med barnet och fokuserar då främst på barnets utveckling och hälsa genom att undersöka barnet. Utifrån analysen av intervjuerna har det identifierats att BVC-sjuksköterskan utgör den främsta delen av arbetsteamet, vilket till stor del beror på att arbetsteamet inte riktigt blev det som var tänkt, med fler professioner. Det beskrivs i en av intervjuerna att, en anledning till att det kanske inte blev som det var tänkt med teamarbetet, beror på att det inte finns någon lagstiftning om hur utformningen ska se ut, utan det finns endast riktlinjer.

Genom att titta på detta utifrån den *tvärprofessionella modellens interprofessionella team* kan vi se att dagens BVC-team inte uppfyller de interprofessionella teamets karaktäristiska drag. Eftersom det befintliga teamet på BVC till stor del arbetar självständigt i teamet. Det ställs krav på ett stort samarbete i det interprofessionella teamet, eftersom det samlade teamarbetet har ett större värde tillsammans än det enskilda arbetet. Det som däremot stämmer in, från dagens BVC-team är att hela teamet arbetar mot samma målsättning (Thylefors, 2007).

För att kunna vara ett tvärprofessionellt team krävs det att tre dimensioner stämmer in på teamet, utifrån den *tvärprofessionella modellen*. I det befintliga BVC-teamet är professionerna till viss del be-

roende av varandra utifrån att verksamheten är uppbyggt på så sätt. Men utifrån professionens specifika arbetsuppgifter krävs egentligen inte teamarbetet, då den enes arbetsuppgift kan utföras utan den andra professionens närvaro. Vilket också innebär att även om det finns ett gemensamt ansvarsområde, så behöver nödvändigtvis inte arbetsområdena överlappa varandra. Utifrån det som beskrivits går det att se att samarbetet mellan professionerna idag är nästintill obefintligt (Thylefors, 2007).

I den tvärprofessionella modellen finns det argument som talar för att effektivisera teamet och dess insatser, genom att utöka antalet professioner. Det team som finns på BVC lever idag inte upp till det som var tänkt, men skulle kunna göra det genom att utveckla helhetsperspektivet för få in mer kunskap och kompetens i teamet, vilket även leder till ett ökat lärande. När det finns ett större lärande i teamet ges förutsättning att dela med sig av metoder och erfarenheter, som i sin tur ger en förutsättning till ett närmare samarbete. Med ett samarbete där professionerna är i ett tvärprofessionellt team minskar arbetsbelastningen för BVC-sjuksköterskan och det tidigt förebyggande arbetet kan ske på BVC i större utsträckning. Med förmånen att arbeta med det tidigt förebyggande arbetet i ett tvärprofessionellt team, minskar risken för att barn kommer att hamna i social utsatthet.

7.2.1 Slutsats av exosystemet

Utifrån studiens syfte, om en implementering av socionomen på BVC skulle kunna utveckla det förebyggande arbetet som idag finns, har vi undersökt empirin för att få syn på ett svar.

Det som nu står klart är att det tidigt förebyggande arbetet är av stor vikt för alla barn. Till BVC kommer näst intill alla Sveriges barn, vilket gör det till en given plats att ha grunden till det tidigt förebyggande arbetet. Men så länge det ställs orimliga förväntningar, som kräver adekvat kunskap kommer arbetsbelastningen att vara fortsatt hög och då blir inte BVC lika självklar längre. Med hjälp av att göra det befintliga arbetsteamet på BVC, till ett tvärprofessionellt team ökar förutsättningarna för att kunna utföra tidigt förebyggande arbete av god kvalitet.

Med ett tvärprofessionellt team på BVC är det fler vuxna som får insyn i det lilla barnets liv. Men det räcker inte att det bara är fler vuxna, utan det krävs även att dem besitter rätt kunskap och kompetens. Med fler professioner i det tvärprofessionella teamet, blir det fler infallsvinklar som utgör ett helhetsperspektiv, där man inte bara ser barnet, utan även agerar adekvat. Med socionomen i det tvärprofessionella teamet, blir det en utökad kompetens och en lägre arbetsbörda på BVC. Socionomen besitter även rätt verktyg till att se fler delar av de behov som kan finnas i en familj. Socionomen ser inte bara till det enskilda barnet, utan även till det som är runt barnet.

Det tvärprofessionella teamet bör finnas, med socionomen, för att utföra tidigt förebyggande arbete av god kvalitet.

7.3 Makrosystemet-Samhället

I följande avsnitt presenteras den sammanställda empirin av kodningens resultat av makrosystemet och tidigare forskning som kan associeras till makrosystemet. Utifrån den sammanställda empirin landar vi sedan i en slutsats.

Från kodningen i makrosystemet identifieras, att det finns övergripande *brister* i det *svenska samhällssystemet* samt i *vårdkedjan*. Dessa brister leder, enligt kodningen, till konsekvenser som skapar en *ojämlik hälso- och sjukvård*. I intervjun med överläkaren från BHV beskrivs det hur journalsystem blir påverkade av bristerna i vårdkedjan "...För jag känner så här att det når alla barn... men sen så finns det ju dom här krånglen liksom och det är ju just olika vårdgivare och olika vårdkedjor... ". Citatet belyser problematiken i att en vårdkedja kan se olika ut. I samma intervju framkommer det även, att det fria vårdvalet har möjliggjort för privata vårdgivare att starta verksamheter i större utsträckning. Det skapas fler journalsystem, istället för ett och samma, vilket leder till att vårdkedjan inte har ett tydligt flöde.

Bristerna i samhällssystemet *orsakas* av politiska beslut, resurser, kommunalt styre, otydliga riktlinjer, samt avsaknad av lagar, som leder till en konsekvens av att bristerna *ökar* i samhällssystemet, vilket ökar pressen på ett större samhällsansvar. Allebeck et al. (2015) beskriver "I Sverige finns ingen lagstiftning kring vem som har ansvar för att ta initiativ till folkhälsoinsatser, så som det finns i övriga nordiska länder". Utifrån att det inte finns någon tydlig lagstiftning kring vem som ska ta initiativet till ansvar för att organisera insatser, vilket skapar en problematik för att ha ett fungerande samhällssystemet.

Börjeson och Börjeson (2015) beskriver hur sociala insatser idag är riktade till problem som behöver åtgärdas. Då sociala problem benämns som en process som successivt ökar, är det av vikt att insatser ska verkställas i ett tidigt skede, så uppkomsten av problemet förebyggs. Utmaningen med att arbeta förebyggande är att man inte kan ta avstamp ur ett problem, då problemet inte finns.

Det som händer i dagens samhälle är att beslut kring hur det förebyggande arbetet ska utföras tas av politiker som arbetar med problemet när det är ett faktum. I intervjun med kriminologen beskriver detta "Om instansen som tar hand om när vi har misslyckats ska berätta för oss hur vi ska jobba för att lyckats, det blir skevt, liksom.". Så länge vi gör på det här sättet, kommer vi aldrig kunna uppnå ett tidigt förebyggande arbete, där sociala problem minskar eller inte ens behöver existera. Genom att investera i tidigt förebyggande insatser, sker besparingar i samhället på långsikt, då de problem som skulle kunna blivit problem i framtiden, inte får förutsättning till etablering (Allebeck, 2015).

Genom att titta på den makrosystemet utifrån den sociala stratifieringen, blir samhällets roll tydlig. Ett barn kan inte välja vilka omständigheter de växer upp i, därför krävs det att samhället, med hjälp av tidigt förebyggande insatser, ger barn lika förutsättningar för att växa upp under goda förhållanden. Under ett barns uppväxt kan yttre faktorer påverka barnets omgivning och genom den sociala stratifieringen kan vi då se att barnets framtid riskeras att påverkas negativt. Den som bär det stora ansvaret

för barnet är föräldern, men när föräldern inte ensam kan hantera de negativa faktorerna, måste samhället uppmärksamma och agera. Samhället har ett ansvar att se till medborgarnas bästa, i den sammanställda empirin från studien, beskrivs det hur ansvaret bör förändras genom tydligare lagstiftning, riktlinjer och satsningar på tidigt förebyggande arbete.

7.3.1 Slutsats av makrosystemet

Utifrån studiens problemformulering, om hur det tidigt förebyggande arbete ser ut i dagens samhälle samt hur det skulle kunna utvecklas, har empirin undersökts. Det som kan konstateras är dels att vårdkedjan är någonting som påverkats av vårdvalet och som försvårar arbetsprocessen, där både utföraren och vårdsökande drabbas. Med stöd av studiens empiri konstateras även behovet av tydligare lagstiftning, som klargör vem som ska ta ansvar för att ta initiativ till och att genomföra insatser som främjar en god hälsa. Genom att investera i satsningar som riktar sig mot det förebyggande arbetet i ett tidigt stadie, synliggörs möjligheter till utveckling för både individ som samhälle.

Att satsa på tidigt förebyggande arbete kommer att minska höga kostnader i framtiden.

7.4 Den sammanställda slutsatsen

I följande avsnitt kommer en sammanställd slutsats att presenteras som möter studiens syfte och frågeställningar kring en utveckling av det tidigt förebyggande arbetet, samt om det finns en möjlighet att implementera socionomen på BVC.

Mikroslutsats: Tidigt förebyggande arbete måste tas på större allvar och ske i större utsträckning.

Exoslutsats: Det tvärprofessionella teamet bör finnas, med socionomen, för att utföra tidigt förebyggande arbete av god kvalitet.

Makroslutsats: Att satsa på tidigt förebyggande arbete kommer att minska höga kostnader i framtiden.

Slutsatserna från de olika systemen visar på att det behövs ett samarbete mellan samtliga system, för att kunna nå ett heltäckande tidigt förebyggande arbete. Samhället har det yttersta ansvaret att verkställa att det tidigt förebyggande arbetet utvecklas, men samtliga i samhället måste gemensamt verka för att en utveckling ska ske. Med ett utvecklat tidigt förebyggande arbete kommer vi minska samhällskostnaderna övertid, genom att preventionsarbetet sker innan problemen blir faktum.

Implementeras en socionom på BVC, tror vi att det tidigt förebyggande arbetet skulle kunna nå längre, än vart vi står idag och vara ett steg i rätt riktning. Med utgångspunkt ur studiens empiri blir socionomrollen en självklarhet, för att möta upp en del av den kunskapslucka som synliggjorts i studien. Kunskapsluckan kan fyllas av socionomen, då den har egenskaper i form av en nätverkande roll, en insyn i hur myndighetsutövning fungerar och även en förmåga att på ett professionellt sätt möta de svåra samtalen som förekommer på BVC.

Med ett tvärprofessionellt team på BVC, där socionomen, sjuksköterskan och läkaren tillsammans arbetar preventivt, kommer det tidigt förebyggande arbetet på BVC ske i större utsträckning än vad det görs idag. Studiens slutsats är att det finns potential för socionomen att bli en del i den framtida barnhälsovården.

8 Diskussion

I kapitlet som följer presenteras diskussioner med olika utgångspunkter utifrån studiens forskningsområde. Med diskussionerna följer även tankar kring vidare forskning utifrån studiens område.

8.1 Orosanmälningar från BVC

När vi tog del av siffrorna, från barnhälsovården (BHV) i Stockholms län, om antalet orosanmälningar som gjorts till socialtjänsten, väcktes det en del funderingar kring det resultat som framkommit. En fundering som väcktes var att orosanmälningarna, från år 2016, representerade endast 396 av 175 640 inskrivna och aktuella barn på BVC i Stockholms län. Det låga antalet anmälningar tycker vi är anmärkningsvärt, eftersom BVC är den aktör från samhället, som har den första kontakten med familjen och når näst intill alla barn. I Årsrapporten från BHV i Stockholms län nämner de själva hur “Andelen barn som anmälades till socialtjänsten var lågt” och att “Med största sannolikhet var det långt många fler barn som väckte oro hos personalen”. De låga siffrorna av antalet anmälningar och en uppfattning om att personal förmodligen sett mer än vad som anmälts, har lett till att BHV i Stockholms län lagt upp en plan för hur verksamheten behöver utvecklas, för att möta upp de låga siffrorna. Oavsett om BHV i Stockholms län har lagt fram ett förslag för vidare utveckling av verksamheten och till hur personalen på barnavårdscentralen ska stöttas till att genomföra fler anmälningar, anser vi ändå att det är anmärkningsvärt med det låga antalet anmälningar. Det låga antalet anmälningar är i sig inte någonting negativt, men det faktum att personalen på BVC inte valt att agera när de upptäckt att ett barn riskerar att fara illa, är för oss betydligt mer oroväckande.

I Sverige ligger det nationella barnhälsovårdsprogrammet till grund för alla barnavårdscentraler. Ett av målen i programmet är:

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö (rikshandboken.se).

Hur kommer det sig då att personalen på BVC inte agerar i större utsträckning, när personal ser att barn riskerar att fara illa? När det dessutom finns bestämda mål, i den nationella rikshandboken, för hur barnavårdscentraler i Sverige ska arbeta, blir det allt mer anmärkningsvärt och oroväckande. Det kan genom att titta på barnhälsovårdens mål, utläsas att det viktigaste arbetet vid en oro, inte är fokuserat mot att slussa barn vidare till socialtjänsten, utan snarare till att arbeta för att förbättra ett barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Barnhälsovården ska alltså arbeta för att förebygga ohälsa och främja hälsa för barn i Sverige, vilket kanske är orsaken till det låga antalet orosanmälningar till socialtjänsten. Men hos oss kvarstår en oro när BHV i Stockholms län själva skriver i sin rapport, att de tror det var långt många fler barn som väckte oro hos personalen. När barnhälsovården idag målen som ställs i det nationella barnhälsovårdsprogrammet? När målen ställer krav på att personal inom verksamheten ska ha förmågan att faktiskt se och arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa för barn i Sverige.

Efter genomförandet av studien och genom den processen, har vi fått djupare insyn i, bland annat barnhälsovårdens tidigt förebyggande arbete, men det finns det fortfarande frågor kvar. Vi ställer oss till exempel fortfarande frågan, vad är det som gör att BVC, som är den aktör i samhället som träffar barn och familjer först, inte agerar och anmäler i större utsträckning?

8.2 Familjecentral - socionom på BVC

Under processen med att skriva den här uppsatsen, stötte vi tidigt på konceptet med samverkan mellan barnavårdscentral, mödravårdscentral, öppen förskola och socialtjänst som kallas familjecentral. Utgångspunkten för den här studien har varit en tanke om en implementering av socionomen på barnavårdscentralen, utifrån en tanke om att BVC redan i viss utsträckning, bedriver ett arbete med tidigt förebyggande insatser, som skulle kunna utvecklas ytterligare med hjälp av en socionom. När vi började undersöka vad en familjecentral är och hur de bedriver sitt arbete, upptäckte vi att det är en verksamhet som inte finns tillgänglig för alla i deras målgrupp, barn i åldern 0–5 år och deras föräldrar. Idén om familjecentralen är i grunden bra och skulle förmodligen behövas i större utsträckning. Men idag finns den bara tillgänglig för en liten del av alla i den målgruppen. Orsaken till att spridningen av familjecentraler inte finns i större utsträckning är inte helt tydlig, men några orsaker vi sett är bland annat *svårigheter i samverkan*, då verksamheterna har olika *chefer*, *styrdokument* och *riktlinjer*, men även *en centralisering av mödravårdscentralen* som försvårat samverkan och möjligheten till familjecentralen. En annan orsak som beskrivits är *vårdvalet*, som orsakat att flera familjecentraler fått stänga.

Även om familjecentralen idag kanske inte har den spridning som var tänkt, utifrån de modeller som legat till grund för dess utveckling, så kvarstår ändå en annan skillnad mellan tanken om familjecentralen och den här uppsatsens utgångspunkt, vilken är att familjecentralen bygger på samverkan. På familjecentralen samverkar olika verksamheter och professioner med varandra, de arbetar även parallellt, medan utgångspunkten för uppsatsens idé är en implementering av socionomen på BVC. Socionomen ska inte vara en socialsekreterare, som många gånger kan vara stigmatiserande för målgruppen, utan vara en nätverkande och samtalande profession, som arbetar på BVC tillsammans med den idag befintliga personalen. Tanken är att socionomen ska vara anställd av landstinget samt ingå i arbetsteamet på BVC och genom det utveckla arbetsteamet till ett tvärprofessionellt team. I det tvärprofessionella teamet ska professionerna gemensamt arbeta, med och för barnen och deras föräldrar, socionomen ska även stärka det tidigt förebyggande arbete som idag finns på BVC. Med vår tanke utesluts behovet av samverkan mellan huvudmän som finns på familjecentraler, genom att socionomen anställs av landstinget. Spridningen av socionomer, med fokus på det tidigt förebyggande arbetet, på BVC kan ske i större utsträckning än den befintliga familjecentralen, då det inte behövs samverkan som bland annat försvårat spridningen av familjecentralen.

Tidigt i uppsatsarbetet, undersökte vi familjecentralen och det stod då klart för oss att familjecentralens koncept, skiljer sig från den tanke vi har om en socionom på BVC. Men samtidigt gjorde skillnaderna det möjligt att genomföra den här studien, för om vår tanke om BVC-socionomen varit för lik den existerande verksamheten, hade inte den här uppsatsen blivit särskilt intressant eller relevant. Det som vi nu i slutet av arbetet också kan se, är att det ena faktiskt inte behöver utesluta det andra. På familjecentralen är det fyra skilda basverksamheter, BVC, MVC, öppen förskola samt socialtjänst, som samverkar. Hade dessa verksamheter varit sammansatta på en familjecentral, skulle en socionom på BVC förmodligen varit överflödigt på familjecentralen. Men eftersom verksamheterna endast är samlokaliserade, skilda verksamheter som samverkar med varandra, så finns det inget som utesluter att BVC verksamheten på familjecentralen kan ha en implementerad socionom, med samma arbetsuppgifter som på de fristående BVC verksamheterna. Vi valde tidigt i studien att ta ett steg ifrån familjecentralens koncept, då vi ville låta vår idé om en socionom på BVC få växa i alla tänkbara och otänkbara riktningar, som kunde komma genom studien. När nu idén blommat ut i resultat och slutsatser kan vi se potential med BVC-socionomen, även i familjecentralens verksamhet.

8.3 Framtidens dimensioner av prevention

Förebyggande arbete i ett tidigt skede har varit grunden som genomsyrats i uppsatsen och som under arbetets gång för oss fått en ny mening. Till en början var det för oss bara tankar kring ett förebyggande arbete, men som under studiens framväxt utvecklats genom den kunskap vi tillskrivit oss under uppsatsarbetet. Utifrån en del av kunskapen har vi kunnat se hur det tidigt förebyggande arbetet är ett fenomen, som för oss tidigare bara var en tanke utan grund. Det som dock ännu är otydligt är i vilken utsträckning som det tidigt förebyggande arbetet genomförs. Vi har kunnat se att det tidigt förebyggande arbetet har många utvecklingsområden och där ibland att det i större utsträckning behövs mer tidigt förebyggande arbete med barn i ett tidigt skede.

Sveriges regering gör satsningar under 2018 i den svenska välfärden, där de riktas 35 miljarder till att utveckla hälsovården, till att få Sverige att hålla ihop samt till att förbättra förutsättningarna för barn och unga i det svenska samhället. Regeringen vill med satsningen uppnå en jämlik och jämställd vård i hela landet, motverka ojämlika livsvillkor och segregation samt förbättra förutsättningar för alla barn och unga till att få växa upp i en trygg och stimulerande miljö. Genom att dessa satsningar blir det uppenbart att det idag finns brister inom dessa områden. Frågan är om pengarna verkligen kommer att göra någon skillnad, samt om det kommer räcka och om den tilltänkta vägen verkligen är den rätta att gå?

Utifrån att det satsas pengar på en jämlik hälsovård och jämlika förutsättningar för barn och unga, är då förutsättningen, för att utveckla etableringen av familjecentraler, rimlig? Idag finns det cirka 131 samlokaliserade familjecentraler representerade i 91 av Sveriges 290 kommuner. För att uppnå en jämlik hälsa och jämlika förutsättningar för barn och unga, tror vi inte att satsningen kommer att räcka för att etablera familjecentraler i resterande cirka 200 kommuner. Om vi istället kunde satsa pengar, på att

implementera en socionom på alla de befintliga barnvårdscentralerna, tänker vi att jämlikheten möjliggörs i större utsträckning, till en lägre kostnad. På en familjecentral krävs en stor logistik kring samlokalisering och samverkan mellan ett flertal professioner samt verksamheter med olika huvudmän och olika riktlinjer, vilket talar för höga kostnader. Genom att endast anställa en person, i det här fallet en socionom, in i en befintlig verksamhet, i det här fallet BVC, möjliggörs en väg som får de satsade pengarna att räcka längre och nå ut till fler.

En utveckling av hälsovård och barns lika förutsättning, genom implementering av socionomen på BVC, ger en möjlig ny dimension av det tidigt förebyggande arbetet. Vi ser även en möjlighet till en ytterligare dimension, där det satsas på en utveckling av Sveriges skolor. Tanken kring denna dimension, väcktes i samband med genomförandet av studiens intervjuer. Vi insåg då att det tidigt förebyggande arbetet behöver utvecklas mer, men även i fler skeden än bara i det första av barnets liv. Genom att utbilda barnen i skolan, som är framtidens blivande föräldrar, om det komplexa föräldraskapet och alla aspekter av innebörden med föräldraskapet. Kan det medföra förutsättningar till mer kompetenta och riskmedvetna föräldrar i framtiden, men även att barn redan nu börjar ifrågasätta sina föräldrar, vilket skulle kunna generera högre krav på dagens föräldrar.

Dimensionerna av prevention skulle kunna bli många fler, än de vi nu lyft. Vi ser att det finns stora möjligheter till vidare forskning, inom fenomenet tidigt förebyggande arbete. Det behöver ske mer forskning om det tidigt förebyggande arbetet i större utsträckning och i fler kontexter, för att ge framtidens medborgare bättre förutsättningar att leva i ett tryggt samhälle.

Referenser

- Allebeck, P., Burström, B., Hensing, G., Kristenson, M. (2015). *Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Andersson, B-E. (1980). *Bronfenbrenners utvecklingsekologi: Inbjuden föreläsning hållen vid NFPPs konferens i Göteborg 23-26 oktober 1980*. Stockholm: Barnpsykologiska forskningsgruppen.
- Andersson, G. (2013) Utvecklingsekologi och sociala problem. I A. Meeuwisse, H. Swärd (Red.), *Perspektiv på sociala problem*. (s. 202–216). (2. omarb. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Barnhälsovårdsenheten Stockholms län. (2017). *Barns ojämlika förutsättningar för en god hälsa i Stockholms län: Barnvårdscentralens möjligheter till att minska skillnader*
- Barnhälsovårdsenheten i Stockholms län. (2016) *Årsrapport: Barnhälsovården i Stockholms län 2016*.
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., Bremberg, S. (Red.). (2013). *Barnhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2. rev. uppl.) Malmö: Liber.
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P. & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar*. (2. rev. uppl.) Stockholm: Natur & kultur.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts & London, England: Harvard University Press
- Börjeson, B., Börjeson, M., Svedberg, L. (2006) Att utveckla kunskapen i socialt arbete genom att återigen sätta praktiken i centrum. I A. Meeuwisse, S. Sunesson, H. Swärd (Red.), *Socialt arbete: en grundbok*. (s. 368–383). (2. rev. och utök. uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Börjeson, B. & Börjeson, M. (2015). *Förstå socialt arbete*. (3. uppl.) Malmö: Liber.
- Falchenberg, P., & Karlsson, M. (2016). *Distriktssköterskors upplevelse av svåra samtal med familjen på barnvårdscentralen*. (Magisteruppsats, Borås Högskola, Institutionen för vårdvetenskap). Från: <http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:1067379/FULLTEXT01.pdf>
- Jonsell, R. (2013, 22 maj). Hälsovård för späda och små barn: historisk översikt. *Barnläkaren*, (nr. 3), s. 12–14. Hämtad från http://barnlakaren.se/Arkiv/2013/nr3_2013.pdf
- Jönson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer: om förebyggande arbete med utsatta familjer*. (2. rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Köhler, M. & Reuter, A. (2013). Det hälsofrämjande mötet på barnvårdscentralen. I A-C. Bramhagen & A. Carlsson (Red.), *Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar* (s. 107–118). Lund: Studentlitteratur AB.

- Lundgren, M. & Persson, B. (2003). *Barn och unga i riskzonen: samverkan och förebyggande arbete*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Lundström, T. (2004). Den sociala barnvården. I G. Andersson, K. Aronsson, S. Hessle, A. Hollander, T. Lundström (Red.), *Barnet i den sociala barnvården*. (2. uppl.). Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10341/2004-110-12_200411012.pdf
- Meeuwisse, A., Swärd, H. (2006). Vad är socialt arbete? I A. Meeuwisse, S. Sunesson, H. Swärd (Red.), *Socialt arbete: en grundbok*. (s. 27–74). (2. rev. och utök. uppl.) Stockholm: Natur och kultur.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Regeringen. (2018). *Välfärden ska stärkas*. Hämtad 10 april 2018, från Regeringen, <http://www.regeringen.se/artiklar/2018/04/valfarden-ska-starkas/>
- Riddersporre, B (2013). Föräldrar, barn och professionellt stöd. I A-C. Bramhagen & A. Carlsson (Red.), *Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar* (s. 59–72). Lund: Studentlitteratur AB.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P-H. (2007). *Bära eller brista: kommunikation och relationer i arbetet med människor*. (1. uppl.) Malmö: Gleerups Utbildning AB
- Schiratzki, J. (2014). *Barnrättens grunder*. (5. rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2 mars 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19159/2013-8-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2008). *Familjecentraler: Kartläggning och kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 29 maj 2018, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8845/2008-131-16_200813116.pdf
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 18 mars 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Sundell, K., Egelund, T., Andréa Löfholm, C. & Kaunitz, C. (2007). *Barnvårdsutredningar - en kunskapsöversikt*. (2. rev. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Thylefors, I. (Red.). (2007). *Arbetsgrupper: från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och kultur.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans: om anknytning och identitet i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
(2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO. Från http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf?ua=1

Bilaga 1 - Intervjuguide till BVC socionomen

Inledande frågor

Vilken befattning har du på myndigheten och vad innebär din befattning (vad gör du)?

Kan du berätta lite om dig själv och din bakgrund (utbildning, CV, intresse) som gjort att du arbetar här?

Riktlinjer, styrdokument och lagar?

Tema BVC - Kontakt med BVC i ditt arbete?

Hur ser du på arbetet som idag utförs på BVC?

Hur ser myndigheten som du representerar på det förebyggande arbetet på BVC?

Finns det någon framtida plan kring ett utvecklat BVC? Om ja, hur ser den ut?

Förebyggande arbete - Hur arbetar ni förebyggande barn/unga på er arbetsplats?

Hur ser myndigheten som du representerar på det förebyggande arbetet kring barn i samhället?

Hur ser du på det sociala arbetet med små barn?

Hur arbetar den här myndigheten på att tidigt upptäcka och förebygga risker för barn?

Finns det något aktivt arbete i myndigheten för att förebygga barn- och ungdomsproblematik?

Socionomen på BVC

Socionomen på BVC, vad tänker du när du hör det?

Enligt din mening finns det förutsättningar för att det skulle kunna finnas en BVC socionom?

Vad tror du om att implementera en socionom på BVC? Motivera!

Vilka motsättningar ser du med en implementering av en socionom på BVC?

Är det någonting ytterligare du tänker på kring socionomen på BVC?

Avslutande frågor

Är det något du tänkt på under intervjun som du vill tillägga?

Finns det någon du kommer och tänka på som är relevant att prata med för vår studie?

Att tänka på

Våga låta tystnaden tala för sig själv, för att ge tid till respondenten som kanske funderar och vill utveckla.

Bolla med en och samma fråga, var inte rädd för att ställa samma fråga igen och omformulerad för ett mer uttömmande svar.