



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Familjecentral i tiden?

En programteoretisk analys

Åsa Östberg

Masteruppsats: SOAM 21

Aktuell termin: VT 2024

Handledare: Professor Verner Denvall

Examinator: Jan Magnusson & Sara Hultqvist

## **Förord**

En berg- och dalbana av hopp och förtvivlan lider mot sitt slut, men att sätta punkt känns både skönt och vemodigt. Att slutföra denna resa hade inte varit möjligt utan stödet från min man och mina barn. Ni har peppat och hejat när förtvivlan slagit till, och Ni gjorde det möjligt! Jag vill även rikta en hyllning till mina chefer som väljer att investera i akademisk kompetensutveckling för verksamhetens bästa.

Till Verner vill jag rikta det största av tack för att du tog dig an uppdraget att vara min handledare, utan dig hade resultatet aldrig blivit vad det blev. Sist men inte minst tack till min kollega och vän Lina som med sin vassa blick på stavfel och grammatikförbättringar bidragit med ovärderlig hjälp att korrekturläsa arbetet.

## Abstrakt

Familjecentraler har genomgått en stark expansion som eftertraktad aktör för barnfamiljer i Sverige och representerar stor del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Samtidigt beskrivs svårigheter med att nå målgrupper som utrikesfödda föräldrar, föräldrar med bristande tillit till socialtjänsten, föräldrar med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning och medföräldrar. Syftet med denna studie var därför att utforska varför Familjecentraler fungerar väl för vissa familjer, men inte för alla. Samt att undersöka vad som bidragit till att en välfärdslösning som Familjecentral har etablerats och blivit en stabil aktör i samhället trots att den inte når fullt ut. Metoden som valdes har varit att konstruera en normativ/beskrivande programteori för samverkansmodellen Familjecentraler kompletterat med en undersökning av hur samverkansmodellen praktiseras empiriskt genom kvalitativ forskningsmetod. Med idéanalys undersöktes vilka idéer som bidragit till att Familjecentraler etablerats och gjort dem till en stabil aktör i samhället. Genom rekonstruktionen av den normativa programteorin identifierades *främjande* och *hindrande mekanismer* som påverkar deltagande. Studien fann att tvärprofessionellt arbete utlöser en *mervärdesmekanism* som genererar vidgade kunskaper och ökad tillit som spillover till besökarna vilket främjar deltagande. Studien fann även *hindrande mekanismer* som den *organisatoriska skyddsmekanismen* i det ekonomiska styrsystemet (*NPM*), vilken motverkar *mervärdesmekanismen* att utlösa. Denna studie har därför försökt belysa vikten av kritisk reflektion av idéer, mekanismer och värderingar i utformning av verksamhetens programteorier.

Nyckelord: *Föräldraskap, Tidig Prevention, Familjecentraler, Samverkan, Programteori rekonstruktion, Barns hälsa*

## Abstract

Familycenters have undergone a strong expansion for families with children in Sweden and represent a large part of the health promotion and prevention work. At the same time, difficulties are described in reaching target groups such as foreign-born parents, parents with a lack of trust in social services, parents with mental illness, disabilities and co-parents. The purpose of this study was therefore to explore why Familycenters work well for some families, but not for all. As well as investigating what contributed to a welfare solution such as Familycenters being established and becoming a stable actor in society, despite the fact that it does not reach its full potential. The method chosen has been to construct a normative/descriptive programtheory for the collaborationmodel Familycenter, supplemented with an investigation of how the collaborationmodel is practiced empirically through a qualitative research method. Through ideaanalysis, it was investigated which ideas contributed to Familycenters being established and becoming a stable player in society. The reconstruction of the normative programtheory identified *promoting-* and *obstructingmechanisms* that influence participation and the study found that interprofessional work triggers an *added value mechanism* that generates expanded knowledge and increased trust that spills over to the visitors and promotes participation. The study also found *obstructingmechanisms* such as the *organizational protectionmechanism* in the financial management system (NPM), which prevents *the added value mechanism* from triggering. This study has therefore tried to highlight the importance of critical reflection of ideas, mechanisms and values in the design of business programtheories.

*Key words: Parenting, Early Prevention, Family Centers, Collaboration, Program Theory Reconstruction, Child/rens health.*

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Introduktion</b> .....	7
1.1	Problemformulering .....	8
1.2	Syfte .....	8
1.3	Frågeställningar .....	9
1.4	Definitioner .....	9
1.5	Avgränsning .....	10
1.6	Disposition .....	10
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b> .....	12
2.1	Samverkansmodellen Familjecentral .....	12
2.2	Familjepolitiska reformer .....	14
2.2.1	Jämställt föräldraskap .....	15
2.3	Öppna förskolan och Förebyggande Socialtjänst .....	15
2.4	Barnavårdscentralen (BVC) .....	16
2.5	Barnmorskemottagning (BMM)/ Mödrahälsovård (MHV) .....	18
2.6	Familjeservicecentralens framväxt .....	18
<b>3</b>	<b>En nordisk och internationell överblick</b> .....	20
<b>4</b>	<b>Aktuellt kunskapsläge och tidigare forskning</b> .....	21
4.1	Aktuellt kunskapsläge .....	21
4.2	Tidigare forskning .....	23
<b>5</b>	<b>Metod</b> .....	25
5.1	Tillvägagångssätt .....	25
5.1.1	Förförståelse .....	26
5.1.2	Etiska principer .....	27
5.1.3	Tillförlitlighet och äkthet .....	27
5.1.4	Metodologiska och analytiska ansatser .....	28
5.1.5	Idéanalys .....	29
<b>6</b>	<b>Delstudie 1</b> .....	30
6.1	Programteori .....	30
6.1.1	Programteoretisk begreppsförklaring .....	31
6.2	Urval och metod till den normativa programteorin .....	32
6.3	Effekter .....	34
<b>7</b>	<b>Resultat från idéanalysen</b> .....	35
7.1	Samverkan .....	36
7.2	Prevention .....	38
7.3	Ett gott föräldraskap .....	40

<b>8</b>	<b>Familjecentralens normativa Programteori</b> .....	43
8.1	Behov/ problem att lösa ( <i>1. situationsteorin</i> ).....	43
8.2	Kärnkomponenter .....	45
8.3	Aktiviteter/ Moderatorer.....	46
8.4	Output/ Mediatorer ( <i>2. kausalteorin</i> ) .....	48
8.5	Medierande mekanismer ( <i>3. normativa teorin</i> ) .....	49
8.6	Proximala/ Kortsiktiga effekter ( <i>normativa teorin</i> ).....	50
8.7	Distala/ Långsiktiga effekter .....	52
8.8	Flödesschema .....	54
<b>9</b>	<b>Delstudie 2.</b> .....	54
9.1	Urval och metod till den rekonstruerade programteorin .....	55
<b>10</b>	<b>Rekonstruktion av programteorin</b> .....	56
10.1	Flödesschema rekonstruerad programteori .....	57
10.2	Behov/problem att lösa .....	57
10.2.1	Hälsoprogrammens utformning för medföräldrar .....	57
10.2.2	Kvinnodominerat yrke och genusrelaterade perspektiv.....	59
10.3	Aktiviteter/Moderatorer.....	61
10.3.1	Samhället gör mamman till experten .....	61
10.3.2	Friktion mellan kulturella dimensioner .....	63
10.4	Kontext.....	66
10.4.1	Öppettider och begränsande lokaler, en skyddsmekanism? .....	66
10.4.2	Blandade finansieringsformer och (NPM), hinder för samverkan.....	68
10.5	Medierande mekanismer.....	71
10.5.1	När tid och utrymme inte ges försvinner mervärdesmekanismen.....	71
<b>11</b>	<b>Slutdiskussion</b> .....	73
11.1	Slutsatser.....	73
11.1.1	Studiens styrkor och begränsningar .....	77
11.1.2	Förslag på vidare forskning.....	77
11.1.3	Implikationer.....	78
<b>12</b>	<b>Källförteckning</b> .....	80
12.1.1	Offentliga källor .....	80
12.1.2	Politiska direktiv:.....	81
12.1.3	Lagstiftning .....	81
12.1.4	Övriga källor .....	81
	Bilaga 1. Intervjuguide .....	89
	Bilaga 2. Informationsbrev .....	91
	Bilaga 3. Samtyckesformulär för deltagande i studie .....	93

## **Förkortningar**

*BVC - Barnvårdscentral.* På BVC arbetar legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen såsom distriktssjuksköterska och barnsjuksköterska, läkare och ibland barnhälsovårdpsykiolog. Inom vissa landsting finns även andra professioner knutna till verksamheten. BVC utgår ifrån Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovård och ett nationellt barnhälsovårdsprogram (Socialstyrelsen 2014; Fagerberg & Kling 2023). BVC bedöms vara ett mer vedertaget begrepp i allmänt språkbruk och används i huvudsak i denna studie.

*BHV- Barnhälsovård*

*BMM - Barnmorskemottagning.* På BMM arbetar barnmorskor tillsammans med, eller med möjlighet att konsultera obstetriker och/eller allmänläkare samt MHV-psykiolog och/eller socionom. En del BMM har även tillgång till undersköterska och sekreterare (SFOG 2016). Begreppet *BMM* kommer att användas fortsättningsvis i studien då det upplevs vara mest förekommande i lästa dokument.

*MVC - Mödravårdscentral*

*MHV - Mödrahälsovård*

# 1 Introduktion

”Genom preventionens vitt förgrenade kapillärsystem pulserar dess begärliga näring *förhoppningen*” (Thorbjörn Forkby 2023; 35).

Preventionspolitiken och dess tillskrivna *förhoppningar* har nog knappast undgått någon som följt de senaste årens utveckling, avseende satsningar på främjande insatser för barn och ungas hälsa. *Förhoppningar* genererade av en tro på kraften att ju tidigare vi kan åstadkomma förändring gällande barn och unga med någon form av ogynnsam utveckling, desto större möjligheter att undvika eller avbryta svårbemästrade och kostsamma framtida problem (jfr. Doyle et al 2009; Heckman 2013; Forkby, Enell & Thulin 2023;). Med *förhoppningar* på preventionens kraft går Sverige även mot en ny socialtjänstlagstiftning som föreslår ett ännu tydligare förebyggande perspektiv, med särskilt beaktat behov av tidiga och förebyggande insatser (SOU 2020:47).

Historiskt sett har många olika socialpolitiska åtgärder införts för att gynna familjelivet, vilket med tiden utvecklats bort från socialhygien och befolkningspolitik till att allt mer fokusera på ett främjande av föräldrar och barns psykosociala hälsa och välbefinnande. Samtidigt har värnandet om familjernas egna resurser blivit allt viktigare. Denna utveckling har medfört att politiken har satt stort värde på tvärprofessionellt arbete för att kunna hantera komplexa utmaningar i en allt mer professionaliserad och specialiserad värld. Politiken har även uppmuntrat arbeten som bidragit till ett främjande av öppenhet och tillit i samarbetet över professionsgränserna (Kekkonen, Montonen & Viitala 2011; Bergnehr 2023).

Denna studie syftar till att granska en socialpolitisk åtgärd som motsvarat efterfrågan av den preventionspolitiska ambitionen av tvärprofessionellt stöd till familjer genom satsningen på Familjecentraler. Familjecentraler är en verksamhet som under de senaste åren genomgått en stark expansion som en eftertraktad aktör med starkt stöd på preventionsarenan för barnfamiljer i Sverige och representerar en stor del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker kring småbarnsfamiljer.



## 1.1 Problemformulering

Expansionen av Familjecentraler de senaste årtiondena kan anses vara ett resultat av den socialpolitiska preventionsambitionen att arbeta tvärprofessionellt med universellt förebyggande (*preventiva*) och främjande (*promotiva*) tidiga insatser. Med syfte att skapa goda uppväxtförhållanden för barn och unga, vilket står i konsensus med forskningen som visar fördelar med att komma in tidigt i barn och ungas liv för att åtgärda eventuella missgynnsamma utvecklingstrender. Internationell barn- och familjeforskning visar även en samhällsekonomisk vinst genom att bryta negativ utveckling så tidigt som möjligt, med större avkastning både socialt och ekonomiskt (Doyle et al 2009; Heckman 2013; Sampaio et al 2022).

En kartläggning och analys av Familjecentraler som utfördes av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2023) visade att Familjecentraler i stor utsträckning fungerar väl för dem de når och som väljer att delta och att personal och besökare är positiva till verksamheten. Samtidigt beskriver Familjecentraler svårigheter med att nå målgrupper som kan ha lika stora behov alternativt större behov av stöd. Utrikesfödda föräldrar, föräldrar med bristande tillit till socialtjänsten, föräldrar med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning samt medföräldrar ingår i dessa grupper (jfr. Socialstyrelsen 2023). I Folkhälsomyndighetens (2024) nya litteraturöversikt beskrivs generellt en homogen grupp delta i öppna förskolans verksamhet till stor del kvinnor från resursstarka familjer. Utrikesfödda föräldrar och föräldrar i behov av stöd i föräldrarollen tenderar att utebli från verksamheten. Varpå det kan antas att Familjecentralens grundläggande idé och programteori fungerar väldigt väl för vissa, men inte för alla. Vad kan det vara för problem som döljer sig här? Problemet motiverar studiens övergripande syfte att undersöka orsakerna till varför det fungerar väl för vissa, men inte för alla. Det är också angeläget att undersöka vad det är som gör att en välfärdslösning som Familjecentral skapas och etableras och vilka idéer det är som driver dem, trots att den inte når fullt ut.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna studie är för det första att undersöka varför Familjecentralen som samverkansmodell fungerar väl för vissa familjer, men inte för alla. För

det andra undersöker jag vad som bidragit till att en välfärdslösning som Familjecentral har etablerats och blivit en stabil aktör med starkt stöd i samhället, trots att den inte når fullt ut.

### 1.3 Frågeställningar

1. Vilka främjande mekanismer bidrar till att Familjecentraler fungerar väl för vissa målgrupper i samhället?
2. Vilka hindrande mekanismer medför att verksamheten inte fungerar för alla målgrupper i samhället?
3. Vilka idéer är det som bidrar till att Familjecentraler blivit en stabil aktör i samhället med stort stöd, trots att den inte når fullt ut?

### 1.4 Definitioner

Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter kan bestå av många olika konstellationer av aktörer. I denna studie avser definitionen *Familjecentral* omfatta när de fyra samverkansaktörerna BMM, BVC, Förebyggande socialtjänst samt Öppen Förskola ingår. Begreppet *familj* i denna text avser familjer med minderåriga barn 0-17 år och *medförälder* avser barnets andra förälder oavsett könstillhörighet. *Utländskt ursprung* betyder att barnet har två föräldrar födda som medborgare i annat land vilket är definitionen som statistikmyndigheten använder (Bergnehr 2023). *Utrikesfödd* betyder att individen är född i ett annat land. *Föräldraskapsstöd* innebär ”insatser, aktiviteter och verksamheter riktade till föräldrar som stärker föräldraförmågan och relationen mellan förälder och barn. Det kan handla om att ge föräldrar kunskap om barnets rättigheter, hälsa och utveckling, samt att stärka föräldrars relation till varandra eller deras sociala nätverk” (Cesares Olsson, 2022 s.5). *Programteori* är en deskriptiv modell eller teori som syftar till att redogöra för hur de planerade insatserna i form av resurser och aktiviteter genererar vissa effekter, samt hur de bidrar till att ett program uppnår sina mål. Ett ”program” i det här sammanhanget kan definieras som ”en pågående och planerad intervention som syftar till att uppnå vissa resultat med avseende på ett eller annat pedagogiskt, socialt eller kommersiellt problem” (Blom & Moren 2015, s.109). *Mekanismer* –kan beskrivas vara det som i interaktion mellan individer skapar den kraft som leder till förändring. Mekanismer är oftast inte direkt observerbara eftersom de existerar under den synliga ytan, bortom det direkt observerbara (Blom & Morén 2015) För utförligare beskrivning se kap. 5.1.3 ”Metodologisk och

analytisk ansats”. *Synergieffekt* - med synergieffekt avses ett bättre utnyttjande av kompetenser och dylikt, där den samlade kompetensens värde är mer än summan av de enskilda kompetenserna var för sig (Hjortsjö 2005). *Människobehandlande organisationer*- har i uppdrag att skydda människors välfärd, bedöma, sortera och på olika sätt påverka människor och dess beteenden och levnadsförhållanden (ibid). *Antagande* – rör en möjlig relation mellan två eller fler variabler och kan liknas vid hypotes (Bryman 2018). *Social exkludering* kan beskrivas som samhällseliga processer som driver fram att människor utestängs från olika former av samhällseliga resurser och gemenskaper (Sjöberg & Turunen 2018).

### **1.5 Avgränsning**

I den internationella litteraturen görs ofta en skillnad mellan två olika typer av familjecentraler; *förstärkta familjecentraler* och *familjecentraler av nordisk modell*. Till de *förstärkta* tillhör familjecentraler där barn och familjer hänvisas/remitteras till verksamheten av personal och andra verksamheter samtidigt som det kan finnas en viss öppen del som inte kräver remittering. För den *nordiska modellen* är fokus för verksamheten att vara en öppen lågröskelverksamhet som inte kräver hänvisning- eller remittering och är den modell som den normativa och rekonstruerade programteorin i denna studie hänvisar till (Folkhälsomyndigheten 2024).

En avgränsning som utförts i studien är angående ”reglerad samtidighet”. Reglerad samtidighet är ett beslut av Region Skåne om att alla fyra verksamheter ska ha öppet minst 15 timmar samtidigt varje vecka, där alla professioner ska finnas på plats samtidigt. Den reglerade samtidigheten innebär utmaningar på olika sätt, speciellt för samverkansaktörer som endast har en individ anställd. Denna bestämmelse är unik för Skåne och fördjupas inte då den gäller endast för ett av Sveriges 21 län.

### **1.6 Disposition**

I nästkommande kapitel beskrivs bakgrunden till Familjecentralens utveckling och framväxt för att på så vis placera Familjecentralen i en socialpolitisk historisk kontext. Därefter ges en bild i kapitel 3 av hur det svenska Familjecentralsarbetet liknar men samtidigt skiljer sig åt mot andra länders preventionsarbete kring barnfamiljer. Kapitel 4 om *aktuellt*

*kunskapsläge och tidigare forskning* kommer att ge en överblick av kunskapsläget för Familjecentraler. Därefter presenteras ett *metodkapitel* som redogör för studiens tillvägagångssätt, metodologiska och analytiska ansats inklusive en beskrivning av begreppet idéanalys.

Efter metodkapitlet presenteras två delstudier, varpå kapitel 6 *Delstudie 1* redogör för begreppet programteori, urval och metod för konstruerande av Familjecentralens normativa programteori (önskvärdheten av det tänkta resultatet av programmet). Sedan följer beskrivningen av det idéanalytiska resultatet i kapitel 7 som tre utkristalliserade kärnkomponenter i Familjecentralens grundidé. Den normativa programteorin beskrivs i sin helhet i kapitlet som följer och illustreras inledningsvis med ett flödesschema och därefter boxar i anslutning till respektive avsnitt. I slutet av kapitlet illustreras en samlad grafisk modell som schematiskt framställer den normativa programteorin (jfr. Blom & Morén 2015, s.116; Kapetanovic & Skoog 2019). Frågor som den normativa programteorin besvarar är: Vilka är de centrala aktörerna, vad vill de åstadkomma, hur och varför? Vilket resultat förväntas de olika aktiviteterna ge, vad blir dess utfall och effekt på kort och lång sikt (jfr. Denvall et al. 2021).

I kapitel 9 *Delstudie 2* beskrivs urval, metod och tillvägagångssätt för att rekonstruera programteorin, varpå den rekonstruerade programteorin redovisas i sin helhet i kapitel 10. Rekonstruktionen svarar för hur den normativa programteorin praktiseras efter en empirisk undersökning. Specifikt beskrivs svar på frågorna; vad *gör* interventionen, hur *gör* interventionen det och varför *gör* interventionen det (jfr. Olsson et al 2023). Den rekonstruerade programteorin illustreras av ett nytt flödesschema som schematiskt beskriver programteorin med ett tillägg av studiens fynd av *hindrande mekanismer*. Studien summeras därefter med en slutdiskussion utifrån studiens resultat och dess användbarhet tillsammans med några implikationer.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Samverkansmodellen Familjecentral

En *samverkansmodell* kan beskrivas som en modell som utvecklar och levererar välfärdstjänster tvärsektorielt genom samarbete över organisatoriska gränser. Motiven bakom diskuteras ofta utifrån metaforen att skapa hängrännor mellan stuprören som länkar samman idéer, kunskaper och handlingar i stuprören till en gemensam plattform för att möta komplexa samhällsutmaningar (Carlsson & Johansson 2023). Familjecentral som vuxit fram som verksamhet mellan kommun och region bygger på fyra aktörer; *barnmorskemottagning* (BMM), *barnhälsovård* (BVC), *öppen förskola* och *förebyggande socialtjänst*, samlokaliserade under samma tak. Med familjecentralsliknande verksamhet avses barnhälsovård samlokaliserad med minst en kommunal verksamhet (öppen förskola och/eller förebyggande socialtjänst). Familjecentralsliknande verksamhet kan också innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård och minst en kommunal verksamhet som öppen förskola och/ eller förebyggande socialtjänst (Cesares Olsson 2022).

I en kartläggning av Familjecentraler i Sverige utförd av Socialstyrelsen 2008 identifierades vid tiden 131 verksamheter som Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet. I juni 2023 hade denna siffra ökat till 300 verksamheter vilket innebär att det etablerats lite drygt 170 verksamheter på 15 år. I dagsläget är ytterligare verksamheter på gång, utspridda i såväl storstad som landsbygd (Socialstyrelsen 2008; FFFF 2023). Familjecentralen och familjecentralsliknande verksamhet riktar sig till barn, blivande föräldrar, föräldrar och andra viktiga vuxna kring barnet och arbetar för att ge alla barn en hälsosam start i livet genom att erbjuda hälsofrämjande, generell, frivillig och kostnadsfri verksamhet. Verksamheten ska också verka tidigt förebyggande samt fungera som en stödjande aktör och en mötesplats i enlighet med barnkonventionens artiklar om barnets rätt (Socialstyrelsen 2023; FFFF 2023; Folkhälsomyndigheten 2024). Syftet så som det presenteras av Socialstyrelsen, den Nationella Vägledningen och av Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF) är att minska fysisk, psykisk och social ohälsa bland barn samt minska ojämlikheten i hälsa. Verksamheten ska också arbeta för att minska risken att barn hamnar mellan

samhällets trygghetssystem vilket gör att barnet inte får rätt stöd, i rätt tid. Den hälsofrämjande verksamheten ska anpassas utifrån hela familjens livssituation (Cesares Olsson 2022; Socialstyrelsen 2023; Folkhälsomyndigheten 2024). Familjecentralers praktik bygger på föreställningen om att föräldrar ofta känner sig osäkra i den nya situationen av att vara förälder till ett nyfött barn (Abrahamsson & Samaringehe 2013). Verksamheten kan ses som svar på de behov som dyker upp under de första åren som förälder. Föräldrars behov av stöd och deras stressnivåer kan variera från dag till dag vilket medför att de är svåra att förutse. Genom professionell följsamhet syftar Familjecentralen till att ge skyddande faktorer för att möta föräldrars olika behov på ett dynamiskt vis (ibid). Majoriteten av Sveriges Familjecentraler riktar sig till målgruppen blivande föräldrar och föräldrar med barn i åldern 0-6 år (Socialstyrelsen 2023 s.9, FFFF 2023). Verksamhetens mål förväntas uppnås genom att familjecentralen:

- Erbjuder och skapar ett lättillgängligt stöd
- Är ett kunskaps- och informationscentrum
- Stärker arbetet med FN:s konvention för barnets rättigheter
- Skapar arbetsformer där barn och föräldrar är delaktiga
- Främjar gynnsam fysisk, psykisk och social utveckling för barn
- Stärker samspelet och en god relation mellan barn och föräldrar
- Uppmärksammar barn och deras familjer när tecken finns på avvikande utveckling
- Erbjuder tidiga insatser till blivande föräldrar och familjer med barn
- Stärker barns och föräldrars sociala nätverk
- Stärker jämställt föräldraskap
- Stärker barns språkutveckling
- Stärker integration

Utöver detta arbetar många familjecentraler med att nå utsatta grupper, generellt går en stor del av arbetet ut på att stärka skyddsfaktorer och erbjuda en stödjande miljö och en mötesplats (Folkhälsomyndigheten 2024).

## **2.2 Familjepolitiska reformer till grund för det preventiva föräldrastödets framväxt**

I generationer har vi manat fram traditioner, idéer, normer och värden, vilka präglat välfärdens ambitioner. Ambitioner som syftat till att skapa de bästa uppväxtvillkoren för barn och unga. Dessa goda intentioner är ytterst präglade av politiska val och beslut vilka utformas till sociala åtgärder i syfte att förändra missgynnande strukturella faktorer (Emmelin & Eriksson 2012).

Familjecentraler som vi känner dem idag är inte sprungna ur en plötslig idé om att samla verksamheter under ett och samma tak och därmed förvänta oss ett mervärde som synergieffekt av den samlade kunskapen. Samverkan inom och mellan människobehandlande organisationer tog fart ordentligt redan i slutet av 1960-talet efter genomgripande förändringar inom de socialpolitiska och samhällsmedicinska fälten i Sverige (Hjortsjö 2005; Bergnehr 2023). En tydlig vision bildades i politiken att förebygga att barn far illa. För att lyckas med det ansågs föräldrar behöva rimliga levnadsvillkor och verktyg för att möta det så många gånger utmanande föräldraskapet (Bing 2011b). Tillsammans med det faktum att Sverige i början av 1900-talet noterade de lägsta födelsetalen i världen, samtidigt som en femtedel av befolkningen emigrerade och lämnade landet såg politiken hur befolkningen skulle minska kraftigt och så även den ekonomiska tillväxten. Sverige skulle stå med en utarmad arbetskraft och med få vuxna som skulle kunna försvara landet. Utifrån det infördes flera betydelsefulla reformer i försök att stimulera barnafödandet och öka befolkningstillväxten. Landets första föräldraförsäkring och moderskapspenning tillkom 1931. Samhällets stöd gällande familjebildning växte och utformades som generella stödinsatser med avsikt att komma alla till gagn (Bergnehr 2023). Andra riksdagsbeslut som påverkade familjepolitiken var införandet av föräldrautbildning och förbud mot aga år 1979. År 1982 trädde en ny socialtjänstlagsstiftning i kraft för att möta samhällets nya mer komplexa utmaningar (Hjortsjö 2005). Den nya socialtjänstlagen innehöll en mer rättighetsbetonad samhällsservice och ett mer holistiskt synsätt på individen vilket innebar att socialtjänstens arbete utvecklades till att bli allt mer serviceinriktat. Det förebyggande (*preventiva*) arbetet fick därefter sitt genombrott och etablerade sig som en allt starkare aktör på den socialpolitiska arenan (j.fr Hjortsjö 2005; Bing 2011b). Den nya

utvecklingen innebar att socialtjänsten tvingades utveckla sina arbetssätt och började arbeta på flera nivåer, bort från tvångsingripande och repressiva vårdlagar. Målet var nu att arbeta aktivt med att skapa förtroendefulla kontakter till människor som hade behov av stödinsatser för att på så sätt nå ut och erbjuda stöd (Hjortsjö 2005).

### **2.2.1 Jämställt föräldraskap**

Under den här perioden tilltog idealet om ett jämställt föräldraskap allt mer i familjepolitiken. För att stimulera männens jämställda omsorg om barnen och hushållet, infördes 1974 en uppdatering av moderskapspenningen, vilket resulterade i dagens föräldraförsäkring (Bergnehr 2023). Politiken började även vid den här tiden se vinster med en samordning mellan de sociala och medicinska fälten, då de upplevdes ha många beröringspunkter som ansågs betydelsefulla. Den politiska viljan att samverka växte allt starkare och rekommendationer om lagarbete mellan socialvård och sjukvård presenterades allt oftare, inte minst mellan social barnavård och barnhälsovård. I betänkandet (SOU 1975:87) uppgavs dock att verkligheten var svår att förändra. Centralt drevs frågan om en samordning hårt framåt, men på det lokala planet fanns en svåröverkomlig skepticism (Hjortsjö 2005).

### **2.3 Öppna förskolan och Förebyggande Socialtjänst**

1969 påtalade Socialstyrelsen att det fanns ett ökat behov av att bygga ut förskoleverksamheten i samhället, vilket ledde till att en Barnstugeutredning tillsattes. Denna utredning (SOU 1972: 26 - 27) slog fast att barn som inte fick plats i förskolan behövde annan pedagogisk stimulans. Ett behov som resulterade i det som kom att kallas Lektörutredningen. Lektörutredning kom sedermera att utvecklas till det vi idag känner som öppen förskola. Syftet skiftade dock från en enbart pedagogisk stimulans till att fylla en viktig funktion av mötesplats för barn och föräldrar att träffas i sitt närområde och bryta isolering. Familjers isolering sågs som ett allvarligt hot mot barns hälsa och utveckling. Skillnaden från traditionell förskola var att föräldrar eller andra nära vuxna till barnet närvarade tillsammans i verksamheten samt att det inte förekom någon registrering eller inskrivning för deltagande i verksamheten (jfr. Bing 2011b; Hjortsjö 2005; Bergnehr 2023). Enligt



Barnomsorgsgruppens betänkande (SOU 1975:87) beskrevs uppsökande verksamhet som ett uppdrag som kunde ge information, kontakt och serviceerbjudande (Hjortsjö 2005). Med tiden förändrades karaktären av den uppsökande verksamheten till att bli mer upplysnings- och serviceinriktad och att barnfamiljer själva kunde förändra och förbättra sin situation. Genom en ökad kunskap om föräldraskap och större förtroende för socialvården ansågs familjer vara mer benägna att själva söka kontakt vid behov (Bergnehr 2023). Runt 1975 kom verksamheten att förflytta sitt fokus från ett individuellt stöd, till insatser av mer generell karaktär (Hjortsjö 2005). Den uppsökande verksamheten skulle samordnas med den sedan länge etablerade barnhälsovården, då den redan träffade så gott som alla barnfamiljer. Det skulle generera en god plattform för en bred, uppsökande och förebyggande verksamhet. Den förebyggande socialtjänsten och öppna förskolan kom på så sätt att bilda två av de fyra viktiga hörnstenarna på dagens Familjecentraler. Den förebyggande socialtjänsten representeras ofta av en eller flera socionomer med titlar som kurator, socialrådgivare eller föräldrarådgivare. På den öppna förskolan arbetar en eller flera förskollärare, ibland tillsammans med någon kulturstödjande funktion (FFFF 2023).

#### **2.4 Barnvårdscentralen (BVC)**

Barnvårdscentralen som utgör ytterligare en hörnsten i Familjecentralen har rötter från början av 1900-talet, då den första hälsomottagningen (*Mjölkdroppen*) öppnade i Stockholm som en filantropisk verksamhet i en tid som präglades av fattigdom, där drygt tio procent av spädbarnen dog (Mjölkdroppen 2005). Syftet med verksamheten var att ge fattiga mödrar ett kostnadsfritt stöd i form av näringsriktig komjölsblandning till sina spädbarn (ibid.). År 1937 fattade riksdagen ett beslut som innebar att all Mödrahälsovård och Barnhälsovård skulle bli kostnadsfri och göras generell och tillgänglig för alla. Barnens hälsa skulle bli en angelägenhet för samhället och inte enbart för den enskilda familjen, beslutet fattades utifrån syftet att minska den höga mödra- och spädbarnsdödligheten i Sverige. Fokus var på information om hygien och skötsel hos barn och moder (Mjölkdroppen 2005; SFOG 2016; Fagerberg & Kling 2023). I takt med att mödra- och spädbarnsdödligheten minskade och hälsoläget förbättrades i befolkningen

riktades mer fokus på psykologiska och sociala aspekter av graviditeten och föräldraskapet. Till grund för den förbättrade hälsan låg bland annat bättre sociala förhållanden, medicinska framsteg såsom vaccinationer, blodtransfusioner och antibiotika, tillsammans med införandet av den allmänna mödra- och barnhälsovården (Fagerberg & Kling 2023). Under 1960-talet lades stor vikt vid ett hälsoövervakande och handikappsuppspårande uppdrag (Socialstyrelsen 2014).

År 1980 fattade riksdagen ett beslut att mödra-barnhälsovården skulle erbjuda föräldrautbildning med mål (prop.1978/79:168) som innebar att öka familjernas kunskap om olika samhällsliga förhållandens påverkan på barn. Tillsammans med skapandet av kontaktytor för föräldrar ansågs goda uppväxtvillkor främjas (Socialstyrelsen 2014). I propositionen 2002/03:35 beskrevs att det finns barn som är i behov av särskild uppmärksamhet som barn i socialbidragshushåll, barn till missbrukande föräldrar och psykiskt sjuka föräldrar, barn till flyktingar eller ensamkommande, samt barn till ensamstående föräldrar vilka uppgavs ha en i genomsnitt sämre hälsoutveckling än andra barn. Propositionen (2002/03:35 s.1) betonar det som ”särskilt angeläget att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa” (Socialstyrelsen 2014).

Barnhälsovården beskrivs som en viktig del av Sveriges folkhälsoarbete och har en viktig roll eftersom de når så gott som alla barn och har ett stort förtroende hos befolkningen. En samhällsutveckling som dock beskrivs som en utmaning för barnhälsovården att möta i rätt utsträckning, är erbjudandet av hälsovård till personer med annat kulturellt och nationellt ursprung. 2012 hade ca 18 procent av alla barn i förskoleåldern föräldrar som båda var födda i ett annat land, dock är variationerna i landet stora. Forskningsöversikter skriver enligt socialstyrelsen att det krävs en särskild kompetens som ofta benämns som kulturell kompetens för att inte hälso- och sjukvården ska leda till missbedömningar, feltolkningar och slutligen felaktiga beslut (Socialstyrelsen 2014).

## **2.5 Barnmorskemottagning (BMM)/ Mödrahälsovård (MHV)**

Den fjärde hörnstenen som ingår i Familjecentralen är barnmorskemottagningen. Även den med anor sedan långt tillbaka i tiden. Med England som förebild byggdes den svenska mödrahälsovården upp på 1930-talet. 1938 blev mödrahälsovården precis som barnhälsovården kostnadsfri och därmed tillgänglig för alla. Tidigt i uppbyggnaden av mödrahälsovården betonades vikten av de sociala aspekterna för att det nyfödda barnet skulle få en så god start i livet som möjligt. Inledningsvis låg fokus mest på hygien och de sociala aspekterna kom 1955 att utökas till en mer detaljerad instruktion som innebar betydligt fler kontroller. Först på 1970-talet fick fostrets hälsa ett större fokus och mätningar av livmoderns tillväxt infördes. Vid inträdet i 1980-talet beslutades enligt en statlig utredning av sjukvården (HS-80, Socialstyrelsen 1979;4) att mödrahälsovården skulle tillhöra primärvården. Huvudmålet var inte bara medicinskt utan stor vikt skulle läggas vid att minska skadliga påfrestningar på föräldrar och barn samt aktivera män och kvinnor i deras föräldraskap (SFOG 2016). Uppbyggnaden av mödrahälsovården har fungerat väl då det genererat att mödra- och barnadödligheten i Sverige är väldigt låg idag (Socialstyrelsen 2022). Mödrahälsovården är även den en väldigt viktig arena för Sveriges folkhälsoarbete då så gott som alla gravida är inskrivna hos mödrahälsovården (ibid).

## **2.6 Familjeservicecentralens framväxt**

Den socialpolitiska resan för folkhälsoarbetet har transformerats från en mer kontrollerande och övervakande roll under den första halvan av 1900-talet, till ett större förtroende för familjens egen kapacitet (Lindskov 2011). Familjeservicecentraler som idé fanns omnämnda redan i direktiven till socialutredningen 1967. 1971 kom så presentationen av barnstugeutredningen med en skiss över tilltänkt samordning mellan de sociala och medicinska serviceorganen. Barnfamiljernas behov framställdes som mycket viktiga och framförallt behovet av social service och närheten till service. I skissen presenterades mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, den sociala barnvården, förskolan och skolan som berörda aktörer för en sådan samverkan (SOU 1972:27; Hjortsjö 2005). Syftet som beskrevs av samverkansmodellen var att stärka samhällets förebyggande arbete genom att

”så långt som möjligt förebygga att människor hamnar i situationer som för både dem själva och samhället kan få oönskade och vittgående ekonomiska och sociala konsekvenser” (SOU 1972:27, s.375). En viktig faktor som lyftes fram var närhetsprincipen vilket innebar att personalen som arbetade hade god kännedom om området och fanns nära. Närheten ansågs även bidra till att verksamheten fick en mer informell karaktär som inte handlade om att personer blev remitterade dit, utan fokus blev en serviceorganisation som kunde stödja och hjälpa barn och vuxna med olika konkreta vardagsproblem (Hjortsjö 2005). I Sverige påbörjades så smått försöksverksamheter både med och utan samlokalisering. En av de första lokalmässigt samlade verksamheterna var Familjeservicecentralen i Västra Flemingsberg som mest liknade dagens moderna Familjecentral. Studier som genomfördes under 80-talet fann att professionella arbetade mer effektivt och smidigt genom att snabbare kunna nå varandra och konsultera i ärenden med hjälp av varandras kunskap (Hjortsjö 2005; Bing 2011a). 1982 kom en ny socialtjänstlag (SFS 1980:620) samtidigt som hälso- och sjukvården fick en ny lagstiftning (SFS 1982:763) vilket medförde att båda organisationerna fick bättre förutsättningar för samverkan. Samtidigt antog Sverige 1990 FN:s barnkonvention, vilket ledde till ett ökat fokus på barnen. En ytterligare förändring i barnhälsans riktning var att en barnombudsman tillsattes 1993 (Prop 1992/93:173; Hjortsjö 2005; Bing 2011a). Socialtjänsten gjorde under 1990-talet flera bedömningar att barns välbefinnande hade försämrats, och betraktade samverkansformerna som lösningen på de mer komplexa problem som de sektorsindelade verksamheterna nu brottades med (Hjortsjö 2005; Bing 2011a). Framväxten av familjecentraler är resultatet av en långvarig process, vilken delvis drivits av professionerna själva som en ”*bottom up*” rörelse och kom under tidigt 2000-tal att finnas med i lokala och regionala folkhälsoplaner (Bing 2011b). Vid denna tiden lade offentliga verksamheter stor vikt på besparingar och prioriteringar för så resurseffektiva åtgärder som möjligt i enlighet med *New public management* andan (Thelin & Anderberg 2023).

En paradox som dock fanns med dåtidens samverkansprojekt var att trots att de tenderade att fungera väl, så ebbade de ut och försvann av olika

anledningar med tiden. Samverkansprojekten verkade gå i cykliska förlopp som hela tiden behövde börja om på nytt för att överleva (Hjortsjö 2005). Det till trots så verkar tanken om samarbetets positiva egenskaper kvarstå genom tid och rum, vilket medfört att samverkan än idag ses som en av lösningarna på dagens komplexa och sektorsövergripande utmaningar. Följaktligen ett sätt att nå familjerna även utanför professionsgränserna, i det så kallade organisatoriska mellanrummet (jfr. Tyrstrup 2007; Grape 2023).

### **3 En nordisk och internationell överblick**

Inledningsvis är det viktigt att poängtera att det finns svårigheter i identifieringen av liknande verksamheter på grund av länders olika välfärdssystem, så den utomnordiska forskningen har begränsat värde för den svenska kontexten (Socialstyrelsen 2008; Folkhälsomyndigheten 2024).

Norge har dock använt den svenska Familjecentralsmodellen som förebild och inspirerats till att omorganisera det förebyggande arbetet för barnfamiljer i Norge. De norska myndigheterna såg den svenska modellen som en bra arena att främja barnens psykiska hälsa och idag finns det ca 150 Familjecentraler i Norge som benämns Familiens Hus (Thyrhaug et al 2011; Bulling & Berg 2018). I Finland däremot så utvecklades de finska Familjecentren med hjälp av statsunderstöd genom ett nationellt FAMILJ-projekt som syftade till att utveckla socialtjänsten och hälsoarbetet med barn och familjer. Efter den ekonomiska krisen på 1990-talet ökade oron i Finland om föräldrarnas krafter skulle räcka till. Föräldrar upplevdes belastas med stress, osäkerhet i föräldrarollen, utmaningar i anpassningen av föräldraskapet till vardagen, utmaningar i balansgången mellan arbetsliv och familjelivet, problem i parförhållandet och hanteringen av svåra känslor. Som modell för att lösa de komplexa problemen föreslogs ett nära samarbete mellan flera aktörer, vilket blev Familjecentren i Finlands tillkomst (Viitala R, Kekkonen M, & Halme N 2011). I Danmark startade de första familjecentralerna runt 2012 med ett mer riktat fokus på unga sårbara mödrar under tjugofem år vilka behöver stöd i föräldrarollen samt med utbildning/arbete. Den danska modellen skiljer sig något från de övriga genom att rikta sig till en särskild målgrupp, snarare än att vara av universell

karaktär. På Grönland genomförs också satsningar på familjecentraler. Det finns dock en utmaning gällande de grönländska förhållandena då de i många fall saknar utbildad personal men samtidigt ofta har familjer med stort behov av stöd (Rolfgaard 2011; Kouvonen 2012).

Utanför Norden finns familjecentraler och familjecentralslänkande verksamheter i flera länder såsom Irland, Nederländerna, Belgien, Frankrike, Italien, Grekland, USA, Kanada, Japan, Australien och Nya Zeeland (Folkhälsomyndigheten 2024). Den verksamhet som dock visat störst likheter med det svenska konceptet är Storbritanniens version som benämns *Familycenters* eller *Children's Center*, vilket likt den svenska modellen består av en samlokalisering av barnomsorg, föräldrastöd, hälsokontroller och hälsoinformation. Skillnaden jämfört med den svenska modellen är dock att de vänder sig till fattiga familjer och har som syfte att minska fattigdomen och dess konsekvenser för barn och familjer. Den brittiska modellen har utvecklats utifrån det nationella programmet *Sure start* som tillsammans med de amerikanska programmen *Head Start* och *Early Head start* är de enda programmen som har effektutvärderats. Det är dock svårt att dra några jämförande slutsatser med den svenska modellen då programmens specifika målgrupp skiljer sig åt från den svenska modellen som omfattar en bred och mer generell målgrupp av barnfamiljer (Socialstyrelsen 2008).

## **4 Aktuellt kunskapsläge och tidigare forskning**

### **4.1 Aktuellt kunskapsläge**

Följande avsnitt kommer inledningsvis att skildra det aktuella kunskapsläget för Familjecentraler. Därefter kommer en kort beskrivning återges av tre utvalda publikationer som studerat den *nordiska Familjecentralmodellen* (se begreppsbeskrivning kap 1.6) som används i Sverige. Sedan följer en beskrivning av tre avhandlingar som finns publicerade fram till idag med inriktning Familjecentral.

Trots att Familjecentraler har funnits i Sverige under många år och har en stark utbredning i landet, så saknas det till stora delar effektstudier och forskning om Familjecentralernas arbete och betydelse för barnfamiljen.

Behovet av forskningsstudier har påtalats länge och trots att samtal har förts mellan nationella myndigheter, lärosäten och FFFF (*Föreningen För Familjecentralers Främjande*) så har inga forskningsstudier initierats för att besvara frågan om vilken betydelse Familjecentralerna har för barns utveckling och hälsa (Cesares Olsson et al. 2021; 2022). Ropet på mer forskning inom socialt arbete är dock inget nytt. Socialt arbete som internationellt forskningsområde har en lång historia och tycks omfatta två givna fält som ”urteman” varav det ena ”urtemat” behandlat frågor om fattigdom, försörjning, kontroll av fattiga, arbetslinjen och dess ansvariga myndigheter, vilket härstammat från 1500-talets sekularisering av fattigvården. Det andra ”urtemat” inom forskningen har behandlat barn, barnavård och barnskydd med dess bakomliggande socialhygien- och befolkningspolitik, som innefattade allt från amning, alkoholism till AIDS och härstammade från 1700-talets utveckling av befolknings- lära och politik (Sunesson 2003).

Att det för Familjecentraler saknas effektstudier kan bero på dess komplexitet hur vetenskapliga studier kan riggas för att studera Familjecentralens potentiella effekter. Ett arbete som dock kan vara i startskedet i Region Örebro län är framtagande av ett forskningsprogram om Familjecentralens betydelse för barn och familjers hälsa (Socialstyrelsen 2023). Ett annat forskningsprojekt som pågår med Familjecentralen som arena är ett projekt om hur förebyggande socialt arbete på Familjecentraler kan stödja föräldrar som migrerat till Sverige, ett projekt som sträcker sig fram till 2024 (Socialstyrelsen 2023).

Tre vetenskapliga studier berör Familjecentral av *nordisk modell*, och tre avhandlingar berör Familjecentralers arbete tillsammans med en stor variation av studier som inte genomgått den granskningsprocess som tillämpas i vetenskapliga studier. Som rapporter från kommuner, regioner, myndigheter eller andra organisationer, och utvärderingar, uppföljningar och kartläggningar som publicerats som rapporter, böcker och artiklar (Folkhälsomyndigheten 2024). En omfattande analys och kartläggning publicerades 2023 av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (Socialstyrelsen 2023), och i februari 2024 publicerades en kartläggande

litteraturöversikt (Folkhälsomyndigheten 2024). De visar på kunskapsluckor på flera områden som att få väl genomförda kvantitativa studier har genomförts och det saknas studier som undersökt barnens upplevelser, det är föräldrar eller personalens upplevelser som undersökts. Det råder även brist på mäns upplevelser av familjecentralens arbete (Socialstyrelsen 2023; Folkhälsomyndigheten 2024).

## 4.2 Tidigare forskning

Den kartläggande litteraturöversikten av Folkhälsomyndigheten har funnit nio stycken relevanta vetenskapliga internationella publikationer publicerade 1999-2021. Dock undersökte majoriteten av de nio publikationerna *förstärkta Familjecentraler*, vilket skiljer sig från den *nordiska modellen* vi har i Sverige (se begreppsbeskrivning kap 1.6). Tre vetenskapliga studier undersökte Familjecentraler av *nordisk modell* som överensstämmer med den svenska modellen, vilket ligger till grund för att de har valts ut till att återges här i korthet. En av de kvalitativa studierna byggd på intervjuer med föräldrar och personal av Abrahamsson och Samaringehe (2013) utforskar en programteori med fokus på de öppna förskolorna på Familjecentraler. Resultatet visade att *personalens insatser var viktiga*, samt att föräldrar upplevde sig *stärkta i föräldrarollen* och att deras *sociala nätverk ökade*. I den andra kvalitativa studien baserad på intervjuer och observationer av Bulling (2017) undersöktes Familjecentraler i tre norska kommuner. Fyra kategorier identifierades i studien som utmärkte Familjecentralens verksamhet. Den anses vara *lättillgänglig* med *låg byråkrati* och med *samverkande kompetens* och en *inkluderande arena*. Den tredje studien, även den kvalitativ utifrån semistrukturerade intervjuer av Alm et al. (2021) undersökte föräldrars erfarenheter av deltagande i hälsofrämjande aktiviteter på Familjecentral. Tre teman presenterades i analysen som särskilt utmärkande; *social gemenskap*, *trygg plats* och *en plats för lärande*.

Tre svenska avhandlingar har publicerats om Familjecentralens arbete, dock ingick de ej i de nio vetenskapliga publikationerna som den kartläggande litteraturöversikten (Folkhälsomyndigheten 2024) valde ut. Då kunskapsläget överlag är begränsat väljer jag att inkludera dem och redogöra för dem här. Hjortsjö (2005) skrev avhandlingen ”*Med samarbete i sikte: om samordnade*



*insatser och samlokaliserade Familjecentraler*”, med fokus att förstå innebörden av den samverkan som sker. Hjortsjö förklarade sina fynd gällande samverkan på Familjecentral med stöd av organisations- och nyinstitutionell teori. Hjortsjö sammanfattar sin avhandling med att det finns stora förväntningar kopplade till samverkan på en Familjecentral, men att samarbetet inte alltid är så omfattande mellan professionerna. Författaren härleder det till professionernas starka anknytning till moderorganisationerna som genom regelverk inte tillåter så mycket samarbete utanför den egna professionsgränsen. Sammanfattningsvis så visade Hjortsjös avhandling på att samarbetet är ganska ytligt trots sin samlokalisering, men att det finns en tydlig vinst för besökarna som snabbare kan bli slussade och hänvisade till rätt hjälpinstans. Avhandlingen av Perdahl (2009) *”Verksamhetsutveckling i socialt arbete - Konstruktion och utprovning av en interaktiv modell”* syftade till att utforma ett fungerande verksamhetsutvecklande system för en nyetablerad Familjecentral. Perdahl konstaterar i sin sammanfattning att arbetet som sker på Familjecentralen innehåller en motsägelsefull praktik där de professionella ska vara kontrollerande samtidigt som de ska hjälpa familjer i utsatta situationer. Lindskovs (2010) avhandling *”Family centre practice and modernity: a qualitative study from Sweden”* (svensk översättning: *Familjecentralen som modern välfärdsarena*) syftade till att undersöka professionellas och föräldrars uppfattningar av verksamheten i förhållande till modernitetsteoretiska utgångspunkter. Konklusionen var att Familjecentralernas verksamhet innehåller en balansakt där de involverade ska hantera olika aspekter av modernitet. Lindskov menade att aktörerna på Familjecentralen förväntades hantera ett rollspektrum av den tidiga modernitetens expertroll, och samtidigt hantera förväntningen av att vara någon som kan utveckla en nära och nästintill personlig relation till besökarna, enligt en mer senmodernistisk förväntning. Lindskov (2011) beskriver precis som Perdahl (2009) en spänning som uppstår mellan kontroll och självrealisering som en inneboende konsekvens i Familjecentralsverksamheten. Personalen har en kontrollfunktion samtidigt som de erbjuder en skyddande kokong som bidrar till stöd för föräldrar att hantera sitt vardagliga liv med barn.

## 5 Metod

### 5.1 Tillvägagångssätt

Genomförandet av studien har utgått ifrån kvalitativ forskningsmetod och för det första genomfördes en dokument- och litteraturanlys för att framställa en normativ programteori för samverkansmodellen Familjecentral. För det andra undersökte jag hur samverkansmodellen praktiseras empiriskt genom att samla in data från intervjuer i fokusgrupp med respondenter på tre olika organisatoriska nivåer. För det tredje genomförde jag en idéanalys för att skapa en tät och detaljrik beskrivning av samverkansmodellen. Resultatet från idéanalysen användes även till att undersöka de idéer som bidragit till att en välfärdslösning som Familjecentral etablerats och blivit en stabil aktör i samhället. Till sist genomförde jag en rekonstruktion av den normativa programteorin med stöd av resultatet i idéanalysen och den insamlade empirin, för att identifiera *främjande* och *hindrande mekanismer* som påverkar hur samverkansmodellen fungerar. Rekonstruktionen modifierar programteorin och ger bilden av hur samverkansmodellen praktiseras idag.

Att valet föll på att genomföra en normativ och rekonstruerad programteori för att utkristallisera hinder för deltagande grundade sig i att datainsamlingen inledningsvis utgjorde en implicit bild av *vad* verksamheten och dess logiska modell *vill* åstadkomma och *hur* det görs. Något som programteorin erbjuder möjlighet till genom sin konstruktion. Att beskriva programlogiken/teorin för Familjecentraler medför möjligheter att finna svar på vilka faktorer i dess program som skapar framgång, samt för vem och under vilka omständigheter. Programteori ger på så vis värdefull information för att identifiera *fungerande-* och *hindrande mekanismer* i den underliggande teorin (jfr. Blom & Morén 2015; Denvall et al. 2021; Denvall 2023).

Litteratur till studien har sökts via databaserna Cochrane Library, Cambell Collaboration, Sage Journals, PubMed, Google Scholar och LUBsearch varav vissa sökningar har lett vidare via relaterad forskning till andra webbplatser. I sökningarna har avgränsningar till systematiska översikter och metaanalyser gjorts. Effektstudier på förebyggande insatser är generellt sett ytterst få på grund av svårigheterna med genomförandet. Nyckelord i sökningarna har varit både på engelska och svenska: Parenting, Early Prevention, Family

Centers, Collaboration, Program Theory Reconstruction, Child/rens health. Slagningarna i databaserna har genererat ca 500 relevanta publikationer som därefter gallrats ner till cirka 100 publikationer och efter läsning av artiklarnas abstracts har cirka 30 olika publikationer valts ut och lästs i sin helhet samt medverkat i studien i olika utsträckning. Utöver det har källor av litteratur använts från antologier, utvärderingar och myndighetsrapporter. Kontakt har tagits med MFOF (*myndigheten för föräldraskapsstöd*) samt Folkhälsomyndigheten i efterforskandet av litteratur.

Tillvägagångssättet för konstruerandet av den normativa programteorin beskrivs i Delstudie 1 i kap. 6.2 ”Urval och metod till den normativa programteorin”. I ”Delstudie 2.” framställs en rekonstruktion av hur den normativa programteorin praktiseras år 2024. För genomförande av programteorins rekonstruktion bedömde jag att en hermeneutisk ansats genom kvalitativ forskningsmetod med semistrukturerade fokusgruppsintervjuer med personal var mest lämpad för att komplettera den normativa programteorin. Intervjuer med personal ansågs mest lämpligt av etiska och praktiska skäl (jfr. Denscombe 2018). Det finns olika sätt att uppnå undersökningens syfte och ett alternativ till den kvalitativa designen kunde ha varit att utföra observationer under en längre tid, kompletterat med en surveyundersökning i form av en enkätundersökning till deltagarna. Dock bedömdes intervjuer ger mer stoff till programteorin. Begränsningar i den valda designen och dess omfattning är att en fullständig redogörelse för alla utfall i programteorin inte kommer att vara möjlig, då det kräver en större omfattning av studie, och att den rekonstruerade programteorin förenklar en mycket komplex verklighet som i praktiken kräver att en mycket mer detaljerad struktur skapas.

### **5.1.1 Förförståelse**

Förförståelsen för verksamheten Familjecentral är genererad utifrån åtta års arbetslivserfarenhet som samordnare på en Familjecentral, vilket bidragit till kännedom om Familjecentralens verksamhet som praktiker. Samtidigt har det krävt en process av medvetenhet och reflektion för att kunna kliva ur praktikerrollen och inta en mer kritiskt granskande position. En process som krävt uppmärksamhet kontinuerligt över rollpositioneringen och som

inneburit utmaningen att lyfta blicken till ett ”makroperspektiv” mer riktad mot samhällsliga strukturer (jfr. Eliasson-Lappalainen 2008).

### **5.1.2 Etiska principer**

Ett antal etiska principer har legat till grund för mitt beslutsfattande kring de deltagare som tillfrågats till undersökningen. Principerna är hämtade från de etiska riktlinjerna som finns anstiftade för att skydda deltagarna i forskningen vilka berör *frivillighet*, *integritet*, *konfidentialitet* och *anonymitet* (Bryman 2018). Informanterna informerades inledningsvis genom ett informationsbrev se *bilaga 2* som förklarade vad undersökningen handlade om och på vilket sätt de önskades medverka. Därefter ombads respektive informant skriva under ett samtyckesformulär se *bilaga 3* i samband med intervjutillfället. Formuläret gav information om intervjuförfarandet, deltagarens *frivillighet* samt möjligheter till att avbryta sitt deltagande. Deltagarna informerades om hanteringen av *anonymiteten* och att inspelningar och transkriberingar förvaras inlåst och förstöres när studien är godkänd och att all insamlad data enbart används till denna studie i enlighet med de etiska riktlinjerna (jfr. Bryman 2018).

### **5.1.3 Tillförlitlighet och äkthet**

Studiers kvalitet diskuteras ofta utifrån begreppen *validitet* och *reliabilitet*, två viktiga kriterier i den kvantitativa forskningen. *Reliabilitet* är ett mått på undersökningens möjligheter att upprepas (replikeras) och *validitet* ett mått på i hur hög grad studien mäter det man avser att mäta. Att mäta *reliabilitet* är dock en omöjlighet i kvalitativ forskning då det skulle innebära att en social miljö skulle behöva ”frysas” för att kunna undersökas igen utifrån samma förutsättningar (Bryman 2018). Kvalitativa studier kan istället bedömas utifrån bedömningskriteriet *tillförlitlighet*, som innefattar antagandet att det inte bara finns en absolut sanning utan att det kan finnas mer än en. Därmed motsvarar begreppet bättre anpassning för kvalitativa studier. *Tillförlitlighet* består av fyra delkriterier:  *trovärdighet* vilket bedöms utifrån värderingen av hur pass acceptabel forskarens beskrivning är i andras ögon. Den rekonstruerade programteorin bidrar till det genom representationen av empirisk data insamlad från personal som arbetar i eller med verksamheten. *Överförbarhet* motsvarar *validitet* och uppnås genom att producera fylliga

och täta beskrivningar av de detaljer som ingår. Det är en anledning till att idéanalys inkluderades i studien i syfte att berika fylligheten och komplettera empirin med mer täta beskrivningar till den rekonstruerade programteorin (jfr. *ibid*). *Pålitlighet* motsvarar *reliabilitet* och uppnås genom att anta ett granskande synsätt (auditing), vilket genomförs i denna studie genom regelbunden handledning av vetenskaplig ledare och en granskande process i form av examination. Sista kriteriet är *en möjlighet att styrka och konfirmera*, vilket motsvarar *objektivitet* och handlar om att försöka säkerställa att forskaren handlat i god tro, en uppgift som utföres av granskarna (jfr. Bryman 2018). *Äktheten* för studien uppnås genom att ge en rättvis bild av olika åsikter som finns hos den grupp som studerats, vilket jag i denna studie deklarerat genom redovisning av informanternas åsikter i form av citat. *Ontologisk, pedagogisk, katalytisk och taktisk autenticitet* handlar om att studien ska bidra med fördjupad förståelse, en bättre bild av hur andra upplever saker och ting, bidrag som leder till möjligheter till förändring och synliggörande av åtgärder som krävs (*ibid* 2018), vilket redovisas i kapitel 11 *Slutdiskussion*.

#### **5.1.4 Metodologiska och analytiska ansatser**

Den hermeneutiska ansatsen härstammar ur idealismens ontologiska vetenskapsteoretiska grund, vilken betraktar människan som ”en i grunden aktiv, verksam, kunskapssökande och skapande varelse – *delaktig* i skapandet av sig själv, inom mer eller mindre snäva ramar” (Eliasson-Lappalainen 2008 s. 23). Detta synsätt går i linje med studiens undersökningssyfte att finna *mekanismer* i interaktionen mellan individer som skapar den kraft som leder till förändring. I studiens normativa programteori presenteras *mekanismer* som leder till förändring som *medierande mekanismer*, vilka oftast inte är direkt observerbara eftersom de existerar under den empiriska ytan bortom det direkt observerbara. Det positionerade ontologiska synsättet ligger därmed till grund för de epistemologiska antagandena, dvs uppfattningen om hur kunskapen i studien kan och bör sökas, vilket givit vägledning till vilken position och vilka perspektiv jag bör välja. Stora delar av denna undersökning handlar om att konstruera Familjecentralens normativa *programteori*, vilket står förbundet och beroende till sin kontext. Det medför att kunskapen inte kan ses som helt universell, allmängiltig och närmast avbildande

verkligheten, som den epistemologiska riktningen realismen söker. Den kunskap som här är sökbar vilar i den kritiskt realistiska epistemologin, en kunskapssyn som utgår från medvetenheten att vår position spelar roll för vad vi kan begripa, förstå och förklara, samt att verkningarna i de osynliga *mekanismerna* är verkliga (jfr. Eliasson-Lappalainen 2008; Blom & Morén 2015). Den kritiska realismen bygger ontologiskt på en både och -syn att verkligheten kan antas vara extern och oberoende, samtidigt socialt och historiskt konstruerad (Blom och Morén 2015). Den kritiska realismen utgår ifrån att verkligheten är uppdelad i tre olika nivåer; den empiriska nivån (som utgör det vi kan erfara), det faktiskas domän (där händelser inträffar oavsett om vi erfar dem eller ej, exempelvis ett magnetfält som existerar men som vi dock inte kan observera), och verkligheten domän (där vi formulerar teori till de *medierande mekanismernas* existens, teori om exempelvis hur ett magnetfält fungerar). Begränsningen med den kritiska realismen är svårigheterna till evidensbaserad kunskap då kunskapen söks på flera nivåer samtidigt, nivåer som var för sig innehåller specifika *mekanismer* (Blom & Morén 2015). Effektstudier av komplexa människobehandlande organisationer i en social verklighet, vilken Familjecentraler representerar, är komplicerade då det inte går att isolera enskilda faktorer och studera dem över tid utan risk för annan påverkan.

#### **5.1.5 Idéanalys**

Idéanalys har använts för att analysera och beskriva idéer som formulerats i politiska sammanhang. Inom idéanalysen görs åtskillnad mellan att *beskriva* eller att *utvärdera* de argument och föreställningar som återfinns inom ett visst område (Beckman & Ljungwald 2009). Idéanalysen delas även upp i kategorier utifrån syfte där Vedung (2018) presenterar fyra övergripande analystyper; 1) *beskrivande*, 2) *giltighetsprövande* (*idékritiserande*, *ställningstagande*), 3) *förklarande/ funktionell* och 4) *konstruerande*. Idéanalys kan därmed ses som ett samlingsnamn för olika tänkbara kombinationer av syften, frågeställningar och analystekniker som kan användas i studiet av politiska budskap (Beckman 2005). Den *beskrivande* idéanalysen tillämpas här och utgör ett analysverktyg för att systematisera och klargöra innebörden av argument och idéer som förekommer i material.

Avsikten med idéanalysen var att spåra förändringar och skillnader över tid, vilket gav möjlighet till att följa hur den politiska debatten kring barn och familj har förändrats under de senaste decennierna, samt att generera en tät och detaljrik beskrivning av verksamheten. Analysverktyget bidrar till att identifiera faktorer som påverkar att alla målgrupper inte nås. Den *utvärderande* idéanalysen valdes inte då den syftar mer till att bedöma och kritisera innehållet i de budskap som återfinns i de material eller politiska texter som studeras, vilket inte varit syftet med denna studie (jfr. Beckman & Ljungwald 2009).

## 6 Delstudie 1.

### 6.1 Programteori

Följande avsnitt ger en beskrivning av begreppet programteori och därefter redovisas urval och tillvägagångssätt för konstruktionen av Familjecentralens normativa programteori.

*Programteori* beskrivs ofta även med andra snarlika begrepp som verksamhetslogik, effektkedja, handlingsteori, förändringsteori (*Theory of change*), logisk modell och teoridriven utvärdering (*contribution analysis*). Trots olikheterna i uttryck tycks de flesta vara överens om att det handlar om antaganden rörande ett visst program/verksamhet (Blom & Moren 2015; Olsson et al. 2023). Skillnaden mellan program- logik och teori skildras med att ”programlogiken beskriver ett visst programs förutsättningar, beståndsdelar, processer och resultat, men saknar vanligtvis antaganden om vilka mekanismer som är verksamma”. Programteorin däremot ”består av en explicit teori om eller en modell av hur programmet framkallar de avsedda eller de observerade resultaten” (Blom & Morén 2015, s. 111). Dock kompliceras detta av att mekanismer förekommer på flera nivåer, och om de utlöses eller inte och vilken styrka de har är beroende på den omgivande kontexten (Denvall & Johansson 2012). Således är skillnaden mellan att deskriptivt beskriva en verksamhet och att använda programteori att den senare anger antaganden om *vad* ett program ska uppnå och *hur* resultat åstadkoms genom programmet/verksamheten (Blom & Morén 2015; Olsson et al. 2023). Inom en verksamhet kan det förekomma flera programteorier

parallellt, vilket är fallet för Familjecentralers verksamhet. Det kan vara viktigt att klargöra hur de skilda aktörerna tänker och handlar för att kunna förklara de olika aktörernas logiker i en verksamhet. Det kan även vara adekvat att fokusera på en generell programteori om vi önskar beskriva verksamheten som helhet och hur den fungerar, vilket jag bedömt ha ett större värde i denna studie än de olika delarna var för sig (jfr. Vedung 2009; Hansen & Vedung 2010). Programteori är något som finns i alla organiserade verksamheter, i vissa fall mer explicit än i andra. Att rekonstruera Familjecentralens programteori utfördes då den upplevdes implicit, vilket inneburit att jag vaskat fram antaganden om *vad* och *hur*. Dessa antaganden går ofta att finna i formella dokument och publikationer som beskriver organisationens målsättningar, utgångspunkter, arbetssätt och etiska principer och mina valda dokument finns redovisade i kapitel 6.2 (Agevall Gross et al 2015; Blom & Morén 2015; Olsson et al 2023). Alla teorier innebär dock en förenkling av en komplex verklighet, samtidigt som teorierna behövs för att kunna se delarna i helheten. Viktigt att påminna är dock att det förekommer många *om* och *det beror på* för att kedjan i en programteori ska fungera.

### **6.1.1 Programteoretisk begreppsförklaring**

I den normativa- och rekonstruerade programteorin förekommer begrepp som *mediator*, vilket motsvarar den förändring som avses inträffa mellan två variabler genom programmets design. När en aktivitet i programmet utförs kan en eller flera *mediatorer* inträffa, ibland behövs flera aktiviteter för att en *mediator* ska inträffa (jfr. Donaldson 2001). *Medierande mekanism* (se beskrivning i kap 5.1.3) Begreppet *moderator* kan specificeras som betingelser och aktiviteter som beroende på hur de utförs påverkar riktningen och styrkan i utfallet (jfr. Donaldson 2001). I den efterföljande rekonstruerade programteorin (se kap 10) framträder ett fenomen som jag valt att benämna som *mervärdesmekanism*, vilket inträffar när samverkansaktörer arbetar tvärprofessionellt (för utförligare beskrivning se kap. 10.4.1). Andra fenomen som framkommer har jag valt att benämna som *selektering-* och *sorteringsmekanism*, samt *bekvämlighetsmekanism/ organisatorisk skyddsmekanism* (se utförligare beskrivning i kap 10.3.1).



## 6.2 Urval och metod till den normativa programteorin

För genomförandet av den normativa programteorin valdes metoden dokumentanalys. Att välja dokument kan vara tidsödande så till grund för urvalet användes därför fyra bedömningskriterier; *Autenticitet* – att materialet är äkta,  *trovärdigt* - att materialet är utan förvrängningar, *representativt* – att materialet är typiskt för den kategori det tillhör, och *meningsfullt* – att materialet är tydligt och begripligt (jfr. Bryman 2018). Socialstyrelsens rapport *Familjecentraler och familjecentralslignande verksamheter; kartläggning, analys och förslag* (2023) valdes därför ut som huvudkälla till konstruerandet av den normativa programteorin då den innehåller ett brett empiriskt underlag i form av en enkätstudie riktad till verksamheterna. Den innehåller även intervjuer utförd med personal och föräldrar på Familjecentraler, en GIS-analys, dialog med olika aktörer på området samt en litteraturgenomgång. Det möjliggör målet att få fram vad som faktiskt händer under genomförandet på Familjecentralen och vilka mekanismer som leder till förändring (jfr. Hansen & Vedung 2010; Olsson et al 2023).

Det andra dokumentet som valdes är den Nationella Vägledningen för Familjecentraler då det även där finns en värdefull insamling av empiri som ligger till grund för dess slutsatser av Familjecentralens arbete. Dess empiri utgår ifrån träffar med Familjecentralssamordnare och regionala kontaktpersoner från hela Sverige (Cesares Olsson 2022). Artiklarna *Advancing Social Intervention Research Through Program Theory Reconstruction* av Tina Olsson et al (2023) och *Lost in comparison: a program theory analysis of performance measurement in social work* av Denvall et al (2021) samt *Theory-Based Stakeholder Evaluation* av Hansen & Vedung (2010) har använts som vägledning och guide i konstruerandet. Som författarna beskriver i den förstnämnda artikeln finns inte mycket vägledning gällande själva metodutförandet av rekonstruktion av programteori i litteraturen, vilket kan medföra svårigheter att med säkerhet göra adekvata val av vilken information som bör inkluderas. Denvall et al (2021) gör en rekonstruktion av programteori på öppna jämförelser, vilket tillsammans med övriga artiklar har fungerat som en guide och vägledning i utformandet och för val av innehåll. Hansen och Vedungs (2010) artikel har

bidragit med perspektiv som lyfter aspekten att den rekonstruerade teorin tillhör utvärderaren i förhandling med intressentgruppen då det har betydelse för hur olika intressenters intressen, värderingar, uppfattningar och upplevelser presenteras. De beskriver det som en ”var du står beror på var du sitter” mekanism. Eftersom Familjecentraler består av flera olika intressenter utgör denna aspekt en viktig poäng.

Hansen och Vedung (2010) lyfter in perspektivet att få in tre olika teoridelar och först ut är *1. situationsteorin* som beskriver de problem som insatsen ska lösa. För att besvara den frågan är WPR-metoden av Carol Bacchi ett bra stöd (2012). WPR-metoden tar avstamp i frågeställningen *What's the Problem Represented to be?* och med stöd av denna metod ges möjligheten att utsätta en identifierad problemrepresentation för kritisk granskning. Frågorna i WPR-metoden är användbara för att identifiera de bakomliggande förutsättningarna och formerna som allmänheten i själva verket upplever postulerade som ”lösningar” på problemet (Bacchi 2012).

1. Vilket är ”problemet”?
2. Vilka förutsättningar eller antaganden underbygger denna representation av ”problemet”?
3. Hur har denna representation av ”problemet” kommit till?
4. Kan ”problemet” tänkas annorlunda?
5. Vilka effekter får denna representation av ”problemet”?
6. Hur/var har denna representation av ”problemet” tagits fram? Hur har den ifrågasatts?

Den andra delen som bör ingå är *2. kausalteorin* som beskriver en orsak- och verkanstruktur. Jag vill dock understryka att använda begreppet *kausal* inom kvalitativ forskning finner jag något kontroversiellt. Den tredje delen *3. normativa teorin* uttrycker önskvärdheten av det tänkta resultatet av programmet. Teori för socialt arbete av Blom och Morén (2015) har bidragit med en överblick av programteori som metod och har varit hjälpsamt i förståelsen av programteori och dess funktionalitet i interventionsforskningen. Ray Pawsons bok (2013) tillsammans med ett föredrag av densamme från SVUF konferensen (2017) har gett god insikt i

hur rekonstruktionen av en programteoris effekter kan utföras då det saknas effektutvärderingar. Pawson (2013) har tillsammans med Blom & Morén (2015) även bidragit med kunskap om programteori som en del av den kritiska realismen i vetenskapsteorin vilket beskrivs närmare under avsnitten 6.3 *Effekter* och 5.1.3 *Metod*. Övrig dokumentation som legat till grund för konstruerandet av programteori är Rikshandboken (2019) för barnhälsovården samt SFOG (2016) för mödrahälsovården. Efter dokumentinsamlingen och en första ytlig granskning av dokumenten genomfördes en dokumentanalys för att identifiera, hitta, välja och värdera de data som identifierats i dokumenten. Därefter sammanställdes identifierade och valda avsnitt ut, utifrån en tematiserad och klustrande analys och framställdes därefter i löpande text (jfr. Olsson et al. 2023). De ingående delarna i den normativa programteori presenteras inledningsvis i kapitel 8 i form av ett flödesschema, se *figur 1*.

### **6.3 Effekter**

Att mäta komplexa verksamheters effekter är möjligt om de äger rum i ett vacuum, något som inte är fallet för Familjecentraler. Komplexa verksamheter påverkas av den kontext, tidpunkt, historia och plats den verkar i och kännetecknas av att flera olika processer äger rum samtidigt (Pawson 2013). Komplexiteten av olika program kan delas upp i tre nivåer och beskrivas med liknelser där det *enkla* programmet är som att "följa ett recept" med fastställda regler som garanterar att resultat låter sig upprepas i andra situationer. Nästa nivå är det *komplicerade* programmet som kan liknas med att "skicka en raket till månen", vilket kräver en enorm expertkunskap och samordning. Den sista nivån definieras som ett *komplext* program som beskrivs med liknelsen att "uppfostra ett barn", vilket kräver kontinuerlig anpassning till specifika behov och ingen garanti ges för att det som fungerat perfekt en gång gör det igen (Rodgers 2011). Det kräver anpassningsförmåga och relationer för att fungera, vilket kan jämföras med Abrahamson och Samaringehes (2013) begrepp *professionell följsamhet*. Familjecentraler skulle kunna beskrivas som ett program som kretsar i samma omloppsbana samtidigt som flera andra program vilka syftar till liknande resultat och gemensamma förbättringar, vilket medför enorma svårigheter att utföra

effektutvärderingar som kan isolera och påvisa vilka faktorer det är som ger effekt (jfr. Pawson 2013). Ett sätt att närma sig resultat för komplexa verksamheter är att tillföra retrospektiva granskningar av samma ”programfamilj”, vilket betyder att summera framgångarna för samma insatser som genomförts i andra olika försök för att därefter komma fram till en nettouppskattning av dess effekt. I Pawsons realistiska ansats antas det att program aldrig är reproducerbara då omständigheter för hur de utspelar sig alltid kommer att skilja sig åt. Programmen kan bära samma namn men är aldrig helt detsamma vilket innebär att det som anges i programteorin är en uppsättning program med en ”familjelikhet” (2013). Programteorier är antaganden om *hur* och *varför* ett program kan fungera enligt Pawson (2013) och när det saknas effektutvärderingar för program i sin helhet som i detta fall (MFOF 2023) finns alternativet enligt Pawsons (2013) att utgå från programmets delar. Familjecentralens kärnkomponenter vilar på en teoretisk bas som utgår från anknytningsteori, motståndskraft (*resiliens*) och stärkande av individers sociala kapital, vilka tillsammans med visad evidens i kärnkomponenternas delar ligger till grund för de effekter som kan antas ske på kort- och lång sikt och redovisas i Familjecentralens programteori.

## **7 Resultat från idéanalysen**

Den beskrivande idéanalysen som analysapparat har gett möjlighet till att urskilja idéer och argument i materialet om Familjecentralen. Tre kärnkomponenter har utkristalliserats i idéanalysen som utmärkande i Familjecentralens grundidé. Kärnkomponenterna är *samverkan*, *prevention och ett gott föräldraskap*. Att jämföra med Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens kartläggning som lyfter *samverkan*, *samlokalisering* och *personalen* som viktiga komponenter för Familjecentralen (Socialstyrelsen 2023). En redogörelse av kärnkomponenterna i förhållande till Familjecentralens arbete beskrivs nedan då det bidrar till den täta och detaljrika beskrivningen som behövs för att rekonstruera verksamhetens programteori.

## 7.1 Samverkan

I ett historiskt perspektiv har idéerna om välfärden genomförts som strävanden att dels stimulera produktiva insatser som kan öka den ekonomiska tillväxten, samtidigt som välfärden ska garantera medborgarnas trygghet och förebygga social ojämlikhet (SOU 2006:37).

*Samverkan* som organisationsform har funnits länge mellan olika myndigheter och organisationer och har bedrivits på många olika sätt (Johansson 2008; Hayes et al 2012). Begreppet *samverkan* blandas ofta ihop med *samarbete* och *samordning*, både i litteraturen och av myndigheter, vilket skapar en förvirring på området. Samverkansforskningen beskrivs ofta vara bristande teoretiskt förankrad och utvecklad (Johansson 2008). För att försöka skapa klarhet i begreppens olika innehåll behöver innebörden av begreppet *samverkan* klargöras. *Samverkan* handlar om att människor agerar tillsammans för att överskrida gränser för discipliner, professioner samt organisationer och *samverkan* kan bestå av olika typer och ske på olika nivåer, som strukturell, organisatorisk och individnivå (Grape 2023). *Samverkan* beskrivs som processer mellan aktörer organiserade i olika samverkanskonstellationer. Begreppet *samverka* betyder att verka (= arbeta) tillsammans och i *samverkan* kan det inrymmas mer än att samarbeta. *Samarbete* definieras som en mer temporär kontakt mellan professioner gällande exempelvis ett ärende. *Samverkan* däremot bygger ofta på en utarbetad arbetsfördelning som grundar sig i att de finns kompetenser eller kunskapsområden som kompletterar varandra men där varje profession agerar utifrån sitt professionsområde (jfr. Mallander 2008; Johansson 2008).

En återkommande distinktion beskrivs av Grape (2023) med att begreppen kan ses befinna sig på en skala där den ena ytterlighetspolen utgörs av autonomi där det inte sker något *samarbete* alls och på den andra sidan av ytterlighetspolerna finns det som Grape benämner som *fusion*. Fusion innebär en fullständig sammanslagning av organisationerna med en hög grad av *samordning* gällande mål, beslut, koordinering av aktiviteter samt ingen tidsgräns för samordningens längd. Vid en *fusion* kan alla medverkande ingå i en *gemensam* ny organisation. Mellan polerna autonomi och fusion finns därefter en mängd olika kombinationer (Grape 2023).

Att människobehandlande organisationer strävar efter att samverka beskriver Mallander (2008) med att de allra flesta verksamheter borde ha tillräcklig legitimitet att utföra sitt arbete autonomt. Dock utvecklas och moderniseras samhället ständigt vilket i sin tur ger upphov till nya mer yrkesspecifika verksamheter och ökad professionalisering. I takt med den ökade specialiseringen medföljer även ett större beroende av varandra, vilket leder till att aktörerna måste ge sig i lag med varandra vare sig de vill eller inte (ibid). Utvecklingen av mer yrkesspecifika verksamheter har orsakat en bristande helhetssyn som har fragmentiserat bilden av människan och dess problem. För att nå en större flexibilitet och helhetssyn har strategin blivit *samverkan*, vilket många hyser en förhoppning om ska leda till att färre individer faller mellan stolarna. Utifrån detta resonemang kan samverkan förstås som den form där Familjecentralens verksamheter gemensamt hoppas på samordningsvinster, så kallade synergieffekter (Johansson 2008; Grape 2023).

Likheter i *samverkan* finns mellan Familjecentralens *samverkan* och myndighetssamverkande Barnahus där flera professioner *samverkar* nära under samma tak. Barnahus *samverkan* sker vid utredningar av misstänkta brott mot barn och har studerats av Susanna Johansson (2008) vars konklusion är att det är av avgörande vikt för samverkan att ett tydliggörande görs av skillnader i perspektiv och förutsättningar. Samverkan för kontexter som Barnahus behöver också en uppbyggnad av samverkansstrukturer i form av avtal, riktlinjer, handlingsplaner, samordnarfunktioner, gemensam plan i individärenden, särskild samverkanskompetens och sektorövergripande möten. Johansson (2008) beskriver att en gemensam samsyn och kunskap om varandras professioner är viktigt för att få till stånd en fungerande samverkan. Det behöver också ges möjligheter till gemensam fortbildning och att gemensamma utvecklingsprojekt bedrivs kontinuerligt. *Samverkan* är något som tar tid och står inför kontinuerliga förändringar vilket kräver ett fortsatt arbete. Johanssons (2008) resultat stämmer väl överens med en publicerad metaanalys av studier på samverkan mellan verksamheter som erbjuder hälsoinsatser och sjukvård. I metaanalysen kan samverkande partnerskap etableras för att leverera insatser, men det kräver att komma överens om mål,

arbetsmetoder och utvärdering innan de genomförs för att öka potentialen för effektivitet. Dock hade denna metaanalys svårt att finna tillförlitliga belegg för att samarbeten leder till hälsovinster. De efterlyser framtida studier som innehåller mer detaljerad information om genomförandet i samverkan (Hayes et al. 2012).

## **7.2 Prevention**

Familjecentralens andra utkristalliserade kärnkomponent från idéanalysen är *prevention* vilket beskrivs: ”något som riktas till olika målgrupper, behov och sammanhang där det kan förstärka det som bedöms stödja en gynnsam utveckling och samtidigt minska påverkan från det som befaras riskera en sådan. Olika insatser och åtgärder avser alltså att motverka att, i detta fall, barn och unga hamnar i utsatta livssituationer och att stödja de som befinner sig i sådana innan (ytterligare) problematik utvecklas” (Forkby, Enell & Thulin 2023, s.16).

Historiskt sett har våra sociala lagar och förordningar haft som syfte att lyfta över ansvaret på kommunerna (socknarna) för att avhjälpa fattigdomen och ta hand om de gamla och sjuka. Samtidigt hade de även till syfte att kontrollera att medborgare inte fastnade i oönskade beteenden som dryckenskap, lättja och misskötsel av barn. Rut Wächter (1998, s.97) beskrev det med orden: ”Strävan var att ingen i onödan skulle ligga det allmänna till last”. Eftersom den psykologiska medvetenheten och de ekonomiska förutsättningarna ökade från 1950-talet och framåt började verksamheter i form av rådgivningsbyråer att etableras. Rådgivningsbyråerna erbjöd kostnadsfri rådgivning, stöd och behandling till människor som själva ansåg sig behöva stöd och hjälp. Dock fanns den lagstadgade skyldigheten kvar för socialvården att ingripa i de fall där omständigheterna var sådana. Utveckling vilade i antagandet att en förväntad förebyggande effekt existerar som bidrar till att människor söker hjälp i tidigare skeden, vilket skulle innebära att deras problem var lättare att åtgärda. På så vis skulle det gå att undvika att ärendena blev så tunga att socialvården blev tvungna att ingripa (Wächter 1998). I Socialutredningen (SU 1967-1974) vilken låg till grund för socialtjänstlagen 1982, fanns incitament till att bryta allmänhetens uppfattning att det bara var fattiga och socialt misskötsamma som var legitimerade till sociala insatser.

Alla skulle kunna söka hjälp för sociala bekymmer likt det alltid gjorts för fysiska besvär hos läkaren. Klienten ansågs nu mogen att själv ha ansvar för sin situation (SOU 1974:39). Ett arbete som på Familjecentralen kan skönjas genom den förebyggande socialtjänstens funktion som erbjuder kostnadsfritt stöd biståndslöst.

Enligt aktuell forskning kring det preventiva arbetet inleds arbetet med att identifiera kända risk- och skyddsfaktorer. Därefter tas ställning till hur den totala balansen mellan faktorerna ser ut för barnet för att sedan bedöma vilka faktorer som behöver stärkas eller motverkas. Utöver det förebyggande (*preventiva*) arbetet omnämns ofta även det hälsofrämjande (*promotiva*) arbetet som syftar till att stärka skyddsfaktorer för att främja hälsa eller andra styrkor och tillgångar. Det finns idag mycket forskning som beskriver vad barn och unga behöver för att utvecklas på bästa sätt, samtidigt finns aspekten att det preventiva arbetet aldrig går att genomföra helt värdeneutralt. Förebyggande arbete bygger på vilka idéer och förhoppningar som finns om hur framtida samhällen ska utvecklas. Vad som är norm är därför avhängigt de föreställningar som råder i samhället (jfr. Johansson 2021; Forkby, Enell & Thulin 2023; Jernbro & Forkby 2023).

På frågan om preventiva insatser fungerar och om de lever upp till dess förhoppningar finns inget entydigt svar. Det finns ett starkt stöd i forskningen på område efter område att preventiva insatser fungerar under förutsättningar att de utförs på ett genomtänkt sätt och med en tydlig teoretisk och metodmässig grund som riktar sig till en viss problematik. I de fallen verkar de preventiva insatserna även ha en viss långtidseffekt. Att det inte går att ge ett entydigt ja på frågan att de fungerar beror på att det förebyggande arbetet aldrig kommer att ha samma betydelse för alla individer i en målgrupp, då det ofta är en genomsnittlig effekt på gruppnivå som mäts. Preventionseffekter är komplexa då effekten handlar om just det problemområdet som mäts (jfr. Forkby 2023).

Det preventiva arbetet delas ofta i litteraturen upp i olika nivåer. Den första nivån beskrivs som den *universella* nivån där insatser riktas för att nå så många som möjligt på samhällsnivå och där det inte finns särskilda



riskfaktorer kopplade till en målgrupp, vilket är grundläggande i samverkanaktörernas kärnuppdrag på Familjecentralen. Det kan handla om vaccinationsprogram, universella föräldrastödsprogram och barnhälsovård. Den andra nivån beskrivs som den *selektiva* nivån, vilket innebär mer riktad stöd till grupper där det finns identifierade faktorer som i framtiden kan leda till missgynnsam utveckling. Familjecentraler beskrivs erbjuda riktade föräldrastödsgrupper efter behov. På den *indikerade* nivån har en viss problematik redan identifierats och riktade insatser görs till påvisade riskfaktorer. Preventiva insatser bör vara mångsidiga, fokuserade på det som ska påverkas och riktade till dem med störst behov. De bör sättas in i tidig ålder och inkludera både barnet och dess omsorgspersoner. De bör vara omfattande och finnas under lång tid och ge verktyg till barnet och familjen för att kunna påverka sin verklighet (Stattin & Enebrink 2020; Enebrink & Stattin 2020; Forkby, Enell & Thulin 2023). Socialstyrelsens kartläggning visar att Familjecentralen och dess arbetssätt främjar samverkan och lotsning av föräldrar, vilket i sin tur möjliggör tidig upptäckt och att tidiga insatser kan erbjudas (2023).

### **7.3 Ett gott föräldraskap**

Den tredje kärnkomponenten som utkristalliserades i idéanalysen är att en stor del av Familjecentralens uppdrag beskrivs handla om att stärka föräldraskapet, vilket studier visar har en mycket viktig roll att spela för att hjälpa barn att anpassa sig den första tiden i livet. Under de första åren genomgår barnets hjärna en enorm utveckling som påverkas av de upplevelser barnet får i mötet med sina omsorgspersoner och det sammanhang familjen lever i. Under den perioden i barnets liv som Familjecentralen vänder sig till utvecklas grundläggande områden i hjärnan som bestämmer inlärning, språkutveckling och känslomässiga färdigheter, vilket är avgörande faktorer för barnets framtida utveckling och hälsa (jfr. Barlow & Parsons 2005; Danielsdottir & Ingudottir 2020; Johansson 2021). Forskningen visar även att hälften av alla psykiska problem uppstår tidigt i livet och att många av problemen kan förebyggas men de flesta förblir oupptäckta och obehandlade (Yu, R et al 2023). Ett flertal studier visar att kända riskfaktorer för barns utveckling är exempelvis om en förälder kämpar med psykisk ohälsa,

drogberoende eller om det förekommer våld i familjen (Barlow et al. 2012; Danielsdottir & Ingudottir 2020; Johansson 2021). Föräldrars psykosociala hälsa oavsett kön eller roll i familjebildningen kan ha betydande effekt på relationen mellan barn och föräldrar, med konsekvenser för barnets senare psykiska hälsa (Barlow et al 2012). Familjecentralen arbetar därför med screening för riskfaktorer.

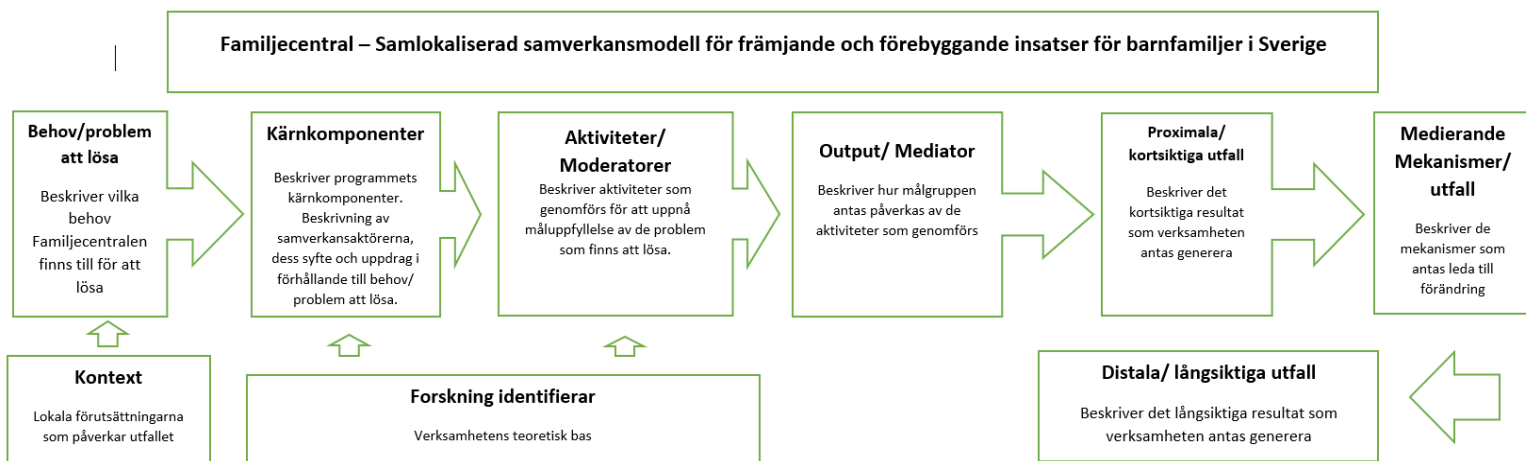
Studier visar att fäder vill ha större delaktighet i föräldraskapet men att det kräver stöd i övergången till faderskapet. Det finns begränsat med forskning som beskriver vad som utgör ”stöd” för medföräldrar. Stödet som efterfrågas kan skilja sig från det som mammor söker och får tillgång till. Den forskning som sedan tidigare finns kring medföräldrar har fokuserat könstypiskt på fäder och hinder de möter när de ska få tillgång till stöd under graviditeten. Det stöd som finns är skraddarsytt för mammor och liten hänsyn tas till blivande eller nyblivna medföräldrar som kan ha det svårt. Förlossningsdepression förekommer i ungefär samma utsträckning hos fäder som hos kvinnor, dock tar män oftast inte egen kontakt med hälso-sjukvården då de anser att det är den gravidas eller moderns arena (Pålsson et al. 2017; Leahy-Warren et al. 2022). Övergången till föräldraskapet påverkas av det sammanhang som individen befinner sig i och vilka personliga egenskaper individen besitter tillsammans med kvaliteten på relationer som finns omkring individen. Studier visar att denna omvandlingsprocess börjar redan under graviditeten, men att fäder uttrycker en känsla av att känna sig avlägsna och avskilda från graviditetsprocessen även om en stark vilja att inkluderas finns (Pålsson et al. 2017). I en svensk metastudie innehållande 62 studier av fädernas uppfattningar av mötet med vårdpersonal under graviditeten fann man att fäder kände sig exkluderade på mödravårdscentraler och därmed oförberedda på upplevelsen av förlossningen och föräldraskapet. Trots den politiska förändringen för nästan 50 år sedan som införde mer jämställdhet i föräldraskapet upplevde fäderna sig fortfarande inte helt accepterade och stödda. Det primära fokuset för både praktiken och forskningen har legat och ligger än idag på mödrar på Familjecentralen. En förklaring kan ses genom att mödrahälsovården skapades i en svunnen tid när fadern inte var en aktiv del i föräldraskapet (Wells 2016; Leahy-Warren et al. 2022).

Forskningen har identifierat ett antal skyddsfaktorer för ett gott föräldraskap och de beskrivs bestå av varma och förtroendefulla relationer mellan föräldrar och barn, och förmågan att lyssna på och kommunicera med barnet, samt ha förmågan att förmedla både värme och tydliga ramar som främjar barnets hälsa och utveckling. Föräldrar behöver kunna tillgodose barnets behov av stimulans och säkerhet, samt att det är främjande för barns utveckling om föräldrar har tillgång till ett stödjande nätverk. Genom det sätt Familjecentralen utformat sin verksamhet kan ett stärkande av föräldraskapet ske genom olika aktiviteter, vilket kan medföra att många olika riskfaktorer minskas (Folkhälsomyndigheten 2014; Johansson 2021; Cesares Olsson 2022).

Sammantaget visar idéanalysen att Familjecentralens kärnkomponenter som finns i dess grundidé har starkt stöd i forskning. Den täta och detaljrika beskrivningen används i rekonstruktionen i nästa avsnitt för att generera en bredare förståelse för programteorins *moderatorer*, *mediatorer* och *medierande mekanismer*.

## 8 Familjecentralens normativa Programteori

Inledningsvis illustreras den normativa programteorins olika delar och kopplingar i ett flödesschema, se *figur 1*. Därefter kommer de olika delarna att beskrivas med en schematisk box intill varje avsnitt för att i slutet av kapitlet redovisas i sin helhet för en mer visuell översikt av programteorin, se *figur 2*.



*Figur 1.* Flödesschema över programteorimodellens olika delar

### 8.1 Behov/ problem att lösa (1. situationsteorin)

Enligt den Nationella vägledningen för Familjecentraler och FFFF (*Föreningen för Familjecentralers Främjande*) är Familjecentralers uppdrag att genom samverkan minska den fysiska, psykiska och sociala ohälsan samt minska ojämlikheten i hälsa bland barn. Samverkan ska också minska risken att barn hamnar mellan samhällets trygghetssystem, vilket gör att barn inte får stöd i rätt tid. Verksamhetens uppdrag är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar (Cesares Olsson 2022; Socialstyrelsen 2023; FFFF 2023). Familjecentralers praktik bygger på vetenskapen om att föräldrar ofta känner sig osäkra i den nya situationen av att vara förälder till ett nyfött barn. Verksamheten kan ses som svar på föräldrars behov som dyker upp under de första åren som förälder. Föräldrars stressnivåer och behov av stöd kan variera från dag till dag, vilket medför att behoven är svåra att förutse. Genom professionell följsamhet syftar

#### Behov/problem att lösa

- Minska den fysiska, psykiska och sociala ohälsan bland barn
- Minska risken att barn hamnar mellan samhällets trygghetssystem, vilket gör att barn inte får stöd i rätt tid
- Främja en god hälsa utifrån hela familjens livssituation

Familjecentralen till att ge skyddande faktorer för att möta föräldrars olika behov på ett dynamiskt vis (Abrahamsson & Samaringe 2013).

År 2018 fastställdes en nationell strategi för stärkt föräldraskapsstöd vilken säger att alla föräldrar ska erbjudas föräldraskapsstöd under barnets hela uppväxt, både universellt och med mer riktade insatser (Regeringskansliet 2018). Familjecentraler beskrivs som den främsta arenan för utförandet av föräldraskapsstöd (Wallby et al. 2013). Familjecentralen har även i uppdrag enligt Nationella strategin att undanröja riskfaktorer som alkohol, risk- och missbruk, tobak, avsaknad av socialt nätverk, brister i samspel, familjekonflikter med mera så att inte sjukdomar eller andra oönskade tillstånd uppkommer. Uppdraget innefattar samtidigt att stärka skyddsfaktorerna med avsikten att stärka barn och familjers möjligheter att hantera förändring, motstå utmaningar och fortsätta utvecklas, s.k. *resiliens*. Generellt beskrivs att ju fler skyddsfaktorer som kan ges kring barn desto större blir möjligheterna att utveckla en god hälsa (Cesares Olsson 2022; Jernbro & Forkby 2023). Familjecentralen ska också erbjuda en stödjande miljö där det hälsofrämjande arbetet stödjer alla i familjen till att utveckla förmågor, självförtroende och hälsa. Familjecentralen finns till för att öka individens förmåga att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa, så kallad *hälsolitteracitet* (Cesares Olsson 2022). Arbetet ska göras utifrån en *proportionell universalism* vilket innebär att Familjecentralen inte fokuserar på lika till alla utan på att göra likvärdigt genom att se till människors förutsättningar. Verksamheten ska riva hinder så att den är tillgänglig och anpassad för alla som har en önskan om att delta i föräldraskapsstödjande insatser. Ett grundantagande i begreppet är att alla har samma grundläggande behov, men samtidigt innebär det att människor har olika stora behov av samhällets stöd (ibid). Familjecentralens uppgift är att vara en väg in vilket i sin tur genererar en ”lågtröskel-verksamhet”. Dess samlokalisering medför att de olika professionerna finns nära varandra. Familjecentralen finns till för att öka och säkra samverkan samt ge ökad kvalitet i föräldragrupper (Cesares Olsson 2022 s.13). För barnfamiljer ska Familjecentralen verka för att vara en mötesplats, ett informationscentrum, en väg in i samhället och en plats där föräldrar och barn kan stärka sin relation

och växa. För en del är Familjecentralen en plats att träna det svenska språket på och lära sig förstå den svenska kontexten, och för andra att få hjälp när något upplevs svårt (ibid).

## 8.2 Kärnkomponenter

Enligt Socialstyrelsens rapport (2023) uppgår antalet familjecentraler till 246 stycken medan FFFF (2023) uppger 300 stycken på sin webbsida. Av Familjecentralens samlokaliserade parter anges Barnavårdscentraler (BVC) finnas på samtliga Familjecentraler och Öppen förskola på nästan samtliga med 98 procent. Förebyggande socialtjänst uppges till 91 procent och Barnmorskemottagning (BMM) 76 procent. För ca 20 procent av Familjecentralerna ingår även andra aktörer där mödrabarnhälsovårdspsykolog och ungdomsmottagning är vanligast förekommande som extern aktör (Socialstyrelsen 2023). Socialtjänstens myndighetsutövning ingår i cirka var tionde Familjecentral. Dessutom är det vanligt förekommande att Familjecentraler har ett formaliserat samarbete med andra parter som inte är samlokaliserade varav bibliotek, förskola, tandvård, MHV/BHV-psykolog och elevhälsa är vanligast förekommande.

De flesta familjecentralerna har en samordnare eller motsvarande funktion där 20 procent av en heltidstjänst är vanligast förekommande. En tredjedel av verksamheterna har tillgång till en kulturtolk (samhällsvägleddare)/brobyggare eller annan liknande funktion genom någon form av samarbete (ibid).

Familjecentralerna bedrivs som permanent verksamhet finansierad av de ingående parternas budget. För 15 procent av verksamheterna beskrivs det förekomma även annan finansiering. Som exempel anges medel som ska stärka ett familjecentrerat arbetssätt mellan region och kommun, ackrediteringsbidrag från regionen eller andra projektmedel som kan finansiera exempelvis SFI-projekt, Unga föräldrar eller annat. Någon Familjecentral uppger även att statsbidrag varit en bidragande finansiering vid föräldrastöd. Ett exempel på detta är det utökade hembesöksprogrammet ”Växa tryggt”. Enligt Socialstyrelsens rapport (2023) bedrivs ingen familjecentral idag som projekt eller försöksverksamhet.

### Kärnkomponenter

- Gemensam samlokalisering i närområdet
- Öppen förskola
- Förebyggande socialtjänst
- BVC/  
Barnavårdscentral
- BMM/  
Barnmorskemottagning

### Aktiviteter/ Moderatorer

Tvärprofessionellt  
gemensamt arbete  
via

- Slussningar
- Tematräffar/föreläsningar
- Föräldragrupper
- Utökad hembesöksprogram

- Mötesplats
- Sångstund
- Tematräffar & Föreläsningar
- Språkstöd/kulturtolk

- Råd och stödsamtal
- Ärendekonsultation
- Ev. deltagande öppen förskola, föräldragrupp

Universellt stöd  
genom  
barnhälsovårdsprogram, gruppverksamhet & föräldraskapsstöd

Universellt stöd  
genom hälsoprogram  
för gravida,  
gruppverksamhet & föräldraskapsstöd

## 8.3 Aktiviteter/ Moderatorer

Familjecentraler når i stort sett alla familjer i sitt upptagningsområde via barnmorskemottagningen som erbjuder ett universellt stöd till alla genom sina hälsoprogram för gravida, stöd i föräldraskapet, föräldragrupper, gynekologisk cellprovskontroll samt sexuell och reproduktiv hälsa. Den mest centrala delen av hälsovården på BMM är att främja den gravidas och det väntade barnets hälsa. För att uppnå det erbjuder BMM hälsokontroller och screening enligt det medicinska basprogrammet av både kvinnan och det ofödda barnet, vilket möjliggör att riskfaktorer kan identifieras. De erbjuder även föräldraskapsstödjande insatser till alla blivande föräldrar genom exempelvis föräldragrupper och riktade insatser till grupper med särskilda behov. Det finns även ett socialt och psykologiskt basprogram som syftar till att följa familjens anpassning till den nya situationen och identifiera behov av stöd (SFOG 2016; Fagerberg & Kling 2023). Även barnavårdscentraler når i stort sett alla familjer i sitt upptagningsområde och erbjuder även de ett universellt stöd utformat som ett nationellt barnhälsovårdsprogram. Ett program som bygger på *universell proportionalism*, att insatser ges i proportion till graden av behov. Uppdraget på BVC innefattar erbjudande om hembesök, hälsovårdskontroller och föräldragrupper. BVC-sjuksköterskor uppges stå för ett holistiskt omhändertagande av de små barnen och deras föräldrar, vilket inkluderar uppföljning av såväl fysiska, psykiska och sociala aspekter kring familjen genom undersökningar, samtal och screening (Rikshandboken 2019; Fagerberg & Kling 2023).

Familjecentraler erbjuder universella insatser till alla vilket avser aktiviteter som gruppverksamhet och föräldraskapsstöd. De fem vanligaste universella insatserna som erbjuds är sångstund, föräldragrupp efter att barnet är fött, spädbarnsmassage, babycafé och rörelselek. Vanligaste föräldrastödsprogrammen som erbjuds är i rangordning ABC 3-12 år som vanligast, därefter Trygghetscirkeln, ICDP Vägledande samspel, Aktivt föräldraskap och COPE (Socialstyrelsen 2023). Föräldrastödsprogram syftar till att lära föräldrar sätt att förbereda situationer och kommunicera kring förväntningar för att minska risken för att problembeteenden/situationer uppstår men även sätt att agera positivt och förstärkande när barnet gör något

bra. Målsättningen med programmen är att minska barnets beteendeproblem, minska negativa bestraffande föräldrareaktioner, minska stressen och förbättra föräldrars emotionella reglering samt öka positiva föräldrabetenden. Många program avser även att hjälpa föräldrar att utveckla känslighet och eftertanke i föräldraskapet och tänka på vad behoven bakom beteendena kan stå för (Stattin & Enebrink 2020). Familjecentraler erbjuder dessutom tematräffar och föreläsningar utifrån teman som jämställdhet, vaccinationer, gränssättning och matvanor. I snitt erbjuds sju universella insatser per Familjecentral. I de fem mest förekommande universella insatserna är det främst i föräldragrupp efter barnet är fött som flera samverkansaktörer deltar tillsammans. Vanligast är att cirka tre samverkansaktörer deltar i olika utsträckning i föräldragruppen. De övriga aktiviteterna som sångstund, spädbarnsmassage, babycafé och rörelselek är det vanligast med en samverkansaktör som deltagande (ibid).

Familjecentraler erbjuder även riktade insatser och de fem vanligaste riktade insatserna är Socialtjänstens råd- och stödsamtal, vilket erbjuds i stort sett av alla Familjecentralerna, därefter samarbetsamtal, utökat hembesöksprogram, grupp för språkundervisning/språkstöd och föräldrastödsprogrammet Föräldraskap i Sverige. De tre sistnämnda insatserna erbjuds av ca 40 procent vardera av verksamheterna. Familjecentraler erbjuder i genomsnitt 3,6 riktade insatser och av de fem vanligaste riktade insatserna är det framförallt i det utökade hembesöksprogrammet som flera samverkansaktörer samverkar. Det är vanligast att två samverkansaktörer och då särskilt att BVC och socialtjänst arbetar tillsammans. Gällande föräldrastödsgruppen Föräldraskap i Sverige är det främst en samverkansaktör som erbjuder insatsen och om den erbjuds i samverkan är det oftast socialtjänst tillsammans med öppen förskola som deltar. Det är vanligt att det finns rutiner för slussningar (lotsning) av familjer mellan de olika aktörerna inom Familjecentralen och 89 procent uppger sig ha rutiner för slussning. För att slussningar ska fungera är inte bara samlokaliseringen viktig, utan även att Familjecentralen har avsatt tid för samverkan vilket är något som varierar mellan samverkansaktörer och Familjecentraler (Socialstyrelsen 2023).



### **Output/ Mediator**

- information om barns utveckling
- kunskap om betydelsen av föräldra-barnrelationen
- ökad möjlighet till tidig upptäckt av behov av stöd
- ökad kunskap om Barnkonventionen
- Samverkan = effektivitet och trygghet i yrkesroll/överlämnanden, rådgivning och kunskapsutbyte
- nätverksskapande
- uppbyggnad av socialt kapital
- stärka skyddsfaktorer

## **8.4 Output/ Mediatorer (2. kausalteorin)**

De vanligaste framgångsfaktorerna i förändrings/ kausalteorin som lyfts i Socialstyrelsens (2023) kartläggning kring familjecentralsarbetet är samverkan/samarbete och samlokalisering. Kring samarbete och samverkan handlar det om effektivitet, bra samarbete, samverkansavtal, tid och utrymme. Tillsammans skapar det enligt Socialstyrelsen (2023) trygghet för personalen i att lämna över, be om råd, vägledning och kunskapsutbyte. Gällande samlokaliseringen uppges professionernas närhet till varandra utgöra en framgångsfaktor, då det bidrar till att skapa en röd tråd mellan aktörerna. En annan framgångsfaktor uppges vara personalen, som anses vara kompetent, engagerade och att de kompletterar varandra och bidrar till en känsla av trygghet och välkomnande. Tillsammans med erfarenhet och flexibilitet bidrar det till positiv framgång. Den samlade kompetensen och erfarenheten ökar förutsättningarna att lösa mer komplexa behov av stöd. Familjecentralen utgör ett stöd vid förändringar i familjen, samt vid oro och osäkerhet i föräldraskapet, vilket antas öka möjlighet till tidig upptäckt. Skapar tydligare yrkesroller samt bidrar till minskad risk för familjer att falla mellan stolarna (Cesares Olsson 2022). Familjecentralens tillgänglighet, låga trösklar och öppenhet lyfts som andra framgångsfaktorer tillsammans med möjlighet till tidig upptäckt som möjliggör tidiga insatser, hälsofrämjande och förebyggande arbete och samsyn. Det gör det också möjligt för familjer att ha en mötesplats/träffpunkt i en stabil och väl förankrad verksamhet. Dess placering i närområdet för familjer uppges vara en framgångsfaktor och en verksamhet som når många (Socialstyrelsen 2023).

### Medierande Mekanismer/ utfall

- Föräldrars ökade självkänsla och tilltro som förälder
- Professionell följsamhet
- Personligt överlämnande mellan personalen, de visar vägen till socialt stöd
- Träffar andra föräldrar, delar erfarenheter i grupp, möjlighet till lek och pedagogisk stimulans
- Uppmärksamma behov tidigt-lots till rätt stöd
- Socialmötesplats med möjligheter till Språkutveckling, socialt umgänge & läsförmedlande
- Samlokalisering-avdramatiserar, ökar tillit och minskar myndighetsmisstro

## 8.5 Medierande mekanismer (3. normativa teorin)

På grund av Familjecentralens låga trösklar och samlokalisering antas verksamheterna ha möjlighet att fånga upp familjer i ett tidigt skede och erbjuda dem stöd och hjälp. Samlokaliseringen medför möjligheten till spontana kontakter för föräldrar då professionella kan ”mingla” i varandras verksamhet vid exempelvis uteblivna besök. Det kan vara sacionomen eller BVC-sjuksköterskan som delar en kopp kaffe med besökarna på öppna förskolan. Det är något som även bidrar till en god kunskap om varandras yrkesroller, vilket i sin tur medför ökade chanser för personalen att uppmärksamma behov tidigt och lotsa till rätt stöd. Samtidigt medför det att personalen inte går in på områden de själva inte behärskar, utan blir tydligare i sin yrkesroll (jfr. Cesares Olsson 2022; Socialstyrelsen 2023). Familjerna möter inte enbart personalen i sina formella roller, utan även som personer (*medierande mekanism*) (jfr. Blom & Morén 2011). Fysisk lotsning ger ökade möjligheter till att kunna hålla kontakten och följa upp hur det gick. Fysisk lotsning i socioekonomiskt svaga områden underlättar vid eventuell myndighetsmisstro och språkbegränsningar. Det personliga överlämnandet bidrar i sin tur till en ökad tillit (*medierande mekanism*). Samlokaliseringen kan också avdramatisera kontakten med Socialtjänsten och visa vägen till öppna förskolan för socialt stöd, vilket bidrar till integrering och utökat socialt kapital (*medierande mekanism*). Utifrån Familjecentralernas utformning med olika professioner tillgängliga med öppna förskolan som dess centrala punkt kan verksamheter fånga upp behov från besökande familjer och därefter anpassa utbudet av stöd (*medierande mekanism*) i form av professionell följsamhet. Som exempel kan Familjecentralen erbjuda en temakväll i ett ämne som lyfts. Familjecentralen blir även tack vare sin utformning en social mötesplats dit föräldrar kan komma och träffa andra föräldrar, dela erfarenheter i grupp, få råd och stöd, samtidigt som barnen får möjlighet till lek och annan pedagogisk stimulans (*medierande mekanism*). Det ges även möjligheter till övning i det svenska språket och ökad förståelse för den svenska kulturella kontexten gällande föräldraskap, vilket genererar stärkt integration- och språkutveckling och ökad trygghet i föräldraskapet (*medierande mekanism*). Insatser som kulturtolkare eller brobyggare ökar samhällsorienteringen och ger samtidigt möjligheter till att motverka

ryktesspridning och desinformation om socialtjänsten (*medierande mekanism*). Aktiviteter som sångstund och sagostund i samarbete med exempelvis biblioteket ger goda förutsättningar för språkutveckling och läsfrämjande (*medierande mekanism*). Samverkansavtal och samordnarfunktion anses bidra till att skapa likvärdigt innehåll i verksamheterna (*medierande mekanism*). Familjecentralen som mötesplats, informationscentrum, väg in i samhället och plats där vuxna och barn kan umgås, stärkas och utvecklas genererar ett antagande om att Familjecentralen betyder mer som helhet än de individuella delarna var för sig (jfr. Cesares Olsson 2022; Socialstyrelsen 2023).

### 8.6 Proximala/ Kortsiktiga effekter (*normativa teorin*)

Effekter på kort sikt för familjer som deltar i Familjecentralens arbete kan antas generera en större känsla av sammanhang. Vilket i korta drag innebär att hälsa upprätthålls och förbättras genom individers känsla av sammanhang. När individer upplever sin tillvaro begriplig, hanterbar och meningsfull fungerar det som en resurs för individen vid hantering av stressorer i vardagslivet. Stressorerna beskrivs som olika typer av ständigt förekommande påfrestningar som individer behöver hantera (Bringsén & Nilsson Lindström 2019). Resurser som erbjuds på Familjecentralen kan antas förbättra individers förmåga att hantera stressorer, vilket bidrar till en ökad känsla av sammanhang och motståndsresurser, idag även kallat *resiliens* (jfr. *ibid*).

En annan av Familjecentralens aktiviteter som tenderar att visa på gynnsam effekt är deltagande av föräldrastödsprogram. Vetenskapliga utvärderingar av universella program för föräldraskapsstöd som bland annat erbjuds på Familjecentralen är baserade på social inlärnings-utvecklings- och/eller anknytningsteori. Gällande dess effekter så redovisas en stor variation, vanligtvis syns små effekter på barns beteende och föräldrarelationen samtidigt som föräldrarna tycker stödet varit meningsfullt. Ibland syns inga effekter alls. Dessa resultat kan dock anses vara förväntade eftersom föräldrar i allmänhet som deltar i universella program inte har så stora problem, vilket medför att de mätbara effekterna inte heller blir så stora. Program riktat till de små barnen i åldern 2-6 år visar generellt mer effekt än hos ungdomar, och

#### Proximala/ kortsiktiga utfall

- Större känsla av sammanhang
- Förbättrar individers motståndsresurser – resiliens
- Förbättrad social och emotionell kompetens hos barn
- Samlokaliseringen genererar: tidsbesparing, gemensam samsyn, bättre överblick av stöd, lättare att motivera till stöd, uppbyggnad av tillit
- Ökat socialt kapital

föräldraskapsstöd under barnets första tre år ger barnen förbättrad social och emotionell kompetens (måttlig tillförlitlighet) (Stattin & Enebrink 2020; SBU 2022; MFOF 2023). Det vetenskapliga underlaget för metoder som för närvarande används på Familjecentraler som universella föräldrastödsprogram som Vägledande samspel (ICDP) och Trygghetscirkeln (COS-P) visade att merparten saknar eller har svagt vetenskapligt stöd. Dock pågår två nordiska randomiserade kontrollerande studier av dessa metoder så kunskapsläget kan se lite annorlunda ut om några år (Rikshandboken 2019).

Familjecentralens samlokalisering ger en effekt som medför att det är enklare för personalen att samverka i en föräldragrupp eller i andra aktiviteter och enklare att planera gemensamma hembesök då man ändå träffas i huset, vilket genererar en tidsbesparing. En annan effekt är att det är lättare att ha en gemensam samsyn kring familjers behov och genererar en bättre överblick över vilket stöd som finns tillgängligt för barnfamiljer. Samlokaliseringen medför även att det är lättare att bygga relationer runt familjen och att motivera till en ansökan om stöd till socialtjänsten när det finns en uppbyggd tillit. En gemensam ansökan genererar i högre utsträckning att familjen tar emot stödet till skillnad från om en anmälan och utredning genomförs (Cesares Olsson 2022). Familjecentralens samverkande funktion där professionella deltar i varandras verksamheter och bygger broar och ingångar till olika stödinsatser anses bidra till ökad förmåga att upptäcka och tillgodose behov bland barnfamiljer. Samarbetet ger även bättre förutsättningar att skraddarsy lösningar för ett specifikt behov. Utifrån Familjecentralens samlokalisering blir steget inte så stort för individen att bli slussad rätt (Cesares Olsson 2022). Familjecentralen kan antas stärka individens sociala kapital genom att vara en nära och tillgänglig mötesplats med låg tröskel för deltagande. Ett antagande som kan stärkas med stöd av Robert Putnams teori som Rothstein och Holberg (2022) beskriver; ökad förståelse för samhällets normer, tillsammans med en känsla av tillit och att umgås ömsesidigt med andra medborgare grundar för uppbyggnad av *socialt kapital*. Putnam står för en av de mest kända definitionerna av *socialt kapital* och enligt honom definieras *socialt kapital* som ”förtroende, normer och nätverk” (Rothstein 2022 s.63). Putnam skriver enligt Rothstein att ju mer medborgarna deltar i

olika verksamheter frivilligt som sångstunder och andra aktiviteter, desto mer omfattande blir det *sociala kapitalet*, vilket medför att medborgarnas syn på sin omgivning utgår ifrån en större tillit och att man vågar samarbeta för att man hyser förtroende att den andre också kommer att samarbeta (jfr. Rothstein 2022).

## 8.7 Distala/ Långsiktiga effekter

Enligt studier är universellt föräldraskapsstöd förhållandevis billigt och lättillgängligt. Den största effekten uppnås genom att erbjuda små förebyggande universella insatser riktade till viktiga områden som barns beteenden, föräldraförmågor och psykosocial anpassning riktade mot hela befolkningen. Jämfört med stora åtgärder riktade till endast ett fåtal i högriskgrupper, vilket brukar benämnas som *preventionsparadoxen* (MFOF 2023). Studier visar att det är sannolikt att låga doser av universella föräldrastödsprogram inte direkt leder till förändringar på kort sikt på befolkningsnivå, men att det troligt kan bibehållas över tid och därmed medföra långvarig påverkan på befolkningsnivå. För att det ska ge en långsiktig påverkan på befolkningsnivå behöver stödet ges till en tillräcklig mängd föräldrar. Familjecentralens arbete med att erbjuda universellt föräldraskapsstöd kan antas ha en positiv bidragande effekt på befolkningsnivå genom att engagera föräldrar och minska hindren för deltagande i föräldraskapsprogram, samt minska stigmat kopplat till att söka stöd (Stattin & Enebring 2020; SBU 2022; MFOF 2023).

Gällande den tidiga spädbarnsvården som Familjecentralen erbjuder via BVC visar långtidsuppföljningar ha livslånga positiva effekter hos de barn vars mammor fick ta del av stödet. Effekter som beskrivs har genererat bättre läs- och skrivfärdigheter, högre inkomster och längre livslängd än hos dem som inte tagit del av stödet. Mest gynnsamt var det för utsatta familjer genom minskningen av hälsoskillnader. Stora hälsovinster för spädbarn kan uppnås till en relativ liten kostnad och med hjälp av tämligen grundläggande information. Resultaten tyder på att kroniska sjukdomar delvis är relaterat till sådant som kan påverkas i barnåren. Det universella stödet via BVC under barnets första levnadsår ger möjligheter för tidig upptäckt, dock saknas tillräckligt med studier för att avgöra om evidensen är tillräcklig för

### Distala/ långsiktiga utfall

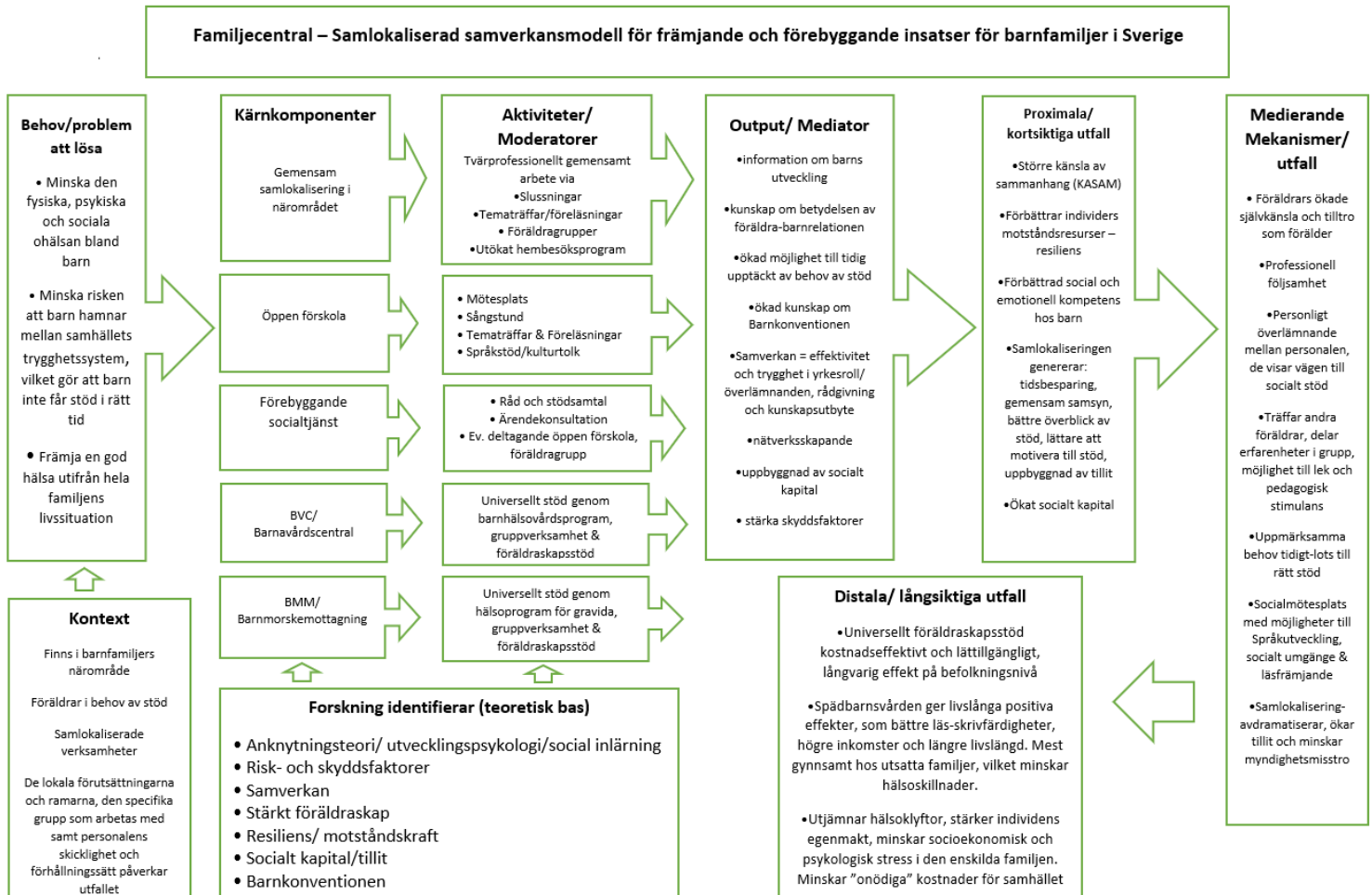
- Universellt föräldraskapsstöd kostnadseffektivt och lättillgängligt, långvarig effekt på befolkningsnivå
- Spädbarnsvården ger livslånga positiva effekter, som bättre läs- och skrivfärdigheter, högre inkomster och längre livslängd. Mest gynnsamt hos utsatta familjer, vilket minskar hälsoskillnader.
- Utjämnar hälsoklyftor, stärker individens egenmakt, minskar socioekonomisk och psykologisk stress i den enskilda familjen. Minskar "onödiga" kostnader för samhället

universella hembesöksprogram (SNS Analys 2018; Rikshandboken 2019; MFOF 2023).

Tidiga insatser genererar störst psykosocial och ekonomisk påverkan, vilket James. J. Heckman illustrerade genom sin forskning där tidiga insatser ger högst avkastning per krona i form av minskade kostnader senare. Ju längre man väntar med att sätta in stöd och resurser, desto större ”skada” för både individen och samhället (Heckman 2013). För att konkretisera detta så visar studier att små barn till föräldrar som mår psykiskt dåligt riskerar att halka efter i sin kognitiva utveckling, vilket sedermera ökar riskerna för sämre skolprestationer, sociala svårigheter och försämrad psykisk hälsa längre fram i livet. Studier visar att det ofta räcker med små tidiga insatser för att sambandet ska brytas och barnen kan återgå till sin normala utvecklingsnivå (Fagerberg & Kling 2023).

Sammantaget förväntas långsiktiga effekter av Familjecentralens arbete. Tidigt förebyggande insatser antas ha en positiv långsiktig påverkan på det enskilda barnet, deras familjer och samhället i stort, och förväntas bidra till en utjämning av hälsoklyftor. Individens egenmakt förväntas stärkas och socioekonomisk- och psykologisk stress minska i den enskilda familjen vilket framöver leder till minskade ”onödiga” kostnader för samhället. Generellt beskrivs det vara av största vikt att erbjuda insatser universellt till alla blivande och nyblivna familjer då det på förhand inte går att veta vem som kommer utveckla svårigheter längre fram. Dessutom bidrar det till att minska stigmatisering av att ta emot hjälp och möjliggör att tidigt identifiera och initiera riktat stöd till de familjer som behöver det (Heckman 2013; Sampaio et al 2022; Johansson 2021; Fagerberg & Kling 2023).

## 8.8 Flödesschema



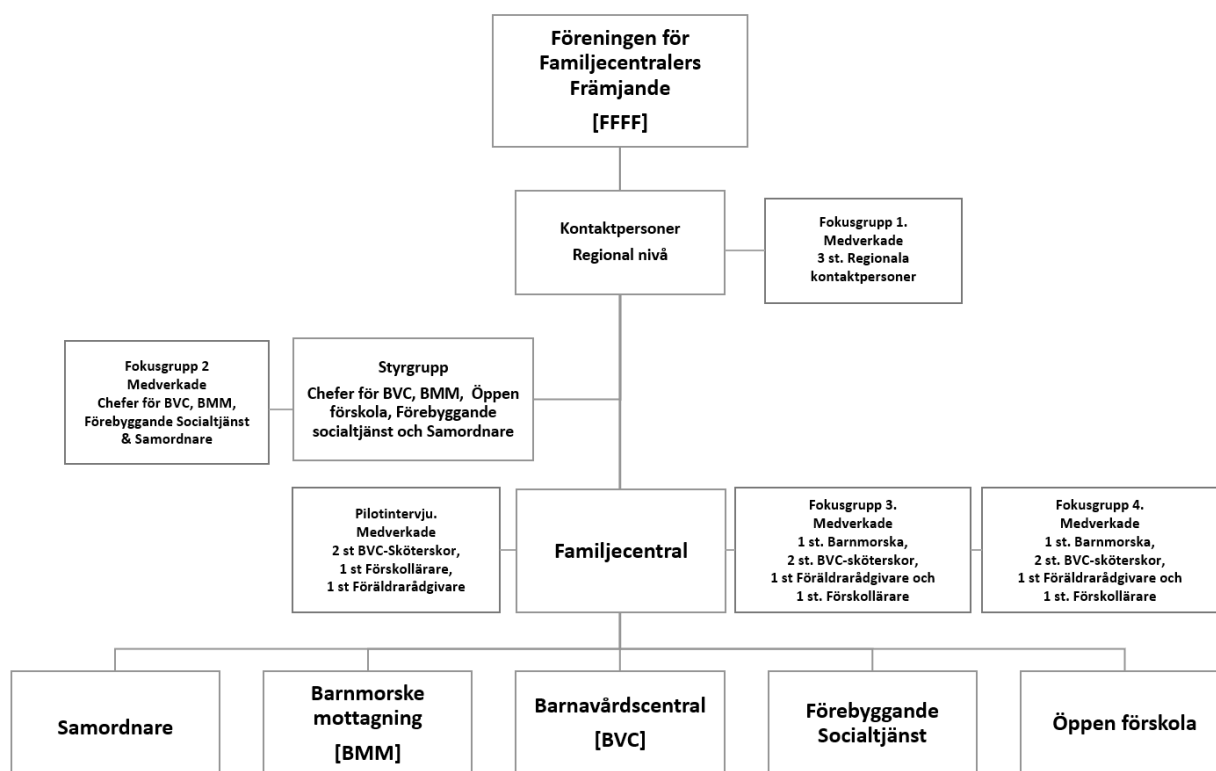
Figur 2. Flödesschema för Familjecentralens normativa programteori (jfr Kapetanovic & Skoog 2019)

## 9 Delstudie 2.

I följande delstudie kommer tillvägagångssättet för den rekonstruerade programteorin att beskrivas. Den rekonstruerade programteorin återges i kapitel 10 med ett nytt flödesschema se. figur 4 i början av avsnittet, vilken inkluderar identifierade *hindrande mekanismer*. Därefter följer den rekonstruerade programteorin med inkluderade citat från intervjuerna över hur den normativa programteorin beskrivs praktiseras. Studien avslutas med en diskussionsdel i kapitel 11.

## 9.1 Urval och metod till den rekonstruerade programteorin

Till rekonstruktionen av *hur* den normativa/beskrivande programteorin praktiseras har en kvalitativ design baserad på intervjuer genomförts med fyra fokusgrupper bestående av 3-6 deltagare. Inledningsvis genomfördes en pilotintervju med fyra deltagare för test av frågor och beräkning av tidslängd, vilken är exkluderad från det empiriska underlag som använts i analysen. Sammanlagt deltog därefter 17 deltagare (16 kvinnor och en man) i intervjuerna. Deltagare valdes utifrån en nivåspridning av professionella som medarbetare, chefer och regionala kontaktpersoner för att få ett flerdimensionellt perspektiv av samverkansmodellen, se *figur 3*. Modellen syftar till att tydliggöra Familjecentralens organisationsmodell och informanternas olika organisationstillhörighet.



Figur 3. Samverkansmodellens organisationsstruktur

Intervjuerna skedde i fyra av fem tillfällen (inklusive pilotintervju) på Familjecentraler. Det ansågs som en lämplig plats då deltagarna var trygga med miljön och oron kunde antas minska för intervjusituationen. Fokusgrupperna var semi-strukturerade och inleddes med information om syftet med studien, följt av öppningsfrågan: Vad är det familjecentralen gör



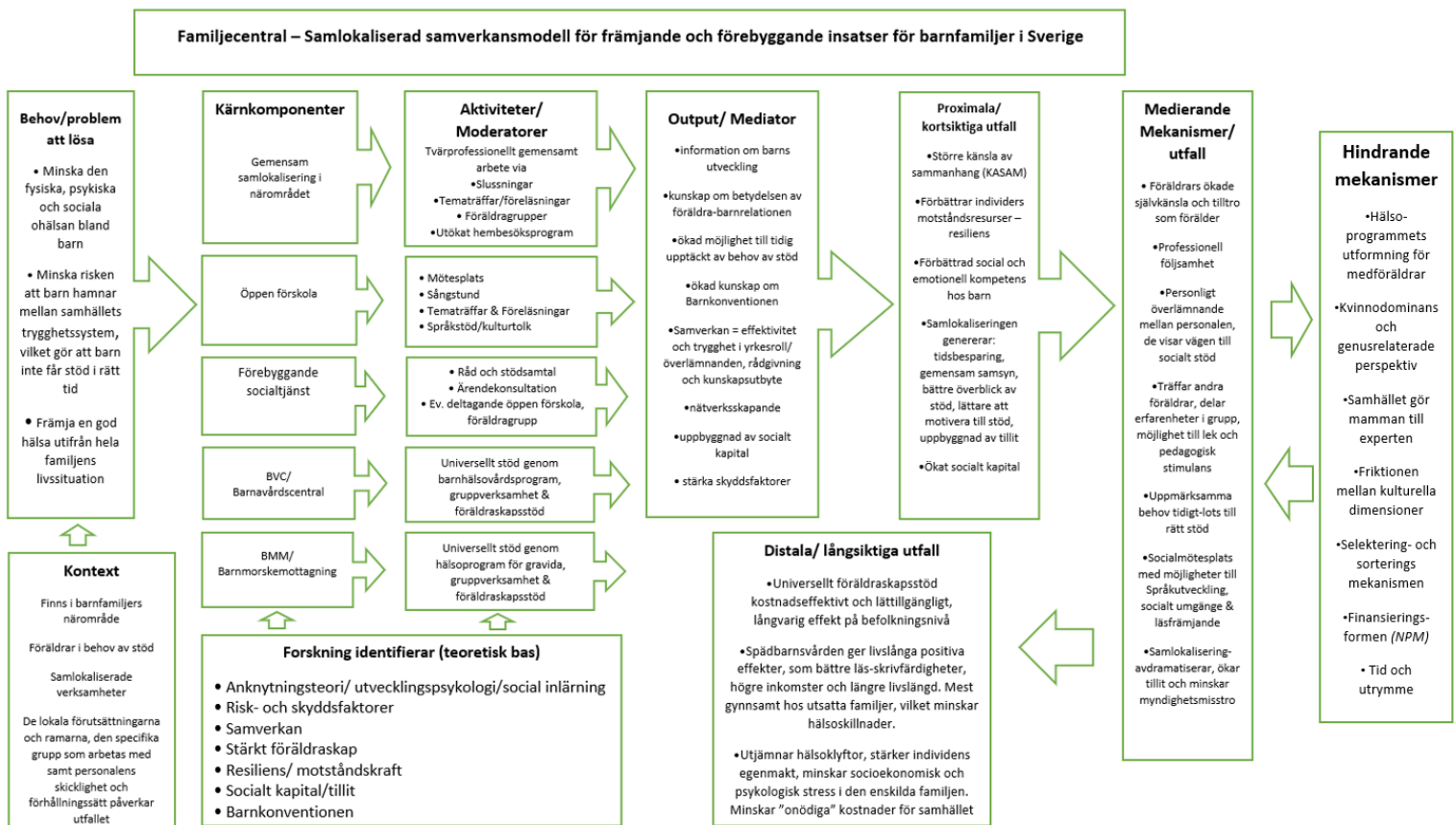
som uppskattas så mycket av familjerna? Se *bilaga 1*. Fokusgrupperna spelades in via diktafon, och intervjuerna varade i genomsnitt 60 minuter (intervall 49-75 minuter) och transkriberades ordagrant. Deltagarna informerades om studien via ett informationsbrev se *bilaga 2* och alla fyllde i ett samtyckesformulär i samband med intervjutillfället se *bilaga 3*. Min arbetslivserfarenhet från Familjecentral är inte någon av de Familjecentraler som ligger till grund för den insamlade empirin. Dock har viss tidigare arbetsrelaterad kontakt funnits med några informanter då vi ingår i gemensamt nätverk. För att tydliggöra min position i samband med intervjuerna inleddes intervjun med ett förtydligande att jag under intervjun intar rollen som forskare med avsikt att undersöka olika aspekter av verksamheten och inte ställer frågor som Familjecentralsmedarbetare.

Som analytiskt redskap har en kodningsmetod tillämpats där alla transkriberingar först lästes noggrant flera gånger för att få ett helhetsintryck och därefter identifierades ett antal kategorier. I materialet noterades likheter och skillnader och påståendena sorterades upp i kategorier för att i sista steget sorteras ut som teman i varje kategori (Kvale & Brinkmann 2014).

## **10 Rekonstruktion av programteorin**

Följande kapitel kommer att redogöra för det empiriska resultatet av hur Familjecentralens programteori praktiseras. Resultatet beskrivs som kompletterande avsnitt till den normativa programteorin och utgår från ett antal uppsättningar som utmanar den normativa programteorin att fungera lika väl för alla, vilka presenteras som *hindrande mekanismer*. Resultaten av analysen presenteras i ljuset av idéanalysen och i relation till tidigare studier. Avsnittet innehåller illustrativa exempel som demonstrerar informanternas åsikter utifrån undersökningens frågeställningar. Kapitlet inleds med ett nytt flödesschema se *figur 4*, som innehåller de *hindrande mekanismerna* och erbjuder en visuell bild av den rekonstruerade programteorin.

## 10.1 Flödesschema rekonstruerad programteori

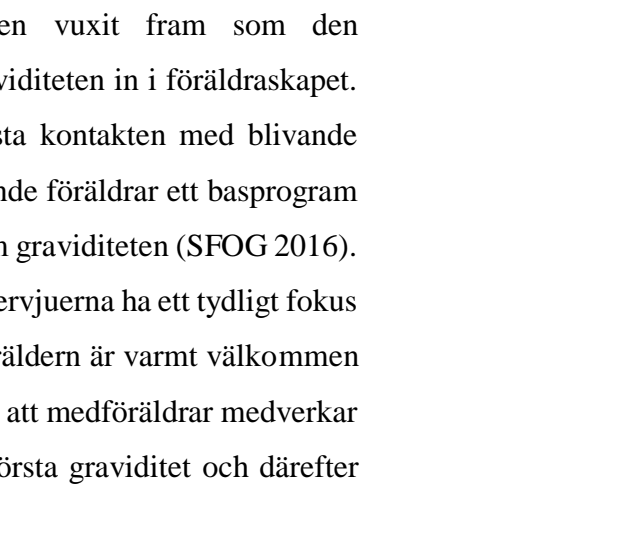


Figur 4. Flödesschema med inkluderade *hindrande mekanismer* för den rekonstruerade programteorin för Familjecentraler

## 10.2 Behov/problem att lösa

### 10.2.1 Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar

Genom historien har barnmorskemottagningen vuxit fram som den verksamhet som ska stödja individer genom graviditeten in i föräldraskapet. Barnmorskemottagningen står ofta för den första kontakten med blivande föräldrar på Familjecentralen och erbjuder blivande föräldrar ett basprogram med hälsoundersökningar och stödinsatser genom graviditeten (SFOG 2016). Utformningen av hälsoprogrammet beskrivs i intervjuerna ha ett tydligt fokus på den gravida och fostret samtidigt som medföräldern är varmt välkommen att delta. Intervjuade barnmorskors upplevelse är att medföräldrar medverkar i större utsträckning i inledningskedet vid en första graviditet och därefter



minskar närvaron väsentligt. Angående medföräldrars närvaro beskriver en barnmorska och en regional kontaktperson det så här:

”Förstföderskor skulle jag säga och så kanske på det första besöket men ... det är ju inte så vanligt, speciellt inte för omföderskor är det inte så vanligt. (*Barnmorska*)

”Spontant skulle jag säga kvinnorna som kommer, det är väldigt sällan kanske första gångerna är det kanske lite spännande och på inskrivning och så. Det är inte det vanligaste att partnern är med alltså på barnmorskebesöken.” (*Regional kontaktperson*)

Huruvida medföräldrar erbjuds likvärdiga förutsättningar att delta svarar en barnmorska:

”Nä, nä... det vet jag många partners som säger när de följer med, men jag satt ju ändå bara där på en stol.” (*Barnmorska*)

Forskningen visar att föräldraskapet under barnets första år har en särskilt viktig roll för barnets utveckling. En utveckling som påverkas av alla upplevelser barnet får i mötet med sina omsorgspersoner och de sammanhang familjen lever i (jfr. Barlow & Parsons 2005; Danielsdottir & Ingudottir 2020; Johansson 2021). I intervjuerna beskrivs att under graviditeten genomförs en systematisk screening av hälsofaktorer hos den gravida och fostret och om medföräldern medverkar vid besöken ställs även några frågor om upplevd hälsa till medföräldern. Dock uppges medföräldern inte ha någon särskild avsatt tid för samtal eller screening av eventuella riskfaktorer, utan det förutsätter att medföräldern närvarar och själv aktivt deltar.

”Nej det är inte mycket, nej väldigt lite om man tittar på basprogrammet för gravida. Det är ju liksom nån liten notis att man ska prata om jämställdhet i förhållandet men annars är det ju inget fokus” (*Barnmorska*)

Enligt forskning vill fäder ha en större delaktighet i föräldraskapet men efterfrågar mer stöd i övergången till faderskapet. Ett antagande är att detsamma gäller även för medföräldrar oavsett könstillhörighet. Samtidigt visar forskning att män oftast inte tar kontakt med hälso-sjukvården på egen hand då de anser att det är den gravidas eller moderns arena (Leahy-Warren et al. 2022; Pålsson et al. 2017). Informanterna beskriver att medföräldrar gärna ses närvara på besöken och barnmorskor motiverar till deltagande. När en medförälder inte deltar är det dock upp till den gravida att framföra

budskapet till sin partner, någon uppsökande kontakt till medföräldern utförs i regel inte av barnmorskan. Konsekvensen av detta är att den gravida blir informations- och motivationsbärare till sin partner.

”Jag tänker som vi pratar mycket om barnkonventionen och barns rätt till båda sina föräldrar och vad blir bäst för barnet. Det blir ju inte samma information om båda inte inkluderas, jag tänker på det som du är inne på det preventiva liksom, att vi får ju inte samma information. Då ligger ju en snäppet före.” (Föräldrarådgivare)

Forskning visar att medföräldrar ofta kan bli diskvalificerade av mammorna och på så vis därmed oavsiktligt uteslutna av de yrkesverksamma (Sieber 2008).

### 10.2.2 Kvinnodominerat yrke och genusrelaterade perspektiv

Socialt arbete och andra människobehandlande yrken som arbetar med barn och deras föräldrar är historiskt och även idag ofta kvinnodominerade (SCB 2022). Föräldraskapsfrågor har traditionellt sett varit starkt könsbestämda, vilket kan utgöra en *hindrande mekanism* för deltagande om det medför en påverkan på interaktionen baserat på kön. En konsekvens som beskrivs i studier av könsforskning och socialt arbete är att män har kunnat bli polariserade in i ”typer” av män som till exempel *säkra* eller *farliga* män (Christie 2001), vilket kan ses i ett exempel som beskrivs utifrån en polaritet mellan den icke deltagande medföräldern och den allt för aktiva medföräldern. Medföräldern som närvarar på varje besök kan enligt informanterna ses som ett observandum.

”Men sen kan jag också på mödravården bli vaksam om partnern är med varenda gång. Jag har ju haft någon som alltid är med på vartenda litet besök. Då blir man ju också lite jaha... men också fint då är de ju delaktiga.” (Barnmorska)

En annan informant fyller i:

”Ja när är det ett observandum, och när är det bara härligt och bra?” (BVC-sköterska)

Det kan ses som motstridiga tendenser där könsspecifika mönster präglar och genomsyrar praktiken. Vilket medför att det finns anledning att fundera över genustänkandet som många gånger odlar en kulturell syn av kön i

#### Hindrande mekanismer

- Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar
- Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv
- Samhället gör mamman till experten
- Friktionen mellan kulturella dimensioner
- Selektering- och sorteringsmekanismen
- Finansieringsformen (NPM)
- Tid och utrymme

föräldraskapet. Skulle samma observandum uppmärksammas om en kvinna närvarar på varje besök?

I hälsoprogrammet för gravida ingår det att ställa frågan i enskildhet om den gravida upplevt någon form av våld i nära relationer och vid intervjuerna framkommer det att motsvarande fråga inte ställs i enskildhet till medföräldern.

”Nej.. vi ställer ju frågan till den som är gravid och då vill vi ju inte att partnern ska vara där när vi ställer den frågan” (*Barnmorska*)

Att enbart fråga om våld till den ena parten riskerar att påverka den yrkesverksamma och tillsammans med ett alltför snävt könsperspektiv så kan motstridiga tendenser befastas (jfr. Hedin och Månsson 2000). Forskning visar att insatser mot våld i nära relationer bör inrikta sig på faderskap och fokusera på deras egna livserfarenheter och sammanhang som påverkar faderskapet. Det finns även ett påvisat ökat samband vid utövande av våld i nära relationer med fäder som har psykiska problem, alkohol och missbruksproblem (jfr. Mohaupt, Duckert & Askeland 2020). Egen upplevd misshandel i barndomen kan leda till komplext posttraumatiskt stressyndrom (CPTSD) i vuxen ålder och medföra problem med relationer. Människor som upplevt misshandel i barndomen är också mer benägna att uppleva andra motgångar i livet och ojämlikhet i hälsa. Dessa problem kan påverka föräldraskapet och leda till traumacykler mellan generationerna (Jones K. A et al. 2023). Att utforska båda föräldrarnas egna livserfarenheter av våldsutsatthet i enskildhet beskriver informanterna som något som inte utförs idag. Potentiellt skulle det dock kunna ha en värdefull funktion för att göra medföräldrar mer inkluderade genom riktad uppmärksamhet. En BVC-sköterska och styrgruppsrepresentant beskriver det som:

”vi vet ju, vi har ju haft homosexuella par, (tjejer) där det har funnits våld, men även män som har gått här som har uttalat alltså att de har varit utsatta. Det är verkligen en relevant fråga.” (*BVC-sköterska*)

”nej det är kvinnan eller den gravida som det är fokus på, så där tänker jag kanske att vi har lite att hämta igen. För det kan ju faktiskt vara på andra hållet också.” (*Styrgruppsrepresentant*)

Övergången till föräldraskapet anses vara en av de viktigaste förändringarna som upplevs i en individs liv och övergången påverkas av det sammanhang

som individen befinner sig i och vilka personliga egenskaper och kvalitéer relationerna omkring individen består av. Forskning visar att denna omvandlingsprocess börjar redan under graviditeten men att fäder uttrycker en känsla av exkludering genom att känna sig avlägsna och avskilda från graviditetsprocessen, även om en stark vilja att inkluderas finns (Wells 2016; Pålsson et al. 2017; Leahy-Warren et al. 2022). Att medföräldrar inte erbjuds något riktat och likvärdigt stöd i övergången till föräldraskapet kan ses som en *hindrande mekanism* som utmanar att programteorin inte fungerar lika väl för medföräldrar som för de gravida.

### 10.3 Aktiviteter/Moderatorer

Familjecentralens uppdrag är att erbjuda en stödande miljö där det hälsofrämjande arbetet stödjer alla i familjen att utveckla förmågor, självförtroende och hälsa utifrån *proportionell universalism*. Familjecentralen finns till för att öka individers förmåga att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa, så kallad *hälsolitteracitet* (Cesares Olsson 2022; Jernbro & Forkby 2023). Verksamheten ska riva hinder så att den är tillgänglig och anpassad för alla som har en önskan om att delta i föräldraskapsstödjande insatser.

#### 10.3.1 Samhället gör mamman till experten

I intervjuerna framkommer det att flertalet av lågtröskelaktiviteterna som föräldragrupp på BVC, babymassage och babycafé är aktiviteter som i regel erbjuds upp till barnet fyller ett år. Det innebär att när medföräldern oftast växlar över till föräldraledigheten är de flesta av aktiviteterna i mindre och mer riktade grupper slut. Att delta i mindre grupp kan ses som den brygga som genererar en lägre tröskel för många till att våga delta i den större gruppen på öppna förskolan.

”..de som allra mest behöver det, jag tänker för dem att kliva in på öppna förskolan kan vara lite tufft de behöver mycket mer stöttning och pepp och mer hålla handen för att komma in.” (*Regional kontaktperson*)

Mindre grupper medför ett nätverkande vid upprepade tillfällen med samma individer, vilket leder till ett ökat socialt kapital. Samt en ökad trygghet i föräldraskapet genom information och kunskapspåfyllnad om föräldraskapets olika delar. Så här uttrycker en kontaktperson på regional nivå:

#### Hindrande mekanismer

- Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar
- Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv
- Samhället gör mamman till experten
- Friktionen mellan kulturella dimensioner
- Selektering- och sorteringsmekanismen
- Finansieringsformen (NPM)
- Tid och utrymme

”Vad jag har reflekterat mycket över, som någon upplyst mig om. Fast man delar på föräldraledigheten så kanske man är hemma om man drar ut på det 9 månader var. Så när barnet är 9 månader så kommer då den icke födande, då är de flesta föräldragrupper slut.. då är liksom väldigt mycket slut. Så den som faktiskt enligt statistiken har störst behov av föräldraskapsstöd den föräldern får ju inte det. För de har ju oftast den senare biten av föräldraledigheten och då finns ju inte det utbudet alls på samma vis.. dagtid iallafall ..sen kan man ju ha kurser på kvällar och så”. (*Regional kontaktperson*)

En av de intervjuade Familjecentralerna beskriver att de har utvecklat sitt babycafé till två tillfällen i veckan. Det ena tillfället vände sig till föräldrar med barn 0-8 månader och det andra tillfället vände sig till föräldrar med barn 6-18 månader, vilket kan vara ett sätt att öka förutsättningen även för medföräldern att kunna hinna delta på babycafé. Samtidigt framkommer det i intervjuerna att det finns utmaningar med att utöka verksamheten då det sker på bekostnad av något annat.

Utöver de aktiviteter som erbjuds upp till barnet fyller ett så är föräldragrupp utifrån ett föräldrastödsprogram ett alternativ. Dock erbjuds de grupperna oftast utan barn närvarande. Vanligaste programmet enligt Socialstyrelsens litteraturöversikt (2023) riktar sig till föräldrar med barn 3-12 år, vilket innebär att som föräldraledig medförälder kan det vara svårt att kunna delta även här. En informant uttrycker:

”Det hjälper ju inte att man delar på det, man får ju inte alls samma inflytande som förälder nummer två. Förälder nummer ett har ju fått hela grädden.. hela kalaset.. ja hela smörgåsbordet..” (*Regional kontaktperson*)

Det finns idag mycket forskning som beskriver vad barn och unga behöver för att utvecklas på bästa sätt men samtidigt finns aspekten att det preventiva arbetet aldrig går att genomföra helt värdeneutralt. Arbetet är avhängigt de föreställningar som råder i samhället angående vad som anses vara norm (jfr. Johansson 2021; Forkby, Enell & Thulin 2023; Jernbro & Forkby 2023). Enligt den praktiserande programteorin bildas en tolkning att samhällsnormen antar att kvinnor har ett större behov av stöd i övergången in i föräldraskapet, då mycket av aktiviteterna som exempelvis föräldragrupp på BVC upplevs mer tillgänglig och anpassad utifrån föräldralediga mammors förutsättningar att delta än medföräldrars.

#### Hindrande mekanismer

- Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar
- Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv
- Samhället gör mamman till experten
- Friktionen mellan kulturella dimensioner
- Selektering- och sorteringsmekanismen
- Finansieringsformen (NPM)
- Tid och utrymme

### 10.3.2 Friktion mellan kulturella dimensioner

Barnhälsovården är en viktig del av Sveriges folkhälsoarbete och har en viktig roll eftersom de når så gott som alla barn och har ett stort förtroende hos befolkningen. En samhällsutveckling som dock beskrivs som en utmaning för barnhälsovården att möta är personer med annat kulturellt och nationellt ursprung. Forskningsöversikter skriver att det krävs en särskild kulturell kompetens för att inte hälso- och sjukvården ska leda till missbedömningar, feltolkningar och slutligen felaktiga beslut (Socialstyrelsen 2014). I intervjuerna framkommer en konsensus med de utmaningar som beskrivs i forskningen. Anledningarna till utmaningarna beskrivs dock som flerdimensionella, som att barns levnadsvillkor skiljer sig åt beroende på om de har utrikesfödda föräldrar eller föräldrar födda i Sverige. Det är vanligare att utrikesfödda familjer exempelvis bor i hyresbostäder, har fler syskon och att föräldrarna är separerade (SCB 2019). Barnfattigdomen är högre med utrikesfödda föräldrar och av samtliga barn i ekonomiskt utsatta familjer i Sverige återfinns 81,1 procent bland barn med utländsk bakgrund. Det betyder att mer än fyra av fem barn som lever i ekonomisk utsatthet har utländsk bakgrund. Ensamstående kvinnor uppvisar dock den största ekonomiska sårbarheten och med utländsk bakgrund ökar sårbarheten ytterligare (Rädda barnen 2021). Ytterligare faktorer är tvångsmigration eller frivillig migration, samt den förändrade migrationspolitiken som innebär att familjer lever under mer temporära förhållanden, vilket påverkar levnadsförhållanden och föräldraskap (Osman et al 2016; Nordling et al 2020; Västhagen et al 2022).

”väldigt många som kom då med flyktingvågen flyttar ju här ifrån nu.. många som flyttar till Tyskland och England och allt vad de flyttar till..(BVC-sköterska)

Att invandra till ett nytt socialt/kulturellt sammanhang är ofta utmanande och utrikesfödda kan uppleva förlust av sitt hemland, social isolering, arbetslöshet och fattigdom. Detta skapar i sin tur sämre psykisk hälsa och svårigheter för utrikesfödda att integreras i samhället i värdlandet. Dålig psykisk hälsa hos föräldrar och dålig tillit till sin egen förmåga i föräldraskapet har visat sig vara associerade med dålig barn- och ungdomshälsa, utbildning, sysselsättning och kriminalitet. Kampen att vara förälder är universell men



samtidigt individuell, men för föräldrar som har erfarenhet av påtvingad migration och/eller kämpar för att anpassa sig till det nya värdlandet är denna kamp större (Osman et al 2016). Språkförbistringar beskrivs återkommande i intervjuerna som det största hindret, och litteraturöversikten (Socialstyrelsen 2023) visar att cirka en tredje del av Familjecentralerna har en kultur/språkstödjare anställd. Som en del av den normativa programteorin är användning av tolk vanligt förekommande och en informant beskriver en upplevd utmaning med tolk till skillnad från språk/kulturstödjare så här:

”Jag tänker man får ju inte glömma heller, att för kvinnorna som inte gått i skola så kan ju tolk ha tre gånger så stort ordförråd som den här kvinnan.. och då funkar ju inte det. Då behöver man ju ha en språkstödjare istället... som kan förklara omkring det. För en tolks uppgift är ju att översätta vad jag säger, och det kan ju vara ord som man aldrig hört. För ordförrådet är inte så stort när man inte har gått i skolan.” (*Regional kontaktperson*)

Forskning visar att utmaningar som följer av att vara ny och känna sig utanför i ett land oftast är relaterade till bristande kunskap om det nya landet samt brist på förståelse och kommunikation. Många förlitar sig på information som fås via andra föräldrar från samma kultur, vilket dock kan vara vilseledande. Det kan vara rädsla för att deras barn ska skiljas från dem för att de inte var "tillräckligt bra" som föräldrar, vilket medför att föräldrar undanhåller sina hälsoproblem eller andra problem de kan ha med sina barn (Osman et al 2016).

”Man märker ju att det går något rykte bland utlandsfödda att soc tar barn, och då vill man liksom inte, då var man rädd om soc finns på familjecentralen så kanske de tar mitt barn.” (*Styrgruppsrepresentant*)

I intervjuerna beskrivs närvaron av tolkar som särskilt utmanande i arbetet med föräldragrupper för utrikesfödda.

Alltså det jag känner igen att de är väldigt få och att det väldigt sällan erbjuds tolk.. det är tyvärr min lite bistra erfarenhet av både föräldragrupper men även sen när barnen blir äldre.” (*Regional kontaktperson*)

Vad beror det på?

”Ja men att det blir lite stökigt att ha tolk också och behöver vi dessutom ha två tolkar också så blir det riktigt stökigt.” (*Regional kontaktperson*)

En annan utmaning som beskrivs är att begripliggöra innehållet och syftet med verksamheten samt motverka fördomar om hur den öppna förskolan kan se ut och vilket stöd den kan utgöra för föräldrar. En informant beskriver:

”Jag tror också det kan vara fördomar det har vi ju mött för att vi ligger i ett riskområde och det är en hög grad av utrikesfödda föräldrar, då finns där fördomar om att på den här öppna förskolan är det bara kvinnor med hijab. Alltså här kan man inte möta andra som jag kan identifiera mig med utifrån min bakgrund kanske. ...Jag tänker också att det finns fördomar kring hur saker och ting är om till exempel öppen förskola här sitter bara mammor och dricker kaffe, det kan inte jag identifiera mig med som pappa eller partner. Jag har inget gemensamt att sitta och prata föräldraskap med massa kvinnor bara.” (Föräldrarådgivare)

I forskning om de mångkulturella Sverige beskrivs två olika dimensioner som riskerar att krocka där den ena dimensionen beskrivs som den horisontella dimensionen som innefattar föräldrarnas hemkultur, områdets lokala traditioner, grannskapsbanden, föreningslivet och samvaron i familjen. Den andra dimensionen benämns den vertikala dimensionen och utgörs av institutioner som myndigheter, skolor, förskolor, BVC och socialtjänst med uppgift att förmedla och upprätthålla den svenska kulturen och kontexten. Familjecentralen som verksamhet kan ses som en av de instanser där dimensionerna ständigt möts, vilket enligt forskning inte sällan skapar friktion dimensionerna emellan (jfr. Bouakaz 2012). En friktion som omnämns är rädslan att institutioner som Familjecentraler representerar står för uppgiften att upprätthålla ”svenskheten”, vilket kan generera hinder för deltagande för utrikesfödda. Flera Familjecentraler arbetar idag med utökade hembesöksprogram som innebär fler hembesök än vad basprogrammet för BVC innehåller.

”men de gör också två hembesök där man uppmanar till att gärna om man kan va hemma båda två.. på så vis försöker vi ju nå båda föräldrarna där..” (Styrgruppsrepresentant)

I intervjuerna framkommer att medföräldrar i högre utsträckning deltar på hembesöken till skillnad från mottagningsbesöken, vilket kan ses både som positivt men samtidigt utgöra en risk. Den fysiska upplevelsen av Familjecentralen riskerar att fortsatt utebli vilket kan medföra att fördomar om Familjecentralens syfte inte bryts och fortsätter utgöra en *hindrande*

*mekanism* för deltagande. Det medför i sin tur sämre förutsättningar till att bryta eventuell social isolering. Social isolering omnämns som en av de riskfaktorer som är utmärkande i mångkulturell forskning gällande utrikesfödda (Osman et al 2016; Västhagen et al 2022). En informant uttrycker:

”jag tror också att det är lättare när de kommer hit att visa dem och jag har varit på två hembesök nu där man känner att ni hade verkligen behövt komma, de känner knappt någon här. Men de kommer liksom inte.. så då är det nästan lättare när de är här på ett besök. Så att de får se för det är svårt att förklara förrän man är där.”  
(BVC-sköterska)

”Är nog en oro för att man inte känner någon, hur ska man göra sig förstådd att inte bli inkluderad. Jag tror nog det är rädsla för många, och sen att många inte vet att vi finns och vad vi är för någonting det tänker jag också.” (Styrgruppsrepresentant)

## 10.4 Kontext

### 10.4.1 Öppettider och begränsande lokaler, en skyddsmekanism?

Enligt informanterna har en familjecentral i regel öppet vardagar och kontorstid. Vissa aktiviteter kan utföras kvällstid som föräldrastödsprogram, tematräffar och föreläsningar, då oftast utan barn närvarande. Någon övrig verksamhet som BVC, Barnmorskemottagning eller Öppen förskola bedrivs i regel inte på kvällar eller helger. En utmaning som beskrivs i intervjuerna är att begränsade öppettider måndag till fredag och dagtid ofta utgör en *hindrande mekanism* för den icke föräldralediga att delta. Det innebär ett inkomstbortfall att ta ledigt från sitt arbete och utifrån många familjers begränsade ekonomi riskerar deltagande att prioriteras bort. Deltagande på kvällsaktiviteter utan barn kräver tillgång till ett socialt nätverk som kan vara behjälpligt med barnpassning.

”Det blir ju svårare för den som inte är föräldraledig att va med, så är det ju.. så då blir det ju mer den föräldern som tar mer föräldraledigt som kommer vara här mer.. och rent generellt är det väl mammorna som tar mer föräldraledigt.” (Styrgruppsrepresentant)

En annan utmaning som beskrivs av flera informanter är den *hindrande mekanism* som utgörs av begränsade och för små lokaler. Den *hindrande mekanismen* verkställs i form av en *selektering- och sorteringsmekanism* när öppna förskolan blir full, och de tvingas sätta ut en flagga med fullt hus. En informant beskriver:

<b>Hindrande mekanismer</b>
•Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar
•Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv
•Samhället gör mamman till experten
•Friktionen mellan kulturella dimensioner
<b>•Selektering- och sorteringsmekanismen</b>
•Finansieringsformen (NPM)
• Tid och utrymme

” Det är ju extremt att det är så här att ta sitt lilla spädbarn och kuta för att hinna innan nio för då vet man att nu kommer flaggan ut.. att det är fullt”. (*Regional kontaktperson*)

En annan regional kontaktperson uttrycker:

” är jag frisk och pigg och alert har jag inga problem att vara där klockan nio.. men har jag det lite tufft och har lite trösklar på vägen så kommer jag aldrig att vara där till nio, och då kommer jag heller aldrig in.” (*Regional kontaktperson*)

Situationen innebär att det sker en *selektering/sortering* av besökare till förmån för de som har förutsättningar att klara av att komma innan flaggan kommer ut. Föräldrar med ”trösklar på vägen” kan utgöra målgrupper såsom föräldrar med kognitiva funktionsnedsättningar, en målgrupp som behöver stöd för att riva hinder för att inte exkluderas. Informanter beskriver hur föräldrastödsaktiviteter som grupper, riktade grupper, temaföreläsningar och så vidare skulle kunna bedrivas i mycket bredare omfattning om familjecentralen hade tillgång till ett extra rum, vilket skulle medföra att öppna förskolan inte konkurrerade om tiden för grupp/mötesrummet.

”Ja det var ju när vi satt och planerade för det här och tittade på ritningar för lokalen så hade vi tänkt att det som är öppna förskolan nu.. mittenrummet det är ett konferens och mötesrum där vi kunde ha grupper, möten och annat som vi bara när vi väl flytta in märkte att det behövde ju vara öppna förskolans rum.. Så då försvann ju mycket av andra möjligheter av det liksom.” (*Styrgruppsrepresentant*)

En annan informant uttrycker:

”en begränsning här är ju lokalen som vi har, vi har ju öppen förskola öppet varje dag mer eller mindre. Vissa dagar har vi två tillfällen som idag och vissa har vi nån förmiddag eller eftermiddag. Men andra saker som jag tänker föräldragrupper och så blir ju hela tiden på avvägning av öppna förskolan när öppna förskolan är stängd för vi har ju ingen mer lokal och det kan vi ju se är ett litet bekymmer. För vi har ju *svenska för föräldralediga* här på onsdagar och det är också så att man tänker att om det hade varit någon närliggande lokal där man kan ha öppen förskola samtidigt som man har svenskan. Så hade man det för länge sen när vi hade ett rum ledigt, då lockade man ju in många av de här kvinnorna som är lite oroliga på grund av språket. (*Förskollärare*)

Att begränsa öppettider och lokaler skulle kunna ses utgöra en *skyddsmekanism* för organisationernas arbetsbelastning, men för den mer kritiskt lagda kan det ses som en organisatorisk *bekvämlighetsmekanism*. *Selektering- och sorteringsmekanismen* reglerar arbetsbördan och tränger undan familjer som inte bemästrar dessa förutsättningar. Ändrade öppettider

som bättre motsvarar även de icke föräldraledigas möjlighet till deltagande och utökning av lokalutrymme skulle generera merarbete och tyngre arbetsbörda genom utökning av fler besökare.

#### 10.4.2 Blandade finansieringsformer och (NPM), hinder för samverkan

Familjecentraler bedrivs som permanenta verksamheter finansierade av de ingående parternas budget (Socialstyrelsens 2023), vilket medför en komplexitet utifrån att de olika aktörerna har skilda organisatoriska ekonomiska system. Informanterna beskriver ekonomisystemen som en av de största utmaningarna för att få det gemensamma arbetet att fungera optimalt utifrån programteorin.

”vi kan väl känna att vi har olika huvudmän och inte bara utifrån hur många pinnar för hur många besök vi har, utan kanske mer att vi har olika förutsättningar från olika verksamheter. Till exempel om vi ska ha jultallrik eller vi ska nån fika eller så ja då får vi från regionen från vår chef för hon är omtänksam, medan de får ingenting i kommunen för det är inte nått som prioriteras och där finns inga pengar och så.”  
(Föräldrarådgivare)

”Om man ska handla nått så är det stor ekonomisk sak.. med kostnadsfördelnings nycklar och ekonomer som ska internfakturera varandra å.. så det är inte busenkelt.” (styrgruppsrepresentant)

Mycket har förändrats genom åren gällande välfärdsområdet och införandet av marknads- och företagslogik inom den offentliga sektorn beskrivs som den enskilt största förändringen. En förvaltningspolitisk doktrin som brukar benämnas *New Public Management* (NPM) bygger på antagandet att den offentliga sektorn blir effektivare om den använder samma styr- och ledningsinstrument som affärsdrivande företag (Johansson et al. 2023). I slutet av 1990-talet och under tidigt 2000-tal började offentliga verksamheter lägga allt större vikt på besparingar och prioriteringar för att uppnå så resurseffektiva åtgärder som möjligt i enlighet med *New public management* andan (Thelin & Anderberg 2023). För barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler har detta medfört en viss komplexitet i respektive uppdrag, en komplexitet som vuxit sig ännu större i samordning med kommunala verksamheter. Det finns en ekonomisk paradox i tillskjutande av resurser till sjukvården som inte alltid tenderar att lösa problemen. Det finns en mekanism i människobehandlande organisationer som handlar om att efterfrågan av tjänsterna som tillhandahålls tenderar att öka så att behoven

#### Hindrande mekanismer

- Hälso-programmets utformning för medföräldrar

- Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv

- Samhället gör mamman till experten

- Friktionen mellan kulturella dimensioner

- Selektering- och sorterings mekanismen

- Finansieringsformen (NPM)

- Tid och utrymme

möter utbudet av tjänster. Skjuts det till resurser för att organisationen ska kunna utföra ett bättre arbete så kommer också efterfrågan av tjänsterna öka. Om barnmorskemottagningen skulle få mer resurser för att kunna upptäcka fler behov så kommer sannolikt fler behov att upptäckas, vilket i sin tur innebär mer arbete. När allmänheten upptäcker att det finns bra hjälp att få kommer också fler att söka hjälp och samma logik gäller också det omvända att låg kvalitet minskar arbetsbördan. Människobehandlande organisationer behöver sätta gränser (*organisatoriska skyddsmekanismer*) för hur mycket resurser de satsar i varje enskilt ärende, att formulera uppdragen på ett sätt som begränsar arbetsbördan kan vara ett sätt att hantera resursfrågan. Att inte medföräldrar erbjuds lika omfattande stöd under graviditeten kan vara en sådan hantering medan andra strategier kan vara att styra information, exempelvis hur en viss aktivitet presenteras. Erbjudandet av möjlighet till ett partnersamtal skulle kunna presenteras på ett sätt som blir självreglerande utifrån den yrkesverksammas arbetsbörda. Slutsatsen är att hög tillgänglighet ”bestraffas” med en högre arbetsbörda vilket verksamheterna vare sig organisatoriskt eller på individnivå maktar med under någon längre period (Johansson et al 2023; Thelin & Anderberg 2023).

”Och den tänker jag spridit sig sen pandemin när man hade lite restriktioner. Alltså först var det stängt kanske, men sen öppnade man med lite restriktioner och många upptäckte kanske att det blev lite bättre pedagogisk verksamhet, alltså tyvärr kanske det fanns fördelar med det.. kanske sänkt ribban för antalet besökare för att man såg fördelarna med när det var lite mindre.. nej vi kan inte ta emot alla för det blir lite stökigt eller vad det nu blev för någonting.” (*Regional kontaktperson*)

Informanterna beskriver att skillnaderna i de ekonomiska styrsystemen utgör ett av de största hindren för god samverkan och blir en *hindrande mekanism* från att utvidga sitt arbete till att nå fler. De beskriver hur vårdens verksamheter genererar sin ekonomi utifrån antal inskrivna barn och besök, vilket i sin tur medför att tvärprofessionella samverkansaktiviteter slår mot produktionsintäkten. Aktiviteter som husmöte, handledning, yrkesverksammas tillgänglighet på öppna förskolan och tvärprofessionellt deltagande i föräldrastödsprogram genererar inga produktionsintäkter för vårdens verksamheter. De vårdanställda begränsas på så sätt i sina samverkansmöjligheter, vilket i sin tur hindrar *mervärdesmekanismen* (för

utförligare beskrivning se kap 10.4.1) som finns inneboende i samverkan att utlösa. En informant uttrycker:

”Genom åren tänker jag att det har alltid varit barnmorskorna, de fick inte åka med på utbildningarna. Det är ju så eller hur? För det hör jag ju på andra ställen med ju, möjligtvis fick en det. Har varit mycket snålare med barnmorskorna när det har gällt sådana saker när det gällt utbildningar.” (*Föräldrarådgivare*)

”Vissa åker till familjecentralskonferensen och barnmorskorna åker inte.” (*Styrgruppsrepresentant*)

”det blir svårt för gruppen att förhålla sig till, blir svårt förhållande mellan styrgrupp och arbetsgrupp också, kan det bli.” (*Styrgruppsrepresentant*)

Lösningen enligt informanterna hade varit en gemensam familjecentralsbudget, alternativt att samverkan och tvärprofessionella aktiviteter regleras som produktionsintäkter.

”Att vår samverkanstid tar ju pinnar från dem, så det är ju utmaningen att vi har olika huvudmän och man ser på tiden på olika sätt...ja så det tycker jag är en utmaning i att få samsyn nån nivå upp. Ekonomiskt så önskar man ju att allt egentligen gick in i en familjecentralspott tänker jag, för nu blir det ju så att vem betalar..” (*Regional kontaktperson*)

”den här fasta ersättningen på familjecentraler skulle kicka in när man skriver husmöten i kalendern, alltså i systemen att man får det efterhand som man har föräldragrupper. [...] Om de då hade kikat in när man gör nånting av dem.” (*Regional kontaktperson*)

Konsekvensen av ekonomisystemen på Familjecentralen kan bli att en enskild anställd kan få problem om den tar på sig för mycket arbete utanför de inkomstbaserade arbetsuppgifterna. Å andra sidan riskerar den anställda att hamna i interna konflikter om den tackar nej till för mycket arbete på sina kollegors bekostnad, vilket medför att det leder till förhandlingar om exakt vem som ska göra vad. Det kan orsaka konflikter mellan verksamheterna när dessa gränser ska dras (jfr. Liljegren et al. 2023). Detta medför att vissa aktiviteter som skulle kunna utlösa *mervärdesmekanismen* får stå tillbaka för de är inte inkomstbringande för den enskilda verksamhetens budget.

## 10.5 Medierande mekanismer

### 10.5.1 När tid och utrymme inte ges försvinner mervärdesmekanismen

I Hjortsjös (2005) avhandling sammanfattar hon det med att det finns stora förväntningar kopplade till samverkan på en Familjecentral men att samarbetet inte alltid är så omfattande mellan professionerna. Hjortsjö härleder det till professionernas starka anknytning till moderorganisationerna som genom regelverk inte tillåter så mycket samarbete utanför den egna professionsgränsen, något som bekräftas av informanterna även i denna studie.

”även om vi sitter under samma tak så är det inte detsamma som att vi jobbar mycket tillsammans i vardagen.. och jag tror ändå det här vi har börjat prata om, kan man göra gemensamma hembesök ibland göra saker tillsammans i professionerna är viktigt och att vi behöver det. Det blir inte så av sig själv, utan vi måste bygga rutiner för det.. det har jag börjat förstå mer och mer.” (Styrgruppsrepresentant)

Att arbeta tvärprofessionellt beskrivs som det som utlöser *mervärdesmekanismen*. En mekanism som utgörs av att tvärprofessionellt arbete genererar ett vidgande av professionernas kunskapsfält. En informant beskriver:

”Min känsla är att ni som har jobbat länge på familjecentraler har fångat upp så mycket från era kollegor också, ifrån de andra professionerna. Att ni på sätt och vis har en bredare kompetens, om man skulle ha mätt det så känns det som. Så säger min magkänsla att ni kan mycket mer än vanlig BVC, ni har fångat upp sjukt mycket mer än vad ni annars skulle ha exponerats för och det är ju en styrka.” (Regional kontaktperson)

En annan del i *mervärdesmekanismen* handlar om tillit. En tillit som byggs upp av gemensamt arbete kring familjerna där en trygghet bildas utifrån kännedom om respektive professioners kunskap och professionalitet. Tilliten spiller därefter över till familjerna som deltar i verksamheten vilket medför att medborgarnas syn på sin omgivning utgår ifrån en större tillit. Medborgarna vågar samarbeta därför att man hyser förtroende till att den andre också kommer att samarbeta (jfr. Rothstein & Holberg 2022).

”Ja men och att det ger tillit alltså då till alla professionerna liksom alltså det kan ju vara styrkan att man kollegialt backar varandra liksom.. att man jo men den där kuratorn är riktigt bra.. alltså så” (Regional kontaktperson)

#### Hindrande mekanismer

- Hälsoprogrammets utformning för medföräldrar
- Kvinnodominans och genusrelaterade perspektiv
- Samhället gör mamman till experten
- Friktionen mellan kulturella dimensioner
- Selektering- och sorteringsmekanismen
- Finansieringsformen (NPM)
- Tid och utrymme



Samlokaliseringen skapar möjligheter att arbeta tvärprofessionellt men flera av informanterna beskriver att det inte alltid ges förutsättningar till gemensamma besök eller föräldragrupper ur ekonomiska perspektiv. När tvärprofessionella arbeten inte utförs så förlorar *mervärdesmekanismen* sin verkan. Det beskrivs av en informant så här:

”Men det är väl det här.. jag brukar säga om 2+2 blir 4.. så är det en jättedyr investering, men blir 2+2= 5 så är den väl värd pengarna. Alltså vi måste få in mervärdet.. måste dra in det 5:e, samverkan.. då har man investerat rätt.. men blir det bara 4, så kunde vi lika gärna vara solitära och inte satsa det här liksom.. så är det.” (*Regional kontaktperson*)

En tidig upptäckt möjliggör enligt informanterna för tidiga insatser, hälsofrämjande och förebyggande arbete. Informanterna beskriver dock att tiden som finns avsatt för de olika besöken upplevs mycket begränsad vilket leder till färre möjligheter att bedriva tvärprofessionella samarbeten. Samarbeten som beskrivs som den största framgångsfaktorn för Familjecentralen genom *mervärdesmekanismen*. Att hinna följa med föräldern in på öppna förskolan efter BVC-besöket är svårt att hinna då det under besöket ska utföras en mängd kontroller på väldigt begränsad tid. Om barnet då inte samarbetar försvinner tid till exempelvis slussningar. En BVC-sköterska beskriver möjligheterna till att erbjuda besök med extra stöd:

”Vi upplever ju samma sak, såå begränsad tid för våra besök.. men sen också ju äldre barnen blir desto mer sällan träffar vi barnet.. så de lite äldre barnen träffar vi en gång om året. En halvtimme-45/60 min det beror ju lite på.. det är ju också väldigt begränsad tid att kanske upptäcka någonting.” (*BVC-sköterska*)

Den normativa programteorin beskriver hur det personliga överlämnandet bidrar till en ökad tillit och att samlokaliseringen möjliggör slussningar som avdramatiserar kontakter med exempelvis Socialtjänsten. Att visa vägen till öppna förskolan för socialt stöd bidrar till integrering och utökat socialt kapital, vilket informanterna uppger riskerar utebli när tid och utrymme inte ges. För lite tid och utrymme blir en *hindrande mekanism* för samverkan och när samverkan begränsas försvinner *mervärdesmekanismen*. Försvinner *mervärdesmekanismen* är samlokaliseringen enligt informanterna en dyr investering som inte utnyttjar sin fulla potential och går miste om möjliga synergieffekter.

## 11 Slutdiskussion

I den här slutdiskussionen vill jag lyfta fram ett antal slutsatser, men innan dess vill jag fastställa att även om Familjecentralen inte når alla så når verksamheten en stor andel av Sveriges barnfamiljer med hög nöjdhetsgrad och med föräldraskapsstärkande resultat (jfr. Hjortsjö 2005; Folkhälsomyndigheten 2024). Ett omdöme som tål att påminnas om då undersökningen inte haft för avsikt att underminera det familjestärkande arbete som sker och kommer till nytta för en stor andel besökare. De organisatoriska förutsättningarna bör särskiljas från det arbete som praktiseras utifrån rådande kontextuella förutsättningar. Avsikten med studien har varit att rekonstruera verksamhetens programteori för att kritiskt kunna analysera dess olika beståndsdelar för att på så vis identifiera *främjande* och *hindrande mekanismer* för deltagande.

### 11.1 Slutsatser

Den första slutsatsen jag kommit fram till besvarar undersökningens första frågeställning, det vill säga vilka *främjande mekanismer* som bidrar till att verksamheten fungerar väl för vissa målgrupper i samhället.

Familjecentralens aktiviteter/moderatorer innehåller *främjande mekanismer* som genererar ökad självkänsla och tilltro som förälder, vilket beskrivs främja deltagande. En annan *mekanism* som främjar deltagande är den professionella följsamhet som beskrivs existera i Familjecentralens normativa programteori som bidrar till möjligheten att följa och möta föräldrars behov på ett dynamiskt vis. Kärnkomponenten samlokalisering beskrivs som en *främjande mekanism* för deltagande då samlokaliseringen möjliggör personliga överlämnanden mellan personalen, vilket bidrar till att föräldrar lotsas till rätt stöd med korta vägar. Samlokaliseringen bidrar även till att avdramatisera den förebyggande socialtjänstens roll, vilket leder till ökad tillit och minskad myndighetsmisstro hos föräldrar. En ytterligare *främjande mekanism* är Familjecentralen som social mötesplats, vilket främjar språkutveckling, socialt umgänge och läsfrämjande, träffar med andra föräldrar, möjlighet till lek och pedagogisk stimulans. Den kanske starkaste *främjande mekanismen* är den jag valt att döpa till *mervärdesmekanismen* som utlöses genom tvärprofessionellt arbete. Mervärdesmekanismen

genererar ett vidgande av professionernas kunskap samt ger ökad tillit som spiller över på besökarna.

Den andra slutsatsen jag kommit fram till besvarar studiens andra frågeställning om vilka *hindrande mekanismer* som medför att verksamheten inte fungerar lika väl för alla målgrupper.

Redan för sextio år sedan tilltog idealet om ett jämställt föräldraskap i välfärdspolitiken. Trots det har hälsoprogrammen för gravida på BMM fortsatt med samhällets traditionella fördefinierade strukturer gällande familj och könsroller. Den här studien visar att det finns *hindrande mekanismer* i den normativa programteorin särskilt i utformningen av det stöd som erbjuds i övergången till föräldraskapet ur ett genusperspektiv. För att verkställa stöd enligt *universell proportionalism* behöver insatser ges i proportion till behov, inte baserat på könstillhörighet. Hälsoprogrammens utformning bidrar potentiellt till att *social exkludering* för medföräldrar vidmakthålls. I Familjecentralens aktiviteter/moderatorer finns genom sin utformning *hindrande mekanismer* som att de flesta lågtröskelaktiviteterna erbjuds under barnets första år och slutar när medföräldern växlar över till föräldraledigheten. För utrikesfödda föräldrar kan utebliven fysisk upplevelse av Familjecentralen vara en *hindrande mekanism*.

I likhet med tidigare studier stärkte denna studie annan forskning som visat att samverkan på Familjecentraler riskerar att bli ytlig när tid och förutsättningar till tvärprofessionellt arbete inte ges (jfr. Hjortsjö 2005). Hjortsjö härledde den ytliga samverkan till den starka organisationstillhörigheten till moderorganisationen. Denna studie kopplar resultatet även till det ekonomiska styrsystemet (*NPM*) och mixen av finansieringsformer. Ett tillskott av mer resurser till begränsade budgetar löser inte per automatik mer samverkan, då ekonomin utgår från marknadsstyrning. Den *hindrande mekanismen* har sitt ursprung i att samverkanstid inte genererar produktionsinkomst, vilket medför att samverkan bibehålls på en ytlig nivå. Det ekonomiska styrsystemet leder på så vis till att den *organisatoriska skyddsmekanismen* får företräde och resultatet blir minskat tvärprofessionellt arbete och att *mervärdesmekanismen*

inte utlöser, vilket i sin tur medför att samlokaliseringens inneboende potential av synergieffekt går om miste.

För att konkretisera outnyttjad *mervärdesmekanism* inom Familjecentralen är ett exempel att det oftast är en samverkansaktör som leder föräldrastödsgrupper riktat till utrikesfödda föräldrar enligt statistiken. Om två samverkansaktörer leder så är det socialtjänsten och pedagogerna tillsammans (Socialstyrelsen 2023), samtidigt beskriver BVC utmaningar med att möta målgruppen utrikesfödda och efterfrågar ökad kulturkompetens. Om samverkan inte hade orsakat produktionsbortfall för vårdaktören hade BVC i högre utsträckning kunnat leda dessa grupper tvärprofessionellt och dra nytta av sin höga tillit hos befolkningen, som i sin tur genererat dragkraft i rekrytering av gruppdeltagare. Samtidigt hade de breddat sin kulturkompetens som spillt över i form av tillit till exempelvis socialtjänsten. På så vis hade *mervärdesmekanismen* utnyttjats flerdimensionellt genom tvärprofessionellt arbete i dessa grupper och kommit fler än bara målgruppen till nytta.

Den tredje slutsatsen jag kommit fram till besvarar studiens tredje frågeställning om vilka idéer som bidragit till att Familjecentraler blivit en stabil aktör i samhället.

Samverkansmodellen Familjecentral beskrivs närmast som en folkrörelse som vuxit fram med anor i tidigt 1970-tal, karaktäriserad av hälsofrämjande arbete, jämställdhetsarbete och social rättvisa (Turunen 2018). Familjecentraler har fram till idag genomlevt årtionden av samhällsförändringar som påverkat och präglat familjers levnadsförhållanden och behov genom flyttningsrörelser, urbanisering, digitalisering, invandring, segregering, större avstånd till släktingar och närstående, allt mer varierade familjestrukturer, försörjningsproblem och fattigdom. Parallellt har omfattande omstruktureringar av ekonomier, internationalisering, avregleringar, nedskärningar av offentlig sektor, marknadsliberalisering och privatisering genomförts. Sammantaget har det medfört att Familjecentraler idag möter annorlunda och mer komplexa behov hos familjer och förhåller sig till både marknadsstyrning och blandade finansieringsformer (jfr. Sjöberg

och Turunen 2018). I Familjecentralens normativa programteori beskrivs det finnas utrymme för *professionell följsamhet* som möter och följer förändrade behov på ett dynamiskt vis, vilket jag anser är en av anledningarna till att verksamheten blivit en stabil aktör i samhället med starkt stöd. En annan aspekt som varit gynnsam för Familjecentralernas ställning är att välfärdspolitiken de senaste decennierna premierat det tvärsektoriella och promotiva arbetet genom införandet av ett tydligare folkhälsoarbete i Sverige (Bing 2011b). Det promotiva arbetet fokuserar på friska processer som stärker och skyddar hälsa och det hälsofrämjande arbetet inkluderar ofta flera aktörer och samarbetspartners. Med ökad insikt om att det traditionella mödra- och barnhälsoarbetet inte räcker till för att lösa barns hälsoproblem idag behövs utvecklade arbetssätt då dagens ohälsa beskrivs ha mer psykosociala än medicinska orsaker, vilket kräver lösningar med insatser från flera verksamheter och yrkesgrupper. Det gör det tydligt att Familjecentralerna besitter en optimal arena med rätt förutsättningar till att utföra det nya folkhälsoarbetet, vilket jag anser vara en förklaring till deras position som stabil aktör med starkt stöd i samhället (jfr. Bing 2011b).

Min sista slutsats får besvara en fråga som väckts under studiens gång, om verkligheten med dess komplexa förhållanden sprungit förbi den något naiva normativa programteorin?

Slutsatsen landar i att det beror på *hur* de olika samverkansaktörerna väljer att förhålla sig till idén om att ingå i en samverkansmodell. Om samverkansaktörerna fortsätter bedriva sitt praktiserande enligt traditionell institutionell ordning för sitt organisatoriska fält riskerar verklighetens mer komplexa förhållanden att springa förbi. Väljer samverkansaktören att vidga sitt organisatoriska fält och utnyttja den normativa programteorins *mervärdesmekanism* genom att tvärprofessionellt samverka över den egna organisationsgränsen så ökar chansen att kunna möta verklighetens mer komplexa behov (jfr. Linde & Svensson 2013). Så min konklusion är att ägandeskapet över att vara en Familjecentral i tiden eller ej, vilar hos varje enskild samverkansaktör och dess organisation.

### **11.1.1 Studiens styrkor och begränsningar**

De metoder jag valt för att besvara syftet med undersökningen har varit att konstruera en normativ/beskrivande programteori för samverkansmodellen Familjecentraler, kompletterat med en undersökning av hur samverkansmodellen praktiseras empiriskt genom kvalitativ forskningsmetod. En styrka för studiens resultat blev genomförandet av en pilotintervju, vilken bidrog positivt genom möjligheten att rekonstruera vissa frågeställningar som inte upplevdes besvara frågorna enligt syftet. Ett annat mervärde för studien var fokusgruppsintervjuer med informanter på olika yrkesmässiga nivåer, vilket bidrog till information om verksamheten ur ett flerdimensionellt perspektiv. Utifrån den empiriska datainsamlingen har jag genomfört en rekonstruktion av den normativa programteorin, modifierad utifrån informanternas beskrivning av hur samverkansmodellen praktiseras. En begränsning i rekonstruktionen är dock att den bör ses som en ögonblicksbild för år 2024 och kan inte ses som giltig för alla Familjecentraler i Sverige. Omständigheter för kontexten kring Familjecentralen och hur de utspelar sig kommer att skilja sig åt, programmen kan bära samma namn men är aldrig helt detsamma. En studie med rikstäckande geografisk spridning av informanter hade kunnat ge ytterligare dimensioner av perspektiv kring vad som utmanar programteorin. Geografisk tillgång till Familjecentral, vårdval och reglerad samtidighet skiljer sig åt mellan regionerna. En ytterligare begränsning i studien är valet av informanter där fler deltagare hade kunnat berikat studien.

### **11.1.2 Förslag på vidare forskning**

I linje med studiens resultat och relaterade diskussioner vill jag föreslå några teman för fortsatt forskning. Jag ser behov av framtida studier i större omfattning som undersöker den normativa programteorin för Familjecentraler där deltagares upplevelse av programteorins praktiserande inkluderas, för att få ett ännu bredare perspektiv till den rekonstruerade programteorin. Ett område som initialt var tilltänkt för denna uppsats och som är i behov av mer kunskap och utforskande är Familjecentralens roll ur ett holistiskt familjeperspektiv, med större fokus på medföräldrarnas mående, delaktighet och påverkan på barn och familjers hälsa. En annan aspekt som är viktig att studera för att närma sig en heltäckande programteori är att

undersöka den abstraktion som programmet medför. Som vilka förväntningar som finns hos besökare som kommer till Familjecentralen, och vilka känslor och associationer som begreppet Familjecentral väcker hos individer. Som besökare kan begreppet medföra exempelvis en förväntan på att det ska finnas en lekmiljö för barn, men samtidigt så täcker den abstrakta termen kanske även att det kommer finnas kontroll i verksamheten (jfr. Pawson 2013). En ytterligare intressant studie skulle vara att undersöka den kulturella medvetenheten i programteorins olika delar. Det kan finnas relevans i att undersöka möjliga hinder och framgångar utifrån kulturell medvetenhet för att nå ut i större omfattning till målgrupper med annan kulturell bakgrund. Det kan även finnas skäl att undersöka om utrikesfödda som deltar i verksamheten har en tvångsmigrerande eller frivilligmigrerande bakgrund, då stödbehov kan behöva särskild anpassning utifrån orsak (jfr. Västhagen et al 2022). Familjecentralers betydelse på både individ- och samhällsnivå är fortfarande ett relativt outforskat område och potentialen för studier av unika perspektiv är stor.

### **11.1.3 Implikationer**

Vill man utveckla Familjecentraler i framtiden ser jag behov av att på lokal nivå ha en enad kommunal- och regional politik som skapar förutsättningar i tid och utrymme för tvärprofessionell samverkan. Därutöver behöver Familjecentraler lokalt reflektera över identifierade *hindrande mekanismer* i utformning av föräldrastödsaktiviteter, öppettider och tillgänglighet. På regional nivå behöver en samordningsfunktion inrättas i alla län för möjliggörande av gränsöverskridande samverkan. I mindre kommuner kan kommunöverskridande samarbeten vara möjliggörare för större och mer flexibla utbud av föräldrastödsaktiviteter. Att erbjuda föräldrastödsgrupper för riktade målgrupper som föräldrar med kognitiva funktionsnedsättningar eller utrikesfödda på modersmål, kan genom kommunöverskridande samarbeten möjliggöras. På nationell nivå behövs en enad politik för att åstadkomma måluppfyllelse att nå utsatta målgrupper och uppnå tvärprofessionalitet i samverkan. Det krävs en enad politik för att långsiktigt verkställa finansiella lösningar som inte färgas av politikens kortvariga mandatperioder eller inflationskänslighet. En översyn och modifiering av

hälsoprogrammens utformning för större delaktighet för medföräldrar bör genomföras. Resultaten i denna studie kan vara relevanta för yrkesverksamma och beslutsfattare för utveckling av befintliga verksamheter och projektering av nya Familjecentraler. Resultaten kan även vara till nytta för andra organisationer som arbetar med samverkan, för att förstå *hur* och *vad* som genererar mervärde. Framförallt bidrar studien till kritisk reflektion och vikten av att synliggöra idéer, mekanismer och värderingar till utformning av aktiviteter.



## 12 Källförteckning

### 12.1.1 Offentliga källor

Folkhälsomyndigheten (2014) Föräldrar spelar roll – vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete

Folkhälsomyndigheten (2023) Kartläggning visar behov av att stärka familjecentraler. [https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2023/oktober/kartlaggning-visar-behov-av-att-starka-familjecentraler/. Hämtat: 2023-10-14]

Folkhälsomyndigheten (2024) Familjecentralers betydelse för familjers hälsa och välmående – Resultat från en kartläggande litteraturöversikt

MFOF (2023) Myndigheten för föräldraskapsstöd [https://mfof.se/. Hämtat: 2023-12-28]

Regeringskansliet (2018) *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd* Stockholm: Socialdepartementet

Rikshandboken (2019) *Rikshandboken i barnhälsovård* [https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/foraldrastod-till-familjer-med-spadbarn--en-kunskapsoversikt\_5juni-002.pdf. Hämtat: 2023-12-04]

SBU (2022) Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar. En systematisk översikt av universella programs effekter på psykiskt välbefinnande, upplevelser av dessa program, hälsoekonomiska och etiska aspekter [https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/framjande-av-psykiskt-valbefinnande-hos-barn-och-ungdomar/. Hämtat 2023-12-01]

SCB (2019) Olika levnadsvillkor för barn med svensk och utländsk bakgrund.

SCB (2022) Yrkesregistret med yrkesstatistik

SFOG (2016) *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. [https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf. Hämtat 2023-10-26]

Socialstyrelsen (1979:4) *Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram*. Socialstyrelsen redovisar: 4. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2008) *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2014) *Vägledning för barnhälsovården* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2022) *Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten (2023) *Familjecentraler och familjecentralerliknande verksamheter. Kartläggning, analys och förslag*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU (1972:26) *Förskolan Del 1. Betänkandet avgivet 1968 års barnstugeutredning.* Stockholm: Allmänna förlaget

SOU (1972:27) *Förskolan Del 2. Betänkandet avgivet 1968 års barnstugeutredning.* Stockholm: Allmänna förlaget

SOU 1974:39 *Socialvården. Mål och medel. Principbetänkande av socialutredningen.* Stockholm: Allmänna förlaget

SOU (1975:87) *Samverkan inom barnomsorgen, ett betänkande från arbetsgruppen för samhällets barnomsorg.* Stockholm: Liber förlag

SOU (2006:37) *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet.* Stockholm: Edita Sverige

SOU (2020:47) *Hållbar socialtjänst, en ny socialtjänstlag Del 1. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.* Stockholm: Elanders Sverige AB

### **12.1.2 Politiska direktiv:**

Prop. 1978/79:168 Om föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m

Prop. 1992/93:173 Om en Barnombudsman, m.m

Prop. 2002/03:35) Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.

SU (1967-1974) Socialutredning

### **12.1.3 Lagstiftning**

HS 80 - ett principprogram från Socialstyrelsen

SFS (1980:620) Socialtjänstlag.

SFS (1982:763) Hälso- & sjukvårdslag.

### **12.1.4 Övriga källor**

Abrahamsson Agneta, Samaringe Kerstin (2013) Open pre-schools at integrated health service – A program theory. *Int J Integr Care.* 2013;13 (2) None.

Agevall Gross Lotta, Denvall Verner, Kjellgren Cecilia & Skillmark Mikael (2015) Brottsoffer i indikatorland – Öppna jämförelser inom socialtjänstens brottsofferstödande arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2015:3–4 (sid 341-358)

Alm Anita, Falk Ljungkrona Lena, Bremer Wold Tove, Idholt Gabriella, Gustafsson Malin, Bergström Eva-Karin (2021) Parents experiences of participating in health-promoting activities at a family center for preschool children in Sweden. *Community Dent Health.* 2021 May 28;38 (2): (sid 100-104).

Bacchi Carol (2012) Introducing the ‘What’s the Problem Represented to be?’ approach I: Bletsas Angélique & Beasley Chris (red) *Engaging with Carol Bacchi, Strategic Interventions and Exchanges* (sid. 21-24) University of Adelaide Press

Barlow Jane, Parsons Jacqueline, Stewart-Brown Sarah. (2005), Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes

with children less than 3 years of age. *Child Care Health Dev.* 2005 Jan;31(1):33-42. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00447.x. PMID: 15658964

Barlow Jane, Smailagic Nadja, Huband Nick, Roloff Verena, Bennett Cathy. (2012) Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Campbell Systematic Reviews*, 8: 1-197. <https://doi.org/10.4073/csr.2012.15>

Beckman, Ludvig (2005) *Grundbok i idéanalys, Det kritiska studiet av politiska texter och idéer*. Stockholm: Santérus Förlag

Beckman Ludvig & Ljungwald Carina (2009) *Idéanalys*. I: Hollander Anna & Borgström Alexius Katarina (red), *Juridik och rättsvetenskap i socialt arbete* (sid 65-75) Lund: Studentlitteratur

Bergnehr Disa (2023) Stöd till alla föräldrar – historisk framväxt och samtida utveckling. I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid. 155-168). Lund: Studentlitteratur

Bing Vibeke (2011a) *Sociala insatser på en familjecentral – en utvärdering*. Kristianstad: Kristianstad University Press

Bing Vibeke (2011b) Historisk utveckling av familjecentraler i Sverige och Norden I Kekkonen Marjatta, Montonen Mia & Viitala Ritta (red.) *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet

Blom Björn & Morén Stefan (2011) *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur

Blom Björn & Morén Stefan (2015) *Teori för socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Bouakaz Laid (2012) *Att behålla mitt och lära mig något nytt. Föräldraengagemang i mångkulturella miljöer*. Kommission för ett hållbart Malmö: Malmö Stad

Bringsén Åsa & Nilsson Lindström Petra (2019) (red) *Hälsopromotion i teori och praktik – olika arenor och målgrupper*. Stockholm: Liber

Bryman Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Malmö: Liber

Bulling IS, Berg B. (2018) “It’s our children!” Exploring intersectorial collaboration in family centres. *Child Fam Soc Work*. 2018;23(4):726-734

Bulling IS. (2017) Stepping through the door – exploring low-threshold services in Norwegian family centers. *Child Fam Soc Work* 2017; 22 (3): (sid. 1264-1273)

Carlsson Julia & Johansson Tore (2023) Låst läge i styrgruppen! -paradoxer inom tvärsektoriell samverkan i (red) Wolmesjö & Solli. *Välfärdens paradoxer, spänningar och dilemman*. Lund: Studentlitteratur

Cesares Olsson Marie (2022) Nationell vägledning. Samverkan för barnets bästa! Föreningen för familjecentralers främjande. [<https://utveckling.regionorebrolan.se/contentassets/28b5fc54d5454595ae632c79c4>

15a178/nationell-vagledning-familjecentral---samverkan-for-barns-basta.pdf.  
Hämtad: 2023-09-10]

Cesarens Olsson Marie, Pettersson Camilla, Trumberg Anders & Welander Fredric (2021) *Förstudie familjecentral*. Region Örebro län [https://utveckling.regionorebrolan.se/globalassets/media/dokument/regional-utveckling/rapporter/2021-rapporter-ru/forstudie-familjecentral-2021.pdf. Hämtat: 2023-11-07]

Christie, Alistair. (2001), 'Gendered Discourses of Welfare: Men in Social Work' in Christie, A., *Men and Social Work: Theories and Practice*, Hampshire, Palgrave

Danielsdottir, Sigrún. & Ingudottir, Jenný. (2020). *The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. [https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1510727/FULLTEXT01.pdf. Hämtat: 2023-12-01]

Denscombe, Martyn (2018) *Forskningshandboken, för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB

Denvall, Verner & Johansson, Kerstin. (2012). "Kejsarens nya kläder – implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete" *Socialvetenskaplig tidskrift*, Vol 19, nr 1, 2012, (sid. 26-45).

Denvall, Verner, Agevall Gross Lotta, Kjellgren Cecilia, & Skillmark Mikael, (2021) Lost in comparison: a program theory analysis of performance measurement in social work, *Nordic Social Work Research*, Vol 11 nr 3, (sid 249-263), DOI: 10.1080/2156857X.2019.1690559

Denvall Verner (2023) Utvärdering av preventionsprogram I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid. 257-272). Lund: Studentlitteratur

Donaldson, S.I. (2001). Mediator and moderator analysis in program development. In S. Sussman (Ed.), *Handbook of program development for health behavior research and practice* (s. 470-496). Newbury Park, CA: Sage

Doyle Orla, Harmon P. Colm, Heckman J. James, Tremblay E. Richard (2009) Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Econ Hum Biol*. Mar;7(1):1-6. doi: 10.1016/j.ehb.2009.01.002. Epub 2009 Jan 21. PMID: 19213617; PMCID: PMC2929559

Eliasson-Lappalainen, Rosmari, Jacobsson Katarina, Meeuwisse Anna & Swärd Hans (2008) Socialvetenskapliga forskningstraditioner -en introduktion: i Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R., & Jacobsson K. (red) *Forskningsmetodik för socialvetare*. (sid.17-30)  
Stockholm: Natur & Kultur

Emmelin Maria & Eriksson Malin (2012) *Kan socialt kapital "byggas in" i våra bostadsområden och därmed förbättra invånarnas upplevda och mentala hälsa?* Kommission för ett hållbart Malmö: Malmö Stad

Enebrink Pia, Stattin H. (2020) Föräldraskapsstöd på selektiv och indikerad nivå: En sammanfattning av forskningsläget. *Socialmedicinsk tidsskrift* nr 5-6 2020  
https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/2365/2229.

Fagerberg Veronika & Kling Johanna (2023) *Psykologi för mödrahälsovård och barnhälsovård* Stockholm: Natur & Kultur

FFFF (2023) Föreningen För Familjecentralers Främjande [https://familjecentraler.se/. Hämtat: 2023-10-10]

Forkby Torbjörn (2023) Mot ett kritiskt preventivt arbete, I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid.35-48). Lund: Studentlitteratur

Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin Johanna (2023) Det förebyggande projektet I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid. 15-30). Lund: Studentlitteratur

Grape Ove (2023) I: Johansson Staffan, Dellgran Peter & Höjer Staffan (red) Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete 2:a uppl. (sid. 367-384) Stockholm: Natur & Kultur

Hansen, Morten Balle & Vedung, Evert (2010) Theory-Based Stakeholder Evaluation. *American Journal of Evaluation*, vol 31, nr. 3 (sid. 295-313) Sep 2010.

Hayes SL, Mann MK, Morgan FM, Kelly MJ, Weightman AL. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, utgåva 10. Konst. Nr: CD007825. DOI: 10.1002/14651858.CD007825.pub6. [Hämtad: 10 november 2023]

Heckman, James. J (2013). *Giving kids a fair chance: (a strategy that works)*. MIT Press.

Hedin Ulla-Carin & Månsson Sven-Axel (2000) Kön och socialt arbete – en introduktion. *Socialvetenskaplig tidsskrift nr 1-2 (sid 3-10)*

Hjortsjö, Maria. (2005) *Med samarbete i sikte: om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. (Avhandling) Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet

Jernbro Carolina & Forkby Torbjörn (2023) Risk- och skyddsfaktorer för barns utveckling utifrån ett socioekologiskt perspektiv I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid.77-92). Lund: Studentlitteratur

Johansson Staffan, Dellgran Peter & Höjer Staffan (2023) Inledning I: Johansson Staffan, Dellgran Peter & Höjer Staffan (red.), *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (sid.28-47) Stockholm: Natur & Kultur

Johansson, Magnus (2021). Risk- och skyddsfaktorer – vad vet vi och vad kan göras med kunskapen? [https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:ri:diva-59175. Hämtad: 2023-09-25]

Johansson Susanna (2008) *Myndighetssamverkan i barnahus – Organisering, innehåll och process* (Avhandling) Lund: Media-Tryck Sociologen

Jones A Kimberley, Isabella Freijah, Sue E Brennan, Joanne E McKenzie, Tess M Bright, Renee Fiolet, Ilias Kamitsis, Carol Reid, Elise Davis, Shawana Andrews, Maria Muzik, Leonie Segal, Helen Herrman & Catherine Chamberlain. Interventions

from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 5. Art. No.: CD014874. DOI: 10.1002/14651858.CD014874.pub2. [ <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014874.pub2/full> Hämtat: 2024-03-18]

Kapetanovic Sabina & Skoog Therése (2019) *Trygga föräldrar – presentation av den programteoretiska analysen samt rekommendationer för programutveckling* [<http://hv.diva-portal.org/smash/get/diva2:1535107/FULLTEXT01.pdf>. Hämtat 2023-12-04]

Kekkonen Marjatta, Montonen Mia & Viitala Ritta (2011) (red.) *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet

Kouvunen Petra (2012) *Nordens barn, Utveckling av nordiska familjecentraler* Nordicwelfare [[https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2012/12/2-UtvecklingFamiljecentr\\_enk.pdf](https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2012/12/2-UtvecklingFamiljecentr_enk.pdf). Hämtat: 2023-12-03]

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Leahy-Warren, Patricia & Philpott, Lloyd & Elmir, Rakime & Schmied, Virginia. (2022). Fathers' perceptions and experiences of support to be a parenting partner during the perinatal period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 32. 10.1111/jocn.16460.

Liljegren Andreas, Berlin Johan, Höjer Staffan & Szücs Stefan (2023) Överbelastning i människobehandlande organisationer – en jämförelse mellan socialtjänst, sjukvård och polis I: Johansson Staffan, Dellgran Peter & Höjer Staffan (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (sid.28-47) Stockholm: Natur & Kultur

Linde, Stig & Svensson, Kerstin (2013) (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Lindskov Cecilia (2010) *Family Centre Practice and Modernity a qualitative study from Sweden*. (Avhandling), *Kristianstad Academic Press* 1:2010

Lindskov Cecilia (2011) Familjecentralen som modern välfärdsarena. *Socialmedicinsk Tidskrift*, ISSN 0037-833X, Vol 88, nr 2 (sid. 110-121) [<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:556884/FULLTEXT01.pdf>. Hämtat 2023-11-07]

Mallander, Ove (2008) *Samverkan: I Denvall, Verner & Jacobsson, Tord (red.) Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedt

Mjölkdroppen (2005) *Mjölkdroppen. Föreningen mjölkdroppen i Stockholm*. (Elektronisk) [<https://www.mjolkdroppen.se/index.php/historik> hämtat 2023-11-28]

Mohaupt, Henning & Duckert, Fanny & Askeland, Ingunn. (2020). How Do Men in Treatment for Intimate Partner Violence Experience Parenting their Young Child? A Descriptive Phenomenological Analysis. *Journal of Family Violence*. 35. 10.1007/s10896-019-00083-x.

Nordling Vanna, Josefin Klöfvermark Josefin & Sigvardsdotter Erika (2020) Föräldraskap efter flykt till ett annat land. Kunskapssammanställning baserad på en kartläggande litteraturoversikt *Röda Korsets Högskolas rapportserie* 2020:1

Olsson, Tina. M., Kapetanovic, Sabina, Hollertz, Katarina., Starke, Mikaela., & Skoog, Therése (2023). Advancing Social Intervention Research Through Program Theory Reconstruction. *Research on Social Work Practice*, 33(6), (sid 642-655). <https://doi.org/10.1177/10497315221149976>

Osman, Fatumo., Klingberg-Allvin, M., Flacking, R. *et al.* Parenthood in transition – Somali-born parents' experiences of and needs for parenting support programmes. *BMC Int Health Hum Rights* 16, 7 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0082-2>

Pawson, Ray. (2013). Omtvistad komplexitet. I *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto* (sid. 47-80). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781473913820>

Pawson, Ray. (2013). Invisible mechanisms i: the long road to behavioural change. In *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto* (sid. 115-137). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781473913820>

Perdahl, Anna-Lena (2009) *Verksamhetsutveckling i socialt arbete: konstruktion och utprovning av en interaktiv modell.* (Avhandling). Umeå Universitet: Print & media

Pålsson, Petra, Persson, Eva. K., Ekelin, Maria, Kristensson Hallström, Inger, & Kvist, Linda. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, (sid 86-92). Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021>

Rikshandboken slutrapport (2019) *Föräldrastöd till familjer med spädbarn – en kunskapsöversikt.* [[https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/foraldrastod-till-familjer-med-spadbarn--en-kunskapsoversikt\\_5juni-002.pdf](https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/informationsmaterial/foraldrastod-till-familjer-med-spadbarn--en-kunskapsoversikt_5juni-002.pdf). Hämtat: 2023-12-13]

Rodgers, Patricia (2011) Programteori som verktyg för utvärdering i Blom, B., & Morén, S. (red) i *Utvärdering i socialt arbetet, utgångspunkter, modeller och användning.* Stockholm: Natur & Kultur

Rolfgaard Anna Jin (2011) Dansk familiepolitik og Barnets Reform. I Kekkonen Marjatta, Montonen Mia & Viitala Ritta (red.) *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer.* Köpenhamn: Nordiska ministerrådet

Rothstein Bo & Holberg Sören (2022:1) Social tillit i höglitalandet Sverige. Som-institutets temaserie: Stibo Complete

Rädda Barnen (2021) *Barnfattigdom i Sverige. Årsrapport 2021* [<https://press.raddabarnen.se/documents/barnfattigdom-i-sverige-211206-punkt-pdf-417750> Hämtat: 2024-03-25]

Sampaio Filipa, Nystrand Camilla, Feldman Inna & Mihalopoulos Cathrine (2022). Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: a systematic review of economic evaluations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2022). <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01969-w>

- Sieber, Daniel. (2008). Engaging Absent Fathers in the Treatment of Children. *Clinical Social Work Journal*. 36. (sid. 333-340). 10.1007/s10615-008-0158-0
- Sjöberg & Päivi Turunen (2018) (red). *Samhällsarbete. Aktörer, arenor och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- SNS (2018) Analys nr: 49. *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*. [https://www.sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2018/04/sns-analys-nr-49.-den-allman-na-och-fria-spadbarnsvardens-betydelse.pdf. Hämtat:2023-12-13]
- Stattin Håkan & Enebrink Pia (2020) Föräldraskapsstöd på universell nivå: En forskningsöversikt. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 5-6 2020 [https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/2341/2243]
- Sunesson Sune (2003) Socialt arbete - en bakgrund till ett forskningsämne (red) I: *Socialt arbete : en nationell genomlysning av ämnet* (Högskoleverkets rapportserie 2003:16 R), (sid. 75-131).
- SVUF (2017) Konferens, *Att utvärdera i en komplex värld*, Föredrag av - Ray Pawson [https://svuf.nu/category/konferens-2017/. Hämtat: 2023-12-11]
- Thelin Angelika & Anderberg Mats (2023) GIRFEC i Sverige – mot en samlad praktik för tidiga och samordnade insatser för barn och unga? I: Forkby Torbjörn, Enell Sofia & Thulin, Johanna (red.), *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete* (sid .279-295). Lund: Studentlitteratur
- Turunen, Päivi (2018) Gemensamma krafter - en utökad familjecentral. I: Stefan Sjöberg & Päivi Turunen (red). *Samhällsarbete. Aktörer, arenor och perspektiv*. Sid 159 - 177. Lund: Studentlitteratur
- Thyrhaug Anette M. Görill W. Vedeler, Martinussen Monica & Adolfsen Frode (2011) Familiens hur i Norge – et tverrfaglig kommunalt helsetilbud for barn, unge og deres familier. I Kekkonen Marjatta, Montonen Mia & Viitala Ritta (red.) *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet
- Tyrstrup, Mats (2007). Organisatoriska mellanrum: om kompetens, samverkan och godtycke i kunskapsintensiva verksamheter. Stockholm: Centre for Advanced Studies in Leadership [http://swoba.hhs.se/hastba/papers/hastba2007\_012.pdf Hämtat 2024-02-27]
- Vedung, Evert (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur
- Vedung Evert (2018) Fyra typer av statsvetenskaplig idéanalys. *Statsvetenskaplig tidskrift*, årgång 120; 2018/2 (sid. 197- 235)
- Viitala Riitta, Kekkonen Marjatta & Halme Nina (2011) Familjecenter i Finland – ett nytt verksamhets sätt inom tjänster för barn och familjer: I Kekkonen Marjatta, Montonen Mia & Viitala Ritta (red.) *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet
- Wallby, Thomas, Fabian, Helena & Sarkadi, Anna (2013). Bättre stöd till föräldrar vid -familjecentraler - Nationell webbenkät visar på fördelar med samlokalisering. Läkartidningen. 2013. CADY.
- Wells MB. (2016) Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatr*.



2016 Sep;105(9), (sid. 1014-23). doi: 10.1111/apa.13501. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27310679

Wächter, Ruth (1998) Utredning: I Denvall, Verner & Jakobsson, Tord (red). *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedt

Västhagen, Maja & Özdemir, Metin & Ghaderi, Ata & Kimber, Birgitta & Giles, Clover & Bayram Özdemir, Sevgi & Oppedal, Brit & Enebrink, Pia. (2022). Refugee parents' experiences of coming to Sweden: A qualitative study. *International Journal of Intercultural Relations*. 91. (sid. 97-109). 10.1016/j.ijintrel.2022.08.010.

Yu, Ruichuan, Perera, Camila, Sharma, Manasi, Ipince, Alessandra, Bakrania, Shivit, Shokrane, Farhad, Sepulveda, Juan S. M., & Anthony, David. (2023). Child and adolescent mental health and psychosocial support interventions: An evidence and gap map of low- and middle income countries. *Campbell Systematic Reviews*, 19

## Bilaga 1. Intervjuguide

1. Vad är det familjecentraler gör som uppskattas av familjerna?
2. Vilka familjer når ni?
3. Uppdraget är familjen, möter ni hela familjen eller vilka delar av familjen är det ni möter?
  - Hur ser ni på det ur ett jämställdhetsperspektiv?
4. Hur arbetar ni med att inkludera alla individerna i familjerna?
5. Varför når ni dem? Vad är det ni gör som gör att de kommer och fortsätter komma?
6. Vilka familjer når ni inte?
7. Vad tror ni det beror på? Vad är era tankar kring det?
8. Vad är det i familjecentralsarbetet som medför att de inte kommer?
9. Vad skulle ni kunna göra annorlunda?

### Sammanfattning!

10. Hur upplever ni resurserna och möjligheterna för att utföra arbetet på Familjecentralen?
11. Kan ni beskriva vad det är ni gör i praktiken, som är kärnan för Familjecentralen?
12. Jag har identifierat 3 kärnkomponenter i Familjecentralsarbetet, samverkan, prevention och stärkt föräldraskap.
  - Hur ser ni på den samverkan som finns?
  - Kan ni beskriva framgångsfaktorerna med samverkan?
  - Vad är utmanande med samverkan?Det finns ett uppdrag för familjecentraler som berör samverkan och det är den gemensamma samtidigtheten gällande öppettider
13. Vilka öppettider har ni?
14. Vad kan ni se blir konsekvenserna av öppettiderna?
15. Det finns ju en stor del av uppdraget som handlar om prevention, som handlar om tidig upptäckt och tidiga insatser. Vilket innebär en viss tillsyn och insyn i familjer, knackar på integriteten, hur ser ni på det?
16. Utifrån kartläggningar av Familjecentraler beskrivs den naturliga målgruppen som en grupp som kan antas ha tidigare erfarenheter av de olika verksamheterna.
  - Ser ni någon betydelse i det?
  - Vad kan konsekvenserna vara av att inte ha tidigare erfarenheter med sig?

### Sammanfattning!

17. Vilka riskfaktorer ser ni hos familjer ni möter, utifrån era olika uppdrag?
18. Hur gör ni för att identifiera riskfaktorerna?
19. Kan ni se några hinder i utformningen av respektive aktörs uppdrag på Familjecentralen för att undanröja riskfaktorer?
20. Vad upplever ni i er verksamhet som kan uppfattas som kontroll?

21. Gällande ett stärkt föräldraskap så omfattar det ju hela familjen, kan ni beskriva hur det tillämpas i verkligheten/praktiken?
22. Jag diskuterade en gång med en barnmorska som beskrev utmaningen att bjuda in och få med utlandsfödda föräldrar, till föräldragrupper.
  - Hur ser ni på det, känner ni igen den beskrivningen?
  - Är det ett problem?
23. Jag har även noterat i litteraturen att medföräldrar deltar i mindre utsträckning, även om idealet är att alla närvarar.
  - Är ert uppdrag utformat för dem att delta i samma utsträckning?
  - Vad tänker ni kring det?
24. Hur skulle ni vilja arbeta för att vara riktigt framgångsrika?
25. Hur ska familjecentralen ska se ut i framtiden, vad behöver utvecklas?
26. Någon avslutande kommentar som ni önskar skicka med?

## Bilaga 2. Informationsbrev



LUNDS UNIVERSITET  
Samhällsvetenskapliga fakulteten

**Östberg, Åsa**  
LUNDS UNIVERSITET  
Samhällsvetenskapliga Fakulteten  
2024-01-10

### ► Förfrågan om deltagande i en studie via Lunds Universitet

---

**Hej!**

Jag heter Åsa Östberg och skriver ett examensarbete på avancerade nivå som en del av Masterutbildningen i Socialt arbetet vid Lunds universitet med fokus på samverkansmodellen Familjecentraler. Professor Verner Denvall är vetenskaplig ledare för studien.

I oktober 2023 publicerade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten en kartläggning och analys av Familjecentralers verksamhet. Kartläggningen visade att samverkansmodellen fungerar väl för dem de når och som tar del av verksamheten, men den visade även att det finns grupper i samhället som inte nås eller tar del av Familjecentralens verksamhet. Grupper som omnämns i kartläggningen är utlandsfödda föräldrar, föräldrar med bristande tillit till socialtjänsten, föräldrar med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning samt medföräldrar. Syftet med denna studie är att undersöka vad som ligger till grund för att samverkansmodellen Familjecentral fungerar så väl för vissa, men inte för alla. Hur kommer det sig att inte alla målgrupper väljer att ta del av verksamheten i samma utsträckning?

Studien kommer att bestå av en rekonstruktion av Familjecentralens programteori, tillsammans med en kvalitativ undersökning genom fokusgruppsintervjuer, som därefter kommer att analyseras med hjälp av idéanalys. Intervjuerna genomförs under vårterminen 2024, och din yrkesroll för Familjecentralarbete ingår i urvalet av respondenter. Intervjun beräknas ta 45-60 minuter, det är viktigt att intervjun sker i ostörd miljö, på en tid och plats som Ni bestämmer. Önskvärt vore att få till stånd intervjun under februari månad om möjligt. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Den information som lämnas kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en Masteruppsats/examensarbete. När uppsatsen/examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Lunds Universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du/Ni kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet. Samt att denna studie förhoppningsvis kommer vara till nytta i framtida utvecklingsarbeten för Familjecentraler.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Jag frågar härmed om Du/Ni vill delta i denna studie. Om Du/Ni väljer att tacka ja till medverkan skickar Du/Ni ett vändande mail med konfirmation på deltagandet. Därefter kontaktar jag er för att boka in en tid för intervjutillfället.

Ansvariga för studien är Åsa Östberg Masterstudent vid Lunds universitet under handledning av Professor Verner Denvall. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss

Åsa Östberg  
Masterstudent Samhällsvetenskapliga Fakulteten  
Socialt arbete  
LUNDS UNIVERSITET  
[dolda kontaktuppgift]

Verner Denvall  
Handledare/ Professor i  
LUNDS UNIVERSITET  
[dold kontaktuppgift]

Tack på förhand och  
Varma hälsningar/

---

Östberg, Åsa  
Masterstudent

## Bilaga 3. Samtyckesformulär för deltagande i studie



LUNDS UNIVERSITET  
Samhällsvetenskapliga fakulteten

**Östberg, Åsa**  
LUNDS UNIVERSITET  
Samhällsvetenskapliga Fakulteten  
2024-02-05

### ▶ Deltagande i studie via Lunds Universitet

Denna studie genomförs av Åsa Östberg, ett examensarbete på avancerade nivå som en del av Masterutbildningen i Socialt arbetet vid Lunds universitet med fokus på samverkansmodellen Familjecentraler. Professor Verner Denvall är vetenskaplig ledare för studien.

Syftet med denna studie är att undersöka vad som ligger till grund för att samverkansmodellen Familjecentral fungerar så väl för vissa, men inte för alla. Samt att undersöka bakgrunden till att en välfärdslösning som Familjecentral skapas, och vilka mekanismer, krafter och idéer det är som bidrar till att den blivit en stabil aktör i samhället?

Studien kommer att bestå av en rekonstruktion av Familjecentralens programteori, tillsammans med en kvalitativ undersökning genom fokusgruppsintervjuer, och en idéanalys. Intervjuerna genomförs under vårterminen 2024, och din yrkesroll ingår i urvalet av respondenter. Intervjun beräknas ta 45-60 minuter, det är viktigt att intervjun sker i ostörd miljö, på en tid och plats som Ni bestämmer. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text. Den information som lämnas kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras.

Resultatet kommer att presenteras i form av en Masteruppsats/examensarbete. När uppsatsen/examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Lunds Universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du/Ni kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet. Samt att denna studie förhoppningsvis kommer att vara till nytta i ert framtida utvecklingsarbete på Familjecentralen.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Ansvariga för studien är Åsa Östberg Masterstudent vid Lunds universitet under handledning av Professor Verner Denvall. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss

Signerat samtycke

Jag intygar härmed att jag har förstått intervjuens syfte och genomförande.

---

Namn/ Datum

---

Namnförtydligande

[dolda kontaktuppgifter]