



Samverkan i barnhälsovården

- betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande

Tack!

Stort tack till personal inom barnhälsovården i Sörmland och socionomer vid länets familjecentraler som genom sitt engagemang och deltagande har gjort denna rapport möjlig. Tack även till Ylva Tindberg och Ulrika Nygren som genom hela projektet har bidragit med sitt stora intresse och kunnande.

Om FoU-rapporten

En FoU-rapport beskriver ett tidsbegränsat projekt. Det finns teoriansknytning och projektet är praktiktäna. FoU-rapporten kvalitetsgranskas av en disputerad person (som inte är författaren). FoU-rapporten har alltid minst en disputerad författare.

Författare

Martin Geisler, Fil dr, forskningsledare och Lina Larsson, Fil dr, forskningsledare

Datum och ort

2022-02-24 Eskilstuna

Sammanfattning

Bakgrund

Barnhälsovårdens mål är att erbjuda hälsofrämjande insatser till alla barn och familjer, anpassat efter behov. Ojämligheter i barns hälsa är ofta kopplat till socioekonomiska skillnader, vilket gör att behov av insatser ofta är komplexa och kräver samverkan mellan olika professioner och verksamheter. Det behövs därför mer kunskap om arbetsätt och förutsättningar som är gynnsamma för samverkan i arbetet med barn och föräldrar. Tidigare studier har visat hur samverkan kan främjas genom att organisera barnhälsovården i familjecentraler.

Syfte och frågeställningar

Projektet *Samverkan i barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande* syftade till att bidra med kunskap för fortsatt verksamhetsutveckling inom barnhälsovården i Sörmland. Projektets frågeställningar var:

- 1) Finns det skillnader i de erfarenheter som personal vid barnvårdscentraler respektive familjecentraler har av samverkan, vårdkvalitet, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande?
- 2) Kan organisatoriska förutsättningar för samverkan förklara skillnader i personalens arbetsrelaterade välbefinnande och personalens erfarenheter av vårdkvalitet och kvalitet i arbetet?

Metod

Projektet samlade in data genom två delstudier. Delstudie 1 genomfördes i november – december 2020 och bestod av en webbaserad enkät som besvarades av personal inom barnhälsovården i Sörmland samt socionomer vid länets familjecentraler (n=88, 47 % svarsfrekvens). Enkäten innehöll frågor avseende vårdkvalitet och kvalitet i arbetet, samverkan, samt arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande. Delstudie 2 genomfördes i maj – juni 2021 och bestod av en intervjustudie med enskilda intervjuer av personal inom barnhälsovården i Sörmland (n = 8). Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide avsedd att få fördjupad förståelse av enkätstudiens resultat och kunskap i relation till projektets frågeställningar.

Resultat

Majoriteten av medverkande personal rapporterade goda förutsättningar för samverkan, goda arbetsförhållanden samt att verksamheten kan bedrivas med hög kvalitet och i förenlighet med uppdrag och mål. Förutsättningar för samverkan och arbetsförhållanden var relaterade till personalens upplevelse av kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet. Däremot fanns det skillnader i förutsättningar för samverkan mellan familjecentral och barnvårdscentral. Resultaten visade att familjecentralens organisationsform tycks vara särskilt gynnsam för samverkan, då samlokalisering av verksamheter ökar tillgänglighet och förbättrar förutsättningar för initiering och kontinuitet i samverkan mellan olika professioner. Samtidigt tyder resultatet på att enbart organisationsform inte är tillräckligt för att stärka samverkan och därigenom utveckla barnhälsovården. Förutsättningar för samverkan behöver förstås ur ett bredare perspektiv än att enbart se till organisationsform. Ett fortsatt utvecklingsarbete behöver även inkludera verksamhetens grundläggande villkor och ledning (chefs nivå), tillgodose former för kollegialt stöd mellan personal samt uppmuntra och främja personalens möjligheter till att kunna påverka och utveckla arbetet inom ramen för uppdraget.

Abstract

Background

The mission of the Child Healthcare Services is to provide health-promoting support to all children, adapted to their needs. Inequalities in children's health are often associated with socioeconomic differences, which add complexity to the efforts and require interprofessional collaboration. More knowledge is needed regarding working methods and prerequisites that are favourable for interprofessional collaboration for the work with children and parents.

Aim and research questions

The aim of the project *Interprofessional collaboration in the Child Healthcare Services – importance for quality of care and occupational well-being* was to provide insights for further development of the Child Healthcare Services in Sörmland. The research questions were:

- 1) Are there differences in staff's experiences of interprofessional collaboration, quality of care, work conditions and work-related well-being between Family Centre and Child Healthcare Centre?
- 2) Can organizational preconditions for interprofessional collaboration explain differences in employees' occupational well-being, experiences of quality of care and quality at work?

Method

Data was collected in two studies. Study 1 was conducted in November – December 2020, using a web-based questionnaire administered to employees of the Child Healthcare Services in Sörmland as well as social workers at Family Centres (n=88, 47% participation rate). The questionnaire included questions and measures regarding quality of care and quality at work, prerequisites for interprofessional collaboration, working conditions and occupational well-being. Study 2 was conducted in May – June 2021, in which individual interviews were conducted with employees of the Child Healthcare Services in Sörmland (n = 8). The interviews were semi-structured, based on an interview-guide focused to gain a deeper understanding of the results from Study 1 and further insights in relation to the research questions.

Results

Most respondents reported equitable prerequisites for interprofessional collaboration, fair working conditions, and that the work could be conducted with high quality and in accordance with the goals of the mission. Prerequisites for interprofessional collaboration and working conditions related to employees' experiences of quality at work, commitment to the workplace and job satisfaction. However, differences were observed in reported prerequisites for interprofessional collaboration between employees working at Family Centres compared to employees working at Child Healthcare Centres. Family Centres provide prerequisites that seem to be beneficial for interprofessional collaboration, since co-location increase accessibility and improve possibilities for initiation and continuity of interprofessional collaboration. Yet, the results indicate that a selective focus on the form of operation is not sufficient for improving interprofessional collaboration and further develop the Child Health Services. Further development work also needs to include basic conditions and management (i.e., the managerial level), provide satisfying forms of collegial support and promote possibilities for employees to develop the work in accordance with the mission.

Förord

Barnhälsovården har en central roll gällande hälsofrämjande insatser och stöd till barn och föräldrar. Barnhälsovårdens uppdrag omfattar alla barn och föräldrar (0–6 år). Det förebyggande arbetet genom tidiga och riktade insatser till barn och familjer med särskilda behov är av särskilt stor betydelse. Det behövs kunskap om vilka förutsättningar och hinder som finns för att barnhälsovården ska kunna bedriva sin verksamhet utifrån goda samverkansformer och arbetssätt som ger bästa möjliga vård och stöd.

Just nu pågår ett stort omställningsarbete i Sverige med syfte att skapa en god och nära vård. God och nära vård täcker hela livsloppet och börjar med barndomen. Livsperspektivet i barndomen är långt, alla tidsaxlar under ett barns uppväxt är därför av betydelse att uppmärksamma och alla barn ska ges förutsättningar till en hälsosam utveckling. Detta belyses i *”Delbetänkande av utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)”*. Utifrån delbetänkandet föreslås olika insatser som ska bidra till en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser, där behovet av en stärkt samverkan för barn är ett område som särskilt påtalas.

Föreliggande rapport redogör för forskningsprojekt *”Samverkan i barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande”*, som genomförts av FoU i Sörmland (FoUIS). Projektet har bedrivits i nära dialog och samverkan mellan FoUIS och den centrala Barnhälsovården Sörmland. Målet är att projektets resultat ska bidra med behövlig kunskap och insikt i barnhälsovårdens verksamhetsutveckling och omställningsarbetet för en god och nära vård.

Eskilstuna, 2022-02-16



FoU-chef, Fil dr.
FoU i Sörmland

Innehåll

Sammanfattning	ii
Abstract	iii
Förord	iv
Inledning	1
Bakgrund	1
Barnhälsovården i Sörmland	1
Familjecentraler som organisationsform inom barnhälsovården.....	2
Teoretisk utgångspunkt och tidigare forskning.....	3
Arbetskrav-resurs teori	3
Vårdkvalitet, kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande	4
Förutsättningar för samverkan	4
Problemformulering.....	5
Syfte och frågeställningar.....	5
Metod.....	6
Studiens design	6
Procedur och deltagare.....	7
Delstudie 1	7
Material.....	7
Delstudie 2 – Intervjustudie	8
Procedur och deltagare.....	8
Material.....	9
Analys	9
Resultat	10
Samverkan och vårdkvalitet.....	10
Delstudie 1	10
Delstudie 2	11
Arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande	15
Delstudie 1	15
Delstudie 2	16
Betydelsen av samverkan och arbetsförhållanden för kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet	17
Delstudie 1 - enkätundersökningen	17
Delstudie 2	20
Pandemins påverkan	22
Intervjustudien.....	22
Verksamheternas beskrivningar.....	23
Diskussion.....	24
Samverkan och vårdkvalitet vid familjecentral och barnvårdscentral.....	24
Organisation, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande	26
Projektets resultat i relation till tidigare studier och kunskapsläge.....	28
Slutsatser och praktiska rekommendationer	28
Slutsatser.....	28
Praktiska rekommendationer.....	29
Referenser	30
Intervjuguide	33

Inledning

Barns och ungas psykiska och fysiska hälsa är ett viktigt och aktuellt område. Flertalet rapporter visar på en ökad ohälsa inom vissa delar av befolkningen och problembilden förstärks av det faktum att ohälsa under barndomsåren ofta medför långtgående negativa konsekvenser för personernas liv (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

Barnhälsovårdens mål är att erbjuda hälsofrämjande insatser till alla barn och familjer anpassat efter behov, och innefattar insatser till barn och familjer på generell, selektiv och indikerad nivå. Detta beskrivs i Barnhälsovårdens Rikshandbok utifrån de tre insatskategorierna *insatser för alla*, *insatser för alla vid behov* samt *insatser för alla vid behov av samverkan med andra* (Rikshandboken Barnhälsovård). Genom föräldraskapsstöd och uppföljning av alla barns utveckling skapas möjligheter att stödja utvecklingen hos barn i allmänhet, samt att tidigt upptäcka och tidigt ge insatser till barn och familjer med behov av utökat stöd (Rikshandboken Barnhälsovård). Ökade ojämlikheter i barns hälsa och utveckling, kopplat till socioekonomiska förutsättningar, kräver ökad kunskap om hur en god och nära barnhälsovård ska kunna erbjudas till barn och deras föräldrar. Då behoven av hälsovårdande insatser och åtgärder ofta är komplexa, är kunskap om förutsättningar och arbetsätt som gynnar samverkan kring barn och föräldrar särskilt betydelsefulla. I relation till samverkan har fördelar med att bedriva barnhälsovård i form av familjecentral påtalats (Socialstyrelsen, 2015).

Mot denna bakgrund genomförde FoU i Sörmland (FoUiS) tillsammans med Barnhälsovården i Sörmland en undersökning med fokus på förutsättningar för och betydelsen av samverkan. Föreliggande rapport redogör för resultaten av forskningsprojektet: *"Samverkan i barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande"*. Syftet är att resultaten ska bidra med kunskap och insikter till fortsatt verksamhetsutveckling inom barnhälsovården i Sörmland.

Bakgrund

En ökad ojämlikhet i barns hälsa och utveckling kopplat till socioekonomiska förutsättningar kräver effektiva arbetsätt för att kunna erbjuda barn och föräldrar en jämlik och rättvis barnhälsovård av hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2014). För att barnhälsovården ska kunna utvecklas till att bli än mer jämlik, rättvis och tillgänglig behövs mer kunskap om hur verksamheten på bästa sätt kan organiseras för att säkerställa att insatser håller hög kvalitet, att prioriteringar är i linje med verksamhetsmål och att goda förutsättningar ges till samverkan i arbetet med barn och föräldrar (Socialstyrelsen, 2020).

Barnhälsovården i Sörmland

Barnhälsovården i Sörmland omfattade 2020 barnavårdscentraler (BVC) vid 26 vårdcentraler i länet. Elva vårdcentraler organiserade barnhälsovård i familjecentral och tre vårdcentraler hade delar av sin barnhälsovård lokaliserad vid någon av länets tolv familjecentraler. Enligt barnhälsovårdens årsrapport fanns traditionella barnavårdscentraler vid tolv vårdcentraler (Barnhälsovården i Sörmland, 2021).

Sett till verksamhetens bemanning var det genomsnittliga antalet nyfödda per heltidstjänst för en barnhälsovårdssjuksköterska (BHV-sjuksköterska) 45, och antalet heltidstjänster för barnhälsovårdssjuksköterskor var 68. Utifrån vårdbehovet i länet uppfylldes det beräknade

behovet av BHV-sköterskor, även om behovet inte var fullt tillgodosett för vissa områden med särskilt vårdbehov. Avseende läkartimmar per antal nyfödda uppfylldes behovet utifrån länets kravspecifikation vid 72 procent av länets BVC. Totalt hade 16 av regionens barnvårdscentraler tillgång till konsultation med barnmedicinsk läkarkompetens.

Vårdbehovet i Sörmland är landets största, baserat på beräkningar av ett för ändamålet socioekonomiskt behovsindex (Care Need Index, CNI). Detta index speglar Sörmlands socioekonomiska utmaningar relaterade till att en stor andel av befolkningen har utländsk härkomst, låg utbildningsnivå och/eller låg sysselsättningsgrad, samt att länet har en stor inflyttning och hög andel ensamstående föräldrar. Även om vårdbehovet ser olika ut för olika områden inom länet, är vårdbehovet för barn och föräldrar i Sörmland stort. Detta ställer krav på verksamhetens förutsättningar för att kunna bedriva en tillgänglig, jämlik och rättvis barnhälsovård, vilket innebär att goda förutsättningar för samverkan är av stor betydelse för att kunna vidareutveckla barnhälsovården (Barnhälsovården i Sörmland, 2021).

I Sörmland finns en länsövergripande enhet, *Barnhälsovården Sörmland*, som har i uppdrag att verka för en jämlik och rättvis barnhälsovård genom att bevaka barn och föräldrars hälsa och tillgång till barnhälsovård, samt att stödja och utveckla den kliniska barnhälsovården.

Familjecentraler som organisationsform inom barnhälsovården

Att organisera och bedriva barnhälsovård i form av familjecentraler anses kunna medföra fördelar för både vårdtagare och vårdgivare (Ramböll, 2014; Socialstyrelsen, 2015). Vid familjecentraler samlokaliseras barnhälsovård, mödrahälsovård, socialtjänst och öppen förskola. Syftet är att ge förbättrade möjligheter till samverkan och därigenom underlätta och effektivisera både identifiering av ökade behov hos barn och föräldrar samt initiering av insatser utifrån dessa. Avsikten med familjecentralernas verksamhet är att både kunna arbeta generellt hälsofrämjande samt att förbättra möjligheterna till tidigt förebyggande och specifikt stödjande insatser till barn och föräldrar med särskilda behov. Samlokalisering i familjecentraler anses bidra till att kunna möta komplexa vårdbehov genom att kommunikationen mellan olika professioner och aktörer underlättas (Foley m.fl., 2014; Szafran m.fl., 2018).

Att organisera barnhälsovårdsarbete i familjecentraler är inte unikt för Sverige utan ses i andra nordiska och europeiska länder. Även i dessa andra länder har arbetssättet, och de förutsättningar för samverkan som familjecentraler ger, uppmärksammats och studerats (ex. Husen och Sanderman, 2018; Kaiser, 2018). Vidare har förutsättningar för samverkan mellan professionsgrupper inom vård- och omsorgsverksamheter över lag visat sig ha betydelse för både vårdkvalitet och personalens arbetsrelaterade välbefinnande. Samtidigt har det påtalats att det saknas tydliga rekommendationer för hur samverkan kan stärkas (Reeves m.fl., 2017).

Kunskapen om reella fördelar med att organisera barnhälsovård i form av familjecentraler jämfört med traditionella barnvårdscentraler är emellertid begränsad (Socialstyrelsen, 2015). Tidigare kartläggningar och studier ger ett visst stöd för fördelar med det arbetssätt som bedrivs vid familjecentraler. I svensk kontext har det exempelvis visat sig att personal vid familjecentraler utvecklar ett effektivt teamtänkande och en god samverkan (Nylén, 2018). Samtidigt visade en nationell enkätundersökning att samlokalisering och samverkan bidrog till att personal vid familjecentraler rapporterade bättre förutsättningar för föräldraskapsstöd och högre vårdkvalitet, jämfört med dem som arbetade vid barnvårdscentraler (Wallby m.fl.,

2013). Det har också rapporterats att fungerande samverkan tycks vara relaterat till bättre arbetsrelaterad hälsa och välbefinnande inom människovårdande organisationer (Sandberg, 2010).

En nationell kartläggningen av barnhälsovården, genomförd strax innan pandemiutbrottet av covid-19, visade att samlokalisering är en viktig faktor för samverkan (Socialstyrelsen, 2020). Kartläggningen fann även att två av tio av landets barnavårdscentraler tillhör en familjecentral med samlokalisering av mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola. Ytterligare två av tio barnavårdscentraler var organiserad tillsammans med en eller två av de angränsande verksamheterna förebyggande socialtjänst, mödrahälsovård och öppen förskola. Även om kartläggningen visade på en relativt väl fungerande samverkan inom barnhälsovården nationellt sett, framkom det att det finns en variation avseende den samverkan som sker med barnhälsovårdens psykologer, psykiatrin och förebyggande socialtjänst. (Socialstyrelsen, 2020) Kartläggningen ger en övergripande bild av förutsättningar för samverkan inom barnhälsovården före pandemiutbrottet, samt belyser att organisationsformer tycks påverka dessa förutsättningar.

Resultat från en norsk studie visade att då barnhälsovården omorganiserades till ett familjecentral-baserat arbetssätt så förbättrades förutsättningar för samverkan, vilket visade sig ha gynnsamma effekter både på vårdkvalitet och personalens arbetsrelaterade välbefinnande (Martinussen m.fl., 2017). En meta-analys av studier av professionsöverskridande samverkan inom vård och omsorg visade vidare att graden av utvecklad samverkan över professionsgränserna relaterar till såväl vårdkvalitet som personals arbetsrelaterade välbefinnande, samt i viss mån även till medarbetarnas rapporterade upplevelser av stress, tendenser till utmattningssyndrom och en intention att byta jobb (Kaiser m.fl., 2018).

Teoretisk utgångspunkt och tidigare forskning

Arbetskrav-resurs teori

Det aktuella projektet utgår från Arbetskrav-resurs teori (Job Demands-Resources theory: JD-R, Demerouti m.fl., 2001; Bakker och Demerouti, 2017; 2018) som menar att all karakteristik i arbetet kan kategoriseras som antingen krav eller resurser. Krav avser aspekter i arbetet som kräver fysisk eller psykisk ansträngning och som i slutändan kan ha en nedbrytande effekt på arbetsrelaterat välbefinnande, till exempel känslomässiga krav eller rollkonflikter. Resurser avser aspekter i arbetet som kan bidra till måluppfyllelse, engagemang, prestation och arbetsrelaterat välbefinnande samt skydda mot den negativa effekten av krav. Exempel på resurser i arbetet är socialt stöd från kollegor och möjlighet att påverka sitt arbete. Flertalet studier stöder de grundläggande antagandena i JD-R teori, i det att nivåer av och balansen mellan krav och resurser i arbetet är viktig för att förstå arbetsrelaterat välbefinnande, kvalitet i arbetet, personalomsättning och sjukfrånvaro (till exempel. Bakker m.fl., 2011; Bakker och Demerouti, 2014, 2017; Schaufeli och Taris, 2014; Lesener m.fl., 2019).

Teorin omfattar också antaganden om att organisatoriska förutsättningar kan påverka personalens upplevelse av krav och resurser i arbetet, vilket indirekt påverkar både personalens välbefinnande och arbetsförmåga samt verksamhetens prestation och/eller kvalitet (se Bakker och Demerouti, 2018). Ett illustrerande exempel på detta antagande är resultaten av en studie (baserad på J-DR teori) som genomfördes inom barnhälsovården i

Norge, som fann att omorganisering till ett familjecentral-baserat arbetssätt förbättrade medarbetarnas upplevda förutsättningar för samverkan såväl som rapporterade nivåer av vårdkvalitet och arbetsrelaterade välbefinnande (Martinussen m.fl., 2017, se även Kaiser m.fl., 2018).

Vårdkvalitet, kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande

Tidigare forskning visar att personalens rapporter av kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet är viktiga utfall för verksamheter (Schaufeli och Taris, 2014). Samtidigt har personalens rapporter av vårdkvalitet också visat sig vara en god och användbar indikator för objektiv vårdkvalitet (McHugh och Stimpfel, 2012).

Förutsättningar för att kunna ge god vård och omsorg och möjlighet till att genomföra ett arbete med hög kvalitet, har förts fram som avgörande för engagemang och tillfredsställelse i arbetet hos personal i människovårdande yrken (Bakker, 2015; Smith och Shields, 2013). Då personalens engagemang i arbetet huvudsakligen förklaras av tillgängliga resurser (Bakker et al., 2011), är resurser på olika nivåer i arbetet betydelsefulla för att förstå förutsättningar för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. I svensk kontext (socialtjänsten) har personalens rapporter visat att kvalitet i arbetet bidrar till att förklara engagemang, tillfredsställelse och åtagande i arbetsplatsen – vilket är tre centrala indikatorer för personalens intentioner att stanna kvar i sitt arbete (Geisler m.fl., 2019a).

Samtidigt är bilden komplex, då förutsättningar för kvalitet i arbetet till viss del beror på balansen mellan krav och resurser i arbetet, vilket även påverkar personalens välbefinnande och därmed även personalomsättningen, där högre personalomsättning i sin tur har en negativ effekt på vårdkvalitet (Castle och Engberg, 2005). Intressant att notera är att då vård- och omsorgspersonal ges förutsättningar att kunna hantera de känslomässiga kraven i sitt arbete, givet lägre nivåer av parallella krav i arbetet, så bidrar känslomässiga krav till högre rapporter av upplevd kvalitet i arbetet (Geisler m.fl., 2019b).

Begreppet vårdkvalitet definieras som graden av måluppfyllelse i vårdarbetet (Nationalencyklopedin, 2021). För barnhälsovården definieras vårdkvalitet som graden av måluppfyllelse gällande universella och riktade insatser samt föräldraskapsstöd utifrån barn och familjers olika behov (Vägledningen för barnhälsovården, 2014). Samtidigt är kvalitet ett mångfacetterat begrepp (Geisler och Allwood, 2015), där vårdkvalitet per definition kan anses reflektera ett objektivt perspektiv på verksamhetens utfall. Ett kompletterande perspektiv ges av personalens erfarenheter av förutsättningar för kvalitet i arbetet, som reflekterar subjektiva upplevelser av kvalitet i den dagliga verksamheten (Geisler m.fl., 2019a; 2019b). I det aktuella projektet inkluderas båda perspektiven, genom att dels se till personalens upplevelser av vårdkvalitet (utifrån barnhälsovårdens definition), dels personalens erfarenheter av förutsättningar för kvalitet i arbetet.

Förutsättningar för samverkan

Förutsättningar för samverkan kan ses utgöra ett grundläggande villkor för arbetet inom barnhälsovården. Exempelvis är det rimligt att anta att goda förutsättningar för samverkan relaterar till lägre nivåer av upplevda krav i arbetet, så som roll-konflikter och arbetsbelastning. Detta eftersom olika professionsgrupper genom samverkan rimligen bör ges möjlighet att i större utsträckning ägna sig åt professionsspecifika arbetsuppgifter (minskad upplevelse av

motstridiga krav i termer av roll-konflikter), samtidigt som man har visshet och kan vara trygg i att vårdtagares övriga behov blir tillgodosedda inom ramen för samverkan (minskad arbetsbelastning). Dessutom kan det antas att förutsättningar för samverkan relaterar till resurser i arbetet, exempelvis i form av upplevelser av socialt stöd från kollegor och möjlighet att påverka sitt arbete (Agreli m.fl., 2017).

Förutsättningar för samverkan kan förväntas bidra till hur personal upplever sitt arbete i sig (krav och resurser), samtidigt som det även kan ha en direkt betydelse för hur personal erfar kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet. Skillnader i hur barnhälsovårdens personal upplever förutsättningar för samverkan beror sannolikt på en kombination av grundläggande organisatoriska villkor gällande såväl organisationsform som möjligheter och begränsningar av arbetsplats- och professionsrelaterade omständigheter (Nygren m.fl., 2021).

För kunskap om fördelar respektive nackdelar med olika arbetssätt och organisationsformer inom och med barnhälsovården behövs personalens perspektiv och erfarenheter av förutsättningar och villkor från den kliniska vardagen. Det är av särskild betydelse att undersöka personalens erfarenheter av faktorer som är främjande respektive hindrande i relation till kvalitet i arbetet, samt upplevelser av arbetsrelaterat välbefinnande, (Nygren m.fl., 2021, Sandberg). Samverkan är en faktor som kan antas vara avgörande i detta hänseende och därmed i fokus för den aktuella studien.

Problemformulering

Insikterna om eventuella fördelar och nackdelar med att bedriva barnhälsovård genom familjecentraler är begränsade och mer kunskap behövs. Samtidigt behövs kunskap om faktorer som bidrar till att förklara eventuella för- och nackdelar, där förutsättningar för samverkan är en faktor som antas vara av central betydelse. Vikten av mer kunskap och fördjupade insikter om fördelaktiga arbetssätt inom barnhälsovården och betydelsen av samverkan med andra verksamheter, understryks av det faktum att ojämlikheter i barns och ungas hälsa är ett växande problem (Folkhälsomyndigheten, 2021; SOU 2017:14). I Sörmland, är vårdtyngden för barnhälsovården hög och det finns flera betydande riskfaktorer för ohälsa hos barn som till exempel hög andel barnfattigdom, övervikt och utländsk härkomst (Barnhälsovården i Sörmland, 2021).

Avsikten med detta projekt är att bidra med kunskap som kan vara till nytta för utvecklingsarbetet av barnhälsovården i Sörmland, i syfte att säkerställa att bästa tänkbara vård erbjuds med förutsättningar för samverkan i arbetet med barn och familjer utifrån deras behov (Socialstyrelsen, 2014).

Syfte och frågeställningar

Projektets syfte är att ta fram kunskap som kan ligga till grund för utvecklingen av barnhälsovårdens arbetssätt och verksamhet. Projektets övergripande mål är att, utifrån deltagande personals erfarenheter och med fokus på samverkan, få en förståelse för vilka faktorer som är gynnsamma respektive hindrande i relation till vårdkvalitet, kvalitet i arbetet samt arbetsrelaterat välbefinnande. Föresatsen är att projektet ska leda till konkreta insikter om hur barnhälsovården bäst kan organisera sin verksamhet.

Projektets primära frågeställning är (a) *Finns det skillnader i de erfarenheter som personal vid barnvårdscentraler respektive familjecentraler har av samverkan, vårdkvalitet, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande?*

Projektets sekundära frågeställning är (b) *Kan organisatoriska förutsättningar för samverkan förklara skillnader i personalens arbetsrelaterade välbefinnande och personalens erfarenheter av vårdkvalitet och kvalitet i arbetet?*

Metod

Studiens design

Projektet omfattade två delstudier med en studiedesign som kombinerade kvantitativ och kvalitativ metod. Den inledande kvantitativa delstudien (1) bestod av en övergripande kartläggning och undersökning av barnhälsovården i Sörmland. Datainsamlingen genomfördes via en web-baserad enkät administrerad till all berörd personal inom barnhälsovården Sörmland och socionomer vid länets familjecentraler.

Den efterföljande kvalitativa delstudien (2) bestod av en uppföljande intervjustudie med enskild personal inom barnhälsovården i Sörmland. Intervjustudien utgick från övergripande resultat och insikter från den inledande enkätstudien. Intervjustudien fokuserade på en fördjupad förståelse för betydelsen av samverkan inom barnhälsovården i Sörmland utifrån verksamhetsform, arbetsplats- och professionstillhörighet, samt arbetsrelaterat välbefinnande och upplevelse av att kunna erbjuda adekvat hälsovård och stöd till barn och föräldrar. Forskningsprojektet har granskats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (dnr: 2020-02752).

Beaktande av omställningar till följd av Covid-19

Covid-19-pandemin bröt ut under projektets genomförande och efter det att studiens design var fastslagen. De två delstudierna skedde under olika faser i pandemin. Delstudie 1 genomfördes under pandemins tidiga skede (nov-dec 2020) då en stor del av verksamheternas ordinarie samarbete var inställt till följd av rådande restriktioner¹. Pandemin har således sannolikt påverkat personalens svar i delstudie 1. Delstudie 2 planerades initialt med en öppenhet i teman, för att ge fördjupade perspektiv till resultaten av delstudie 1. Det innebar att intervjuguiden kunde lyfta pandemin som ett tema. Intervjuerna genomfördes i en fas när pandemin pågått i drygt ett år, vaccination med dos 1 av icke-riskgrupp var i gång, men öppning av ordinarie verksamheter hade inte kunnat ske utifrån gällande restriktioner² (maj-juni 2021), vilket sannolikt har påverkat svaren. Respektive verksamhet ombads även att lämna in en övergripande beskrivning av den påverkan på verksamheten som omställningar till följd

¹ Sörmland fick skärpta allmänna råd beroende på smittläget (enskilda skulle undvika att ha fysisk kontakt med andra personer än de som man bor tillsammans med; avstå från att vistas i inomhusmiljöer som butiker, köpcentrum, museer, bibliotek, badhus och gym; samt avstå från att delta i exempelvis möten, konserter, föreställningar, idrottsträningar, matcher och tävlingar; arbetsplatser skulle uppmana personalen att arbeta hemifrån). (Folkhälsomyndigheten, 2020)

² Delar av befolkningen hade blivit vaccinerad folkhälsomyndigheten gjorde bedömningen att samhället i stort sett skulle återgå till normalläge i september. (Folkhälsomyndigheten, 2021b)

av pandemin fört med sig. Dessa underlag rapporteras separat under en egen rubrik (Pandemins påverkan) i resultatavsnittet.

Procedur och deltagare

Delstudie 1

Delstudie 1 genomfördes under sex veckor i november – december 2020. Data samlades in genom en webbaserad enkät som administrerades via e-post till all berörd personal inom barnhälsovården i Sörmland och socionomer vid länets familjecentraler. Totalt 198 av personalens e-postadresser sammanställdes av den centrala Barnhälsovården Sörmland och förmedlades vidare till FoU i Sörmland, som i sin tur administrerade utskick med inbjudningar till personal att delta i studien. I inbjudningsbrevens gavs information om projektet samt kontaktuppgifter. Enkäten tog cirka 10–15 minuter att besvara. Under datainsamlingen skickades fyra påminnelser ut till dem som vid respektive tidpunkt inte hade besvarat enkäten. Alla deltagare gav sitt informerade samtycke.

Av de 198 inbjudningsmejlerna inkom 9 felmeddelande (ogiltig adress) och en medarbetare meddelade att hen inte ingick i målgruppen eftersom denne endast arbetade administrativt. Slutligen omfattade inbjudan 188 medarbetare, varav 88 valde att delta genom att besvara enkäten (47 % svarsfrekvens).

Av de 88 svarande var 95 procent kvinnor och medelåldern var 45 år. Den största andelen av deltagarna var anställda inom Region Sörmland (69 %), följt av anställning inom privat (17 %) respektive kommunal verksamhet (14 %). Över lag rapporterade deltagarna relativt lång erfarenhet, inom respektive professionsområde ($M = 11$ år) och sin nuvarande organisation ($M = 8$ år). Sett till professionstillhörighet var majoriteten sjuksköterskor ($n = 51$; 58 %), följt av läkare ($n = 16$; 18 %), socionom/familjevägledare ($n = 12$; 14 %) och psykologer ($n = 9$; 10 %). Avseende verksamhetsform angav 52 procent av medarbetarna att de arbetade vid barnvårdscentraler medan 48 procent angav att de arbetade vid familjecentral. Fem (6 %) deltagare uppgav att de hade någon form av personalledande ansvar i sin tjänst. Majoriteten av deltagarna (85 %) rapporterade barnhälsovård som sitt kärnuppdrag, medan vissa deltagare även rapporterade socialtjänst (13 %) och/eller mödra- och föräldrastöd (14 %), och/eller annat uppdrag (2 %) som sitt kärnuppdrag.

Material

Den webbaserade enkäten innehöll frågor avseende bakgrund, verksamhet (vårdkvalitet och kunskapsutbyte), förekomst av respektive förutsättningar för samverkan, upplevelse av arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande.

Bakgrundsfrågor gällde kön, ålder, professions- och organisationstillhörighet, anställningsform, tid i nuvarande profession och tid i nuvarande organisation, verksamhetsform, arbetstimmar per vecka inom barnhälsovårdsarbete, samt primära kärnuppdrag i sitt arbete inom barnhälsovården.

Verksamhetsrelaterade frågor avsåg frekvens av samverkan respektive erfarenheter av vårdkvalitet. Frågor om frekvens av samverkan gällde hur ofta samverkan sker med andra professionsgrupper och annan verksamhet, avseende enskilt föräldraskapsstöd respektive föräldraskapsstöd i grupp (sju gradig svars skala från *aldrig till varje dag*).

Gällande vårdkvalitet efterfrågades i vilken utsträckning personalen anser att verksamheten vid dennes arbetsplats håller en hög grad av kvalitet avseende föräldraskapsstöd, riktade insatser och i relation till verksamhetsmål. Vidare ställdes frågor om arbetsplatsens kunskapsutbyte i form av möjligheter till kompetensutveckling och kunskapsutbyte med angränsade verksamheter (femgradig svars skala från *instämmer inte alls* till *instämmer helt*).

Förutsättningar för samverkan efterfrågades genom skalan för förutsättningar och erfarenheter av samverkan med andra professioner, som utvecklats i norsk forskning inom barnhälsovård (Martinussen et al., 2012, 2017). Frågorna gällde erfarenheter av och förutsättningar för samverkan mellan professioner avseende exempelvis ömsesidig respekt, förståelse och samstämmighet i problembeskrivningar och insatsbehov (femgradig svarsskala från *instämmer inte alls* till *instämmer helt*).

Arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande mättes genom specifika delskalor från den validerade svenska medellängdsversionen av Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II: Berthelsen et al., 2018; Pejtersen et al., 2010). De inkluderade delskalorna mätte krav i arbetet (kvantitativa krav; kognitiva krav; känslomässiga krav; rollkonflikter); respektive resurser i arbetet (socialt stöd från kollegor; inflytande; lednings kvalitet). Dessutom inkluderades delskalor avseende arbetsrelaterat välbefinnande (mening i arbetet; tillfredsställelse med arbetet; åtagande i arbetsplatsen) samt kvalitet i arbetet. Samtliga frågor på respektive delskala bedömdes på en femgradig skala (*aldrig/nästan aldrig* till *alltid* alt. *i mycket låg grad* till *i mycket hög grad*).

Tankar på arbetsrelaterade frågor under fritiden mättes genom den specifika delskalan från Skalan för arbetsrelaterade grubblerier (Work Rumination scale, Cropley m.fl., 2012) som tidigare översatts och använts i forskning i svensk kontext (Buratti m.fl., 2020; Geisler m.fl., 2019c). Skalan mäter i vilken utsträckning som personal upplever sig vara förmögna att kunna koppla bort arbetsrelaterade tankar på sin fritid (femgradig svarsskala från *mycket sällan eller aldrig* till *mycket ofta eller alltid*).

Delstudie 2 – Intervjustudie

Procedur och deltagare

Delstudie 2 genomfördes under perioden maj-juni 2021, sex månader efter delstudie 1 och enkätens besvarande. Samtliga deltagare från delstudie 1 kontaktades per mejl och gavs information om delstudie 2 samt möjlighet att anmäla sitt intresse. Deltagarna anmälde intresse via en länk till en webbaserad enkät, där utförlig information om studien gavs i samband med det informerande samtycket. Av de 88 respondenterna i delstudie 1 anmälde 21 sitt intresse att delta i delstudie 2. Utifrån dessa anmälningar erbjöds åtta respondenter tider per mejl för att boka intervju. De åtta respondenterna var de som först hade anmält intresse, fördelade utifrån studiens behov av representation från olika professioner, länsdelar och verksamhetsformer. Av de åtta respondenterna arbetade sex vid familjecentral och två vid barnvårdscentral. Respondenterna inkluderade personal från samtliga inkluderade professionsgrupper (sjuksköterska, socionom/familjevägledare, psykolog och läkare). När dag och tid för enskild intervju bestämts i dialog med respektive respondent skickades en inbjudan till digitalt möte via en digital mötesplattform (Microsoft Teams).

Material

En intervjuguide för de semistrukturerade intervjuerna utformades utifrån projektets syfte och frågeställningar samt resultat och insikter i delstudie 1, (Bilaga 1). Intervjuerna genomfördes individuellt och skedde digitalt utifrån då gällande covid-19-restriktioner. Intervjuerna varade i 45–60 minuter. Två intervjuare medverkade vid sex intervjuer, medan ytterligare en intervjuare medverkade vid resterande två intervjuer. Vid intervjuerna utgick intervjuerna från de fokusområden som definierats i intervjuguiderna, samtidigt som respondenterna talade fritt och gavs utrymme att utveckla sina resonemang utifrån egna erfarenheter och upplevelser av sitt arbete. Samtliga intervjuer spelades in för efterföljande transkription och analys.

Analys

Delstudie 1. Data insamlad i delstudie 1 analyserades med statistikprogrammet SPSS (version 26). Analyser som genomfördes för att besvara projektets frågeställningar inkluderade beskrivande statistik, oberoende t-test, Mann-Whitney test och ANOVA, samt korrelationsanalys och hierarkisk regressionsanalys. Beskrivande statistik avsåg rapporterade frekvenser och medelvärden. Oberoende t-test, Mann-Whitney test och ANOVA testade för statistiskt signifikanta skillnader mellan två eller flera grupper (till exempel verksamhetsform eller professionsgrupper). Korrelationsanalyser testade signifikanta samband mellan personalens rapporter av olika variabler. Hierarkisk regressionsanalys analyserade sambandsrelationer mellan personalens rapporter av olika variabler ett steg ytterligare. Dessa analyser testade om skillnader i personalens rapporter för vissa variabler (s.k. oberoende variabler) tillsammans (i olika steg av de hierarkiska analyserna) och enskilt (s.k. enskild prediktor) ger ett signifikant bidrag till den förklarade variansen i personalens rapporter av en specifik utfalls-variabel (s.k. beroende variabel, ex. kvalitet i arbetet). Då projektets analyser är baserade på tvärsnittsdata (dvs. data insamlad vid ett och samma tillfälle) är det inte möjligt att tala om orsakssamband (s.k. kausalitet, till exempel att förutsättningar för samverkan leder till ökad tillfredsställelse med arbetet), utan resultaten ska förstås som relations samband.

Delstudie 2. Transkriptionen genomfördes av en extern part, och var allmänspråklig. I ett första skede av analysen gjordes upprepade genomläsningar av materialet. Därefter sammanfattades de enskilda intervjuerna. Sammanfattningen utgick från teman i intervjuerna, respondentens arbetsplats, arbetsuppgifter, arbetsrelaterade välbefinnande, professionsrelaterade förutsättningar för samverkan, Covid-19-pandemins påverkan, stöd utanför BVC, samt ämnen som aktualiserades i den enskilda intervjun. Därefter sammanfattades resultatet från alla intervjuer. I nästa steg testades tolkningarna genom att söka förekomster i intervjuerna som sa emot sammanfattningen. När dessa hittades gavs särskilt fokus på kontexten för motsättningen för en fördjupad förståelse av det som skett, eller negation av den ursprungliga generaliseringen.

En viktig ansats i analysen var begreppet "berättarbarhet" (Tellability) som återfinns bland annat hos Sacks (1992) som menar att berättandet som handling innebär ett hävdande av en mening, att något är värd att omnämna och Bruner (1991) som även menar att det krävs någon form av normbrott för att något ska bli värt att berätta. Detta har bidragit till förståelse för förgivet-taganden som inte artikuleras i materialet.

Resultat

Resultaten rapporteras uppdelat för en frågeställning i taget. För varje frågeställning rapporteras resultat från delstudie 1 följt av resultat från delstudie 2. Det betyder att resultat först rapporteras avseende projektets frågeställning 1: Finns det skillnader i de erfarenheter som personal vid barnvårdscentraler respektive familjecentraler har av samverkan, vårdkvalitet, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande? För ökad tydlighet är resultatredovisningen för frågeställning 1 i sin tur uppdelad, så att fokus först är på "samverkan och vårdkvalitet" följt av "arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande". Vidare rapporteras resultat gällande betydelsen av samverkan och arbetsförhållanden för kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet. Därefter rapporteras resultat avseende frågeställning 2: Kan organisatoriska förutsättningar för samverkan förklara skillnader i personalens arbetsrelaterade välbefinnande och personalens erfarenheter av vårdkvalitet och kvalitet i arbetet? Slutligen redovisas resultat beträffande pandemins påverkan, utifrån intervjustudien och beskrivningar givna av verksamheterna.

Samverkan och vårdkvalitet

Delstudie 1

Utifrån enkätens frågor om erfarenheter av samverkan beskrevs omfattningen av den interprofessionella samverkan inom barnhälsovården. Respektive professionsgrupps mest förekommande rapporterade frekvens av samverkan med övriga professionsgrupper redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Rapporterad frekvens av interprofessionell samverkan inom barnhälsovården

	Sjuksköterskor	Läkare	Psykolog	Socionom
Sjuksköterskor	-	86 % - varje vecka	75 % - varje månad	33 % - varje vecka/någon gång per år
Läkare	75 % - varje dag	-	27 % - varje månad	36 % - någon gång per år
Psykolog	78 % - varje vecka	44 % - några gånger per år	-	67 % - några gånger per år
Socionom	33 % - varje dag/varje vecka	56 % - aldrig	33 % - aldrig	-

Not. Angiven frekvens avser den mest förekommande rapportering av respektive form av interprofessionell samverkan för varje enskild profession

BHV-sjuksköterskor rapporterade mest frekvent samverkan med BHV-läkare, där 86 procent angav sådan samverkan *varje vecka*, följt av samverkan med psykolog där 75 procent angav att detta sker *varje månad*. Majoriteten av BHV-sjuksköterskor rapporterade att samverkan med socionomer sker *varje vecka* (33 %) eller *någon gång per år* (33 %).

Underlaget för BHV-läkare är begränsat men visar att BHV-läkare rapporterade mest frekvent samverkan med BHV-sjuksköterskor, där 75 procent av BHV-läkarna rapporterar att detta sker *varje dag* och 25 procent *varje vecka*. BHV-läkares rapporter av samverkan med psykolog skilde sig åt, där 27 procent angav att detta sker *varje månad* medan 20 procent angav att

detta sker *varje vecka*, eller *någon* respektive *några gånger per år*. BHV-läkare rapporterade däremot mindre frekvent samverkan med socionomer (36 % = *någon gång per år*). Psykologer angav mest frekvent samverkan med BHV-sjuksköterskor (78 % = *varje vecka*), följt av socionomer (67 % = *några gånger per år*) och BHV-läkare (44 % = *några gånger per år*).

Socionomer rapporterade högst frekvens av samverkan med BHV-sjuksköterskor (33 % = *varje dag*; 33 % = *varje månad*), medan lägre frekvens och angivelser om utebliven samverkan i relation till BHV-läkare (33 % = *några gånger per år*; 56 % = *aldrig*) och psykologer (25 % = *några gånger per år*; 33 % = *aldrig*).

Verksamhetsrelaterade frågor avsåg erfarenheter av *Vårdkvalitet* (verksamhetsmål, riktade insatser och föräldraskapsstöd) respektive *Arbetsplatsens kunskapsutbyte* (möjlighet till kunskapsutveckling och kunskapsutbyte med andra verksamheter).

Reliabilitetsanalyser (Cronbach's alpha) visade att frågor om *Vårdkvalitet* ($\alpha = .80$) respektive *Arbetsplatsens kunskapsutbyte* ($\alpha = .71$) mätte relaterade aspekter och var möjliga att presenteras som samlade mått. Övergripande visade rapporterna på att personalen upplever att verksamheten bedrivs med en hög vårdkvalitet. Medelvärdet ($M = 3.1$, skala 0–4) motsvarar att medarbetarna över lag "instämmer till stor del" med påståenden om att verksamhetens bedrivs med kvalitet i relation till barnhälsovårdens definition av vårdkvalitet. Vidare visade rapporter för *Arbetsplatsens kunskapsutbyte* på att personalen övergripande upplever goda förutsättningar för kunskapsutveckling och kunskapsutbyte med andra verksamheter. Medelvärdet ($M = 2.4$, skala 0–4) motsvarar att medarbetarna "instämmer i viss mån"/"instämmer till stor del" med påståenden om att dessa förutsättningar finns. Analyser (oberoende t-test och Mann-Whitney test) testade för eventuella skillnader i *Vårdkvalitet* respektive *Arbetsplatsens kunskapsutbyte* mellan olika verksamhetsformer och professionsgrupper. Resultatet visade inte på några signifikanta skillnader.

Delstudie 2

I intervjumaterialet framhöll alla professioner samverkan som viktig för arbetet med barn och föräldrar. Respondenterna använde inte begrepp som måluppfyllelse och vårdkvalitet, men beskrev att samverkan bidrog till, och ibland var en förutsättning för, att uppfylla verksamhetsmål och kvalitet i arbetet med barn och föräldrar.

Det finns ingen definition av samverkan i intervjuerna. Samverkan i intervjumaterialet är respondenternas beskrivningar av erfarenheter av samverkan. Det är de handlingar och de resonemang som respondenterna lyfter som svar på direkta frågor, i beskrivningar av en vanlig vecka och i beskrivningar av hur pandemin påverkat arbetssituationen. Den samverkan som beskrivs i direkta frågor handlar i första hand om utvecklingsarbeten. Rutinmässigt återkommande samverkan som en del av det generella barnhälsovårdsprogrammet omnämns när respondenter beskriver sin vecka, men sällan när de svarar på frågor om samverkan. Detta gäller BHV-sjuksköterska och BHV-läkare, eller BHV-sjuksköterska och familjestödjande socionom i de kommuner som har gemensamma hembesök som en del av det generella programmet. När samverkan omnämndes i relation till pandemin handlade det i första hand om att vardaglig samverkan påverkats genom minskad kontakt. Det finns sammanfattningsvis samverkan som i intervjuerna tas för given och samverkan som betraktas som speciell och därför anses vara mer värd att omnämna ("berättarbarhet") som svar på frågor, däribland utvecklingsarbeten och samverkan som inte fungerar så väl som den gjort tidigare, utifrån pandemi eller andra förändrade villkor.

Av intervjuerna framgick många olika former av samverkan mellan professioner inom barnhälsovården och angränsande verksamheter. Det gällde både samverkan kring föräldraskapsstöd i grupp och kring enskilda föräldrar. Respondenterna beskrev professionsöverskridande arbete med att utveckla, planera och genomföra gruppaktiviteter i form av föräldraskapsstöd och tematräffar. Dessutom skedde samverkan i det riktade arbetet med enskilda barn och föräldrar.

Relationsbaserat motivationsarbete

I intervjuerna beskrevs olika typer av ärenden och situationer där samverkan blev aktuellt. BHV-sjuksköterskor beskrev hur de initierar samverkan när de uppmärksammat särskilda behov. I dessa ärenden kontaktades andra professioner, men samverkan kunde ses bygga vidare på den etablerade kontakt och relation som BHV-sjuksköterskorna hade till föräldrarna. BHV-personalen beskrev att en viktig del i initieringen av samverkan var att motivera föräldrar till samverkan med socionomer, psykologer, logoped, barnklinik eller habilitering genom att få föräldrarna att förstå betydelsen av denna samverkan kring barnet.

Denna form av relationsbaserade motivationsarbete beskrevs som viktig både när det gällde egna insatser och andra professioners arbete. Detta var inte verksamhetsberoende utan skedde även i samverkan med verksamheter utanför barnhälsovården. Motivationen utgick från föräldrarnas behov och den part som hade en upparbetad relation till dem. Exempelvis beskrevs hur förskolepersonal motiverade föräldrar att söka stöd hos barnhälsovården för svårigheter med språk eller samspel. Vidare berättade socionomer om hur de behöver samverka med andra verksamheter, exempelvis i ärenden där utlandsfödda föräldrar behöver motiveras och ges information om betydelsen av att gå på treårskontroller eller att skriva in barn på förskola. Samverkan mellan professioner gällande individer skedde även genom anonymiserad rådgivning. Det finns i materialet även beskrivningar av att BHV-läkare och psykolog hade handledning med andra professioner.

Familjecentraler och annan form av samlokalisering

Intervjupersonerna hade olika förutsättningar för samverkan. Vissa förutsättningar för samverkan berodde på hur verksamheten är organiserad.

En BHV-sjuksköterska som inte arbetade på en familjecentral, berättade om sin önskan att arbetsplatsen utvecklas till en familjecentral:

”... för att kunna ha en samlad enhet som är för familjerna, där det känns att man har både gemenskapen, men också kompetensen i samma rum eller samma miljöer. Det skulle vara optimalt om man kunde ha det på samma ställe, så klart. [...]... här finns vi och det här kan vi erbjuda.”

Samlokalisering med tillgänglighet och närhet till andra professioner, med andra kompetenser, skulle enligt BHV-sjuksköterskan innebära bättre förutsättningar för att kunna anpassa stöd till barn och föräldrar.

Generellt är alla respondenter positiva till familjecentraler. Men i materialet fanns två respondenter som arbetade på varsin familjecentral, en BHV-läkare och en BHV-sjuksköterska, som lyfte ett problem med organisationsformen familjecentral. De önskade fler möjligheter till ad hoc möten och diskussioner mellan BHV-läkare och BHV-sjuksköterska. Detta var inte

möjligt då professionerna endast var samlokaliserade vissa dagar. Båda dessa respondenter lyfte att samverkan med socialtjänsten var en stor fördel med familjecentralen.

En skillnad i förutsättningar mellan familjecentral och barnavårdscentral framgick i en intervju med en socionom på en relativt nyöppnad familjecentral. Rollen som familjestödjande socionom, och även rollen som pedagog, på öppen förskola i familjecentral fanns inte i kommunen innan familjecentralen startade. Nya roller med samverkan och prevention som central del av tjänstebeskrivningen påverkade förutsättningar för samordning av stöd utifrån familjers behov.

Respondenterna beskrev att en viktig del av socionomernas roll vid familjecentralerna var att göra sig lättillgängliga för alla familjer vid eventuella behov, genom att ha dörren öppen och att aktivt söka kontakt med familjer i väntrum eller på öppna förskolan. Tillgängligheten fördes fram som viktig både för kontakten med föräldrar och andra professioner. En socionom beskrev det så här:

”Det är flera olika vägar, har jag min dörr öppen, då kan de komma och knacka på och fråga, kan du komma? Om de har en familj på BVC, till exempel. Alternativt att de frågar familjen om jag får ringa upp eller att familjen ringer upp, så det finns alla vägar. [...] Ibland är jag bara med och ger information om vad jag gör ... för nyblivna föräldrar”

Citatet illustrerar hur samverkan initierades och utformades med lyhördhet för familjens önskemål och behov. Socionomens tillgänglighet var en tillgång för BHV-sjuksköterskan som utifrån det aktuella samtalet kunde motivera familjen. Samlokalisering och tillgänglighet gav förutsättningar för samverkan där familjer vid behov kunde få information och ett ökat stöd. En BHV-sjuksköterska vid en arbetsplats utan logoped berättade att det fysiska avståndet mellan olika professioners verksamhet kunde påverka föräldrars motivation att söka hjälp.

”Det är svårare att motivera till ... motivera vissa att faktiskt ta hjälp av en logoped till sitt barn för att det är krångligt att ta sig till Stad av olika skäl.”

Samlokaliseringen innebar också att det var enklare för barn och föräldrar att söka stöd av andra professioner och verksamheter. En BHV-sjuksköterska berättade om samverkan med förskolor och reflekterade över hur vanan att samverka med en annan aktör gjorde det lättare att i ett tidigare stadium söka hjälp från andra professioner när barn hade behov:

”... ibland sätter man ... upp lite ... väggar själv och det kan jag tänka mig att förskolepersonal ... de ser, men sen ... det kanske är tidsbrist som gör att man inte riktigt tar tag i eller väntar ... vi avvaktar och ser. Om man har en utarbetad ... att det är väldigt korta vägar till varandra, man jobbar utifrån det, då går det oftast smidigare också.”

Citatet är ett exempel på hur respondenterna beskrev att upparbetade kontaktvägar, tidigare erfarenheter av eller etablerad kontakt med annan profession eller verksamhet underlättade för nya kontakter och sänkte trösklarna för samverkan då de upplevde behov av samverkan. Utan denna förförståelse kunde det vara oklart vilken kontakt som skulle tas och hur, vilket i sin tur kunde medföra att kontakter som kan hjälpa barnet uteblev.

Av intervjumaterialet framgick att förutsättningar för samverkan oftast beror på flera olika faktorer utöver formell organisationsform. Över lag gav respondenterna uttryck för att det i realiteten inte fanns någon skarp skiljelinje mellan den samverkan som kunde ske vid barnvårdscentraler respektive familjecentraler. Exempelvis beskrevs hur BHV-sjuksköterskor vid traditionella barnvårdscentraler kunde samverka med socialtjänst och/eller pedagoger vid en öppen förskola. Respondenter från bägge organisationsformerna beskrev samverkan som de och/eller deras kollegor tagit initiativ till för att möta barns och föräldrars behov. Intervjuerna visade att familjecentralernas organisationsformer i vissa avseenden gav bättre förutsättningar (samlokalisering, uppmuntrar samverkan) som både enskild personal och verksamheten sedan kunde bygga vidare på.

Samlokalisering och funktioner på plats återkom i intervjuerna som viktiga faktorer för bra samverkan. Samlokalisering omtalades både i form av den samlokalisering som organisationsformen familjecentral innebar och som annan samlokalisering exempelvis vårdcentral med samlokaliserad folktandvård. Fördelen med funktioner på plats omtalas både i familjecentralens organisering och i fördelen med att ha en logoped eller psykolog med del av sin arbetstid förlagd till en viss barnvårdscentral eller familjecentral.

Upparbetade kontakter och kommunikativa strukturer

Även relationer lyftes som en viktig faktor för samverkan. Det handlade om professions- och verksamhetsöverskridande relationer som medarbetarna hade upparbetat genom samlokalisering eller annan interaktion. Relationernas betydelse beskrevs i samband med direkt kontakt med barn och föräldrar, i motivationsinsatser för att förmå familjer att söka hjälp, så väl som i dialog och återkoppling beträffande remisser. I flera intervjuer talade respondenterna om hur goda personliga relationer påverkat förutsättningar för samverkan. Det fanns i intervjuerna bland annat exempel på särskilt bra samarbeten med elevhälsan på en viss skola där en tidigare kollega arbetade, särskilt goda relationer till kollegor på en viss vårdavdelning och beskrivningar av att det var lätt att ringa en välkänd och pålitlig person.

Att ta vara på möjligheterna till samverkan i möte

Samverkan framstod inte enbart som personberoende utan kunde också uppnås genom kommunikativa strukturer. En psykolog berättade om sitt tillvägagångssätt för att skapa förutsättningar för god samverkan med obekanta BHV-sjuksköterskor:

[...] De här teambesöken brukar jag försöka lägga antingen först på dagen eller sist på dagen för att det ska finnas lite utrymme för att man inte ska behöva skynda någonstans efteråt, men det kan vara så att BVC-sköterskorna faktiskt har något inbokat direkt efter ...

I citatet berättade respondenten om hur hen planerade för att kunna vara tillgänglig för närmare samverkan genom interprofessionella samtal kring samordnade ärenden. Vidare beskriver hen betydelsen av detta:

”lite beroende på vad det finns för utrymme kring den här reflektionsstunden, men oftast är det ... skälet till att vi har ens det här teambesöket är för att det finns något som skaver eller något som inte känns riktigt rätt och då är det ganska bra att få fånga upp det. Men nu när vi har setts tillsammans, vad var det du funderade kring? Vad var det jag ... vad var det jag såg i rummet? Vad var det jag tänkte nu när jag mötte den

här familjen? Det är ganska bra att kunna få den här samlade bedömningen.”

Respondenten förde fram att BHV-sjuksköterskan utifrån sin professionella kompetens och kunskap hade uppmärksammat att det var ”något som skaver” eller ”som inte känns riktigt rätt” och därför bedömt behovet av samordning tillsammans med en psykolog. Det gemensamma mötet med familjen var en förutsättning för samordning i ärendet, men psykologen betonade även möjligheten till interprofessionell reflektion och utbyte av erfarenheter. Det handlade på så sätt om professionernas kombinerade kunskap som en viktig resurs för att ge rätt stöd till barn och föräldrar.

Arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande

Delstudie 1

Beskrivande statistisk och korrelationer mellan mått och skalor avseende arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande i delstudie 1 rapporteras i Tabell 2. För jämförelse rapporteras även svenska populationsbaserade referensvärdena där sådana finns (Berthelsen et al., 2020; www.copsoq.se) samt värden rapporterade från tidigare forskning.

Övergripande rapporterar medverkande personal relativt goda förutsättningar för samverkan, även om nivån är något lägre än i tidigare studier inom barnhälsovården i Norge (Martinussen et al., 2012). För arbetsförhållanden framgick att rapporterade nivåer av kvantitativa krav och roll-konflikter var markant lägre än de svenska referensvärdena, samtidigt som de kognitiva kraven i arbetet var förhållandevis framträdande och de känslomässiga kraven höga. Vidare rapporterades högre nivåer av kvalitet i ledarskapet och möjlighet att påverka sitt arbete, men en något lägre nivå av socialt stöd från kollegor, jämfört med de svenska referensvärdena.

Avseende arbetsrelaterat välbefinnande fanns genomgående höga nivåer för upplevelser av mening i arbetet, åtagande i arbetsplatsen, kvalitet i arbetet och tillfredsställelse med arbetet. Respondenterna rapporterade även över lag att de upplevde att de kan distansera sig från arbetsrelaterade frågor på sin fritid (jmf. Geisler et al., 2019c).

Korrelationsanalyser visar att förutsättningar för samverkan är relaterat till lägre grad av roll-konflikter, samt högre grad av åtagande i arbetsplatsen, bättre förutsättningar för kvalitet i arbetet och högre tillfredsställelse med arbetet. För sambanden mellan krav i arbetet och olika indikatorer för arbetsrelaterat välbefinnande sågs särskilt tydliga relationer för kvantitativa krav respektive roll-konflikter. Dessa krav i arbetet var relaterade till såväl lägre rapporter av åtagande i arbetsplatsen som lägre tillfredsställelse med arbetet. Kvantitativa krav var även relaterade till lägre rapporter av kvalitet i arbetet. För resurser i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande framkom att socialt stöd från kollegor, kvalitet i ledarskapet och möjlighet att påverka arbetet relaterar i högre rapporter av åtagande i arbetsplatsen, kvalitet i arbetet och tillfredsställelse med arbetet.

Tabell 2. Beskrivande statistik och korrelationer för samtliga variabler i studien ($n = 88$)

	<i>M</i>	<i>Referensvärde</i> ^a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Förutsättningar samverkan	2.6	3.0 ^a	-												
2. Kvantitativa krav	34.0	40.9	-.08	-											
3. Kognitiva krav	73.2	-	-.07	.47**	-										
4. Känslomässiga krav	66.0	46.8	.02	.20	.40**	-									
5. Rollkonflikter	25.9	42.2	-.31**	.38**	.39**	.41**	-								
6. Socialt stöd – kollegor	73.5	80.2	.11	-.00	.19	.18	.14	-							
7. Kvalitet i ledarskap	62.4	54.1	.18	-.15	-.05	-.10	-.19	.19	-						
8. Möjlighet att påverka	55.2	50.2	.14	-.32**	-.15	.03	.01	.40**	.04	-					
9. Åtagande i arbetet	81.5	64.7	.30**	-.31**	-.21	-.10	-.36**	.22*	.27*	.20	-				
10. Mening i arbetet	89.4	78.3	.18	.01	-.01	.02	-.19	.33**	.21*	.04	.57**	-			
11. Kvalitet i arbetet	78.3	68.2	.26*	-.33**	-.17	-.03	-.21	.49**	.31**	.30**	.31**	.32**	-		
12. Tillfredsställelse med arbetet	76.2	64.4	.44**	-.25*	-.15	-.15	-.37**	.42**	.40**	.25*	.52**	.49**	.54**	-	
13. Distansering på fritiden	3.8	3.1 ^b	.16	-.56**	-.29**	-.17	-.19	.20	.19	.21	.26*	.06	.17	.19	-

^a Referensvärden baseras på Copsoq III; ^b Martinussen et al., (2012), Tabell IV, sid. 223; ^c Geisler et al., (2019), Tabell 1, sid. 5.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Vidare testade analyser om personalens upplevelser och erfarenheter av samverkan, arbetsförhållanden och arbetsrelaterade välbefinnande skiljer sig åt beroende på organisationsform. Dessa analyser (ANOVA) visade på en signifikant skillnad ($F(1,78) = 5.65$, $p = .020$), där personal som arbetar vid familjecentral rapporterar bättre förutsättningar för samverkan ($M = 2.74$) jämfört med personal som arbetar vid barnavårdscentral ($M = 2.38$). Inga andra signifikanta skillnader i respondenternas rapporter återfanns mellan organisationsformerna.

Sammantaget framgick att barnhälsovårdens personal rapporterade upplevelser av relativt goda förutsättningar för samverkan oavsett organisationsform. Vidare indikerades att krav i arbetet över lag var på nivåer som kan beskrivas som hanterbara, särskilt i beaktande av att respondenterna samtidigt rapporterade nivåer av resurser i arbetet som tyder på att dessa är tillgängliga. Observerade nivåer för olika aspekter av arbetsrelaterat välbefinnande visar på att barnhälsovårdens personal upplever ett åtagande i sin arbetsplats, att det finns förutsättningar för kvalitet i arbetet och tillfredsställelse med sitt arbete.

Delstudie 2

Respondenterna uppgav att de trivdes med sitt arbete och att arbetet upplevdes som meningsfullt. De hade förutsättningar att göra skillnad för barn och föräldrar. En viktig aspekt av arbetet med barn inom barnhälsovården är att det omfattar alla barn. För en BHV-läkare, som hade en begränsad del av sin arbetstid förlagd inom BHV var detta något som var berättarbart och positivt, medan BHV-sköterskor inte nämnde denna aspekt. Läkaren beskrev barnen så här:

”majoriteten är ändå friska barn som mår bra och som har välfungerande föräldrar och som bara kommer på kontroll”.

Respondenterna gav även uttryck för att de upplevt att samverkan med kollegorna på den egna arbetsplatsen fungerade bra och var en aspekt av betydelse för det arbetsrelaterade välbefinnandet. Exempel som respondenterna lyfte i detta sammanhang var de olika former av samverkan som de och deras kollegor hade initierat för att bättre kunna möta barns och föräldrars behov. Respondenterna uttryckte att de hade mandat och möjlighet att påverka och utveckla sitt arbete genom att initiera samverkan. Det beskrevs ha positiva effekter för hur de i sin tur upplevde kvalitén i arbetet och sin egen tillfredsställelse med arbetet.

Respondenter vid familjecentralerna uppgav emellertid att chefer inte alltid har en förståelse för vad en familjecentral innebär och vilka förutsättningar som verksamhetsformen kräver. Oavsett personalgrupp var det inte den egna chefens bristande förståelse som fördes fram, utan kritiken gällde främst chefer för andra verksamheter. Bristande förståelse exemplifierades genom utsagor om att chefer inte prioriterade familjecentralers planeringsdagar eller inte förstod att samordning kräver särskilt avsatt tid och strukturella förutsättningar. En respondent vid en familjecentral beskrev samspelet mellan olika chefer:

”Det är fyra olika chefer och de har också skiftat. De här cheferna har bytt jobb så det är lite beroende på vilken chef som sitter där. Jag tycker att det har varit svårt att få till ett samarbete på den nivån och alla chefer har inte riktigt, tycker jag, förstått vitsen av samarbete Familjecentral. Där har det ... hur mycket deras anställda ska få delta.”

Citatet exemplifierar hur chefers förståelse för och prioriteringar av samverkan påverkade förutsättningarna för samverkan vid familjecentral. Samtidigt var det utifrån intervjumaterialet tydligt att samverkan skedde oavsett chefsstöd, även om respondenterna förde fram att de signaler som gavs från chefshåll, så väl som den inbördes samverkan som sker mellan chefer, medför effekter för hur den samverkan som sker i verksamheten faller ut. Vidare visade intervjumaterialet att det stöd som respondenterna upplevde sig få från sina kollegor och chefer både bidrog till arbetets kvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande. En socionom vid en familjecentral beskrev samverkan och stödet till föräldrar:

” Det här generella stödet som når så många [...] att bara få presentera sig och se föräldrar så kanske de kommer två år senare när det krisar i relationen eller det händer något annat runt barnen. [...] Familjecentralsarbetet [...] det är fantastiskt för att det är sånt hållande runt barnfamiljer. Man kommer hit när man väntar barn och sen kommer man till BVC och sen kan man få gå på Öppna förskolan och träffa oss. Det är ett fantastiskt stöd när det funkar, verkligen [...]”

I citatet beskrev respondenten sin arbetstillfredsställelse som beroende av familjecentralens förutsättningar för att ge föräldrastöd. Familjestödande aktiviteter ”när det krisar i relationen” eller ”det händer något annat runt barnen” visar på det stöd som familjer kunde få och hur detta stöd var delar av ett större sammanhang. Familjecentraler beskrevs kunna ge kontinuerligt stöd till barn och föräldrar genom de olika stadier som familjen går igenom och där möjlighet till adekvat stöd kan ges utifrån situationens behov.

Betydelsen av samverkan och arbetsförhållanden för kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet

Delstudie 1 - enkätundersökningen

Här undersöks betydelsen av samverkan och arbetsförhållanden för respondenternas upplevda kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet.

Analyser av betydelsen av samverkan och arbetsförhållanden i relation till kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande gjordes genom hierarkiska regressionsanalyser (Tabell 3–5). Regressionsanalyserna inkluderade faktorer som i korrelationsanalysen (Tabell 2) visade sig ha tydliga och signifikanta samband med kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande. I det

första steget testades betydelsen av förutsättningar för samverkan. I steg två infördes och testades betydelsen av krav i arbetet (kvantitativa krav och roll-konflikter). Därefter, i steg tre, infördes och testades betydelsen av resurser i arbetet (socialt stöd från kollegor, kvalitet i ledarskapet samt möjlighet att påverka arbetet). Slutligen, i steg fyra, infördes och testades eventuella interaktionseffekter mellan förutsättningar för samverkan och respektive krav och resurs i arbetet som tidigare inkluderats i modellen. Det betyder att steg 1–3 testade för den unika betydelse och bidrag som förutsättningar för samverkan, krav, respektive resurser i arbetet ger till förklaringen av de tre utfallsmåtten (kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet). Steg 4 testade om förutsättningar för samverkan även ger ett förklaringsbidrag genom interaktion med krav och resurser i arbetet.

Kvalitet i arbetet

Modellen gav ett relativt stort förklaringsvärde för variansen i respondenternas rapporter av kvalitet i arbetet (Tabell 3). Resultatet visade att modellen förklarade 38 procent av variansen (Adj. R^2). Förutsättningar för samverkan bidrog med 6 procent förklarad varians (Steg 1), medan krav i arbetet bidrog med 12 procent (Steg 2) och resurser i arbetet med 21 procent förklarad varians (Steg 3). För krav i arbetet visade resultatet att högre nivåer av kvantitativa krav bidrog till lägre kvalitet i arbetet, medan socialt stöd från kollegor var den resurs i arbetet som bidrog till högre skattning av kvalitet i arbetet. I Steg 4 framgick att det även fanns interaktionseffekter mellan förutsättningar för samverkan och kvantitativa krav, respektive mellan förutsättningar för arbetet och möjlighet att påverka arbetet.

Tabell 3. Hierarkisk regressionsanalys för Kvalitet i arbetet

	<i>b</i>	SE	β	<i>p</i>	R^2	Adj. R^2	ΔR^2	<i>p</i>
<i>Steg 1.</i>					.06	.05	.06	.034
Förutsättningar för samverkan (S)	4.45	2.06	.24	.034				
<i>Steg 2.</i>					.18	.15	.12	.006
Kvantitativa krav (KK)	-.18	.07	-.32	.007				
Roll-konflikter (RK)	-.05	.09	-.07	.551				
<i>Steg 3.</i>					.39	.34	.21	.000
Socialt stöd från kollegor (SK)	.39	.09	.43	.000				
Kvalitet i ledarskap (KL)	.07	.06	-.29	.011				
Möjlighet att påverka (MP)	.00	.08	-.00	.995				
<i>Steg 4.</i>					.47	.38	.08	.078
S x KK	-.29	.11	-.35	.008				
S x RK	.06	.09	.07	.490				
S x SK	.16	.13	.12	.223				
S x KL	-.02	.08	-.03	.773				
S x MP	-.24	.09	-.30	.014				

Not. Värden avser införandet av respektive steg. Oberoende variabler och interaktionstermer är medelvärdescentrerade.

Åtagande i arbetsplatsen

För åtagande i arbetsplatsen visar resultatet (Tabell 4) att modellen förklarade 19 procent av variansen (Adj. R^2). Resultatet visar att endast Steg 1 och Steg 2 gav signifikanta bidrag till förklarad varians i medarbetarnas rapporterade åtagande i arbetsplatsen. Förutsättningar för samverkan bidrog med 8 procent förklarad varians (Steg 1), medan krav i arbetet bidrog med 14 procent förklarad varians (Steg 2). För krav i arbetet var rapporterade upplevelser av kvantitativa krav det krav som bidrog till lägre rapporterat åtagande i arbetsplatsen. Varken

resurser i arbetet (Steg 3) eller testning av interaktionseffekter mellan förutsättningar för samverkan i relation till krav respektive resurser i arbetet (Steg 4) bidrog signifikant till att öka modellens förklarade varians.

Tabell 4 Hierarkisk regressionsanalys för Åtagande i arbetet

	<i>b</i>	SE	β	<i>p</i>	<i>R</i> ²	Adj. <i>R</i> ²	ΔR^2	<i>p</i>
<i>Steg 1.</i>					.08	.07	.08	.013
Förutsättningar för samverkan (S)	6.48	2.55	.28	.013				
<i>Steg 2.</i>					.22	.19	.14	.002
Kvantitativa krav (KK)	-.17	.08	-.23	.044				
Roll-konflikter (RK)	-.21	.11	-.23	.052				
<i>Steg 3.</i>					.29	.23	.07	.083
Socialt stöd från kollegor (SK)	.24	.13	.22	.063				
Kvalitet i ledarskap (KL)	.09	.08	.12	.252				
Möjlighet att påverka (MP)	.02	.11	.02	.880				
<i>Steg 4.</i>					.33	.21	.04	.594
S x KK	-.14	.15	-.14	.346				
S x RK	.19	.13	.17	.131				
S x SK	.09	.18	.06	.619				
S x KL	.07	.11	.07	.518				
S x MP	-.04	.13	-.04	.778				

Not. Värden avser införandet av respektive steg. Oberoende variabler och interaktionstermer är medelvärdescentrerade.

Tillfredsställelse med arbetet

Avseende respondenternas rapporter av tillfredsställelse med arbetet visade resultatet (Tabell 5) att den testade modellen bidrog till att förklara 48 procent av variansen (Adj. *R*²). Förutsättningar för samverkan bidrog med 21 procent förklarad varians (Steg 1), medan krav i arbetet bidrog med 10 procent (Steg 2) och resurser i arbetet med 21 procent förklarad varians (Steg 3). För krav i arbetet framgick att roll-konflikter bidrar till lägre tillfredsställelse med arbetet, medan resurser i arbetet i form av socialt stöd från kollegor och kvalitet i ledarskapet bidrar till högre rapporter av tillfredsställelse med arbetet. Inget stöd gavs för de testade interaktionseffekterna mellan förutsättningar för samverkan och krav eller resurser i arbetet i relation till tillfredsställelse med arbetet (Steg 4).

Tabell 5. Hierarkisk regressionsanalys för Tillfredsställelse i arbetet

	<i>b</i>	SE	β	<i>p</i>	<i>R</i> ²	Adj. <i>R</i> ²	ΔR^2	<i>p</i>
<i>Steg 1.</i>					.21	.20	.21	.000
Förutsättningar för samverkan (S)	8.49	1.90	.46	.000				
<i>Steg 2.</i>					.31	.28	.10	.008
Kvantitativa krav (KK)	-.07	.06	-.12	.244				
Roll-konflikter (RK)	-.18	.08	-.25	.003				
<i>Steg 3.</i>					.52	.48	.21	.000
Socialt stöd från kollegor (SK)	.30	.08	.34	.001				
Kvalitet i ledarskap (KL)	.14	.05	.25	.006				
Möjlighet att påverka (MP)	.04	.07	.06	.590				
<i>Steg 4.</i>					.55	.47	.03	.563
S x KK	-.18	.10	-.22	.094				
S x RK	.01	.09	.01	.912				
S x SK	.02	.12	.07	.501				
S x KL	-.05	.08	-.06	.499				
S x MP	-.10	.11	-.14	.263				

Not. Värden avser införandet av respektive steg. Oberoende variabler och interaktionstermer är medelvärdescentrerade.

Delstudie 2

Av intervjumaterialet framgick att respondenterna, oavsett verksamhetstillhörighet hade erfarenheter av att ha varit del av att initiera former för samverkan som gynnat uppdraget med att ge hälsovård och stöd till barn och föräldrar. Vidare gav respondenterna uttryck för hur de erfarit att kvaliteten i arbetet och deras arbetsrelaterat välbefinnande står i relation till både samverkan och arbetsförhållanden. Samverkan relaterar till arbetsrelaterat välbefinnande genom att vara en förutsättning för att kunna erbjuda stöd och göra skillnad för familjerna – det vill säga för vårdkvalitet och kvalitet i arbetet.

En socionom berättar:

”... att jobba så här har väl varit min dröm ända sedan jag utbildade mig [...] på en Familjecentral tillsammans, Öppna förskolan, BVC, mödravården, att möta familjen från start och sen kunna sätta in jättemycket resurser. Allra viktigast det första året. [...] då kan man verkligen hjälpa till”

Särskilt tydligt fanns sådana uttalanden hos BHV-sjuksköterskor (oavsett organisationsform) och familjestödjande socionomer (familjecentraler). Dessa uttalanden beskriver hur respondenterna varit delaktiga i att utforma kontakter och samverkan för att bättre kunna möta familjers behov. Respondenterna upplevde sig ha mandat och ett uttalat uppdrag att utveckla sitt arbete genom att initiera former för samverkan.

En BHV-sjuksköterska som arbetade vid en barnvårdscentral berättar om de former för samverkan som utvecklats för att nå fler föräldrar:

” [...] mycket som vi har kunnat utveckla... ändå, att vi har språknätverket nu och att vi har mer kontakt med förskolorna egentligen och elevhälsan, specialpedagogen där... sen stannade allt upp på grund av covid eller pandemin. Vi hade mycket på gång med prov-förskolan [...] när vi skulle dra i gång det, då var SFI med också och även Integrationsenheten som det hette då...”

Citatet är ett exempel på samverkan initierad av BHV-sjuksköterska. Hen samverkade med andra verksamheter som förskolor och elevhälsa samt förberedde före pandemin försök att nå fler föräldrar genom en tillfällig form av öppen förskola/prov-förskola samt integrationsfokuserade insatser.

BHV-sjuksköterskor och familjestödjande socionomer beskrev tydligt betydelsen av samverkan och initiering av samverkan för kvaliteten i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande. Även andra professioner uttryckte betydelsen av samverkan, men främst för att kunna nå familjer genom den etablerade kontakten och de förutsättningar för samverkan som barnhälsovårdens verksamhet erbjuder. En psykolog inom barnhälsovården berättade:

Jag hade någon familj som avbokade elva gånger, då sa jag ... det här funkar inte längre, nu får vi ses på BVC i stället för då vet jag att då har de redan en koppling, de har ett band till BVC-sköterskan som de har ett förtroende som de inte har hunnit få för mig utan jag är bara en väldigt läskig person. Då brukar det underlätta eller om det är att BVC-sköterskan väldigt gärna skulle vilja skicka en remiss, men märker att familjen inte är så mottagliga för det och kanske inte har utrymme för det

motivationsarbete som i sådana fall skulle kunna ligga till grund för en remiss och då att jag kan komma och vara med, med föräldrarnas samtycke så klart, men bara för att det ska underlätta att vi skriver en remiss eller så kan jag vara med och lugna och se, om föräldrarna inte vill så tycker jag att vi kan avvakta just nu för det verkar inte så akut eller så stort behov.

I citatet beskrev psykologen hur förutsättningar för samverkan med BHV-sjuksköterska vid barnvårdscentraler kan bidra till kvaliteten i arbetet. Genom samverkan kunde psykologen dels inleda kontakt med hjälp av det förtroendet som familjen hade för BHV-sjuksköterskan, dels genom sin fysiska närvaro hjälpa BHV-sjuksköterskan att avdramatisera en remiss till psykologmottagningen. Respondenten beskrev även hur hen genom en etablerad form för samverkan och i dialog med BHV-sjuksköterskan kunde bidra med sin professionella expertis i bedömningen att avvakta med en remiss. Genomgående illustrerar citatet hur professionerna kunde samordna sina resurser för att ge adekvat stöd till föräldrarna.

I materialet återfanns vissa uttryck för upplevd brist på kommunikation som kunde ha en negativ påverkan för vårdkvaliteten. Frustrationen var särskilt tydlig då respondenterna beskrev erfarenheter av att barn och föräldrar inte fått hjälp att söka stöd tidigare, exempelvis när remitterade barn uteblivit från besök utan återkoppling till BVC. Det var i första hand BHV-sjuksköterskor som uttryckte frustration då deras regelbundna kontakt med familjer ger en förståelse för familjernas situation och behov av stöd. En BHV-sjuksköterska berättar:

det känns ibland långt ifrån [...]vi skickar remisser till olika instanser eller har samverkan med förskolan, men [...] ibland känns det som att man inte får så mycket återkopplat [...] vissa föräldrar behöver stöttning i det här om man då får reda på att ... de inte kunde ta sig till [Stad], då får man bara svaret att de uteblev och remissen går tillbaka. Då kan jag känna att då måste man göra om hela proceduren igen, vilket gör att det blir ganska trögjobbat ibland.

Flera respondenter beskrev hur de önskade att de skulle bli kontaktade och att det skulle räcka långt att bli uppringd. Just kommunikation kring familjer var något som framhölls som viktigt för att samverkan ska fungera. En BHV-sjuksköterska berättar om bra samverkan med förskolor:

Jag skulle säga att förskolor i vårt område är väldigt bra på att kontakta oss. Hej, vi har pratat med de här föräldrarna och skulle bara vilja delge vår del av det och då har vi en överenskommelse med förskolan att om de ber föräldrarna om tillåtelse så är det okej att de ringer oss. Sen behöver föräldrarna i sin tur ge sitt godkännande till oss för att vi ska få delge till förskolan.

I citatet syntes också en viktig förutsättning för samverkan, i det att bägge parter hade för vana att inhämta föräldrars godkännande och därmed göra det möjligt att kunna samordna insatser. Den överenskommelse som fanns mellan barnhälsovård och förskola gör att fler ärenden kunde bli uppmärksammade, eftersom förskolan får återkoppling gällande stödet familjen får.

I hela materialet finns en tilltro till andra professioner och andras specialkompetens. Det är en viktig aspekt av samverkan. En BHV-sjuksköterska uttrycker det så här:

”Vi tänker att när vi lämnar över till nästa instans, när det blir specialistnivå, då släpper vi lite härifrån för att vi tänker att nu är de upptagna där.”

I citatet uttrycker respondenten att när de lämnar över till, eller kopplar på, specialistnivå anpassar barnhälsovården sina insatser till familjen utifrån uppfattningen att barnet får specialiststöd av exempelvis logoped för sin språkutveckling. Med antagandet att familjen får specialiststödet kan BHV åter ge familjen generellt stöd. Det finns en tillit till att andra aktörer är kompetenta och gör ett bra jobb.

Pandemins påverkan

Intervjustudien

I intervjuerna beskrevs hur pandemin och de restriktioner som i olika perioder har varit gällande sedan pandemiutbrottet har påverkat barnhälsovårdens verksamhet. Respondenter från familjecentraler betonade stängningen av de öppna förskolorna som ett hinder för verksamheten. Den öppna förskolan är under normala omständigheter en lättillgänglig mötesplats dit föräldrar kan komma utan bokningar. En öppen förskola är en mycket viktig del av den tillgänglighet som familjecentralens samlokalisering innebär. Stängningen innebär därmed att en av de organisatoriska grundförutsättningarna för familjecentralen som verksamhet saknades under pandemin och därmed även under projektets genomförandeperiod. Vidare beskrev familjecentralens respondenter att de samlokaliserade verksamheternas olika huvudmän har beslutat om olika riktlinjer för olika personalgrupper och olika delar av verksamheten. Olika delarna har gällt både förhållningsregler i arbetet med barn och föräldrar och förhållningsregler för skyddsutrustning. Vissa delar av verksamheten har endast fått ta emot besök av en förälder/vårdnadshavare, samtidigt som andra delar haft möjlighet att ta emot två föräldrar/vårdnadshavare. Vidare har gruppaktiviteter kunnat bedrivas av vissa personalgrupper men inte i lokaler som tillhört en annan huvudman. Restriktioner och riktlinjer har medfört fysiska gränsdragningar mellan personal och familjer. En socionom beskrev avskiljning av personalgrupper och familjer genom skilda ingångar:

Vi har särat ingångarna så de gravida går in i en egen ingång och vi andra på andra sidan och vi har verkligen försökt göra allt för att det ska vara så, det har också varit mycket jobb med skyltar [...]

Av citatet framgår hur verksamheten förändrade lokalen genom att göra en ingång för gravida, och en ingång för barn, föräldrar och personal. Kommentaren om att det krävt mycket jobb med skyltar visar att personalen genom olika ingångar omformat hur människor rör sig i lokalen. De behövde begränsa lokalerna för att minska smittspridningen, vilket blev påtagligt i en verksamhet där lokalerna egentligen är utformade för att föra människor samman.

Behovet av att hålla avstånd har också krävt en åtskillnad av personal och personalgrupper. Respondenterna beskriver att det har haft en negativ inverkan på relationer och i viss mån även på förutsättningar för samverkan. Det har funnits fysiska gränser för samverkan i och med att dörrar som tidigare varit öppna har behövt vara stängda. En annan socionom berättar om hur stängda dörrar påverkat samverkan på familjecentralen:

”... under pandemin har det blivit så att vi har stängt dörren mellan regionen och kommunen ... [...] Just samverkan och samarbetet mellan

kommun och region är ... skulle jag säga, sämre än vad det kanske någonsin har varit.”

I respondentens beskrivning innebär den stängda dörren att familjecentralens normala flöden av familjer och personal stoppas. Familjecentralen fungerade i praktiken inte som samlokaliserade verksamheter och det påverkade samverkan och samarbete. De omställningar inom verksamheten som var givna av restriktioner och riktlinjer utifrån pandemin belyser samtidigt omständigheter och fördelar i det som tidigare varit det normala. En BHV-sjuksköterska beskriver hur de restriktioner som pandemin medförde påverkat själva besöken:

”...även om jag inte påverkas jättemycket i vad jag ska göra och inte på jobbet, så påverkas jag mycket i att besöken blir annorlunda. Det är inte så [...] att mitt uppdrag innebär att jag gör mer eller mindre eller att jag utsätter mig för mer risker nu än innan, men det är generellt psykiskt tyngre för en annan också. Man är tröttare när man kommer hem från jobbet för att man jobbar hela tiden mot att antingen locka ett barn eller hjälpa en förälder som mår dåligt. Det skulle jag säga uppstår... det är säkert vartannat besök som man gör antingen eller.”

Av citatet framgår att vissa delar av arbetet har blivit mer betungande i och med pandemin, genom att arbetet med barn och vårdnadshavare har varit mer känslomässigt krävande och det grundläggande relationsbyggandet krävt mer arbete.

Utifrån intervjuerna var bilden mer otydlig än i enkäterna när det gäller arbetsbörda (jmf. kvantitativa krav). Av de intervjuer som genomförts med BHV-sjuksköterskor förefaller inte antalet besök av barn och föräldrar ha ändrats i och med pandemin och restriktioner, däremot har formerna för besöken förändrats. Respondenterna gav över lag uttryck för en ökad trötthet till följd av att arbetet under pandemin blev mer psykiskt och känslomässigt krävande.

Verksamheternas beskrivningar

Åtta av länets elva familjecentraler inkom med underlag i form av övergripande redogörelser och beskrivningar av hur verksamheterna hade påverkats av pandemin. Dessa underlag visar att de öppna förskoleverksamheterna i stort sett varit stängda. Vid några familjecentraler har den öppna förskolan under perioder ställt om till utomhusverksamhet, medan verksamheten vid vissa familjecentraler har varit öppen för tidsbokning för familjer med särskilda behov. Vidare framgår att gruppverksamheter för föräldrar i form av utbildningar, temakvällar och föräldragrupper i stor utsträckning har ställts in. I vissa fall har gruppverksamheter kunnat anpassas till digital form, genomförts med begränsat antal deltagare eller utomhus.

Familjecentralernas underlag visar generellt att förutsättningarna för samverkan har påverkats negativt av pandemin. Olika faktorer som försvårat eller hindrat samverkan har betonats. Exempel på förutsättningar som påverkats negativt är möjlighet till samverkan mellan kommunens och regionens verksamheter, i form av medverkan vid samordningsträffar eller samverkansgrupper. Vidare har möjligheten att genomföra föräldragrupper, som vanligen innebär medverkan av personal från både kommunal och regional verksamhet, förhindrats till följd av restriktioner och olika riktlinjer för olika verksamheter.

Diskussion

Det aktuella projektet genomfördes mot bakgrund av barnhälsovårdens mål att erbjuda hälsofrämjande insatser till alla barn och familjer anpassat efter behov. Ökade ojämlikheter i barns hälsa och utveckling är kopplade till socioekonomiska skillnader, vilket gör att insatser inom barnhälsovården ofta är komplexa och kräver samverkan mellan olika professioner och verksamheter. Det behövs därför mer kunskap om arbetsätt och förutsättningar som är gynnsamma för arbetet med barn och föräldrar.

I det aktuella projektet har särskilt fokus legat på betydelsen av samverkan. Projektet har även avsett att bidra med kunskap om fördelar respektive nackdelar med att bedriva barnhälsovård vid familjecentral jämfört med traditionell barnvårdscentral. Föresatsen är att projektets resultat ska kunna bidra till den länsövergripande Barnhälsovården Sörmlands utvecklingsarbete.

Nedan diskuteras projektets resultat. Inledningsvis diskuteras resultaten utifrån projektets frågeställningar. Därefter sätts projektets resultat i relation till tidigare forskning och kunskapsläge. Det leder fram till en summering av projektets slutsatser, med praktiska rekommendationer för Barnhälsovården Sörmlands fortsatta utvecklingsarbete. Avslutningsvis diskuteras projektets styrkor och begränsningar samt frågor för framtida studier.

Samverkan och vårdkvalitet vid familjecentral och barnvårdscentral

Den första frågeställningen gällde skillnader i personalens erfarenheter gällande samverkan, vårdkvalitet, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande då barnhälsovård bedrivs i en familjecentral eller på en barnvårdscentral.

Sammantaget visar projektets resultat att det finns skillnader i personalens erfarenheter av samverkan, beroende på om barnhälsovård bedrivs i familjecentral jämfört med traditionell barnvårdscentral. Familjecentralers organisationsform ger bättre förutsättningar för samverkan genom samlokalisering av olika verksamheter. Mer specifikt innebär samlokalisering av verksamheter en ökad intraprofessionell tillgänglighet, vilket i sin tur ger en gynnsam grund för utökad dialog och utbyte över professionsgränserna. Däremot visar resultaten inte på några tydliga skillnader mellan organisationsform, såsom familjecentral eller barnvårdscentral, när det gäller hur viktigt respondenterna anser att samverkan är för arbetet med barnhälsovårdens uppdrag, eller de erfarenheter som de har av verksamhetens kvalitet.

Resultat från enkät- och intervjustudier ger tillsammans en nyanserad bild av hur personal inom barnhälsovården, och den närliggande verksamheten med förebyggande socialtjänst på familjecentral, upplever arbetet med barn och familjer. Övergripande ses att respondenterna anser att det finns relativt goda förutsättningar för samverkan. Uppgifter om hur ofta samverkan över professionsgränserna sker, visar att detta skiljer sig åt beroende på vilka professionsgrupper samverkan avser. Samtidigt visar resultatet på en diskrepans i professionsgruppernas ömsesidiga rapportering av hur ofta samverkan sker. Tänkbara förklaringar för detta är att det speglar de olika professionernas schematekniska förutsättningar för samverkan, eller skillnader i hur arbetet och samverkan organiseras på arbetsplatsnivå.

I intervjuerna beskrivs samverkan på olika sätt. Respondenterna talar om samverkan som olika former av professionsöverskridande samarbeten, med olika kommunikationsvägar och

arbetsrutiner (till exempel remissförfaranden). I några intervjuer används en mer avgränsad definition av samverkan, som avser aktiviteter och initiativ som genomförs tillsammans, och där just det gemensamma åtagandet skapar en extra dimension i stöd och hälsovårdande insatser till barn och familjer. Samtliga respondenter ger uttryck för att samverkan är av stor betydelse för arbetet med barn och föräldrar. Detta oberoende av professionstillhörighet eller organisationsform.

Intervjustudien visar att den samverkan som sker i barnhälsovården kan förklaras av flera samverkansfaktorer såsom samlokalisering, personkännedom och tillgänglighet till andra professioner. Familjecentraler som organisationsform bidrar med bättre förutsättningar för samverkan mellan flera av barnhälsovårdens samverkansparter. Respondenterna beskriver att det inte finns någon skarp gräns mellan förutsättningar för samverkan vid barnavårdscentral respektive familjecentral. Det väsentliga är vilka funktioner som finns att tillgå och hur lätt det är att komma i kontakt med varandra. Resultatet av enkätstudien visar emellertid på en övergripande skillnad, då respondenter vid familjecentral uppger bättre förutsättningar för samverkan jämfört med personal vid barnavårdscentral. Vad dessa skillnader avser kan intervjumaterialet i viss mån ge en bild av.

Personal vid familjecentraler beskriver i intervjuerna hur tillgänglighet till andra professioner är en viktig förutsättning för samverkan, både för strukturell samverkan mellan professioner och för samarbete i det dagliga arbetet med barn och familjer. Tillgänglighet till andra professioner förklaras huvudsakligen av verksamheternas samlokalisering, vilket bidrar till bättre kännedom om det stöd som andra professioner kan ge familjer samtidigt som tillgängligheten förenklar initiering och kontinuitet av samverkan. Det i sin tur medför att professioner hjälper familjer att få tillgång till det stöd andra kan ge. Sammantaget pekar intervjustudiens resultat på att förutsättningar för samverkan mellan de olika organisationsformerna främst skiljer sig åt beträffande de fördelar som familjecentralerna har genom samlokalisering av verksamheter med en uttalad strävan att samverka. Familjecentraler ger på så sätt förutsättningar för utveckling av professions- och verksamhetsöverskridande relationer, där professionernas kombinerade kunskap inom ramen för samverkan är en viktig tillgång för att kunna ge rätt stöd till barn och föräldrar.

Resultaten visar inte på några tydliga skillnader i erfarenheter av vårdkvalitet eller kvalitet i arbetet mellan personal vid familjecentral respektive barnavårdscentral. Över lag rapporterar respondenterna att verksamheten vid den egna arbetsplatsen ger stöd- och hälsovårdsinsatser av hög kvalitet, som uppfyller och är i enlighet med verksamhetens uppdrag och mål. Rapporterna visar också på att personalen över lag anser att det finns förhållandevis goda möjligheter till kunskapsutveckling och kunskapsutbyte med andra verksamheter.

Rapporterna ger en övergripande positiv beskrivning av hur personalen upplever arbetsförhållandena inom verksamheten i stort. Här återfinns inte heller några tydliga skillnader mellan organisationsformerna. Sammantaget rapporterar respondenterna nivåer av krav i arbetet som tyder på att dessa generellt sett är hanterbara. Både rapporter om stor arbetsbörda (kvantitativa krav) och erfarenheter av motstridiga krav och förväntningar i arbetet (roll-konflikter) är märkbart lägre än etablerade populationsbaserade referensvärden. Det är tänkbart att rapporter av upplevd arbetsbörda och roll-konflikter kan reflektera de arbetsförhållanden som gällde under den period av covid-19 pandemin som datainsamlingen genomfördes (november-december 2020). Det är också tänkbart att dessa nivåer reflekterar

den tydlighet för krav i arbetet som ges utifrån Barnhälsovårdens kravspecifikation (Region Sörmland, 2021).

Vid det tillfälle som datainsamlingen genomfördes var delar av verksamheten inställd. Det gällde särskilt verksamhetsöverskridande insatser, enskilt och i grupp, men även gemensamma möten, vilket resulterade i att respektive profession arbetade mer avgränsat inom sin expertis. Samtidigt visar resultaten på att studerade resurser i arbetet upplevts vara tillgängliga. Exempelvis framgår det av enkäter och intervjuer att respondenterna övergripande upplever en god kvalitet i ledarskapet och att de har möjligheter att kunna påverka sitt arbete.

Organisation, arbetsförhållanden och arbetsrelaterat välbefinnande

Den andra frågeställningen gällde om organisatoriska förutsättningar för samverkan bidrar till att förklara skillnader i personals arbetsrelaterade välbefinnande, respektive upplevelser av att verksamheten bedrivs i enlighet med kärnuppdrag och verksamhetsmål samt med god vårdkvalitet.

Sammantaget visar resultaten att organisatoriska förutsättningar för samverkan är av betydelse för hur personalen inom barnhälsovården och närliggande verksamheter upplever vårdkvalitet och kvalitet i arbetet, samt arbetsrelaterade välbefinnande. Vidare indikerar resultatet att en förståelse för relationen mellan förutsättningar för samverkan och kvalitet i arbetet samt arbetsrelaterat välbefinnande även behöver se till medarbetarnas förutsättningar att kunna påverka och utveckla sitt arbete, former för kollegialt stöd, samt de ramar och signaler för detta som ges från berörda chefer.

Respondenterna rapporterar generellt positiva upplevelser av såväl arbetsrelaterat välbefinnande som verksamhetens kvalitet. Dessutom ger enkätstudien även stöd för att bättre förutsättningar för samverkan bidrar till högre skattningar av såväl kvalitet i arbetet som ett starkare åtagande i arbetsplatsen. Även om förutsättningar för samverkan ger ett signifikant bidrag till förklaringen av både kvalitet i arbetet och åtagande i arbetsplatsen, så är förklaringsbidraget relativt begränsat (6–8 % förklarad varians, se Tabell 3–4). Bidraget kan samtidigt anses vara på en väntad nivå, då både förutsättningar för kvalitet i arbetet och personals åtagande i arbetsplatsen rimligen förklaras av många olika faktorer. Att förutsättningar för samverkan ger ett signifikant bidrag är emellertid en värdefull insikt, då både kvalitet i arbetet och åtagande i arbetsplatsen är viktiga faktorer för barnhälsovårdens fortsatta utvecklingsarbete. Vidare visar resultatet av den testade modellen att förutsättningar för samverkan har en relativt stor betydelse för respondenternas rapporter av tillfredsställelse med arbetet. Detta resultat visar på hur samverkan tycks ha en både grundläggande och övergripande inverkan på hur barnhälsovårdens personal och familjevägledande socionomer vid familjecentral upplever sitt arbete (oavsett organisationsform).

Intervjumaterialet ger en mer detaljerad förståelse för hur förutsättningar för samverkan relaterar till arbetsrelaterat välbefinnande och verksamhetens kvalitet. I intervjuerna framgår att respondenterna på olika sätt upplever att formerna för samverkan är av betydelse för deras tillfredsställelse med arbetet. Samverkan bidrar till att tillgängliggöra förutsättningar för att bättre kunna möta familjers behov och aktuella situation. En respondent på en familjecentral uttrycker det som "ett hållande runt familjen", som för hen är den stora fördelen med att arbeta på familjecentral. Återkommande beskriver respondenter hur förutsättningar som ger dem själva och kollegor mandat att påverka arbetet lett till utveckling av former av samverkan,

till gagn för en särskild målgrupp eller en enskild familj. Dessa är specifika exempel på när de upplever kvalitet i, och tillfredsställelse med, sitt arbete. När respondenterna lyfter dessa exempel beskriver de processer där samverkan både har initierats och utvecklats av olika professioner gemensamt. Spekulativt tyder detta på hur samverkan i viss mån kan vara en nod kring vilken barnhälsovårdens olika professionsgrupper kan påverka och utveckla arbetet med barn och familjer, och samtidigt skapa en grund för en upplevelse av kollegialt utbyte och gemenskap. En sådan tolkning erbjuder också en vidare förståelse för hur förutsättningar för samverkan bidrar till både kvalitet i arbetet, åtagande i arbetsplatsen och tillfredsställelse med arbetet.

Av respondenternas uttalanden framgår vidare att reella förutsättningar för samverkan, mandat att påverka arbetet och de former av kollegialt stöd som finns att tillgå, i viss mån villkoras av berörda chefer. I likhet med enkätstudien ger intervjustudien bilden av att medarbetarna vanligtvis inte upplever att den egna chefen brister i dessa avseenden. I stället är det svårigheter i dialoger på chefsnivå, eller en oförståelse bland chefer för samverkande verksamheter, som respondenterna beskriver som potentiella hinder. I de fall där respondenterna redogör för att dessa typer av problem på chefsnivå har inneburit att (initiativ till) samverkan har blivit lidande eller gått om intet, ges även uttryck för hur detta har haft en negativ inverkan på arbetets kvalitet och respondentens arbetsrelaterade välbefinnande. Även om det inte var något som uttalades, kan bristande kommunikation och samordning på ledningsnivå inom familjecentralerna ha bidragit till att övriga verksamheter, förutom barnhälsovården, lade ner sina verksamheter under pandemin. För en välfungerande familjecentral behöver det finnas en ledning som prioriterar samverkan och därmed fullt ut realiserar de fördelar som familjecentralens organisationsform kan ge i kontrast till enheter med endast en huvudman. En tanke är att alla nytillträdde chefer (oavsett huvudman) vid en familjecentral bör få en introduktion till ledarskap för arbete vid familjecentral. En sådan utbildning ges sedan ett antal år till nya chefer inom barnhälsovården.

Inom familjecentralen finns socionomer, den öppna förskolans pedagoger samt mödrahälsovårdens barnmorskor som utsedda samverkansparter till BHV-sjuksköterskor. De är samverkansinriktade och arbetar med förebyggande insatser. Motsvarande utsedda samarbetsfunktioner finns inte alltid när verksamheten är organiserad som barnavårdscentral.

Pandemin har påverkat verksamheternas möjligheter att tillgodose familjers behov. Något som *inte* aktualiserades i intervjuerna är familjecentralen som möjlighet att vara skyddande för barnet genom föräldrarnas nätverksbyggande. Det är intressant att denna viktiga aspekt av familjecentralen inte omnämns, eftersom föräldrarna hade svårare att bygga nätverk med andra föräldrar när öppna förskolan var stängd. För föräldrarna har det sannolikt inneburit att relationen till det professionella stödet är det som upprätthållits. Det finns exempel när relationsbyggandet mellan föräldrar berörs i beskrivningen av andra aspekter av arbetet, som att emotionella arbetskrav varit större under pandemin eller att det varit svårt att inte kunna samla innevånare vid ovanliga och svåra situationer. En spekulation är att när arenan för att bygga relationer mellan föräldrar inte funnits tillgänglig har vissa föräldrar kommit att behöva mer professionellt stöd än de annars skulle ha behövt. I Sörmland har exempelvis andelen föräldrar som remitteras till psykolog ökat under pandemin.

Projektets resultat i relation till tidigare studier och kunskapsläge

Resultaten från det aktuella projektet bekräftar tidigare studier om att samlokalisering i familjecentraler kan gynna samverkan genom att bland annat underlätta kommunikation mellan verksamheter och professioner (Foley m.fl., 2014; Szafran m.fl., 2018). Vidare ger resultaten visst stöd till tidigare forskning, i det att samverkan relaterar till både vårdkvalitet och kvalitet i arbetet samtidigt som personal vid familjecentral rapporterar bättre förutsättningar för samverkan. Däremot bekräftar resultaten inte att det finns en skillnad mellan organisationsformer avseende personalens rapporter av vårdkvalitet (jmf. Wallby m.fl., 2013). Det aktuella projektets resultat ger också stöd för att personalens upplevda förutsättningar för samverkan har betydelse för arbetsrelaterat välbefinnande (Kaiser m.fl., 2018).

Fördelar och relevans av att utgå från personalens upplevelser av förutsättningar och villkor för arbetet har rapporterats av tidigare forskning (ex. krav och resurser: Bakker och Demerouti, 2018), och studier med fokus på barnhälsovårdens verksamhet (Nygren m.fl., 2021). Utöver relevansen av att se till förutsättningar för samverkan, belyser det aktuella projektet även hur respondenterna erfar att vissa specifika arbetsförhållanden (ex. arbetsbörda, möjlighet att påverka arbetet, socialt stöd och kvalitet i ledarskapet) också har betydelse för deras upplevelser av kvalitet i arbetet och tillfredsställelse med arbetet.

Även om det har påtalats att det saknas kunskap dels om hur samverkan inom vård och omsorg kan stärkas (Reeves m.fl., 2017) dels vilka effekter som samverkan medför (SBU, 2017), har tidigare studier inom barnhälsovård visat att omorganisation till ett familjecentralsbaserat arbetssätt tycks förbättra förutsättningar för samverkan och höjer personalens upplevelse av såväl vårdkvalitet som arbetsrelaterat välbefinnande (Martinussen m.fl., 2017). Vikten av att ta fasta på personalens upplevelser av kvalitet i arbetet och arbetsrelaterade välbefinnande understryks av att dessa bedömningar av kvalitet visat sig vara en indikator för objektiv kvalitet (McHugh och Stimpfel, 2012), och att kvalitet i arbetet är en faktor som förklarar tillfredsställelse med arbetet hos personal inom vård och omsorg (Bakker, 2015; Smith och Shields, 2013). Det aktuella projektet i barnhälsovårdens och den förebyggande socialtjänstens verksamhetsområde, kompletterar denna bild genom att visa på förhållanden mellan förutsättningar för samverkan, arbetsförhållanden och villkor (krav och resurser i arbetet), kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande.

Slutsatser och praktiska rekommendationer

Slutsatser

- Personal inom barnhälsovården i Sörmland, samt förebyggande socialtjänst vid familjecentraler, rapporterar över lag goda förutsättningar för samverkan, goda arbetsförhållanden och att verksamheten bedrivs med hög kvalitet.
- Förutsättningar för samverkan bidrar till förklaringen av personalens upplevelser av kvalitet i arbetet och arbetsrelaterat välbefinnande.
- Familjecentral är en organisationsform som gynnar förutsättningar för samverkan, genom att samlokalisering innebär ökad tillgänglighet och underlättar både initiering och kontinuitet i samverkan över professions- och verksamhetsgränser.

- Resultatet visar även att samverkan med andra funktioner i barnhälsovården som psykologer och logopeder gynnas av samlokalisering.
- Samtidigt visar resultaten att ett selektivt fokus på organisationsform inte är tillräckligt för att barnhälsovården ska kunna utvecklas till att bli mer jämlik och rättvis genom stärkt samverkan.
- Under pandemin har familjecentralers förutsättningar att bedriva sin verksamhet påverkats negativt.

Praktiska rekommendationer

- Personliga relationer främjar samverkan. Relationsbyggande över professionsgränserna, som gemensamma utbildningsdagar för personkännedom och tillit mellan parter, bör premieras.
- Fördelar med det familjecentralbaserade arbetssättet gör att denna organisationsform med fördel bör premieras i det fortsatta utvecklingsarbetet av barnhälsovården i Sörmland.
- Kommunikationen mellan verksamheter kan utvecklas, vad gäller överlämning och informationsutbyte. Ett exempel är återkoppling när ett remitterat barn uteblir. Ett annat exempel är att rutinmässigt efterfråga föräldrarnas tillstånd att häva sekretess för att förenkla arbetet med återkoppling kring exempelvis remisser.
- För att fullt ut kunna realisera de fördelar som organisationsformen familjecentraler kan ge, krävs en ledning som prioriterar samverkan.
- Utvecklingsarbete behöver inkludera verksamhetens grundläggande villkor och ledning (chefs nivå), tillgodose former för organisatoriskt stöd till de ingående verksamheterna och kollegialt stöd mellan personal, samt uppmuntra och främja personalens möjligheter att påverka och utveckla arbetet.
- En viktig rekommendation blir därför att personalen är delaktig i det fortsatta utvecklingsarbetet, så att verksamheten kan utvecklas i linje med de behov och de former som krävs för att möta den ökade ojämlikheten i barns och familjers förutsättningar och hälsa — genom en god och nära vård.

Referenser

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Bailey, C. (2017). The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), pp. 164–166. doi: 10.1080/13561820.2016.1261098
- Bakker, A. B. (2015). A Job Demands-Resources approach to public service motivation. *Public Administration Review*, 75(5), pp. 723-732. doi: 10.1111/puar.12388
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), pp. 4–28. doi: 10.1080/1359432X.2010.485352
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources theory. In Chen, P. Y., & Cooper, C. L. (Eds.) *Work and well-being: A complete reference guide* (vol. III., pp. 3-28). John Wiley and sons, Ltd.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job-Demands Resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), pp. 273–285. doi: 10.1037/ocp0000056
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job-demands resources theory: Implications for employee well-being and performance. In Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (Eds.), *Handbook of Well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers, doi: nobascholar.com
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work-engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, pp. 389–411. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Barnhälsovården i Sörmland. (2021). *Årsrapport Barnhälsovården 2020*.
- Berthelsen, H., Hakanen, J. J., and Westerlund, H. (2018). Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A validation study using the Job Demand- Resources model. *PLoS One* 13:e0196450. doi: 10.1371/journal.pone.0196450
- Berthelsen, H., Westerlund, H., Bergström, G., & Burr, H. (2020). Validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire version III and establishment of benchmarks for psychosocial risk management in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3179. doi: 10.3390/ijerph17093179
- Bruner, J. (1991). *The Narrative Construction of Reality*. *Critical Inquiry* 18(1) pp. 1–21.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing. *Medical Care*, 43(6), pp. 616–626. doi: 10.1097/01.mlr.0000163661.67170.b9
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schauflei, W. B. (2001). The Job Demands-Resource model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3). doi: 10.1037//0021-9010.86.3.499
- Foley, M., Dunbar, N., & Clancy, J. (2014). Collaborative care for children: a grand rounds presentation. *J Sch Nurs*, 30(4). doi: 10.1177/1059840513484364
- Folkhälsomyndigheten (2021a). *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2021*.
- Geisler, M. & Allwood, C. M. (2015). Competence and quality in real-life decision-making. *PLoS ONE*, 10(11): e0142178. doi:10.1371/journal.pone.0142178
- Geisler, M., Berthelsen, H., & Hakanen, J. J. (2019a). No job demand is an island – Interaction effects between emotional demands and other types of job demands. *Frontiers in Psychology*, 10:873. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00873
- Geisler, M., Berthelsen, H., & Muhonen, T. (2019b). Retaining social workers: The role of quality of work and psychosocial safety climate for work engagement, job satisfaction, and organizational commitment. *Human Service Organizations: Management, Leadership, and Governance*, 43:1. doi: 10.1080/23303131.2019.1569574
- Geisler, M., Buratti, S. & Allwood, C. M. (2019c). The complex interplay between emotion

- regulation and work rumination on exhaustion. *Frontiers in Psychology*, 10:1978. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01978
- Kaiser, S., Patras, J., & Martinussen, M. (2018). Linking interprofessional work to outcomes for employees: a meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 41(3). doi: 10/1002/nur.21858
- Lesener, T., Guys, B., & Wolter, C. (2019) The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33:1. doi: 10.1080/02678373.2018.1529065
- Martinussen, M., Kaiser, S., Adolfsen, F., Patras, J., & Richardsen, A. M. (2017). Reorganisation of healthcare services for children and families: Improving collaboration, service quality, and worker well-being. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4). doi: 10.1080/13561820.2017.1316249
- McHugh, M. & Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing and Health*, 35(6), pp. 566–575. doi: 10.1002/nur.21503
- Nygren, U. S., Tindberg, Y., Erikson, L., Larsson, U., Sandberg, H., & Nordgren, L. (2021). Healthcare professionals' perceptions about interprofessional teamwork: a national survey within Swedish child healthcare services. *BMC Health Services Research*, 21:265, doi: 10.1186/s12913-021-06139-3
- Nylén, U. (2018). Multi-professional teamwork in human services. *J Health Organ Manag*, 33(5). doi: 10.1108/JHOM-03-2017-0062
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., and Bjorner, J. B. (2010). The second version of the copenhagen psychosocial questionnaire. *Scand. J. Public Health*, 38, 8–24. doi: 10.1177/1403494809349858
- Ramböll (2014). *Familjecentrum kartläggning och utvärdering*. Stockholm. Ramböll.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, L., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Region Sörmland (2021). Kravspecifikation för barnhälsovård i Region Sörmland.
- SBU (2017). *Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Rapport 273.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversations*. Sacks, H. (1992). Oxford: Blackwell.
- Sandberg, H. (2010). The concept of collaborative health. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6). doi: 10.3109/13561821003724034
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources model: Implications for improving work and health. In Bauer, G. F. & Hämmig, O. (Eds.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (pp. 43–68). Dordrecht, the Netherlands: Springer. doi: 10.1007/978-94-007-5640-3_4
- Smith, D. S., & Shields, J. (2013). Factors related to social service workers' job satisfaction: Revisiting Herzberg's motivation to work. *Administration in Social Work*, 37, pp. 189–198. doi: 10.1080/03643107.2012.673217
- Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Artikelnummer: 2014-4-5
- Socialstyrelsen (2015). *Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård*. Artikelnummer: 2015–12-38
- Socialstyrelsen (2020). Nationell kartläggning av barnhälsovården – en jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Artikelnummer: 2020-10-6889
- SOU 2017:4. *För en god och jämlik vård – en utveckling av det folkhälso-politiska*

ramverket. Statens Offentliga Utredningar, Stockholm.
SOU 2021:34: *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.
Statens Offentliga Utredningar, Stockholm.
Szafran, O., Kennet, S. L., Bell, N., & Green, L. (2018). Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal of Primary Health Care*, 10(3). doi: 10/1071/hc18018
Wallby, T., Fabian, H., & Sarkadi, A. (2013). Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler. *Läkartidningen*, 2013;110: CADY

Webbkällor

Nationalencyklopedin. Vårdkvalitet - Uppslagsverk - NE.se

Rikshandboken Barnhälsovård. *Rikshandboken Barnhälsovård-för professionen*. 2021-10-27
<https://www.rikshandboken-bhv.se>

Folkhälsomyndigheten (2020). *Beslut om skärpta allmänna råd i Kronobergs och Södermanlands län*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/november/beslut-om-skarpta-allmanna-rad-i-kronobergs-och-sormlands-lan/> [2022-02-17]

Folkhälsomyndigheten (2021b). *Anpassning av smittskyddsåtgärder påbörjas 1 juni*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/maj/anpassning-av-smittskyddsatgarder-paborjas-1-juni/> [2022-02-17]

Intervjuguide

Var arbetar du?

- Hur stor är din tjänstgöringsgrad inom Barnhälsovårdens verksamhet?
- Har du flera olika arbetsplatser?
- Om så, vad anser du vara din "grundarbetsplats"?
- Hur trivs du med jobbet med barnhälsovård?

Vad skulle du säga är det viktigaste uppdraget/målet för Barnhälsovårdens verksamhet?

- Hur tycker du att förutsättningarna är att arbeta med/nå detta uppdrag/mål?
- Vad skulle du säga är det viktigaste uppdraget för dig i ditt arbete med barn och föräldrar?
- Hur tycker du att förutsättningarna är för dig att kunna utföra dessa uppgifter/arbete med detta uppdrag?

Kan du berätta om ditt arbete?

Hur ser en vanlig arbetsvecka ut för dig?

Upplever du att du vanligtvis har förutsättningar att ge stöd till föräldrar och barn?

- Vad fungerar bra?
- Vilka förutsättningar skulle kunna vara bättre?
- Varför och på vilket sätt tänker du att de skulle kunna vara bättre?

Kan du berätta om din arbetsplats/dina arbetsplatser?

Vilka andra professionsgrupper finns på din arbetsplats med barnhälsovård?

Vilka av dessa professionsgrupper arbetar/samverkar du tillsammans med?

Betraktar du alla som dina arbetskamrater? Varför/Varför inte?

Hur samverkar du i ditt arbete med barn och föräldrar?

Kan du berätta om den samverkan som du är delaktig i, hur ser samverkan ut för dig i ditt arbete?

- Professionsgrupper/aktiviteter
- Internt/Externt

Vad fungerar bra i den samverkan som du är delaktig i?

- Vad har det för effekter? (dvs. relatera till utfall)

Vad fungerar mindre bra i den samverkan som du är delaktig i?

- Vad har det för effekter? (dvs. relatera till utfall)

Vilka faktorer har betydelse för om samverkan ska fungera eller inte?

Covid-19 pandemin

Hur har pandemin och restriktioner påverkat...

- din arbetsplats?
- dina arbetsuppgifter?
- din samverkan?

Verkar alla medarbetare få samma information/förhållningsorder?

Hur tror du att det kommer att se ut efter pandemin?

- vad av "det nya" kommer att vara kvar/utvecklas till det nya normala?
- vad kommer att återgå till hur det var innan?

Över lag och summerande

- förutsättningar för samverkan?
- betydelsen av samverkan?
- utvecklings- och förbättringsbehov för samverkan inom Barnhälsovården?

Hur ser ledningen ut på din arbetsplats (med barnhälsovård)?

(Fördelar/nackdelar med samma chef/olika chefer/nära chef?)

- Upplever du att ledningen och ni som är kliniskt verksamma en samsyn kring verksamheten (mål/kvalitet)?
- Upplever du att du, din chef/de olika cheferna samsyn kring samverkan?

Hur ser det ut med gemensamma APT/planeringsdagar etc.?

Har alla medarbetare vid din/dina arbetsplatser liknade förutsättningar till...

- att kunna ge god omsorg och stöd till barn och föräldrar (verksamhetsmål/kvalitet i arbetet/tillfredsställelse i arbetet)
- att samverka i arbetet med barn och föräldrar?
- till kompetensutveckling?

Ytterligare fokus om ännu ej beaktat utifrån frågorna ovan

Skillnader och fördelar/nackdelar med Familjecentral/traditionell BVC

Har du jobbat på Familjecentral/BVC - reflektioner?