

Tillsammans för en trygg start

En modell för utökade hembesök
i utsatta områden

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som PDF på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-6-10272

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2026

Förord

I denna rapport presenteras resultaten av en pilotmodell, *Tillsammans för en trygg start*, för ökade hembesök i socioekonomiskt utsatta områden. Rapporten är en slutredovisning för regeringsuppdraget (S2019/00910/FS), där Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram och pröva en pilotmodell för ökade hembesöksprogram och att utvärdera om modellen kan förbättra barns hälsa och fånga upp riskfamiljer med behov av extra socialt stöd.

Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till deltagande pilotverksamheter, studiedeltagare och externa utvärderare som på olika sätt bidragit till rapporten. Externa forskare från CHAP (Child Health and Parenting) vid Uppsala universitet har utvärderat modellen. Ansvarig forskare för rapporten har varit Anneli Muhr, enheten för forskning och utveckling. Renée Andersson har varit tillförordnad enhetschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Bakgrund.....	7
Ojämlig hälsa bland barn	7
Varför tidiga insatser i barns liv	8
Regeringens uppdrag och syfte.....	9
Att ta fram och kliniskt testa pilotmodellen.....	11
Från Rinkebymodellen till Tillsammans för en trygg start.....	11
Genomförande i pilotområdena	13
Erfarenheter från pilotområdena	14
Utvärdering av modellen – sex delstudier.....	17
Delstudie 1: Implementeringen av <i>Tillsammans för en trygg start</i> i fyra pilotområden	17
Delstudie 2: Föräldrars och personalens upplevelser av modellen	19
Delstudie 3: Försök att mäta samspel mellan föräldrar och barn	23
Delstudie 4: En kostnadsanalys.....	24
Delstudie 5: En nationell effektstudie	25
Delstudie 6: En litteraturstudie	29
Slutsatser	31
Centrala kliniska erfarenheter	31
Utvärderingens centrala resultat.....	32
En modell som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet	33
Avslutande reflektion.....	34
Referenser.....	36
Bilaga 1. Vägledande material	39

Sammanfattning

Barn som växer upp i socioekonomiskt utsatta områden har större risk för sämre hälsa och mindre gynnsamma uppväxtvillkor. Vanlig barnhälsovård når inte alla dessa familjer. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram, pröva och utvärdera en förstärkt pilotmodell för utökade hembesök. Modellen heter *Tillsammans för en trygg start* och riktar sig till familjer med sitt första barn i särskilt utsatta områden.

Socialstyrelsen har tagit fram och provat modellen i fyra socioekonomiskt utsatta områden. Modellen ger stöd från sen graviditet till dess att barnet fyller två år. Familjen får flera hembesök och besök på mottagning. Vid besöken deltar barnhälsovård och socialtjänstens förebyggande verksamhet och ibland mödravård och tandvård. Alla familjer i området får samma erbjudande och familjer med större behov får mer socialt stöd. Modellen bygger vidare på tidigare svenska erfarenheter av utökade hembesöksprogram. Oberoende forskare har utvärderat modellen.

Utvärderingen visar att de flesta familjer, 87 procent, tackade ja till programmet. Det betyder att erbjudandet upplevs som brett och inte blir utpekande. Föräldrar och personal som deltagit i programmet beskriver en mer sammanhållen vård-och stödkedja från graviditet till två års ålder, större trygghet i föräldrarollen och starkare tillit till både barnhälsovård och socialtjänst. Flera föräldrar kände inledningsvis en oro inför socialtjänsten, men återkommande besök i hemmet gav bättre relationer och minskad rädsla. Socialtjänsten fick tidigt kontakt med många föräldrar med stora stödbehov och flera familjer fick också extra besök.

I pilotområdena visar utvärderingen vissa positiva effekter på barns hälsa och vårdkontakter. Barn hade något färre akutbesök i öppenvård, fler barn fick MPR-vaccin före 18 månaders ålder och fler språkscreeningar genomfördes samtidigt som färre barn remitterades till logoped. En nationell effektstudie av liknande hembesöksprogram visar även minskat vårdutnyttjande, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden där programmen varit brett införda och nått många barn.

Effekterna på flera av hälsomåttan är detta till trots små och delvis osäkra. Genomförandet såg olika ut mellan pilotområdena, bland annat på grund av hög arbetsbelastning, personalbyten och utmaningar att få till en fungerande samordning. Erfarenheterna visar att om modellen ska hålla god kvalitet är det betydelsefullt med tydlig ledning, samlokalisering och tillräckliga resurser. Det kan leda till att föräldrar även tar kontakt med socialtjänsten utöver de planerade besöken och exempelvis får psykosocialt stöd, anpassad samhällsinformation och kontakt med andra myndigheter.

Tillsammans för en trygg start

Sammantaget visar utvärderingen att modellens största styrka finns i dess förebyggande och relationsskapande arbetssätt och i förmågan att tidigt fånga upp riskfamiljer som behöver extra socialt stöd.

Bakgrund

Denna rapport är Socialstyrelsens slutredovisning av regeringens uppdrag om *Tillsammans för en trygg start* – en modell för utökade hembesök i socioekonomiskt utsatta områden.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och pröva en pilotmodell för utökade hembesök och att utvärdera om modellen kan förbättra barns hälsa och fånga upp riskfamiljer med behov av extra socialt stöd. I resten av kapitlet beskrivs bakgrunden till uppdraget och hembesöksprogrammen sätts in i ett bredare kunskapsperspektiv.

Den nya socialtjänstlagen (2025:400) betonar tidigt stöd och förebyggande arbete för barn och föräldrar. Lagen ställer också krav på att socialt arbete ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. *Tillsammans för en trygg start* utgår från den kunskap som finns i dag om tidiga insatser och från erfarenheter i svensk barnhälsovård och socialtjänst. Modellen visar hur tidiga och samordnade hembesök kan vara ett konkret sätt att omsätta den nya socialtjänstlagens inriktning i praktiken, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden.

Ojämlig hälsa bland barn

Barn i Sverige har generellt god hälsa, men hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Forskning visar att barn som växer upp i socioekonomiskt utsatta områden löper högre risk för sämre hälsa och för mindre gynnsamma uppväxtvillkor [1]. Socioekonomisk utsatthet kan också öka risken för omsorgssvikt¹, vilket kan få allvarliga konsekvenser för barns hälsa både på kort och lång sikt [2].

Barnhälsovården har ett centralt uppdrag att förebygga ohälsa och bidra till mer jämlika uppväxtvillkor. Det ordinarie barnhälsoprogrammet är utformat som en generell insats och riktar sig till alla barn och föräldrar. Trots detta har det visat sig svårt att fullt ut nå de mest socioekonomiskt utsatta familjerna [2].

Mot denna bakgrund har frågan om hur samhället bättre kan stödja barn i socioekonomiskt utsatta områden fått ökad tyngd i svensk folkhälsopolitik [3, 4]. Regeringen har tydliggjort ambitionen att motverka skillnader i barns hälsa och uppväxtvillkor och att stärka tidiga, förebyggande insatser. Därför gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram, pröva och utvärdera en modell för utökade hembesök i utsatta områden.

¹ Omsorgssvikt innebär att grundläggande fysiska, psykiska eller medicinska behov inte tillgodoses.

Varför tidiga insatser i barns liv

Det finns ett omfattande kunskapsunderlag som visar att tidiga insatser, från graviditet och under de första levnadsåren, är särskilt viktiga för barns hälsa och utveckling [5-7]. För att motverka risker för sjukdomar i vuxenlivet [5] på grund av ojämlikheter i hälsa under barndomen är tidiga insatser både mest önskvärda och potentiellt mest effektiva [6].

Ekonomisk forskning [6] betonar också att den tidiga barndomen är avgörande för god och jämlik hälsoutveckling, vilket gör att den tidiga barndomen är väl värd att investera i. Den så kallade Heckmankurvan visar att samhällsinsatser tidigt i barns liv ger högre social och ekonomisk avkastning än insatser som sätts in senare i livet [2, 7-10]. Det stödjer inriktningen att satsa på tidiga, brett riktade insatser för små barn.

Inriktningen på tidiga, förebyggande insatser går väl i linje med svensk folkhälsopolitik, där regeringen vill motverka skillnader mellan barns olika hälsa och uppväxtvillkor. Det går även i linje med Kommissionen för jämlik hälsa, som särskilt pekar på betydelsen av barnhälsovårdens kompensatoriska och förebyggande insatser [3, 4, 11].

Barnhälsovård och utökade hembesök

Barnhälsovården i Sverige är ett universellt erbjudande till alla barn och deras föräldrar [12]. Syftet är att förebygga ohälsa och utjämna skillnader i hälsa och uppväxtvillkor. Samtidigt har forskning och praktik visat att enbart generella insatser inte är tillräckliga för att nå de familjer som har störst behov av socialt stöd [12, 13]. Barnhälsovårdens basprogram erbjuder sedan länge endast ett hembesök till alla nya föräldrar. Erfarenhet från utsatta områden visar att ett hembesök ofta inte räcker till. En central uppgift är därför att finna sätt att utveckla och förverkliga den kompensatoriska och förebyggande potentialen inom barnhälsovården.

Ett viktigt begrepp i detta sammanhang är proportionell universalism [14]. Det innebär att insatser är universella, det vill säga erbjuds alla, men att omfattning och intensitet anpassas efter behov. Generella insatser ger en grundnivå av stöd till hela befolkningen, medan familjer med större behov får mer omfattande och riktat stöd. På så sätt kan man undvika att selektiva insatser skapar stigmatisering, samtidigt som man undviker att generella insatser lämnar de mest utsatta familjerna utan tillräckligt stöd.

Utökade hembesöksprogram är ett konkret sätt att förverkliga proportionell universalism i barnhälsovården [15, 16]. Programmen innebär att familjer får förstärkt stöd och erbjuds fler hembesök än i det ordinarie barnhälsoprogrammet, ofta i samverkan mellan flera aktörer. Internationellt har sådana program visat positiva effekter för barns hälsa och utveckling,

särskilt när det riktas till familjer i socioekonomiskt utsatta grupper och syftar till att stärka föräldraförmåga och föräldraskap [2, 17-20].

I flera länder, exempelvis USA, Storbritannien, Nederländerna och Danmark, har utökade hembesöksprogram använts under lång tid. Den internationella forskningen har varit en viktig drivkraft för att pröva liknande arbetssätt i Sverige [13, 15, 21, 22]. Samtidigt skiljer sig den svenska välfärdskontexten från vissa av dessa länder, vilket gör att modeller och resultat inte kan överföras rakt av utan behöver anpassas till svenska förhållanden [23].

Under de senaste decennierna har därför flera lokala hembesöksmodeller utvecklats i Sverige. Ett av de första initiativen var *Rinkebymodellen*, ett utökat hembesöksprogram i samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänstens förebyggande verksamhet [24-26]. Rinkebymodellen har inspirerat andra lokala satsningar, såsom *Växa tryggt*, *Trygg start* och *Förstärkt föräldraskap* [24, 25]. Gemensamt för dessa program är att de erbjuder fler hembesök än ordinarie barnhälsoprogram och att de syftar till att ge ett mer långsiktigt, samordnat och behovsanpassat stöd till familjer i socioekonomiskt utsatta områden [26-28]. Dessa svenska lokala initiativ har bidragit till ett växande intresse för utökade hembesöksprogram även på nationell nivå.

Regeringens uppdrag och syfte

Mot bakgrund av den ojämna hälsan bland barn, den internationella och nationella forskningen om den centrala betydelsen av tidiga insatser och de svenska erfarenheterna av lokala hembesöksprogram gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och pröva en pilotmodell med nationellt stöd för utökade hembesök i socioekonomiskt utsatta områden.

Regeringsuppdraget består av två delar, dels att ta fram och testa pilotmodellen, dels att utvärdera om modellen är en effektiv metod för denna typ av verksamhet. Den första delen syftar till att både ta fram pilotmodellen och sedan kliniskt testa modellen i utvalda socioekonomiskt utsatta områden. Framtagandet av pilotmodellen *Tillsammans för en trygg start* utgår från Socialstyrelsens tidigare förslag [17], där pilotmodellen särskilt ska bygga vidare på Rinkebymodellen. Syftet med pilotmodellen är att förstärka vård- och stödkedjan med fler besök och fler samverkansaktörer (barnhälsovård, mödrahälsovård, socialtjänstens förebyggande verksamhet och tandvård).² Den andra delen av regeringsuppdraget syftar till att utvärdera pilotmodellen. Utvärdering skulle särskilt fokusera på om modellen effektivt kan förbättra barns hälsa och fånga upp riskfamiljer med

² I nästa kapitel redogörs för en mer detaljerad beskrivning av hur pilotmodellen bygger vidare på Rinkebymodellen – se sid 12–14.

behov av extra socialt stöd. Därutöver förväntar sig regeringen att efter projektets slut ska det finnas en metod baserad på stöd i forskning eller i beprövad erfarenhet.

Sammanfattningsvis omfattar regeringsuppdraget två delsyften:

1. Att ta fram en pilotmodell för utökade hembesök och kliniskt testa modellen i utvalda socioekonomiskt utsatta områden (som väljs ut av Socialstyrelsen)
2. Att utvärdera huruvida pilotmodellen för utökade hembesök är en effektiv metod för att förbättra barns hälsa i socioekonomiskt utsatta områden och dessutom om metoden fångar upp riskfamiljer som behöver extra socialt stöd.³

Pilotmodellen skulle utvärderas av oberoende aktörer och externa forskare från CHAP (Child Health and Parenting) vid Uppsala universitet har utvärderat modellen. Projektiden justerades något initialt på grund av pandemin och det kliniska genomförandet och även utvärderingen försköts med ett år framåt i tiden.⁴

³ Regeringsbeslut, dnr S2019/00910/FS

⁴ Redovisningsdatum för uppdraget ändrades av Socialdepartementet till senast 1 juni 2026 med anledning av covid-19-pandemin i regleringsbrevet 2020-06-25 (S2020/05630).

Att ta fram och kliniskt testa pilotmodellen

I detta kapitel beskrivs hur pilotmodellen *Tillsammans för en trygg start* togs fram och hur den genomfördes i de utvalda områdena.

Erfarenheterna visar att modellen ger tidiga och återkommande möten mellan familjer och flera samhällsaktörer, vilket stärker möjligheten till tidigt stöd och förebyggande arbete.

Från Rinkebymodellen till Tillsammans för en trygg start

Pilotmodellen *Tillsammans för en trygg start* bygger vidare på tidigare utökade hembesöksmodeller, särskilt på Rinkebymodellen. Det är en universell insats som erbjuds i geografiskt avgränsade socioekonomiskt utsatta områden. Modellen utgår från principen om proportionell universalism, där insatsen ges i proportion till och anpassas efter behov [14]. Modellen ska förena två saker. Alla familjer i området får samma grunderbjudande. Samtidigt kan familjer med större behov få fler och mer riktade besök. På så sätt blir stödet både generellt och mer inriktat, i linje med proportionell universalism. Syftet är att kombinera generella och mer inriktade insatser och att tidigt identifiera familjer som behöver extra socialt stöd. Målgruppen för pilotverksamheten är förstagångsföräldrar eller familjer som får sitt första barn i Sverige och som är inskrivna vid barnhälsovården, i de utvalda områdena. Arbetssättet är kompletterande och utgår främst från barnhälsovården, i nära samverkan med socialtjänstens förebyggande verksamhet och där även mödrahälsovård och tandvård inkluderas i modellen.

Val av pilotområden

Enligt regeringsuppdraget⁵ skulle Socialstyrelsen välja ut socioekonomiskt utsatta områden, där barn bedömdes löpa stor risk för sämre hälsoutveckling relaterat till socioekonomisk utsatthet. Pilotområdena valdes ut utifrån socioekonomiska registerdata av barn i åldern 0–6 år och deras föräldrar,⁶ samt på statistik framtagen av SCB utifrån polisens definition av utsatta områden för 2017 [29].

⁵ Regeringsbeslut, dnr S2019/00910/FS.

⁶ Data som Socialstyrelsen tagit fram i samband med ett tidigare regeringsuppdrag – slutrapport om överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV, 2021-10-7556.

Utifrån ovanstående underlag framkom att de socioekonomiskt utsatta områdena ofta är barnrika, har högre andel utlandsfödda föräldrar, högre arbetslöshet och svagare skolresultat än riket i övrigt. Det som också var viktigt och ingick i urvalsförfarandet var att deltagande pilotområden hade förutsättningar för lokal samverkan mellan barnhälsovård, socialtjänst, mödravård och tandvård. De fyra pilotområdena som Socialstyrelsen klassat som särskilt utsatta och som slutligen inkluderades som pilotområden var: Jakobs gårdarna i Borlänge, Fröslunda i Eskilstuna, Skäggetorp i Linköping och Araby i Växjö [30].

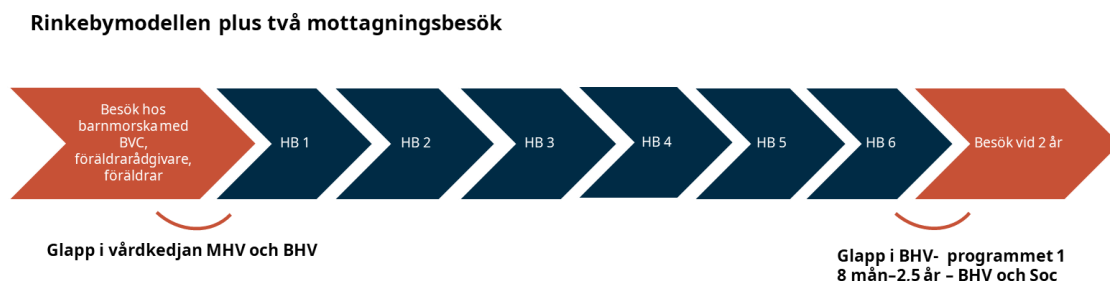
Stärka vård- och stödkedjan

Sammanfattningsvis innehåller modellen *Tillsammans för en trygg start* åtta besök. Utgångspunkten var de sex hembesöken som ingick i den ursprungliga Rinkebymodellen som kompletterades med två ytterligare mottagningsbesök. De två kompletterande mottagningsbesöken syftade till att skapa en mer sammanhållen vård- och stödkedja för familjen. Dessa två besök identifierades som utvecklingsområden samt som två glapp i vårdkedjan.

Det första glappet var ett behov av en tidigare samordnad kontakt före barnets födelse, i övergången mellan mödravården och barnhälsovården. Det första kompletterande mottagningsbesöket sker alltså innan barnet är fött, i vecka 34. Besöket initieras av barnmorskan på mödravårdscentralen, där personalen från barnhälsovården och socialtjänstens förebyggande verksamhet bjuds in för att träffa de blivande föräldrarna.

Det andra glappet var ett behov av samordnat stöd när barnet blivit lite äldre. Det andra kompletterande mottagningsbesöket sker därför när barnet fyllt två år. Detta besök initieras av barnhälsovården som bjuder in föräldrar, barn och socialtjänstens förebyggande personal. I figuren nedan visas samtliga besök som ingår i pilotmodellen *Tillsammans för en trygg start*.

Figur 1. Bilden illustrerar modellen *Tillsammans för en trygg start* med sina två tilläggsbesök: ett i graviditetsvecka 34 och ett när barnet fyllt två år.



Även tandvården ska medverka

I modellen ingår också att tandvården ska möta familjen vid minst ett tillfälle när barnet är mellan åtta månader och ett år. Vanligtvis sker detta i grupp vid öppna förskolan, men det kan även ske individuellt.

Socialstyrelsen har utarbetat ett vägledande material

Inför varje besök finns också vägledande material för vad besöket bör innehålla med förslag på teman och samtalsinnehåll. Materialet har översatts till sex olika språk för att bättre kunna användas i de aktuella pilotområdena. För de två kompletterande besöken har Socialstyrelsen arbetat fram särskilt vägledande arbetsmaterial. Detta har delvis gjorts tillsammans med ett pilotområde – Araby i Växjö – som har längre erfarenhet av att arbeta med utökade hembesök. I bilaga 1 finns bilder som visar de vägledande materialen, dels för tilläggsbesök i graviditetsvecka 34, dels för besöket när barnet fyllt två år.

Genomförande i pilotområdena

Socialstyrelsen har haft en samordnande roll i processen att ge stöd till att genomföra och implementera modellen *Tillsammans för en trygg start* i verksamheterna i de fyra pilotområdena. Tidsramen fick justeras något initialt på grund av covid-19-pandemin och perioden för genomförandet var 2020–2023. En annan utmaning var att antalet deltagande familjer i projektet initialt blev mindre än förväntat. I den ursprungliga planen förväntades 100 nyfödda barn delta per år i varje pilotområde, men siffran fick justeras. År 2021 var antalet barn 40 till 50 per pilotområde. Det var ett mindre antal nyfödda barn i pilotområdena än vad som förväntades från början. Det lägre antalet barn innebar också att vissa analyser fick mindre statistisk styrka och att vissa planerade volymer för hembesök och teamarbete blev lägre än tänkt.

Implementeringsstöd både nationellt och lokalt

Socialstyrelsen ansvarade för projektledning, samordning och implementeringsstöd som kontinuerligt erbjöds till de deltagande verksamheterna. Implementeringsstödet bestod av både nationella insatser och lokalt anpassade insatser inom varje pilotområde.

Workshops, lokala handledare och styrgrupper

I början av 2021 arrangerades sex workshops för berörd personal i pilotområdena, där man diskuterade projektets bakgrund, utgångspunkter, innehåll och det praktiska genomförandet. Vidare anlätades en lokal

handledare i respektive pilotområde för att stärka samverkan och arbetsmodellen lokalt. Därutöver etablerades styrgrupper i varje pilotområde, där samtliga verksamheter var representerade. Socialstyrelsen deltog i styrgruppsmöten med fyra till åtta veckors mellanrum för att diskutera genomförande, identifiera behov och samordningsfrågor.

En lokal projektsamordnare i varje pilotområde

En annan viktig del i stödet var att varje pilotområde hade minst en lokal projektsamordnare. Dessa personer skulle vara ett nav i det lokala genomförandet och bidra till samverkan mellan de fyra pilotområdena.

Brett och omfattande stöd av Socialstyrelsen

Socialstyrelsen var inte bara ett administrativt stöd, utan även kunskapsstödjande och kompetensutvecklande stöd. Socialstyrelsen stöttade pilotområdena genom nyhetsbrev, inspirationsdagar och föreläsningar (en gång per termin). Innehållet i föreläsningarna handlade exempelvis om föräldraskap och migration och om psykisk ohälsa bland flyktingar. Det kliniska arbetet avslutades med en nationell slutkonferens i november 2023.

Erfarenheter från pilotområdena

Utifrån de kliniska erfarenheterna från personalen framkommer både styrkor och utmaningar i implementeringen av pilotmodellen *Tillsammans för en trygg start*.

Modellens styrkor

De främsta styrkorna som personalen lyfte fram var hembesöken hos familjerna med de tvärprofessionella teamen som byggts in i modellen. De uppfattade teamarbetet som mycket positivt. De nämnde att samverkan skapade mervärde, bland annat genom att socialtjänsten tidigare kom i kontakt med familjerna. Processhandledning, samlokalisering (Familjecentraler) och stöd från chefer lyftes även fram som viktiga faktorer, som underlättade implementeringen. De kliniska erfarenheterna stödjer också bilden av att besöket under graviditet och tvåårsbesöket fyller viktiga glapp i kedjan, genom att skapa tidig kontakt och möjlighet till uppföljning när det ordinarie programmet glesas ut.

Modellens utmaningar

Utmaningar som personalen lyfte fram var hög arbetsbelastning och personalomsättning, vilket försvårade arbetet med modellen. Det fanns även logistiska och organisatoriska svårigheter, till exempel kring bokningar, schemaläggning och praktisk samordning mellan olika verksamheter. Dessa problem var större i områden där verksamheterna inte varit samlokaliserade.

Extra besök med socialtjänsten

Under projekttiden uppmärksammade Socialstyrelsen att var fjärde förälder (44 av 186 föräldrar) hade ett eller flera extra besök med socialtjänsten utöver de inbokade besöken. De professionellas erfarenheter av dessa besök samlades i rapporten ”Föräldrars möten med socialtjänsten” [31].

Vid extrabesöken beskrev socialtjänsten att de gav individuellt anpassad samhällsinformation och stöd i föräldrarollen samt motiverade föräldrarna att ha ett socialt nätverk. Även länkning till andra myndigheter och instanser var vanligt. Dessa föräldrar beskrevs ofta ha ett mycket litet socialt nätverk och ett särskilt stort behov av samhällsinformation. Extrabesöken illustrerar hur modellen i praktiken ger mer och tätare stöd till de föräldrar som har störst behov, utan att de pekas ut i själva erbjudandet.

Socialtjänsten ansåg att deras deltagande i de tvärprofessionella teamen gav dem möjlighet att tidigt möta föräldrar med särskilt stora behov av stöd, vilket annars inte hade varit fallet. Dessa kontakter kan även ha ökat tilliten till socialtjänstens roll som stödjande både i aktuella och i framtida problematiska situationer.

Organisatoriska förutsättningar som socialtjänsten ansåg underlättade de extra besöken var framför allt att ingå i en familjecentral och strukturerade kanaler till socialtjänstens myndighetsutövning för att enklare få kontakt i föräldrarnas ärenden.

Fördelningen av statsbidrag till pilotområdena

I Socialstyrelsens uppdrag ingick även att fördela och följa upp användandet av statsbidrag, som utgått till de fyra pilotområdena⁷ under perioden 2020–2023. Fördelningen av statsbidrag till pilotområdena följde en särskild fördelningsnyckel, som Socialstyrelsen hade tagit fram. För år 2022 uppgick tillgängliga medel för uppdraget till 10 miljoner kronor, varav 7 miljoner kronor fördelades som statsbidrag till regioner och kommuner i de fyra

⁷ Enligt regeringsuppdraget S2019/00913/FS skulle Socialstyrelsen fördela och följa upp användandet av de utbetalade statsbidragen till de fyra pilotområdena. Detta redogörs i sin helhet i Socialstyrelsen. Delredovisning av uppdrag (S2019/00910/FS delvis) genomförande av pilotverksamhet i barnhälsovården, 2023.

pilotområdena, medan de resterande 3 miljoner kronorna disponerades av Socialstyrelsen för administration, uppföljning, projektledning och utvärdering. Statsbidraget fördelades så att regionerna kunde använda medlen till barnhälsovård, mödrahälsovård och tandvård, medan kommunerna kunde använda medlen till förebyggande socialtjänst.

Sammantaget använde mottagarna 86 procent av statsbidraget 2022. Orsakerna till att alla medlen inte förbrukades var bland annat oplanerad frånvaro, tidskrävande rekrytering samt att vissa kostnader (till exempel resor och logi) under pandemin blev lägre än beräknat. Det delvis outnyttjade statsbidraget speglar samma svårigheter som framkom i genomförandet, som rekrytering, sjukfrånvaro och hinder under pandemin.

Utvärdering av modellen – sex delstudier

De externa utvärderarna från CHAP (Child Health and Parenting) vid Uppsala universitet har följt pilotmodellen både under tillskapandet av modellen och efter att den implementerats i de fyra pilotkommunerna. Det är en bred interventionsstudie som använt flera olika metoder – både kvantitativa och kvalitativa – för att belysa modellens implementering, kostnader, effekter och upplevelser.

Utvärderingen innehåller sex delstudier:

- Delstudie 1 – Implementeringen av *Tillsammans för en trygg start* i fyra pilotområden
- Delstudie 2 – Föräldrars och personalens upplevelser av modellen
- Delstudie 3 – Försök att mäta samspel mellan föräldrar och barn
- Delstudie 4 – En kostnadsanalys
- Delstudie 5 – En nationell effektstudie
- Delstudie 6 – En litteraturstudie [32].

Delstudie 1: Implementeringen av *Tillsammans för en trygg start* i fyra pilotområden

Syfte och metod

Delstudie 1 beskriver implementeringen av modellen (interventionen) i de fyra pilotområdena. Ett syfte med delstudien var att belysa de demografiska och organisatoriska faktorerna som kan ha påverkat implementeringen. Ett annat syfte var att belysa modellens täckningsgrad och följsamhet till manualen.

Huvudresultat i korthet

Delstudien visar att pilotområdena hade tydlig socioekonomisk utsatthet och svåra organisatoriska förutsättningar, vilket påverkade implementeringen av modellen. Täckningsgraden var hög, de flesta familjer tackade ja, men följsamheten till modellen varierade mellan områdena där den ofta anpassades utifrån praktiska förutsättningar, vilket sannolikt också påverkar programmets möjliga effekt.

Demografiska förutsättningar i pilotområdena

Data för att belysa vilken påverkan de demografiska faktorerna kunde ha på implementeringen samlades bland annat in via Statistiska Centralbyrån, (SCB) och från Socialstyrelsens arbetsunderlag som var baserat på polisens definition av utsatta områden.⁸

De fyra pilotkommunerna präglades av tydlig socioekonomisk utsatthet, vilket är en viktig del av implementeringskontexten. De kännetecknades av hög andel invånare med utländsk bakgrund, låg utbildningsnivå, låg andel i förvärvsarbete och låg medianinkomst jämfört med riket i stort. Exempelvis låg andelen med utländsk bakgrund mellan 50,3 och 72,1 procent i pilotområdena jämfört med 26,3 procent i riket i stort. Andelen med förvärvsarbete låg mellan 49,5 och 67,4 procent i pilotområdena och klart under rikssnittet med 80,1 procent. Områdena hade också höga CNI-värden⁹ och en relativt stor andel barn 0–6 år i hushåll med låg levnadsstandard.

Detta innebär att många familjer sannolikt hade stora behov av stöd. Det innebär också att implementeringen skedde i en mer krävande kontext i jämförelse med riket i stort med språkbarriärer, ekonomisk utsatthet och mer komplexa livsvillkor. Majoriteten av deltagande mödrar var födda utomlands, vilket understryker behovet av en språklig och kulturell anpassning.

Organisatoriska förutsättningar för implementeringen

För att belysa vilken påverkan organisatoriska faktorer hade på implementeringen av modellen i de fyra pilotkommunerna, användes ett frågeformulär till cheferna i de olika verksamheterna (mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänsten).

Samtliga områden hade organisatoriska utmaningar, med långtidssjukskrivning och/ eller med vakanser i någon av verksamheterna. Samordningen mellan socialtjänst och mödravård varierade, liksom graden av samlokalisering. Ett par områden hade inte någon familjecentral när projektet inleddes, vilket utvärderingen visade är att föredra för den här typen av interventioner som kräver omfattande samverkan.

De flesta i personalen svarade i enkäter att de värdesatte arbetssättet med hembesöksprogrammet och kände att det kunde bli en naturlig del av deras arbete. De förstod syftet med programmet och var medvetna om att deras delaktighet i programmet var en relevant del av deras yrkesroll. En del av

⁸ Som nämndes tidigare i rapporten var Socialstyrelsens arbetsunderlag även utgångspunkt för urvalet av pilotområdena till *Tillsammans för en trygg start*.

⁹ CNI-värde (Care Need Index) är ett mått som används i Sverige för att beräkna det förväntade behovet av sjukvård i ett visst område eller på vårdcentral, baserat på socioekonomiska faktorer.

personalen upplevde också utmaningar när det gäller resurser, samordning och otillräcklig träning inför att utföra hembesöken.

Täckningsgrad och bortfall

För att få reda på hur många familjer i målgruppen som nåddes av insatsen fyllde personalen i inklusions- och bortfallsformulär. Av de familjer som erbjöds *Tillsammans för en trygg start* tackade 87 procent ja till det utökade stödet. Den höga andelen ja-svar tyder på att modellen i stort inte upplevdes som stigmatiserande. Skäl för att tacka nej varierade, bland annat att man önskade ”det vanliga” utbudet, inte ville ha socialtjänsten hemma, inte hade behov av extra stöd eller skulle byta vårdcentral eller flytta.

Följsamhet till antal besök och innehåll

För att undersöka hur modellen genomfördes fyllde personalen i följsamhetschecklistor efter varje besök. Checklistorna visade att den födande föräldern var närvarande vid nästan samtliga besök, medan den icke-födande föräldern närvarade vid cirka hälften av besöken, med en variation på 30–60 procent mellan områdena. Vid de flesta besöken deltog samtliga professioner som skulle närvara enligt manualen. Av de sex besök som skulle ske i hemmet var det ändå 13–27 procent som skedde på mottagning. Detta visar att modellen ofta anpassades utifrån praktiska förutsättningar. Följsamheten till antalet besök i modellen varierade, där särskilt ett av pilotområdena stack ut med få genomförda graviditetsbesök. De teman som togs upp följde i hög grad manualen, med viss variation mellan områdena.

Samverkan med tandvården varierade något mellan områdena. Men i inget av områdena deltog personal från tandvården vid hembesök.

Delstudie 2: Föräldrars och personalens upplevelser av modellen

Syfte och metod

Syftet med delstudie 2 var att få en djupare förståelse för hur föräldrarna och personalen upplevde de två utökade hembesöken, i graviditetsvecka 34 och då barnet fyllt 2 år, samt om modellen som helhet. Forskarna genomförde kvalitativa semi-strukturerade intervjuer med föräldrarna och personalen (barnmorskor, sjuksköterskor inom barnhälsovård samt socialtjänstens föräldrarådgivare) vid två tillfällen, det första vid besöket i graviditetsvecka 34 och det andra då barnet fyllt 2 år.

Huvudresultat i korthet

Sammanfattningsvis upplevde både föräldrar och personal att *Tillsammans för en trygg start* bidrog till ett relationskapande, ökad tillit och tillgänglighet till samhällsfunktioner. Vidare att modellen möjliggör ett tidigt förebyggande och behovsanpassat stöd, som fångar upp de familjer som behöver extra socialt stöd. Allra först redogörs för föräldrarnas upplevelser av det två tilläggsbesöken, därefter för personalens upplevelser.

Föräldrars upplevelser

Först beskrivs hur föräldrarna upplevde besöket i graviditetsvecka 34, därefter besöket då barnet fyllt 2 år.

Trygghet och omsorg vid besöket under graviditet

Sammantaget upplevde föräldrarna att besöket i **graviditetsvecka 34** gav dem en känsla av trygghet och omsorg om hela familjen. Eftersom programmet implementerades i utsatta områden ställdes många av föräldrarna inför svårigheter relaterade till låg socioekonomisk status såsom ekonomi, arbete och boende och de kan därför ha haft ett behov av extra socialt stöd. Resultatet visade att föräldrarna erbjöds stöd på flera olika sätt och att de uppfattade att dessa insatser mötte deras olika behov.

Från rädsla till tillit till socialtjänsten

Ett övergripande mål med arbetssättet var att erbjuda bättre kontinuitet och trygghet i vårdkedjan. Föräldrarna beskrev hur de upplevde besöket som en bro mellan barnmorskan och den nya personalen. Det tyder på att besöket i graviditetsvecka 34 är en gynnsam metod och ett viktigt tillfälle för att uppnå trygghet. Föräldrarna uppskattade att de tidigt fick träffa personal från olika yrkesprofessioner innan barnet vart fött. Vissa föräldrar hade hört rykten i sina bostadsområden om att socialtjänsten ”kan ta barn från deras föräldrar” utan tydlig grund. För föräldrar som är skeptiska mot hembesöken och känner en osäkerhet och rädsla inför socialtjänsten kan det här första besöket hos barnmorskan och socialtjänstens föräldrarådgivare vara avgörande. Mötet med personalen kunde göra att rädslan minskade och att tilliten ökade.

Föräldrarna uppfattade att både **två-årsbesöket** och programmet i sin helhet bidrog till att både socialtjänsten och barnhälsovården blev mer tillgängliga. De beskrev hur en tillit mellan föräldrarna och personalen skapades i den trygga hemmiljön. Föräldrar som först var tveksamma till att ta emot socialtjänstens föräldrarådgivare i sitt hem, upplevde att de allteftersom kände mer förtroende för dem. De sammanlagda resultaten pekar mot att relationerna som skapats inom ramen för hembesöksprogrammet kan leda

till en större tillit till samhällsfunktioner, samt en större vilja att interagera med socialtjänsten i ett senare skede av barnets uppväxt.

Värdet av praktisk information och råd

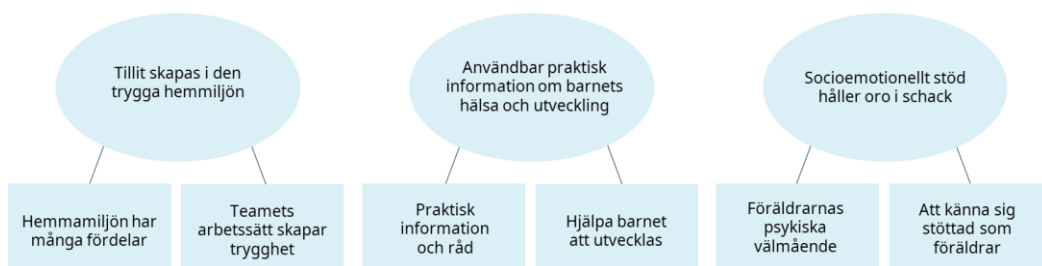
Föräldrarna uppskattade den praktiska informationen och råden som de fått kring hur de kan hjälpa sina barn att utvecklas. De uppskattade också att få möjlighet att ställa specifika frågor och få råd, både om det egna barnets hälsa och utveckling och om barnets språkutveckling hemma. Flera föräldrar som var nya i Sverige upplevde att den praktiska informationen om det svenska samhället var mycket betydelsefull, exempelvis informationen om kommunala tjänster som den öppna förskolan, fritidstjänster och bibliotek.

Stöd för känslor och psykisk hälsa

Det socioemotionella stödet uppfattades av föräldrarna som en av de viktigaste delarna i hembesöksprogrammet. Föräldrarna upplevde att det extra besöket gjorde skillnad. Föräldrarna kände sig ”sedda”, mindre ensamma och deras psykiska mående kunde också följas upp.

Figur 2 nedan sammanfattar hur föräldrarna upplevde två-årsbesöket samt något om helheten av programmet.

Figur 2. Teman: Föräldrars upplevelser av två-års besöket och något om helheten.



Personalens upplevelser

Först redogörs för hur personalen upplevde besöket i graviditetsvecka 34, därefter besöket då barnet fyllt 2 år.

Besöket under graviditet är centralt

Personalen upplevde att besöket vid **graviditetsvecka 34** hade ett centralt värde för att kunna komma in tidigt i familjens liv. De uppfattade att den redan etablerade relationen mellan barnmorska och föräldrar kunde ”spilla över” på de nya relationerna, vilket underlättade relationsbyggandet. Vidare upplevde socialtjänstens personal att hembesöksprogrammet gav en unik möjlighet för dem att komma in tidigt i barnens liv och arbeta förebyggande.

Ofta kommer socialtjänsten in först då problem vuxit sig stora och då är det svårare att bryta etablerade vanor och mönster.

Modellens flexibilitet är dess styrka

I likhet med föräldrarna upplevde personalen att modellens styrka låg i dess flexibilitet, som gav utrymme till att skraddarsy besöken efter olika familjers behov. Eftersom modellen implementerades i socioekonomiskt utsatta områden kunde många av föräldrarna behöva extra socialt stöd utöver föräldraskapsstöd. Resultaten visar just hur personalen erbjuder stöd, utöver föräldraskapsstöd, på flera olika sätt, exempelvis känslomässigt och emotionellt stöd och genom att ge information om det svenska samhället. Detta illustrerar att det första besöket fungerar som ett sätt att praktisera proportionell universalism.

Brett erbjudande ökar acceptansen och minskar stigmatisering

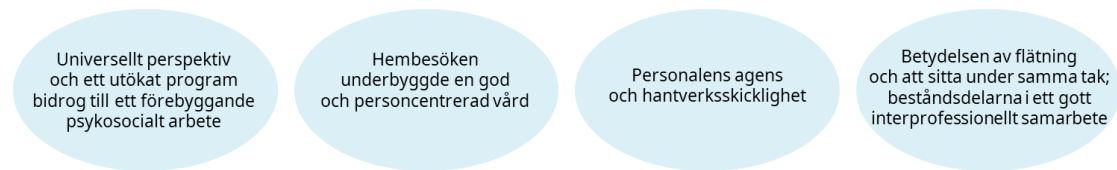
Personalen uppskattade **två-årsbesöket** och de ansåg att det var ett värdefullt tillfälle att reflektera över den första tiden som familj. Även utifrån två-årsbesöket framkom hur centralt det var för personalen att arbeta utifrån proportionell universalism. En avgörande faktor i deras arbetssätt var att de skulle nå ut till olika grupper av föräldrar med varierande behov. Detta arbetssätt bekräftas även i tidigare studier, där personalen menar att det breda tillvägagångssättet ökar acceptansen för programmet och minskar känslan av stigmatisering [33-35]. När alla familjer får samma erbjudande upplever färre att de pekas ut. Det underlättar särskilt för att inkludera familjer från marginaliserade grupper och det är oftast de familjerna som har störst behov av stöd [33, 36].

Hembesöken ger en helhetsbild av familjen

Personalen upplevde också att hembesöken skapade en mer personcentrerad vård. Möjligheten att observera samspelet mellan förälder och barn i deras hemmiljö gav en unik möjlighet att förstå och bättre kunna stödja familjen i deras vardag. Det tvärprofessionella arbetssättet, där sjuksköterskor och socialtjänstens familjerådgivare genomför hembesöken tillsammans upplevdes av båda professioner som avgörande för att få en helhetsbild av familjens situation. Föräldrarådgivare med utbildning och erfarenhet inom barn och familj upplevde en större tydlighet i sitt uppdrag och i sitt mandat att agera. De kunde erbjuda teamet kompetens i reflekterande samtal och strukturerade observationer. Denna kompetens förstärkte deras legitimitet i teamet och möjliggjorde ett mer verkningsfullt stöd till familjerna.

Figur 3 nedan sammanfattar hur personalen upplevde två-årsbesöket och något om helheten av programmet.

Figur 3. Teman: Sjuksköterskor inom barnhälsovård och föräldrarådgivares upplevelser av två-års besöket och något om helheten.



Delstudie 3: Försök att mäta samspel mellan föräldrar och barn

Syfte och metod

Syftet med delstudien var att undersöka hur hembesöksprogrammet *Tillsammans för en trygg start* påverkade föräldra-barninteraktionen, hemmiljön och pappors engagemang. Studien använde en kvasiexperimentell studiedesign för att undersöka om det fanns skillnader mellan interventionsgruppen och jämförelsegruppen. Flera olika metoder användes såsom enkäter,¹⁰ observationer och videoinspelningar av föräldra-barninteraktionen.

Huvudresultat i korthet

Delstudien visade inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och jämförelsegruppen vad gäller föräldra-barninteraktion, familjernas hemmiljö och pappors engagemang. Studien hade för få familjer som deltog och de som deltog var inte representativa för målgruppen. Många som deltog hade högre utbildning och var födda i Sverige. De liknade alltså inte den målgrupp som modellen riktar sig till. Därför går det inte att bedöma effekten på samspel, hem eller pappors engagemang utifrån denna studie.

Lärdomar för framtida studier

Resultatet bör tolkas med försiktighet på grund av de metodologiska svagheter som finns i studien. Studien ger dock en viktig lärdom om hur svårt och resurskrävande det är att mäta samspel mellan barn och förälder i den här gruppen, till exempel med film och besök. Att studera samspelet mellan barn och föräldrar i observationsstudier är resurskrävande för

¹⁰ Enkäter som användes var självskattningsinstrument GHQ12 (psykisk ohälsa), TOPSE (föräldraförmåga) CHAOS, HOME-SF (barnets hemmiljö) och enkät om pappors delaktighet. Mätningen gjordes vid tre tillfällen: då barnet var 8 månader, 15 månader och 18 månader.

familjen och det finns en stor risk för snedvriden selektion av resursstarka familjer, vilket också visas i denna studie.

Delstudie 4: En kostnadsanalys

Syfte och metod

Delstudien analyserar kostnaden under det första året med *Tillsammans för en trygg start*, år 2021, i de fyra pilotområdena. Syftet var att uppskatta de faktiska kostnaderna för modellen både efter lokala anpassningar under pandemin och i jämförelse med beräknade kostnader enligt manual/protokoll. Dessutom var syftet att belysa vad som driver på kostnaderna.

Kostnadsanalysen genomfördes ur ett begränsat samhällsperspektiv. Förutom kostnader inom sjukvården (barnhälsovård, mödrahälsovård och tandvård) och inom socialtjänsten, inkluderades även kostnader för föräldrarnas produktivitetsförluster. Data samlades in från respektive pilotområde, dels genom följsamhetschecklistor från delstudie 1: Implementeringen av *Tillsammans för en trygg start* i fyra pilotområden, dels genom frågeformulär till chefer i sjukvården (barnhälsovård, mödrahälsovård och tandvård) och i socialtjänsten.

Huvudresultat i korthet

Delstudien visar att de faktiska kostnaderna för att genomföra *Tillsammans för en trygg start* i de fyra pilotområdena blev lägre än planerat i alla fyra pilotområdena. Det berodde främst på lägre följsamhet till modellen, inte på högre effektivitet. När personal följde manualen mer noga blev kostnaden per besök högre, men möjligheten att nå full effekt av modellen ökade.

Lägre följsamhet gav lägre kostnad

Alla fyra pilotområden hade en lägre totalkostnad för hela insatsen i jämförelse med den beräknade manulkostnaden. Enligt manualen beräknades att kostnaden per besök skulle variera mellan pilotområdena från 2 200 kronor till 3 300 kronor, beroende på lokala kostnadslägen. I det faktiska genomförandet landade kostnaden i stället på mellan 1 530 kronor och 2 800 kronor per besök.

Att de faktiska kostnaderna blev lägre berodde inte på att programmet genomfördes mer effektivt än planerat. Huvudorsakerna var i stället att all personal inte närvarade vid alla besök, samt att fler av de inplanerade hembesöken i stället skedde på mottagningen eller online efter lokala anpassningar, vilket särskilt förekom initialt under pandemin. Enligt

manualen ska två föräldrar vara närvarande vid varje besök, vilket inte heller skedde vid alla besök.

Att de faktiska kostnaderna i praktiken var lägre i samtliga fyra pilotområden kan inte entydigt tolkas som positivt. Exempelvis har färre hembesök gjorts, färre personal har deltagit i besöken. Modellen har alltså inte genomförts som avsett, vilket riskerar att den förväntade effekten av programmet minskar.

God följsamhet kostar mer men kan ge större effekt

Det som kostar är dels personaltid, dels hur nära man följer manualen, exempelvis antal hembesök, antal deltagande personal vid besöken, närvaro av båda föräldrarna vid besöken. Samtidigt visar resultaten att faktorer som pandemirestriktioner, tidsbrist, geografiska begränsningar och organisatoriska problem ledde till lokala anpassningar som minskade kostnaderna. Det pilotområde som i störst utsträckning följde manualen hade en kostnad på 2 430 kronor per besök, vilket stärker bilden att god följsamhet kostar mer, men sannolikt också ökar möjligheten att nå avsedd effekt. I detta pilotområde genomfördes 193 besök, varav 121 hembesök. Vid nästan alla besök var både sjuksköterska och socialsekreterare närvarande. De hade exempelvis en samordnare som arbetade med schemaläggning och en föräldragrupp om tandvård när barnen var 8 månader.

Delstudie 5: En nationell effektstudie

Syfte och metod

Syftet med delstudien var att med hjälp av nationella registerdata följa upp effekter av utökade hembesöksprogram (som *Tillsammans för en trygg start*, Växa Tryggt, Rinkeby-modellen med flera) på barns hälsa. Analysen fokuserade på att utvärdera effekterna på exempelvis vårdkontakter, språkutveckling, föräldraledighet, vaccination och karies. Vidare undersöktes eventuella skillnader i effekt mellan socioekonomiska grupper samt beroende på programmets täckningsgrad.¹¹ Delstudie 5 består av två kompletterande delar:

¹¹ Effektstudien är gjord vid CHAP, Uppsala universitet och resultaten finns beskrivna i två rapporter: "Utvärdering av Tillsammans för en trygg start - ett utökat hembesöksprogram i utsatta områden" (2025) och "Tillsammans för en trygg start - Kompletterande uppföljning av barnens hälsoutfall i pilotområdena" (2026).

Del 1 var en nationell registerbaserad effektstudie av utökade hembesöksprogram generellt i Sverige (*Tillsammans för en trygg start*, Växa tryggt, Rinkeby-modellen med flera).¹² Målgruppen var alla barn födda i Sverige mellan 2012 och 2021, det totala analysmaterialet var 1,12 miljoner barn och drygt 6,1 miljoner barnår (upprepade observationer över tid). Data hämtades från flera nationella register (bland annat Patientregistret och Läkemedelsregistret, demografiska statistikområden (DeSO)).¹³ DeSO-områden där barnavårdscentraler (BVC) infört utökat hembesöksprogram efter 2013 jämfördes med matchade kontrollområden med ordinarie barnhälsoprogram (totalt 6099 områden).¹⁴ De områden som fått programmen hade högre socioekonomisk belastning (högre CNI), större andel utlandsfödda mödrar, mer arbetslöshet, lägre utbildningsnivå och fler ensamstående föräldrar.

Del 2 var en fördjupad registeruppföljning av *Tillsammans för en trygg start* i pilotområdena, där man följer barn födda 2021–2022 upp till 3 års ålder. Målgruppen definierades som förstfödda barn, inklusive första barnet i Sverige, med minst ett registrerat besök vid någon av tre barnavårdscentraler som deltog i pilotprogrammet (pilot-BVC) under 2021–2022.¹⁵ De identifierade 338 förstfödda barn/familjer vid pilot-BVC matchades med 338 motsvarande förstfödda barn vid andra barnavårdscentraler (utan *Tillsammans för en trygg start*), baserat på bland annat faktorer som kön, födelsevikt och graviditetslängd. Data hämtades bland annat från Barnhälsovårdsregistret, Patientregistret, Tandvårdsregistret, Läkemedelsregistret och Försäkringskassan.

Huvudresultat i korthet

Sammanfattningsvis tyder **de två delarna** på att utökade hembesöksprogram har potential att minska sjukdomsburden för tillstånd som delvis kan förebyggas samt bidra till en mer ändamålsenlig användning av sjukvårdens resurser. Effekterna framträder särskilt i socioekonomiskt utsatta områden och där programmen implementeras brett och med hög täckningsgrad. En implementering av god kvalitet gör att satsningar på struktur, ledning och resurser är centrala.

¹² För barn födda 2021 i själva pilotprogrammet *Tillsammans för en trygg start* saknades ännu fullständig uppföljning till 3 års ålder, så i del 1 används hittills historiska data från andra, liknande hembesöksprogram för att utveckla och testa analysmetoden. När mer registerdata finns tillgänglig kommer samma metod att användas specifikt på pilotområdena.

¹³ DeSO delar in Sverige i 6 160 områden där befolkningen i de flesta fall är mellan 700 och 3 000. [Demografiska statistikområden \(DeSO\)](#)

¹⁴ Den nationella effektstudien baseras på individbaserade data från nationella register under analysperioden 2012 till 2021. Eftersom uppgift om vilka barn som faktiskt mottagit utökade hembesöksprogram saknas i de nationella registren utvecklades ett områdesbaserat mått baserat på vilken BVC som erbjuder programmet och vilket DeSO-bostadsområde barnet bor i.

¹⁵ Ett av de fyra pilotområdena, Skäggetorp exkluderas från BHVQ-analysen (besök, screening, remisser) då Region Östergötland inte rapporterar till BHVQ (Svenska Barnhälsovårdsregistret).

Resultaten pekar på att barn i socioekonomiskt utsatta områden tycks gynnas mest. De visar också att god kvalitet i genomförandet kräver satsningar på struktur, ledning och resurser.

Nedan beskrivs resultaten från del 1 och del 2 mer i detalj.

Nationell effektstudie av utökade hembesök (del 1)

Den nationella studien tyder på att utökade hembesöksprogram kan bidra till en mer ändamålsenlig användning av sjukvårdens resurser, med lägre förekomst av undvikbara vårdbesök och vissa minskningar av sjukhusinläggningar. Effekterna syns särskilt i socioekonomiskt utsatta områden och där programmen funnits på plats under längre tid och nått en stor andel av barnen.

Det finns behov av fördjupade analyser av olika målgrupper för att bättre förstå vilka familjer som har störst behov och hur insatser och programmens utformning kan justeras. Framåt behövs också bättre registrering av tandhälsa hos 3-åringar, att undersöka effekterna på språkutveckling i större material samt säkerställa rutiner för fullvaccinering av barn som får MPR före 18 månaders ålder.

Vårdbesök - totala och "undvikbara"¹⁶

Barn i områden med utökade hembesöksprogram hade i genomsnitt färre totala öppenvårdsbesök (-0,129 besök per barn och år) och färre "undvikbara" öppenvårdsbesök (-0,119 besök per barn och år), vilket kan tolkas som att programmen har samband med färre vårdbesök för sådant som delvis kan förebyggas.

Akuta öppenvårdsbesök ökade något (+0,025 besök per barn och år) och samtidigt visades små men statistiskt säkerställda minskningar i totala slutenvårdstillfällen (inläggningar) (-0,003 besök per barn och år), "undvikbara" slutenvårdstillfällen (-0,002 besök per barn och år), akuta inläggningar (-0,003 besök per barn och år) och inläggningar för luftvägssjukdomar (-0,005 besök per barn och år). Det kan tolkas som att mer av akut vård sker i öppenvård (exempelvis närakut/primärvård) i stället för på sjukhus och vissa allvarigare vårdbehov minskar. Detta kan tyda på mer ändamålsenlig användning av sjukvården, men andra förklaringar kan också bidra, till exempel förändrade rutiner för vart barn hänvisas vid akut vårdbehov.

¹⁶ Exempelvis vissa infektioner, astma, skador och tandproblem där bättre förebyggande insatser kan minska vårdbehovet.

Störst effekt i mest utsatta områden

Effekterna, framför allt minskade öppenvårdsbesök, var tydligast i områden med hög socioekonomisk belastning, det vill säga högt CNI. Tydligt dos-respons-samband, områden där en större andel barn haft tillgång till utökade hembesök visade större minskningar i öppenvårdsbesök och tydligast var effekterna där modellen varit bred och långvarigt implementerad, exempelvis i Malmö.¹⁷ Det kan tolkas som att effekten blir starkare när programmen genomförs konsekvent, med hög täckningsgrad och under längre tid.

Fördjupad registeruppföljning i pilotområdena (del 2)

Den fördjupande analysen av effekterna i pilotområdena tyder exempelvis på en omfördelning av vård till hem/teamsituationer, bättre identifiering av föräldrars psykiska ohälsa, förbättrat arbete med språkscreening och förändrad praxis kring tidig MPR-vaccination.

Besök i barnhälsovården

Den totala mängden besök på barnhälsocentralerna var ungefär samma i pilot- och kontrollområdena. Däremot fick barnen i pilotområdena fler hembesök, teambesök och färre mottagningsbesök vilket tyder på att barnhälsovården omfördelade sina kontakter, snarare än ökade den totala mängden besök.

Barnens hälsa och vårdkontakter

Materialet visade inga effekter på de flesta sjukhusrelaterade hälsoutfallen,¹⁸ till exempel inläggningar. Akuta öppenvårdsbesök minskade något (-0,103) bland förstfödda barn vid pilot-BVC. Det kan betyda att behov fångades upp tidigare eller på en mer adekvat vårdnivå.

Föräldrar

Fler föräldrar i pilotområdena fick en psykiatrisk diagnos (+0,046), vilket kan tolkas som att tätare kontakt med BVC underlättat att upptäcka psykisk ohälsa och hänvisning till vård. Det fanns inga skillnader i

¹⁷ Resultaten från Malmö är ett exempel på den 'preventiva paradoxen', dvs att en bredare, snarare än strikt riktad implementering, hade de starkaste effekterna, även för de mest utsatta socioekonomiska grupperna.

¹⁸ Registerdata tyder på att den faktiska målgruppen var större än de familjer som nåddes i programmet (bland annat p.g.a. in- och utflyttningar och ofullständig räckvidd). Att studien inte hittade några tydliga effekter på de flesta hälsoutfall (till exempel sjukhusinläggningar), betyder inte nödvändigtvis att programmet saknar effekt. Bland annat kan det bero på att inte alla i målgruppen deltog och att målgruppen i registren blev utspädd.

föräldraledighetsuttag mellan pilot- och kontrollområden och programmet verkar inte ha påverkat föräldraledighetsuttaget.

Språkutveckling och remisser

Särskilt intressant är resultaten avseende språkutveckling. Andelen barn som språkscreenades var högre i pilotområdena (+0,187) och färre remisser per barn till logoped (-0,090) och ögonläkare (-0,100).

Det kan tolkas som att hembesöken och teamarbetet kan ha gjort att pilot-BVC arbetade mer aktivt med språk och hanterade en del behov inom teamet, vilket minskat behovet av remisser. Det kan tyda på att barns behov i större utsträckning upptäcktes och hanterades tidigt i verksamheten.

Vaccinationer (MPR)¹⁹

En större andel barn i pilotområdena fick MPR-vaccin före 18 månaders ålder (51,3 procent vs 43,8 procent). Tidig MPR ges främst på särskild indikation (ofta resa till länder med mässlingsrisk). Detta kan spegla att BVC genom tätare kontakt hade bättre kännedom om familjerna och i högre grad identifierar behov av tidigare vaccination. Samtidigt var den totala täckningen för MPR lägre vid pilot-BVC (85,4 procent vs 89,3 procent), sannolikt för att tidigt vaccinerade barn behöver en extra dos för att räknas som fullvaccinerade.

Tandhälsa (karies vid 3 år)

Täckningen i SKAPA-registret var mycket låg i pilotkommunerna (ca 19–21 procent), vilket gjorde att det inte gick att utvärdera effekter på tandhälsa vid 3 års ålder.

Delstudie 6: En litteraturstudie

Syfte och metod

Delstudien är en litteraturöversikt över den befintliga litteraturen om utökade hembesöksprogram i Norden. Litteraturöversikten placerar in *Tillsammans för en trygg start* i ett bredare forskningssammanhang och belyser programmets innehåll, genomförande, upplevelser och eventuella effekter. Litteraturöversikten²⁰ baseras på sammanlagt 4 565 träffar. Sammanställningen innehåller 22 artiklar, varav 12 kvalitativa studier, 9

¹⁹ MPR-vaccin är ett kombinationsvaccin som ger mycket effektivt skydd mot mässling, påssjuka och röda hund. Det ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige.

²⁰ Sökningen gjordes vid två tillfällen: Första sökningen skedde 2022.10.01. och uppdaterades 2025.01.31.

kvantitativa studier och 1 studie med mixad metod. Av dessa studier var 16 från Sverige, 4 från Norge och 2 från Danmark.

Huvudresultat i korthet

Sammantaget visar analysen av de 22 artiklarna om utökade hembesök i nordiska länder på fördelar för barn och familjer. De mest framträdande, centrala resultaten visar hur programmen främjar relationen mellan föräldrar och personal och bygger tillit genom tidiga förebyggande insatser. Det tvärprofessionella och det mer behovsanpassade stödet lyfts fram som centralt.

Resultaten indikerar att programmen kan bidra till att främja och förebygga barns ohälsa. Det saknas dock starka kvantitativa studier som kan dra slutsatser utifrån kausala effekter vad gäller samtliga hälsoutfall. I de kvalitativa studierna har de professionellas upplevelser fått störst utrymme. Det saknas fördjupade studier om utsatta mammors upplevelser av programmet.

Resultat från de kvalitativa studierna

De 12 kvalitativa studierna handlar främst om hur de professionella (främst sjukvårdens personal från mödrahälsovården och barnhälsovården), men även hur föräldrarna, främst fäder, upplever de utökade hembesöksprogrammen i Norden.

De kvalitativa studierna visar samstämmigt att utökade hembesöksprogram främjar relationen mellan personal och föräldrar och bygger tillit dem emellan, vilket uppskattas av båda parter. Fäderna upplevde hembesöken som ett positivt initiativ, då de kände sig mer inkluderade och trygga av att få träffa personalen i sin hemmiljö. Resultaten visar också ett visst motstånd från föräldrar rörande hembesök, som berodde på uppfattningen att deras föräldraförmåga skulle kontrolleras och granskas under hembesöken. Arbetssättet ledde till bättre samverkan mellan de olika professionerna och till ett mer behovs- och individanpassat stöd (vård).

Resultat från de kvantitativa studierna

De 9 kvantitativa studierna handlar om mätbara effekter av utökade hembesöksprogram på barns och familjers hälsa. Vad gäller effekter på barns hälsa indikerar de kvantitativa studierna att utökade hembesök kan ha en positiv påverkan vad gäller amning, vaccinationstäckning, föräldrars hälsolitteracitet och barns tandhälsa.

Slutsatser

I slutkapitlet summeras först några centrala kliniska erfarenheter av modellen, därefter utvärderingens resultat. Sist följer ett avsnitt om utvärderingens kunskapsbidrag och avslutande reflektioner.

Centrala kliniska erfarenheter

Utifrån de kliniska erfarenheterna av att ta fram och implementera modellen *Tillsammans för en trygg start* framkommer både styrkor och svårigheter.

En mer sammanhållande vård- och stödkedja

En styrka var att modellen skapade en mer sammanhållande vård- och stödkedja från graviditet till barnens tvåårsbesök. Modellen stärkte kontinuiteten och skapade tidiga och återkommande kontaktytor mellan familjen och flera samhällsaktörer, främst barnhälsovården och socialtjänstens förebyggande verksamhet, men även mödravård och tandvård. Personalen upplevde att det förbättrade möjligheterna att etablera kontakt med familjerna tidigt och som en följd av det kunna erbjuda stöd innan problemen hunnit fördjupas.

Det tvärprofessionella arbetssättet möjliggör tidigare förebyggande insatser

Ytterligare en styrka i modellen var det tvärprofessionella arbetssättet. Samverkan mellan de olika professionerna skapade mervärde genom att ge en samlad bild av familjens situation och att socialtjänstens förebyggande verksamhet kom in tidigare än vad som annars ofta sker, vilket kan minska tröskeln för senare stödinsatser. Hembesöken upplevdes som modellens främsta styrka då de ger förutsättningar till att arbeta personcentrerat, skapa förtroende, tillit och att anpassa stödet efter den enskilda familjens behov och livssituation. Särskilt betydelsefullt har detta varit i områden där många familjer lever med språkbarriärer, ekonomisk utsatthet eller begränsad kännedom om samhällssystemen.

Organisatoriskt krävande att implementera modellen

Samtidigt visade de kliniska erfarenheterna på tydliga svårigheter och främst att det var organisatoriskt krävande att implementera modellen. Det handlade exempelvis om svårigheter med samordning, arbetsbelastning och personalomsättning, vilket begränsade möjligheterna att implementera modellen fullt ut.

Sammantaget visar de kliniska erfarenheterna att modellens styrka ligger i dess relationsskapande och förebyggande potential, medan dess utmaning ligger i att genomförandet är resurs- och samordningskrävande.

Utvärderingens centrala resultat

Flera av de kliniska erfarenheterna sammanfaller också med utvärderingens centrala resultat och framkommer i de olika delstudierna.

De lokala förutsättningarna viktiga för en lyckad implementering

Ur ett implementeringsperspektiv visar utvärderingen, i linje med de kliniska erfarenheterna, att de organisatoriska förutsättningarna varierade i de olika pilotområdena och att det påverkade implementeringen. I de områden där det fanns en samlokalisering och familjecentral fungerade implementeringen och förutsättningarna var bättre. I områden som saknade samlokalisering fungerade implementeringen sämre. Det visar att modellens utfall inte enbart beror på innehållet utan också på de lokala förutsättningarna att bära upp arbetssättet.

Beräknad kostnad blev lägre på grund av lägre följsamhet till modellen

Ur ett kostnadsperspektiv visades att de faktiska kostnaderna för genomförandet blev lägre än de ursprungligt beräknade kostnaderna. Men det innebär inte per automatik att modellen varit mer kostnadseffektiv. Orsaken är att följsamheten till modellen varit lägre, till exempel genom färre hembesök, lägre närvaro av professioner med mera. Detta visar att ett fullständigt genomförande av modellen sannolikt kräver större resurser, men kan också ge större effekt.

Modellen stärker tidig upptäckt

Ur ett effektperspektiv visar utvärderingen i de fyra pilotområdena att de generella hälsoeffekterna var begränsade, men att effekterna i vissa delar var betydelsefulla. Barns öppenvårdsbesök minskade något, förstärkta insatser kring språkutveckling (fler språkscreeningar ledde till färre remisser till logoped) och MPR-vaccinationerna ökade (före 18 månaders ålder). Detta talar för att modellen stärker tidig upptäckt och förebyggande insatser. Den nationella effektstudien förstärker denna bild genom att visa att utökade hembesöksprogram generellt är kopplade till minskat vårdutnyttjande (minskade öppenvårds-, slutenvårds och sjukvårdsbesök), särskilt i de mest socioekonomiskt utsatta grupperna.

Hemmiljön och det personcentrerade arbetssättet centralt

Det tydligaste och mest centrala resultatet från utvärderingen framkommer i studierna av föräldrarnas och personalens upplevelser av modellen.

Resultaten överensstämmer helt med de kliniska erfarenheterna av att modellen skapar tillit, är relationsskapande och bidrar till ett tidigt socialt förebyggande arbete, där hemmiljön och det personcentrerade och tvärprofessionella arbetssättet är centralt. Särskilt betydelsefullt framstår besöket i graviditetsvecka 34 genom att det skapar en bro mellan mödravården och de nya professionerna. För familjer, som initialt känt rädsla för socialtjänsten, har de återkommande kontakterna i hemmet bidragit till att bygga förtroende och minska rädsla för att våga ta emot stöd och söka kontakt längre fram.

Kan nå de mest utsatta familjerna

Ett av utvärderingens viktigaste resultat är att modellen tycks ha god förmåga att nå de mest socioekonomiskt utsatta familjerna. Den höga täckningsgraden visar att erbjudandet accepteras av de flesta familjer. Det tyder på att arbetssättet inte i någon större utsträckning upplevts som stigmatiserande. Här blir principen om proportionell universalism tydlig. Insatsen erbjuds brett (universellt) inom utvalda områden, men innehållet kan anpassas efter familjernas skilda behov. Det behovsanpassade stödet gör det möjligt att nå familjer med stora sociala stödbehov utan att någon pekas ut.

Dessutom verkar modellen kunna skapa förutsättningar för socialtjänsten att nå föräldrar med särskilt stora behov av ökad hälsolitteracitet. Socialtjänsten hade extra besök med en fjärdedel av föräldrarna för att ge ytterligare anpassad samhällsinformation, länkning till andra myndigheter och psykosocialt stöd i föräldrarollen.

Sammantaget visar utvärderingens resultat att modellen i viss mån förbättrar barns hälsa. Men framför allt ligger styrkan i att den förbättrar möjligheterna till behovsanpassat stöd. Den stärker tillit och relationer samt bidrar till tidigare upptäckt och ett mer ändamålsenligt förebyggande socialt arbete. Modellens centrala styrka är just dess förmåga att tidigt fånga upp de mest utsatta riskfamiljerna som har behov av extra socialt stöd.

En modell som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet

Tillsammans för en trygg start har utvecklats i skärningspunkten mellan vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Modellen tar fasta på forskning om tidiga insatser och proportionell universalism och

vidareutvecklar Rinkebymodellen och andra svenska utökade hembesöksprogram. Den ligger också i linje med nordiska studier som sammantaget visar att utökade hembesöksprogram kan stärka tillit, relationer och vissa av barns hälsoutfall (till exempel vaccinationstäckning och barns tandhälsa) samt föräldrars hälsolitteracitet.

Den aktuella utvärderingen av *Tillsammans för en trygg start* bidrar till att stärka den befintliga vetenskapliga kunskapen om utökade hembesöksprogram. Trots detta är den vetenskapliga kunskapen fortfarande något begränsad, eftersom det saknas metodologiskt starka kvantitativa studier som kan säkra slutsatser om modellens långsiktiga effekter på samtliga hälsoutfall eller som jämför utfall för olika hembesöksmodeller. Även om vi kan se vissa positiva effekter på vissa hälsoutfall, skulle framtida utvärderingar kunna stärka evidensen genom längre uppföljning över tid och mer robusta studiedesigner.

Att vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet kompletterar varandra blir tydligt i delen som studerar de kliniska erfarenheterna av *Tillsammans för en trygg start*. Genom att systematiskt dokumentera, analysera och dela personalens och familjernas erfarenheter, vilket har gjorts i projektet, stärks den beprövade erfarenheten om utökade hembesöksprogram.

Avslutande reflektion

Den nya socialtjänstlagen (2025:400) ger en tydlig inriktning mot tidigt stöd och förebyggande arbete för barn och föräldrar. Lagen slår fast att socialt arbete ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. *Tillsammans för en trygg start* har vuxit fram ur den kunskap som finns om tidiga insatser och svenska erfarenheter av utökade hembesök. Modellen är ett exempel på hur tidiga och samordnade hembesök kan omsätta lagens inriktning i praktiken, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden.

Sedan 2023 har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram (S2023/01608) och lämnar slutredovisning i maj 2027. Uppdraget omfattar att fördela och följa upp statsbidrag, stödja regioner och kommuner som vill införa eller utveckla utökade hembesök samt ta fram ett förslag till modell för långsiktig uppföljning och utvärdering av hembesöksprogrammen. Dessutom har Socialstyrelsen ett pågående regeringsuppdrag om ett nationellt hälsoprogram för barn och unga²¹ med syfte att ge stöd till professionen som arbetar med främjande och förebyggande insatser för barn

²¹ I detta regeringsuppdrag samarbetar flera myndigheter (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Specialpedagogiska myndigheten – SPMS).

och unga. Detta uppdrag relaterar till viss del till hembesöksprogrammets syfte och innehåll.²²

Denna slutrapport är ett viktigt, men inte avslutande, kunskapsunderlag i det tidiga förebyggande arbetet med barn och föräldrar. Den samlar både forskningsbaserad kunskap och systematiskt dokumenterad erfarenhet från pilotområdena och kan därmed specifikt stödja det fortsatta nationella arbetet med utökade hembesöksprogram.

²² Kärnan i hälsoprogrammet består av hälsobesök med undersökningar och hälsosamtal, samt föräldraskapsstöd.

Referenser

1. DELMOS. Segregation i Sverige. Årsrapport om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling.: Delegationen mot segregation, DELMOS 2021.
2. Britto P, Singh, M, Dua, T, Kaur, R, Yousafzai KA. Implementation Research and Practice for Early Childhood Development. What implementation evidence matters: scaling up nurturing interventions that promote early childhood development. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2018; 1419: 5–16.
3. Kommisionen för Jämlik Hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbetet för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av kommissionens för jämlik hälsa. 2017:Stockholm.
4. FN. Agenda 2030 och de hållbara målen för hållbar utveckling. FN; 2015.
5. Almond D, Currie J. Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis. *J Econ Perspect*. 2011; 25(3):153–72.
6. Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*. 2011; 333:982–3.
7. Cunha F, Heckman JJ, Lochner L, Masterov DV. Chapter 12 Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. *Handbook of the Economics of Education Volume 1*; 2006. s. 697–812.
8. Heckman JJ. Schools, skills, and synapses. *Economic Inquiry*. 2008; 46 (3): 289– 324.
9. Rosholm M, Paul, A, Bleses, D, Højen, A, Dale, P, Jensen, P, Laura, S, Michael, C, Andersen, S. Are impacts of early interventions in the Scandinavian welfare state consistent with a Heckman curve? *Journal of Economic Surveys*. 2021; 35 (1): 106–140.
10. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*. 2006; 312(5782): 1900– 1902.
11. Socialdepartementet. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Prop. 2017/18:249. 2018: Stockholm.
12. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården 2014: Stockholm.
13. Elkan R, Robinson J, Williams D, Blair M. Universal vs. selective services: the case of British health visiting. *J Adv Nurs*. 2001; 33 (1):113–9.
14. Mellblom J, Arvidsson, H, Fredriksson, T, Tordai, M. Rinkeby hembesöksprogram. Ett utökat hembesöksprogram i samarbete mellan barnhälsovården och socialtjänsten. Stockholm: Karolinska Institutet; 2018.
15. Molloy C, Beatson R, Harrop C, Perini N, Goldfeld S. Systematic review: Effects of sustained nurse home visiting programs for disadvantaged mothers and children. *J Adv Nurs*. 2021; 77 (1):147–61.
16. Unicef. Barnkonventionen; 2020.
17. Socialstyrelsen. Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
18. SOTA Bf. Föräldrastöd till familjer med spädbarn – en kunskapsöversikt. Rikshandboken BHV; 2019.
19. Nilsson IWA. Det är bättre att stämma i bäcken än i ån. Att värdera de ekonomiska effekterna av tidiga och samordnade insatser kring barn och unga.: SEE AB; 2008.

20. Goldfeld S, Price, A, Smith, CT, Bruce, T, Bryson, H, Mensah, F, et al. Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2019;143 (1).
21. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn 2014: Geneva, Switzerland.
22. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Wardle K, Flood VM. Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 344:e 3732.
23. Moore TG, McDonald, M., Sanjeevan, S. and Price, A. Sustained home visiting for vulnerable families and children. A literature review of effective processes and strategies; 2012.
24. Lisbeth Lindahl EA, Ella Petrini LBJ. Betydelser och effekter av utökade hembesök i Göteborg. Göteborgs regionen: FoU väst; 2023.
25. Barboza M, Marttila A, Burström B, Kulane A. Contributions of Preventive Social Services in Early Childhood Home Visiting in a Disadvantaged Area of Sweden: The Practice of the Parental Advisor. *Qualitative Health Research*. 2021; 31 (8):1380–91.
26. Mekhail KT, Burstrom B, Marttila A, Wangdahl J, Lindberg L. Parents' comprehensive health literacy and child health after attending extended home visiting in Swedish multicultural settings-A case-comparison study. *Scand J Caring Sci*. 2024; 38 (4):876–87.
27. Burstrom B, Mellblom J, Marttila A, Kulane A, Martin H, Lindberg L, et al. Healthcare utilisation and measles, mumps and rubella vaccination rates among children with an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden-A 3-year follow-up. *Acta Paediatr*. 2020; 109 (9):1847–53.
28. Barboza M KA, Burström B, Marttila A. A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *Int J Equity Health*. 2018; 17 (1):42.
29. Polismyndigheten. Utsatta områden – Social ordning, kriminell struktur och utmaningar för polisen. Stockholm: Nationella operativa avdelningen, Polismyndigheten; 2017.
30. Socialstyrelsen. Delredovisning av uppdrag (S2019/00910/FS delvis) genomförande av pilotverksamhet i barnhälsovården; 2023.
31. Socialstyrelsen. Föräldrars möten med socialtjänsten. Föräldrarådgivarnas bild av de extra besök som sker utöver de inplanerade besöken i den utökade hembesöksmodellen; 2023. Report No.: 2023-10-8800.
32. Sarkadi A, Lönnberg, G., Edvarsson, K., Warner, G., et al. Utvärdering av Tillsammans för en trygg start ett utökat hembesöksprogram i utsatta områden Uppsala Universitet: Institutionen för Folkhälso- och Vård Vetenskap Socialmedicin/CHAP Child Health and Parenting; 2025.
33. Mangrio E, Hjortsjö, M. Meeting families in various social situations: reflections from healthcare staff working with an extended home-visiting program in Sweden. *Discovery Health Systems*. 2023; 2:38.
34. Mangrio EH, M. Health, social, and dental professionals' experiences of working within an extended home-visit program in the child healthcare: a qualitative interview study in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2023; 23:820.

35. Shmarina E, Ericson, D., Götrick, B., Franzén, C. Dental professionals' perception of their role in the practice of oral health promotion: a qualitative interview study. BMC Oral Health. 2023; 23:43.
36. Franzén CaN, E-L. Supporting first-time parents in their homes: an informal setting enabling interprofessional collaboration. BMC Health Services Research. 2024; 24:545.

Bilaga 1. Vägledande material

Bilderna visar de två vägledande materialen, dels för tilläggsbesök i graviditetsvecka 34, dels för besöket när barnet fyllt två år.

Besök hos barnmorska med BHV-sjuksköterska och socialrådgivare/föräldrarådgivare



Vägledande material till Pilotverksamhet i BHV – utökat stöd till förstagångsföräldrar och föräldrar som får sitt första barn i Sverige – Tillsammans för en trygg start

Besök 1 hos barnmorskan innan barnet är fött

Graviditetsvecka 34–38

Att snart bli förälder

Mål: Att arbeta tillsammans för att erbjuda bättre kontinuitet och trygghet i vårdkedjan och skapa relation till BHV-sjuksköterska och föräldrarådgivare/socialrådgivare/familjevägledare. Att väcka nyfikenhet för barnets kompetenser.

Barnet

- Amning/bröstmjölkförsättning – hur har ni tänkt?
- Barnets kompetenser, behov och samspel första tiden

Föräldrar

- Vad händer när barnet är fött?
- Båda föräldrars betydelse för barnet och för varandra
- Familjen och nätverket samt möjligheter till stöd
- Om barn tidigare: Syskonens roll – hur kan föräldrar förbereda syskon

Att uppmärksamma

- Hur komma i kontakt med BHV-sjuksköterska och socialrådgivare/föräldrarådgivare/familjevägledare?
- Olika professioners ansvarsområden då barnet är fött
- Barnsäkerhet, tex bilbarnstol
- Är det något särskilt som ni tycker att vi behöver veta inför våra kommande besök?
- Vid behov: Sekretess

Två-års besök



Mottagningsbesök vid 2 år

Att växa och utvecklas tillsammans

Mål: Att utforska barnets utveckling, personlighet och kompetens samt barnets behov av vägledning, lek och stimulans.

Barnet

- Att utvecklas och lära tillsammans hemma och på förskolan
- Lek och rörelse, utevistelse
- Språkutveckling och kommunikation
- Rutiner för mat, sömn och tandhälsa

Föräldrar

- Tid tillsammans med barnet
- Förväntningar på varandra i föräldrarollen
- Förväntningar på barnet nu och i framtiden
- Att visa vägen genom lyhördhet för barnets behov
- Om flera barn, hur fördela uppmärksamhet mellan syskon och skillnader i gränssättning i stigande ålder/mognad

Att uppmärksamma

- Fortsatt kontakt med BHV och vid behov socialrådgivare/föräldrarådgivare



Tillsammans för en trygg start – En modell för utökade hembesök i utsatta områden
(artikelnr 2026-6-10272)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.