

Familjecentraler

Kartläggning och kunskapsöversikt

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en Lägesbeskrivning. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälso- skydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2008-131-16

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2008
Tryck Edita Västra Aros, Västerås april 2008
Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg
Bild Scanpix

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. Uppdraget redovisas i denna rapport. I uppdraget har ingått att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter om dessa verksamheter och att ta till vara internationella erfarenheter inom området.

De övergripande frågeställningarna för kartläggningen är hur många familjecentraler som finns, vilka verksamheter som ingår samt hur de är organiserade och finansierade. I uppdraget att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter är frågeställningarna vilka lokala och regionala utvärderingar som finns och vad de säger samt vilka slutsatser det går att dra utifrån de internationella erfarenheterna.

Rapporten är uppdelad i två delar där kartläggningen av nuläget redovisas för sig och kunskapsöversikten för sig. Kartläggningen och kunskapsöversikten svarar på flera frågor men ställer också nya, varför rapporten kan ses som en kunskapsinventering att utgå ifrån i det fortsatta arbetet med att utveckla familjecentralerna.

Kartläggningen har genomförts av *Annika Öquist* projektansvarig på Socialtjänstavdelningen. Utredarna *Anna Flöjte* och *Lennart Ringström* svarar för konstruktion och insamling av enkäter. *Simon Lind* svarar för de statistiska metoderna. Kunskapsöversikten har genomförts av *Sofia Enell*, projektledare på Luppen kunskapscentrum, och *Ulla Jergeby*, projektansvarig på Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen. *Edith Orem*, bibliotekarie, har genomfört sökningar i internationella databaser.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning och förslag</i>	7
Resultat	7
Nationella resultat.....	7
Internationella erfarenheter.....	9
Slutsatser	10
Förslag	10
<i>Inledning</i>	12
Regeringsuppdraget	12
Frågeställningar	12
Rapportens disposition	12
Bakgrund	12
En definition av familjecentralen.....	12
Familjecentralernas framväxt	13
Preventionsarbete.....	14
<i>Kartläggningen</i>	15
Metod och avgränsning	15
Resultat	16
Antal familjecentraler.....	16
Familjecentralens parter.....	17
Verksamheternas innehåll.....	20
Stabilitet.....	24
Styrning och finansiering.....	26
Kommentarer och förslag	27
<i>Kunskapsöversikten</i>	30
Inledning	30
Metod	30
<i>Nationell översikt</i>	32
Sammanfattning	32
Resultat	34
Olika inriktningar hos familjecentraler.....	34
Principer för familjecentralen	35
Nationellt stöd.....	36
Studier om familjecentraler	36
Familjecentralens besökare.....	37
Förebyggande arbete på familjecentralen	40
Samverkan på familjecentralen.....	42
Familjecentralens organisation	44
Familjecentralens verksamheter	45

<i>Internationella erfarenheter</i>	48
Sammanfattning	48
Inledning	49
Resultat	49
Begreppsdiskussion	52
Serviceinriktade familjecentraler	53
Familjecenter i Norge	53
Familjecenter i Finland.....	55
Särskilt riktade familjecentraler	56
Family centre i Storbritannien	56
Familjecentralsverksamheter i Frankrike.....	59
Familjecentralsverksamheter i Grekland	60
Programbaserade centerverksamheter	61
Sure Start och Children's Centre i Storbritannien	61
Head Start och Early Head Start i USA	65
<i>Kommentarer – nationella översikten och de internationella erfarenheterna</i>	69
Likheter och skillnader	69
Nöjda besökare	70
Målgrupp	71
Samverkan	72
Perspektivval	72
Obesvarade frågor	73
Förslag	73
<i>Referenser</i>	75
<i>Bilaga 1</i>	83
<i>Bilaga 2</i>	86
<i>Bilaga 3</i>	92
<i>Bilaga 4</i>	94
<i>Bilaga 5</i>	96
<i>Bilaga 6</i>	99
<i>Bilaga 7</i>	101

Sammanfattning och förslag

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. I uppdraget ingår även att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter och ta tillvara internationella erfarenheter. Socialtjänstavdelningen svarar för kartläggningen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) svarar för kunskapsöversikten.

Regeringen har inte definierat vad en familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet är, vilka parter eller verksamheter den ska innehålla. Regeringen skriver i sitt uppdrag att familjecentralerna arbetar hälsofrämjande. Målet är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar.

I kartläggningen definieras familjecentraler som en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med minst förebyggande verksamhet. Den familjecentralsliknande verksamheten definieras som minst barnhälsovård samlokaliserad med öppen förskola eller socialtjänst. I kunskapsöversikten ingår rapporter och utvärderingar om både familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter.

Resultat

Nationella resultat

Det finns 131 familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter i Sverige. De är företrädesvis permanenta verksamheter som finansieras av de ingående parternas ordinarie budget. Drygt hälften har en samordnare för verksamheten på deltid. Den vanligaste formen av familjecentral är den med mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst samlokaliserade. Nästa stora grupp är de familjecentralsliknande verksamheterna, som har tre av parterna samlokaliserade.¹

Den kunskap vi i dag har om de svenska familjecentralerna är inriktad på processer och samverkan på familjecentraler samt på hur personal och besökare upplever verksamheten. Det har visat sig att samlokalisering skapar goda förutsättningar för samverkan men att samverkan också kräver tid. Inga svenska effektutvärderingar finns. Några studier har undersökt i vilken mån familjernas nätverk har utökats genom familjecentraler. Resultaten är motstridiga när det gäller frågan om huruvida familjecentraler bidrar till att utöka familjernas sociala nätverk. De tendenser som framkommer är att socioekonomiskt starka grupper dominerar som besökare på familjecentralers öppna verksamheter.

¹ Utanför resultatredovisningen har också cirka 70 familjecentralsliknande verksamheter som inte hade samlokaliserade parter identifierats.

Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter i Sverige kan delas in i två olika inriktningar: serviceinriktad och särskilt riktad familjecentral.

Den serviceinriktade familjecentralen utgår från ett folkhälsoperspektiv och arbetar främst med generellt förebyggande arbete, så kallad universell prevention.² De familjecentraler som har valt att ha en enbart förebyggande socialtjänst ingår i denna inriktning. Både kartläggningen och översikten visar att detta är den dominerande inriktningen. Cirka 90 procent av familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna är serviceinriktade. Familjecentralernas verksamhet kan skilja sig mycket åt beroende av vilka parter som ingår.

Den särskilt riktade familjecentralen utgår också från universell prevention men det är vanligare med riktade insatser till de barn och familjer som har identifierade problem, så kallade selektiva och indikerande insatser,³ socialtjänsten ingår med biståndsbedömning (myndighetsutövning) och biståndsbedömda insatser. 10 procent av familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna har en socialtjänst med myndighetsutövning. I kunskapsöversikten återkommer frågan om huruvida socialtjänsten ska delta med eller utan behovsbedömning (myndighetsutövning). Det finns studier som visar på att socialtjänstens behovsbedömning kan ge bättre personalkontinuitet. Flera studier visar dock att myndighetsutövning kan göra det svårare för socialtjänsten att också arbeta förebyggande.

De som besöker den öppna förskolan på den serviceinriktade familjecentralen är svenskfödda kvinnor med ett eller två barn. Föräldrar som kommer från socioekonomiskt starka grupper dominerar besökargruppen. Detta innebär att pappor, utlandsfödda och socioekonomiskt svagare familjer är underrepresenterade. Cirka 30 procent av familjecentralerna eller de familjecentralsliknande verksamheterna har riktad verksamhet till män i form av pappagrupper.

De rapporter och utvärderingar som undersökt vad de besökande familjerna anser om familjecentralen har visat på stor uppskattning från föräldrarna. Barnen får träffa och leka med andra barn samtidigt som föräldrarna får kontakt med andra föräldrar och kan kombinera besök på flera verksamheter. Den kritik som framkommer handlar ofta om korta öppettider, brist på väntrum eller avsaknad av aktiviteter. Familjer som besöker den särskilt riktade familjecentralen är också i huvudsak nöjda. Den kritik som riktas mot den särskilt riktade familjecentralen är brister i hanteringen av anonymiteten och att socialtjänstens närvaro kunde upplevas som problematisk.

Familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna erbjuder mellan fyra och sex verksamheter. Det bedrivs ungefär lika många verksamheter oavsett om myndighetsutövningen ingår eller inte. Vanligast förekommande är de föräldragrupper som barn- och mödrahälsovården genomför. På familjecentralerna eller de familjecentralsliknande verksamheterna

² Den universella preventionen är till för alla, oavsett hög eller låg risk för negativ utveckling.

³ Den selektiva preventionen är inriktad på grupper i befolkningen som befinner sig i en riskzon för att utvecklas negativt eller utveckla ohälsa. Den indikerade preventionen innebär fokus på enskilda personer som på något vis identifierats att vara i riskzonen och man ger individuella insatser.

genomförs dock verksamheterna med en hög grad av samarbete mellan parterna. 20 procent av familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna använder program som utgår från ett program eller som är manualbaserade, till exempel Cope, Komet, ICDP och Marte Meo.

När verksamheterna utökar sin samverkan genom att bilda en familjecentral leder detta till förväntningar på nyskapande och synergieffekter. Möjligheten att uppfylla dessa förväntningar begränsas av att verksamheterna som ingår redan är etablerade och definierade. Av kartläggningen framgår att familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna nästan uteslutande finansieras av de ingående parternas ordinarie budget, men det framgår inte om det ordinarie anslaget är höjt med anledning av familjecentralen. Såväl mödrahälsovården och barnhälsovården som socialtjänstens myndighetsgrupper är uppbundna av program och myndighetsuppgifter som måste göras.

Av de studier som berört familjecentralernas organisation framkommer dels att personalen är knuten till sin moderorganisation utanför familjecentralen, dels att familjecentralen tenderar att vara svårarbetad vad gäller beslutsfattande. Dessutom står olika huvudmän bakom familjecentralen, kommun och landsting, vilket gör dess verksamhet sårbar för de olika huvudmännens ekonomi och prioriteringar.

Internationella erfarenheter

Det saknas liknande verksamheter utanför Norden, men Norge och Finland har efter svensk förlaga utvecklat familjecentralsverksamheter. Att identifiera familjecentralsverksamheter i andra länder begränsas av ländernas olika välfärdssystem. Det finns inga nordiska forskningsstudier om hur familjecentraler påverkar barn och familjers sociala, emotionella eller kognitiva utveckling och de utomnordiska utvärderingarna har oklart värde på grund av kontextuella skillnader.

Den verksamhet som har visat sig ha störst likheter med familjecentralen utanför Norden är Children's Centre i Storbritannien som är en samlokalisering av barnomsorg, föräldrastöd, hälsokontroller och hälsoinformation samt rådgivning för arbetslösa föräldrar. Children's Centre är en verksamhet som har utvecklats utifrån det nationella programmet Sure Start som tillsammans med Head Start och Early Head Start i USA är de enda verksamheter i översikten som har effektutvärderats. Både de brittiska och de amerikanska programmen vänder sig till fattiga familjer och har som syfte att minska fattigdomen och dess konsekvenser för barns hälsa och utveckling. Resultatet från det brittiska Sure Start visade små effekter, både positiva och negativa. Ett genomgående resultat var att familjer med färre riskfaktorer gynnades av programmet medan familjer med flera riskfaktorer missgynnades.

Resultat från framförallt Early Head Start visar på positiva effekter för barnens kortsiktiga kognitiva, språkliga och socioemotionella färdigheter. Resultaten visar också positiva effekter för flera föräldraförmågor och på föräldrarnas väg till självförsörjning. För både de brittiska och de amerikanska programmen hade hög programtrohet ett samband med positiva effekter. Flera internationella undersökningar visar att besökande familjer

uppskattar öppna och tillgängliga verksamheter där de kan träffa andra föräldrar och barn.

Slutsatser

Ett resultat av kartläggningen är att familjecentraler med de fyra basverksamheterna samlokaliserade har fler samarbetspartner, bedriver fler verksamheter och oftare har en ledningsgrupp än de familjecentraler som liknar de andra verksamheterna. Detta visar att samlokalisering av de fyra basverksamheterna ger större förutsättningar för familjecentralen att utvecklas. Den fullt samlokaliserade familjecentralen är den vanligaste organiseringen av familjecentraler men kartläggningen konstaterar också att det finns en stor variation, vilket gör att begreppet familjecentral kan bli otydligt. Ett första steg för att tydliggöra begreppet familjecentral kan vara att definiera att en familjecentral ska bestå av en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med minst förebyggande arbete.

Ett resultat som både den nationella och den internationella översikten visat är att familjecentralens öppna och tillgängliga verksamhet uppskattas av föräldrar som besöker verksamheten. Studier har visat att familjecentralerna i huvudsak besöks av socioekonomiskt starka föräldragrupper. Översikten visar att vi saknar kunskap om familjecentralens effekter för barn och föräldrar.

Kartläggningen och översikten har svarat på några frågor men också väckt flera nya. En betydelsefull fråga är om familjecentraler har stabilitet och möjlighet att fungera fullt ut över tid. Familjecentraler stöds inte nationellt utan det är lokala initiativ och eldsjälar som bygger upp verksamheterna. Det verkar inte som familjecentralerna har en gemensam budget utan respektive part har en ekonomisk tillhörighet med sin moderorganisation. Detta kan medföra en instabilitet. Som framgår i Socialstyrelsens med fleras rapport Strategi för samverkan⁴ vet vi att avgörande faktorer för en hållbar och funktionell samverkan är styrning, struktur och samsyn. Att familjecentralerna har en tydlig ledning och ett tydligt uppdrag samt tillräckliga resurser för att arbeta tillsammans är avgörande.

Förslag

Kartläggningen har svarat på några frågor men har också väckt många nya. Det finns ett behov av att definiera familjecentralerna nationellt samt undersöka vilka förutsättningar som krävs för att skapa en stabil och hållbar organisation. Socialstyrelsens uppfattning är att en viktig utgångspunkt är en tydlig definition av begreppet familjecentral. Socialstyrelsen föreslår att det ska vara den fullt samlokaliserade familjecentralen med mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet som i fortsättningen ska avses med begreppet familjecentral.

Forskningsgenomgången visar på kunskapsbrister om familjecentralers verksamhet och effekter. Det finns ingen nordisk effektutvärdering på familjecentraler. Innan en effektutvärdering kan genomföras bör de behov som

⁴ Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, 2007.

familjecentraler avser att tillgodose identifieras. Det finns ett behov av ytterligare forskning kring familjecentraler, ett ansvar som primärt bör åligga den akademiska forskningen.

Inledning

Regeringsuppdraget

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen genomfört en kartläggning av familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. I uppdraget ingår även att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter och att ta tillvara internationella erfarenheter. Socialtjänstavdelningen svarar för kartläggningen och Institutet för utvecklande av metoder i socialt arbete svarar för kunskapsöversikten.

Frågeställningar

De övergripande frågeställningarna för kartläggningen är hur många familjecentraler som finns, vilka verksamheter som ingår samt hur de är organiserade och finansierade.

I uppdraget att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter är frågeställningarna vilka lokala och regionala utvärderingar som finns och vad de säger samt vilka slutsatser det går att dra utifrån de internationella erfarenheterna.

Rapportens disposition

I huvudsak följer rapporten de frågeställningar som angivits i uppdraget. Redovisningen är uppdelad i tre delar. Den första delen redovisar kartläggningen som är en nulägesbeskrivning av familjecentralerna i landet. Den andra delen redovisar den nationella kunskapsöversikten och den tredje delen de internationella erfarenheterna. I den inledande sammanfattningen redovisar Socialstyrelsens och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen (IMS) sina slutsatser om familjecentraler.

Bakgrund

En definition av familjecentralen

En familjecentral karaktäriseras vanligen av att mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst samverkar för att tidigt arbeta förebyggande och främja barns hälsa och utveckling. Dessa fyra basverksamheter utgår från tre områden: hälsa, pedagogik och socialt arbete. Genom att mödra- och barnhälsovårdens generella program till blivande föräldrar och småbarnsfamiljer når de allra flesta i respektive målgrupp har familjecentralen en bra bas för att nå ut till alla barn och föräldrar. Utifrån de ingående verksamheterna är den huvudsakliga målgruppen blivande föräldrar och barn i åldern 0–5 år med föräldrar.

Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF) betonar familjecentralens hälsofrämjande uppgift. FFFF definierar familjecentralen som en sam-

ordning av de fyra basverksamheterna som ofta men inte alltid är samlokaliserade. IMS utgår från denna definition i sammanställningen av befintlig dokumenterad kunskap om familjecentralerna. I kartläggningen av nuläget har en definition av familjecentralerna används som utgår från samlokalisering av basverksamheterna, se vidare under Metod och avgränsningar på sidan 15.

Familjecentralernas framväxt

Utgångspunkten för familjecentraler i Sverige är samverkan för att förbättra barns villkor. Att använda samverkan som ett medel för att minska barns ohälsa aktualiserades på 1960-talet. Vården och omsorgen blev då mer professionaliserad, vilket gjorde det viktigare att samordna sig för att undvika att barn hamnade mellan professionerna utan att få sina behov tillgodosedda. Under 1970-talet öppnades vårdcentraler och förskolor. Föräldrautbildning för blivande föräldrar kom att växa fram, och för barn som inte fick plats i förskolan öppnades lekrådgivning, dagens öppna förskola.⁵

I barnstugeutredningens betänkande från 1972 redovisades ett förslag om samordning mellan mödra- och barnavårdcentralerna, den sociala barnavården och den öppna förskolan. Dessa samordnade verksamheter kom att benämnas familjeservicecentraler.⁶ Familjeservicecentraler utvecklades för att integrera och öka samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård.⁷

En modell som blivit en föregångare till dagens familjecentraler är Göteborgsmodellen som tillkom under 1970-talet i Göteborg.⁸ Modellen innebar att socialsekreterare ingick i arbetslagen på mödra- och barnhälsovården samt öppen förskola. Tanken med samverkan var att socialtjänstens förebyggande arbete skulle frikopplas från socialkontoret, på samma sätt som mödra- och barnhälsovården är frikopplad från sjukvården. I modellen kom det dock aldrig att ingå en samlokalisering av de fyra berörda verksamheterna.

En annan modell utvecklades i Stockholm under början av 1990-talet, Stockholmsmodellen. Stockholmsmodellen utgår från arbetet kring Hagalunds familjecenter. Det var den första samlokaliserade familjecentralen som hade alla de fyra basverksamheterna och där samverkan syftade till att bättre nå och arbeta med de mest utsatta familjerna. Stockholmsmodellen skiljer sig från Göteborgsmodellen genom att socialtjänsten inte enbart arbetar förebyggande utan också ingår med myndighetsutövning, vilket innebär att utreda barnens situation och bedöma deras biståndsbehov. Initiativtagare i Hagalund var socialtjänsten som hade en önskan om en mer områdesförankrad socialtjänst.⁹

Folkhälsoinstitutet inrättade under 1990-talet ett nätverk för förebyggande hälsovård där samverkan fick en arena att utgå ifrån.¹⁰ Utifrån detta nätverk etablerades bland annat familjecentraler i kommunerna. När nätverket upp-

⁵ Hjortsjö, 2005

⁶ Boklund, 1995

⁷ Hjortsjö, 2005

⁸ Bing, 2005b

⁹ Skilving, 1996; Wikgren, 1995

¹⁰ Bing, 2005b

löstes och Folkhälsoinstitutet omvandlades till Statens folkhälsoinstitut försvann det nationella stödet. Därför bildade professionella verksamma inom familjecentralerna en förening för familjecentraler, Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF), för att kunna ge fortsatt stöd till etablerade och planerade familjecentraler.

Preventionsarbete

Familjecentralen har i huvudsak fokus på familjer med små barn. De fyra basverksamheterna¹¹ har tre inriktningar: hälsa, pedagogik och socialt arbete. Familjecentralen har som mål att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar. Samtliga verksamheter på familjecentralen har en del preventivt arbete inom ramen för familjecentralen.¹²

Prevention, eller förebyggande arbete, är insatser som ska förhindra att oönskade beteenden utvecklas. Promotion däremot är ett mer positivt inriktat arbete med fokus på att främja fysisk, psykisk och social hälsa. Skillnaden mellan prevention och promotion är att prevention syftar till att förhindra problem och promotion syftar till att stimulera hälsa och välmående.¹³

Inom preventionsforskningen har begreppen universell, selektiv och indikerad prevention fått stort genomslag. Den *universella preventionen* är till för alla, oavsett hög eller låg risk för negativ utveckling. Insatser inom universell prevention syftar både till att minimera riskerna och till att öka de skyddsfaktorer som kan främja en positiv utveckling. På en familjecentral kan det innebära att stimulera barnfamiljer till att skapa sociala nätverk i närområdet. Den *selektiva preventionen* är inriktad på grupper i befolkningen som har en eller flera riskfaktorer, vilket innebär att de befinner sig i en riskzon för att utvecklas negativt eller utveckla ohälsa. Ett exempel på detta kan vara familjecentralens gruppverksamhet till mycket unga föräldrar. Den *indikerande preventionen* utgår från individens identifierade problem och därmed är insatserna inriktade på att förhindra att existerande problem eskalerar.¹⁴ På en familjecentral kan det innebära såväl insatser till en enskild individ som till en identifierad grupp.

¹¹ Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Öppen förskola och Socialtjänst med minst förebyggande arbete.

¹² Stiftelsen Allmänna barnhuset, 2006:1

¹³ Ferrer-Weder, Stattin, Cass Lorente, Tubman, & Adamson, 2005

¹⁴ Ferrer-Weder, Stattin, Cass Lorente, Tubman, & Adamson, 2005; Forkby & Larsson, 2007

Kartläggningen

I denna del beskriver vi resultatet från kartläggningen av familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter i Sverige. De övergripande frågeställningar som besvaras är hur många familjecentraler som finns, vilka verksamheter som ingår samt hur de är organiserade och finansierade.

I resultatredovisningen används begreppet basverksamheter och med det menar vi mödrahälsovården¹⁵, barnhälsovården, öppna förskolan samt socialtjänsten. Mödrahälsovården, barnhälsovården och öppna förskolan har hela sina verksamheter förlagda till familjecentralen. Det innebär att mödrahälsovården och barnhälsovården är bundna till redan etablerade och definierade uppgifter som de är ålagda att göra oavsett hur de är organiserade. Den öppna förskolan utgör ofta den arena där mycket av den gränsöverskridande samverkan utövas. Socialtjänstens verksamhet består minst av den förebyggande delen men det finns exempel på att familjecentralen även omfattar socialtjänstens arbetsgrupper med myndighetsuppgifter.

Metod och avgränsning

Det finns ingen fastslagen definition för vad en familjecentral är. I uppdraget från regeringen finns inte formulerat vilka verksamheter eller parter som ska ingå i familjecentralen eller i den familjecentralsliknande verksamheten. Det finns heller ingen nationell sammanställning eller något adressregister över familjecentralerna i Sverige. Organiseringen av familjecentralen skiljer sig åt och parterna kan vara förlagda under olika nämnder beroende på lokala förhållanden. Arbetet har därför delvis bestått av att definiera vad vi i undersökningen ska räkna som en familjecentral, och att få kontakt med dessa.

Socialstyrelsen valde i ett första steg att använda samma definition som Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF) använder. Definitionen innebär att de fyra basverksamheterna mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med minst förebyggande arbete ska vara samordnade men att en samlokalisering inte är nödvändig. Vi valde också att definiera familjecentralsliknande verksamhet som minst barnhälsovård samlokaliserad med kommunal verksamhet (öppen förskola¹⁶ eller socialtjänst). Att barnhälsovården definieras som minsta gemensamma nämnare grundar sig i att det är den enda av de fyra verksamheterna som både vänder sig till samtliga barn i området och som faktiskt också möter så gott som samtliga. Vi har bedömt att det är genom barnhälsovårdens samordningssjuksköters-

¹⁵ Mödrahälsovård kan ha andra namn, såsom barnmorskemottagning eller mödravårdcentral. Här används ordet mödrahälsovård eller MHV genomgående.

¹⁶ Öppen förskola är enligt skolverkets rapport *Öppen förskolas utveckling* till 88 % en kommunal verksamhet, vanligen organiserad under barn- och utbildningsnämnden.

kor som det finns störst möjlighet att på rikstäckande nivå identifiera familjecentralerna i landet.

I kartläggningens första steg, för att identifiera hur många familjecentraler som finns i landet, skickade vi en enkät (bilaga 1) till samtliga samordnings-sjuksköterskor i landet.¹⁷ I enkäten efterfrågade vi vilken barnhälsovård inom upptagningsområdet som är organiserade i en familjecentral eller i en familjecentralsliknande verksamhet.

I steg två skickade vi en enkät till de 202 identifierade familjecentralerna (bilaga 2). Enkäten ställde frågor om till exempel vilka parter som är samlokaliserade och vilka verksamheter familjecentralen bedriver. Det är i första hand denna enkät som ligger till grund för resultaten i detta avsnitt.

Enkätsvaren räcker inte för att ringa in vad samordning innebär för de olika familjecentralerna. Ordet kan användas för flera olika samverkansformer, och enkätsvaren visar inte tydligt hur svarspersonerna använder ordet. Därför har vi, i dialog med företrädare för FFFF och andra kunniga inom området, valt en snävare definition av familjecentraler. För att ingå i resultatredovisningen ska verksamheterna uppfylla följande kriterier:

- Familjecentralen ska ha en *samlokalisering* av de fyra basverksamheterna mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst.
- Familjecentralsliknande verksamhet ska ha barnhälsovård *samlokaliserad* med en annan kommunal verksamhet (öppen förskola eller socialtjänst).

Med samlokalisering menar vi att hela den ordinarie verksamheten som respektive part bedriver ska vara förlagd till familjecentralen. För socialtjänstens del ska minst de socionomer som arbetar förebyggande mot familjecentralens målgrupp vara samlokaliserad med de övriga parterna.

Gallringen av enkäter skedde främst vid sammanställningen av den andra enkäten men 11 verksamheter sorterades bort i samband med telefonpåminnelsen, eftersom det då framkom att de inte uppfyllde Socialstyrelsens kriterier. Efter att dessa sorteras bort återstår 191 familjecentraler. Av de 191 enkäterna besvarades 178, vilket motsvarar 93 procent.

Resultat

Antal familjecentraler

Det är av intresse att få en nationell bild av hur många familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter som finns i Sverige. Är det här en verksamhet som många barnfamiljer har tillgång till?

Efter genomgången av de inkomna enkäterna och efter gallringen av dem som inte uppfyllde kriterierna identifierades 131 verksamheter fördelade på 91 kommuner, som antingen är familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter enligt undersökningens definitioner. Vi anser att siffran är säkerställd, eftersom kartläggningen är en totalundersökning och eftersom svarsfrekvensen i enkätundersökningarna var hög, 100 procent i den första och 93 procent i den andra. Siffran gäller oktober 2007. De tre storstadsre-

¹⁷ Det finns 42 samordnings-sjuksköterskor i landet. De arbetar med att metodutveckla och stödja barnhälsovården. Utifrån sitt arbete i regionalt avgränsade områden har de kännedom om vilket hur barnhälsovården är organiserad och samordnad med andra verksamheter.

gionerna Stockholm, Göteborg och Malmö har alla flera familjecentraler i den egna kommunen eller i kranskommunerna. Även några mellanstora orter som Jönköping, Eskilstuna, Linköping, Umeå och Norrköping har flera familjecentraler i kommunen. Hur stora upptagningsområden familjecentralerna omfattar framgår dock inte och därför går det inte att säga något om hur många barnfamiljer som nås av verksamheterna.

Efter gallringen och i kontakten med kommunerna är det tydligt att det finns ett stort antal varianter av familjecentraler liknande verksamheter som inte uppfyller vår definition på samlokalisering. Det vill säga barnhälsovården är inte samlokaliserad med socialtjänst eller öppen förskola, vilket gör att verksamheten troligen inte genomströmmas av så gott som samtliga barnfamiljer i området. En vanlig form är att barnhälsovården eller socialtjänsten använder den öppna förskolans lokaler och verksamhet men utan att de ordinarie verksamheterna är lokaliserade dit. Det kan till exempel vara barnhälsovårdens sjuksköterska som kommer till den öppna förskolan någon gång i veckan och ger råd, eller socialtjänsten som har en riktad gruppverksamhet i den öppna förskolans lokaler en gång i veckan. Flera av dessa familjecentraler uttrycker att de vill bli mer samlokaliserade men att det finns hinder för detta, exempelvis att det saknas lämpliga lokaler eller nödvändiga politiska beslut. För andra är det tillräckligt med den samordning och det samarbete som redan finns. De lokala förhållandena skiljer sig åt och det avspeglar sig i de olika lösningarna.

Familjecentralens parter

Även de familjecentraler eller familjecentralerliknande verksamheter som uppfyller Socialstyrelsens definition uppvisar stora variationer. Barnhälsovården (BHV) ingår i samtliga familjecentraler men i olika konstellationer med de andra så kallade basverksamheterna, mödrahälsovård (MHV), öppen förskola (ÖF) och socialtjänst (Soc.tj). Det finns också exempel på att andra parter eller professioner, utöver basverksamheterna, är samlokaliserade i familjecentralen, exempelvis en psykolog eller Svenska kyrkan.

Socialstyrelsen har kategoriserat familjecentralerna i tre grupper utifrån hur många basverksamheter som är samlokaliserade, se tabell 1.

Tabell 1. Gruppindelning

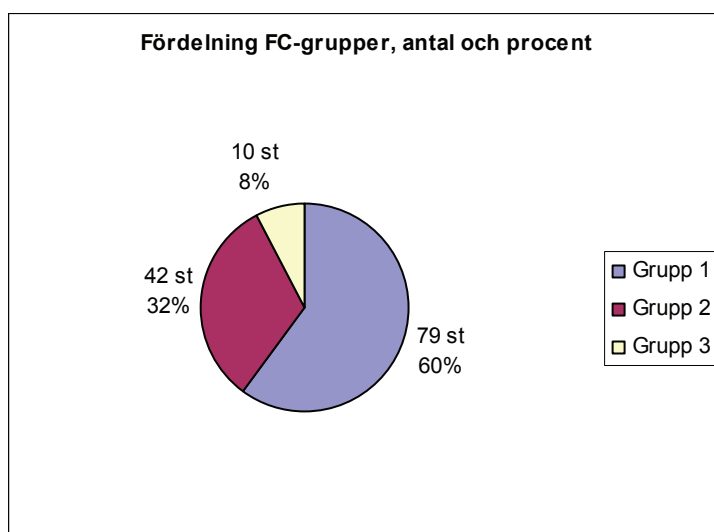
Grupp	Samlokaliserade parter
Grupp 1	BHV, MHV, ÖF, Soc.tj
Grupp 2	BHV, MHV, ÖF <i>eller</i> BHV, MHV, Soc.tj <i>eller</i> BHV, ÖF, Soc.tj
Grupp 3	BHV, ÖF <i>eller</i> BHV, Soc.tj

I grupp 1 är samtliga fyra basverksamheter samlokaliserade. Ungefär hälften av familjecentralerna i grupp 1 har utöver basverksamheterna även andra parter eller professioner samlokaliserade, exempelvis en psykolog, Svenska kyrkan, ungdomsverksamhet eller ungdomsmottagning.

I grupp 2 är tre av basverksamheterna samlokaliserade. Den vanligaste konstellationen av basverksamheterna BHV, ÖF och Soc.tj utgör 69 procent. Förutom BHV som är representerad i varje familjecentral så är ÖF den vanligaste parten, som ingår i 90 procent av de familjecentralsliknande verksamheterna i grupp 2, följt av Soc.tj med 83 procent. Det är ovanligt att MHV är samlokaliserad part i de familjecentralsliknande verksamheterna. I grupp 2 ingår de i 13 procent av verksamheterna. I cirka 20 procent av verksamheterna i grupp 2 ingår även en annan part eller profession utöver de tre basverksamheterna, exempelvis en psykolog eller Svenska kyrkan.

I Grupp 3 är två basverksamheter samlokaliserade. Det är antingen BHV med ÖF eller BHV med Soc.tj. I några fall ingår en ytterligare part.

Diagram 1. Fördelningen mellan grupperna 1, 2 och 3, antal och procent



Familjecentraler med fyra samlokaliserade basverksamheter är den vanligaste familjecentralsformen, vilket visas i diagram 1. Över hälften av familjecentralerna är organiserade på det viset. Av de familjecentralsliknande verksamheterna är grupp 2, med tre basverksamheter, störst med 32 procent. Endast ett fåtal är organiserade som grupp 3, med två basverksamheter.

Myndighetsutövning

Kartläggningen har undersökt i vilken grad socialtjänstens myndighetsutövning¹⁸ ingår i familjecentralerna. Det har hittills saknats en nationell överblick över detta. Det finns också skilda meningar om huruvida myndighetsutövningen bör ingå eller inte.

Resultatet av kartläggningen visar att socialtjänstens myndighetsutövning ingår i drygt 10 procent av familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna. I första hand återfinns de i grupp 1, där alla fyra basverk-

¹⁸ Med myndighetsutövning avses handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga enligt Socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Med handläggning avses alla åtgärder som vidtas från att ett ärende inleds till dess att det avslutas med beslut.

samheterna är samlokaliserade. Där ingår socialtjänstens myndighetsutövning i 16,5 procent av familjecentralerna, se tabell 2.

Tabell 2. Socialtjänstens myndighetsutövning i familjecentralerna, antal och procent

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingår	13	16,5	2	4,8	0	0,0	15	11,5
Ingår inte	66	83,5	40	95,2	10	100,0	116	88,5
Totalt	79	100,0	42	100,0	10	100,0	131	100,0

Formaliserat samarbete

Som framgått tidigare gör vi en åtskillnad mellan samlokalisering där hela verksamheten är förlagd till familjecentralen och formaliserat samarbete eller samordning. Med formaliserat samarbete menar vi att familjecentralen har någon form av överenskommelse med ytterligare en part, muntligt eller skriftligt, utan att verksamheten är samlokaliserad med familjecentralen. Bredden i vad som innefattas i formaliserat samarbete är stor. Det kan betyda allt från informationsutbyte till gemensamma gruppverksamheter.

Ett stort antal familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter anger att de utöver samlokaliserade parter har ett formaliserat samarbete med en eller flera parter, som framgår i tabell 3.

Den vanligaste samarbetspartnern är skolhälsovården. 46 procent har angett detta alternativ. Näst mest förekommande är samarbete med familjerätten. Exempel på samarbete kan vara att en tjänsteman från familjerätten kommer till familjecentralen och träffar föräldrar som ska skriva på faderskapsbekräftelse där eller att familjerätten erbjuder samarbetsamtal i familjecentralens lokaler.

Under annan part har angivits formaliserat samarbete med förskolan, skolan, Svenska kyrkan, biblioteken och tandvården. De familjecentralsliknande verksamheterna kan också ha formaliserat samarbete med exempelvis MHV eller Soc.tj.

Tabell 3. Parter som familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna har ett formaliserat samarbete med, antal och procent

Parter	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	20	26	9	21	2	20	31	24
Familjerätt	34	43	9	21	0	0	43	33
Familjerådgivning	26	33	15	36	1	10	42	32
Ungdomsmottagning	27	34	2	5	0	0	29	22
Skolhälsovård	40	51	16	38	4	40	60	46
Annan part	46	63	30	75	6	60	82	67

Det är också av intresse att se hur många parter de enskilda familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna har formaliserat samarbete med. I grupp 1 har cirka 30 procent formaliserat samarbete med mellan tre och fem av de i tabellen definierade parterna, 26 procent har inte formaliserat samarbete med någon av dem. I grupp 2 är det endast 12 procent som har formaliserat samarbete med mellan tre och fem parter och 36 procent som inte har formaliserat samarbete med någon av dem.

Det går inte att säga något om graden av samarbete. Några som fyllt i enkäten kan ha tänkt på allt samarbete, även det som bedrivs inom basverksamheternas ordinarie uppdrag. Till exempel samarbetar barnhälsovården med skolans elevhälsa för journalöverlämning, men det behöver inte betyda samma sak som att familjecentralen har ett formaliserat samarbete med skolan. Exempel på ett formaliserat samarbete med skolhälsovården för familjecentralen skulle kunna vara gemensamma gruppverksamheter för föräldrar med skolbarn.

Verksamheternas innehåll

En central fråga är vad som kännetecknar en familjecentrals verksamhet. Alla de ingående parterna har vid en samlokalisering med sig ett uppdrag från sin respektive huvudman. Det är detta så kallade ordinarie arbete som familjecentralen till stor del består av. Tydligast kanske detta är för mödra- och barnhälsovården och för socialtjänstens myndighetsgrupper. De har uppgifter som måste genomföras oavsett hur verksamheten är organiserad. Mödra- och barnhälsovården har sina generella program till blivande föräldrar och småbarnsföräldrar och socialtjänstens myndighetsutövande grupper har bland annat till uppgift att ge skydd och stöd till barn som riskerar att fara illa. Dessa arbetsuppgifter måste skötas i första hand och därutöver kommer uppgifter av generellt stödjande och förebyggande karaktär av olika slag.

I enkäten till familjecentralerna försökte vi ringa in familjecentralernas verksamhet genom frågor kring vilka gruppverksamheter och föräldrastödsverksamheter som familjecentralerna hade haft någon gång under 2007.

Som framgår av diagram 2 är mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens föräldragrupp samt socialtjänstens stödsamtal de dominerande verksamheterna. I princip samtliga familjecentraler kan erbjuda barnhälsovårdens föräldragrupp, vilket är logiskt då samtliga familjecentraler i kartläggningen innehåller barnhälsovård. En hög andel av de familjecentraler där mödrahälsovården ingick har också en sådan föräldragrupp. Liknande förhållanden gäller för socialtjänstens stödsamtal. När socialtjänsten är en samlokaliserad part finns det i hög uträkning möjlighet att erbjuda stödsamtal. I grupp 1 tillhandahåller cirka 83 procent samtliga dessa tre verksamheter, alltså barnhälsovårdens föräldragrupper, mödrahälsovårdens föräldragrupper och stödsamtal genom socialtjänsten. I grupp 2 erbjuder cirka 57 procent, av de familjecentralsliknande verksamheterna som består av mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst, alla tre verksamheterna.

Efter dessa grupper kommer pappagrupper, som cirka en tredjedel av familjecentralerna tillhandahåller.

Av de verksamheter som utgår från ett program eller är manualbaserade är de vanligaste ICDP, COPE, Marte Meo och Komet. Dessa erbjuds av cirka var femte familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.¹⁹

Drygt hälften av de svarande familjecentralerna har fyllt i det öppna svarsalternativet ”annan verksamhet”. De anger till exempel babycafé, babymassage, grupper för tvillingföräldrar eller adoptivföräldrar och tematräffar med ämnen som sömn, gränssättning och syskonrivalitet. Ett par familjecentraler arbetar med grupper för barn med sorg och det finns exempel på familjecentraler som har verksamhet utanför lokalerna och till exempel arrangerar simskola för kvinnor eller anordnar sommarläger.

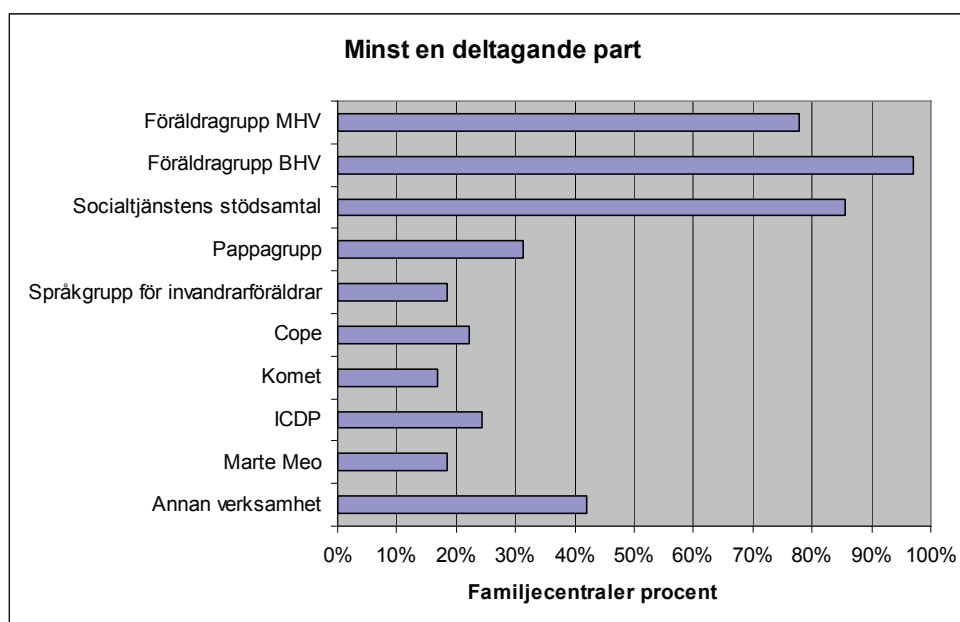
¹⁹ COPE står för The Community Parent Education Program och vänder sig till föräldrar till barn och ungdomar med utagerande beteende. Det finns i två versioner, 3–12 år och 13–18 år.

Komet har sitt ursprung i Parent Management Training och vänder sig till föräldrar till barn och ungdomar som har olika former av beteendestörningar.

ICDP betyder International Child Development Program, kallas också för vägledande samspel, och är ett grupprogram för föräldrar med spädbarn. Programmet finns också för äldre barn. Syftet är att utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn.

Marte Meo-metoden bygger på studier av hur föräldrar och barn naturligt samspelar med varandra. Syftet är att stödja och hjälpa föräldrar och andra att se behov och resurser hos barnet och de egna möjligheterna att svara utvecklingsfrämjande på barnets behov samt den egna möjligheten att påverka samspelet mellan sig själv och barnet i positiv riktning.

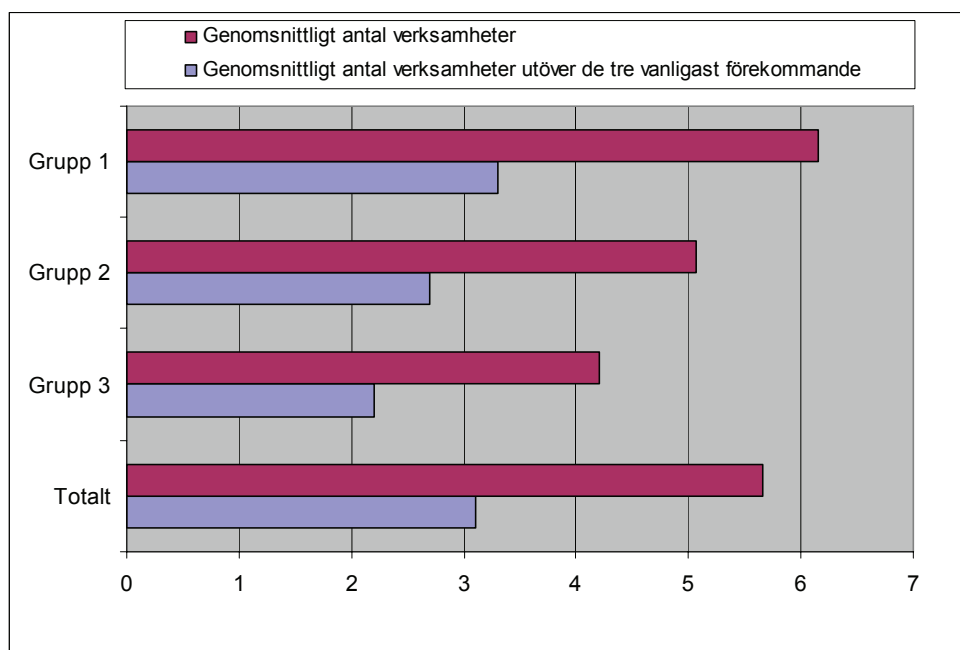
Diagram 2. De vanligaste verksamheterna som bedrivs på familjecentralerna av minst en part. 100 procent är lika med det totala antalet familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter (131 stycken).



Kartläggningen visar att familjecentraler i grupp 1, alltså de som har fyra basverksamheter samlokaliserade, har flest antal verksamheter, vilket går att läsa i diagram 3. Förutom mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens föräldragrupp och socialtjänstens stödsamtal, som är de dominerande verksamheterna, har familjecentralerna i grupp 1 i snitt drygt tre andra verksamheter. Grupp 2 har cirka fem verksamheter i snitt, varav 2–3 är verksamheter utöver de tre vanligaste ovan. Grupp 3 erbjuder minst antal verksamheter.

De familjecentraler som har socialtjänstens myndighetsutövning som samlokaliserad part har ungefär lika många verksamheter som övriga i grupp 1.

Diagram 3. Genomsnittligt antal verksamheter i grupp 1, 2 och 3



Parter som samarbetar i verksamheterna

Familjecentralernas utmaning ligger till stor del i att integrera delar av verksamheternas skilda kompetens och samverka i verksamheter utifrån de lokala behoven. Om det lyckas är förhoppningen att familjecentralen som helhet åstadkommer mer för barnfamiljerna än vad respektive verksamhet kan göra var för sig. Här redovisar vi i vilka verksamheter som parterna samverkar. Resultatet redovisas utifrån det totala antalet familjecentraler eller familjecentralerliknande verksamheter, det vill säga alla 131.

Samarbete i barnhälsovårdens föräldragrupp är vanligt. I 29 procent av familjecentralerna är alla basverksamheter delaktiga, alltså förutom barnhälsovården också mödrahälsovården, öppna förskolan och socialtjänsten. Ibland deltar även ytterligare parter eller professioner.

Därefter är det vanligaste samarbetet i föräldragruppen det mellan barnhälsovården, socialtjänsten och öppna förskolan (22 procent). Det är ovanligt att barnhälsovårdens sjuksköterskor på familjecentralerna ensam håller i sin föräldragrupp. Endast drygt 10 procent saknar samarbete i denna verksamhet.

I föräldragruppen som mödrahälsovården tillhandahåller är det också vanligt med samarbete. Den vanligaste konstellationen är att alla fyra basverksamheterna deltar (33 procent), ibland med ytterligare part. Det är sällan mödrahälsovården är ensam part (14 procent).

Socialtjänstens stödsamtal samarbetar parterna mindre i, det är socialtjänstens egen verksamhet hos 66 procent av familjecentralerna. Förklaringen till detta är att socialtjänstens stödsamtal oftast inte sker i grupp utan mellan två personer, och därför inte på samma sätt lämpar sig att samarbeta kring. Det kan dock lyftas fram att 10 procent har angett att samtliga basverksamheter deltar i dessa samtal och att 24 procent har angett andra kon-

stellationer. Samarbete runt dessa samtal kan då ta sig uttryck i gemensamma hembesök eller att en annan verksamhet ”remitterar” över en person i behov av stöd till socialtjänstens personal.

Huvudaktören i pappagrupperna är den öppna förskolan som ensam eller tillsammans med någon annan part än de fyra basverksamheterna håller i gruppverksamheten i 44 procent av fallen. Det är också vanligt att mödrhälsovården och barnhälsovården håller i pappagrupper, ibland var för sig men rätt ofta tillsammans. De olika konstellationerna kan indikera att det är olika typer av gruppverksamhet som ges under denna rubrik. En renodlad landstingsdriven grupp har troligen ett annat fokus än en grupp som drivs av den öppna förskolan.

I ICDP-programmen är samarbetet också stort. Alla de fyra basverksamheterna är aktiva i denna verksamhet i 25 procent av fallen, ofta tillsammans med ytterligare en part. Det är dock relativt vanligt (19 procent) att barnhälsovården ensam håller i detta program.

I COPE-programmen är socialtjänsten och öppna förskolan huvudaktörer. Med något undantag är alltid en av dem deltagande part, ibland tillsammans, ibland med andra och ibland helt ensamma. Socialtjänsten leder ensam COPE i 24 procent av fallen och öppna förskolan i 17 procent.

Språkgrupper för invandrare drivs i huvudsak av öppna förskolan. De driver ofta denna verksamhet tillsammans med andra parter. Till exempel är studieförbunden en vanlig aktör.

Det är socialtjänsten som är huvudaktör i Marte Meo-verksamheten. Det är vanligt (33 procent) att socialtjänsten är ensam i detta. Det är också vanligt att en annan part i kommunen erbjuder Marte Meo, ensam eller i samarbete med någon av familjecentralens parter.

Även när det gäller KOMET är socialtjänsten en huvudaktör, till stor del som ensam part (27 procent). En annan vanlig konstellation är socialtjänsten tillsammans med öppna förskolan (18 procent) eller med en annan aktör i kommunen (18 procent).

Det öppna svarsalternativet ”annan verksamhet” består av skilda verksamheter. Här är öppna förskolan och socialtjänsten centrala aktörer. De är delaktiga i 62 procent respektive 53 procent av verksamheterna som bedrivs under denna rubrik. De är sällan ensamma som aktörer utan samarbetar ofta i olika konstellationer.

Stabilitet

Utvecklingen av familjecentraler och familjecentralslänkande verksamheter har varit kraftig under 2000-talet. Resultatet tyder på en utbyggnad av såväl familjecentraler som familjecentralslänkande verksamheter sedan 1999.

Som framgår av tabell 4 har 86 procent av familjecentralerna startats under 2000-talet. Drygt 40 procent av familjecentralerna har startats 2005 eller senare.

Tabell 4. Familjecentralernas startår, fördelat på respektive grupp, antal och procent

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Innan 1999	13	16,9	4	9,5	1	10,0	18	14,0
2000–2004	33	42,9	21	50,0	3	30,0	57	44,2
Efter 2005	31	40,3	17	40,5	6	60,0	54	41,9
Totalt	77	100,0	42	100,0	10	100,0	129	100,0

Bortfall=2

Tidigare undersökningar har visat att det år 1998 fanns 15 familjecentraler i Sverige där mödrahälsovården, barnhälsovården, öppna förskolan och socialtjänsten var samlokaliserade och därutöver ett antal där basverksamheterna var delvis samlokaliserade eller planerade för en samlokalisering²⁰. Det finns ingen uppgift om hur länge familjecentralerna fortsätter med sin verksamhet. Trots att en hög andel är permanent verksamhet, se tabell 5, kan de upphöra snabbt om en huvudman bestämmer sig för att omorganisera sina resurser. Detta har blivit tydligt i denna undersökning, då flera familjecentraler har uttryckt att de står inför hot om nedläggning. Enligt muntliga uppgifter till Socialstyrelsen har några familjecentraler som var permanenta verksamheter när de fyllde i enkäten i oktober 2007 redan i januari 2008 upphört på grund av landstingets omorganisering av mödra- och barnhälsovården. Det gäller till exempel familjecentralen i Alby, Botkyrka, som var en familjecentral med lång erfarenhet.

Tabell 5. Driftsform, fördelat på respektive grupp, antal och procent

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Permanent	73	92	40	98	10	100	123	95
Tidsbegränsat	6	8	1	2	0	0	7	5
Totalt	79	100	41	100	10	100	130	100

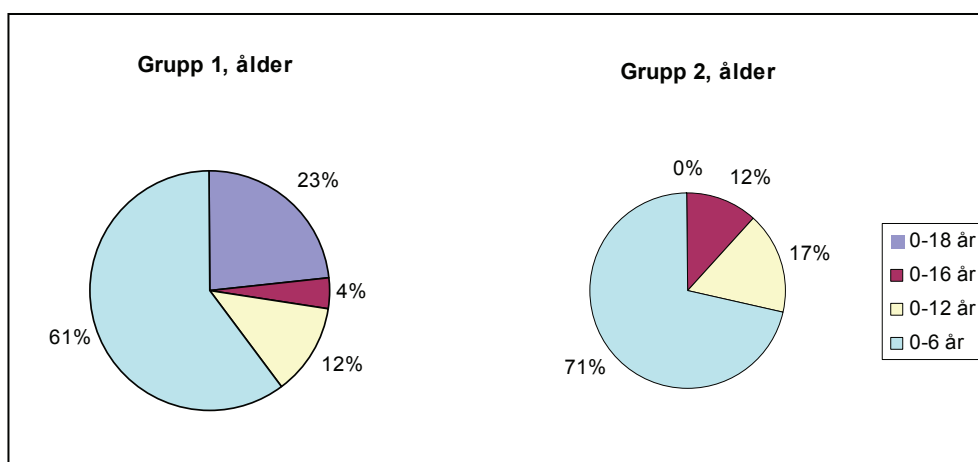
Bortfall=1

Två av fyra basverksamheter inom familjecentralerna, öppen förskola och barnhälsovård, har små barn som huvudsaklig målgrupp, och därför är det följdriktigt att familjecentralerna och de familjecentralslänkande verksamheterna i huvudsak vänder sig till familjer med yngre barn.

Som framgår av diagram 4 är familjecentralernas och de familjecentralslänkande verksamheternas huvudsakliga målgrupp barn i åldern 0–6 år. Samtliga familjecentraler vänder sig till den åldersgruppen. Men det är också ett antal som vänder sig till äldre barn. Det är vanligare att familjecentralerna i grupp 1 har en vidare målgrupp. Som tidigare resultat visat kan det bland annat innebära att familjecentralen är samlokaliserad med eller har ett formaliserat samarbete med ungdomsmottagningen.

²⁰ Bak, M och Gunnarsson, L, 2000

Diagram 4. Målgrupp, grupp 1 och 2, procent



I grupp tre, familjecentralsliknande verksamheter med två basverksamheter, har nästan 90 procent åldersgruppen 0–6 år som målgrupp. Gruppen är dock liten, endast 10 familjecentralsliknande verksamheter, och visas inte i diagrammet ovan.

Styrning och finansiering

Hur en familjecentral får sitt mandat och om huvudmännen är överens och styr gemensamt är avgörande frågor för familjecentralens möjlighet att fungera.

Det är vanligt att familjecentralerna har en ledningsgrupp på chefsnivå. I grupp 1 har så gott som samtliga detta. I de familjecentralsliknande verksamheterna är det mindre vanligt. I grupp 2 har knappt 80 procent en ledningsgrupp och i grupp 3 har 60 procent en ledningsgrupp.

I såväl familjecentraler som familjecentralsliknande verksamhet har knappt 60 procent samordnare på deltid. Deltidssamordnaren har ofta andra arbetsuppgifter på familjecentralen, exempelvis barnsjuksköterska på halvtid eller förskollärare på den öppna förskolan. Det förekommer också samordnare som delar sin tjänst på flera familjecentraler. Det dock ovanligt med samordnare på heltid, cirka 5 procent har detta.

Så gott som samtliga familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter har gemensamma möten för alla parter. Detta är rimligt då familjecentralens idé bygger på samverkan över professionsgränserna. För att det ska vara möjligt krävs att man träffas och pratar med varandra om verksamheten.

Familjecentralerna finansieras till cirka 90 procent av de ingående parternas ordinarie budget. Vi vet dock inte om det betyder att landstingen och kommunen har avsatt mer medel än innan verksamheterna organiserades i en familjecentral. Det vi vet är att de respektive huvudmännen klarar av att finansiera familjecentralen utan externa medel.

Kommentarer och förslag

Kartläggningen visar att familjecentraler är en heterogen verksamhet. Det finns en stor variation i vilka parter som är samlokaliserade, vilka föräldrastöd och gruppverksamheter de erbjuder samt till vilken åldersgrupp de vänder sig. Den mest förekommande familjecentralen består av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med minst förebyggande verksamhet.

Förutom de familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter som Socialstyrelsens redovisning omfattar finns det ett 70-tal andra samverkansformer mellan kommun och landsting kring målgruppen barnfamiljer som också kallar sig för familjecentraler eller liknande. Denna stora variation av verksamheter försvårar möjligheten att på nationell nivå säga något om vad en familjecentral är. Barnfamiljerna som använder sig av en familjecentrals verksamheter lär sig troligen snabbt vad som innefattas i verksamheten som de besöker, men de kan inte bara med hjälp av namnet veta något om verksamhetens innehåll.

Det finns dock gemensamma utgångspunkter. Exempelvis är det vanligare att socialtjänsten ingår med förebyggande tjänster än med myndighetsutövning, vilket kan tolkas som att den övervägande delen av familjecentralerna utgår från ett folkhälsoperspektiv och främst arbetar med universell prevention.

Av kartläggningen går det inte att utläsa om familjecentralernas sammansättning och därmed inriktning är ett medvetet val. I kontakten med familjecentralsliknande verksamheter med få samlokaliserade parter har det dock framkommit att de ofta har önskemål om en högre grad av samlokalisering men att det av olika skäl inte har gått att uppnå. Ibland fattas lokaler, ibland är det en huvudman som inte vill delta fullt ut. Det är därför troligt att utformningen av familjecentralerna inte bara hänger ihop med barnfamiljernas behov utan också med strukturella och organisatoriska faktorer.

Resultatet visar att förutsättningarna att utveckla verksamheten ökar när fler verksamheter samlokaliseras. De familjecentraler som har mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med minst förebyggande verksamhet fullt samlokaliserade har också formaliserat samarbete med fler parter. Kartläggningen visar även att den fullständiga familjecentralen i genomsnitt har ett högre antal föräldrastöd och gruppverksamheter än de familjecentralsliknande verksamheterna.

De föräldrastöd och gruppverksamheter som är vanligast inom ramen för familjecentralen och de familjecentralsliknande verksamheterna är föräldragrupperna som mödrahälsovården och barnhälsovården tillhandahåller samt socialtjänstens stödsamtal. Dessa verksamheter är troligen inte specifika för eller avhängiga av familjecentralen utan är verksamheter som med stor sannolikhet bedrivs inom ramen för respektive parts verksamhet oavsett lokalisering. Inom familjecentralerna samarbetar man dock i hög grad i dessa verksamheter. Särskilt föräldragrupperna har ofta flera av familjecentralens parter involverade i verksamheten. Det förhållandet gäller troligen inte när föräldragrupperna tillhandahålls i verksamheter som inte är lokaliserade i en familjecentral. Samarbetet kan i det här fallet sägas vara familjecentralsspecifikt och leder kanske också till en förnyelse av den traditionella verksamheten. Familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna

har även andra verksamheter som kan vara ett uttryck för att nya behov möts inom ramen för familjecentralen.

De vanligast förekommande gruppverksamheterna som baseras på ett program eller är manualbaserade är ICDP, COPE, Komet och Marte Meo, som en femtedel av familjecentralerna erbjuder. Dessa grupper vänder sig till föräldrar vars barn har eller riskerar att få beteendeproblem och där det finns risk att barnet utvecklar ohälsa. I enkätundersökningen frågade vi inte efter hur familjecentralerna identifierar barnen eller hur de väljer ut barn till dessa mer riktade verksamheter.

En verksamhet som vi från andra studier vet är vanlig i kommunerna är gruppverksamheter för barn till missbrukande föräldrar eller barn som har bevittnat våld eller barn med psykiskt sjuka föräldrar. Det är dock ovanligt att dessa bedrivs inom ramen för familjecentralen, vilket också styrker resonemanget om att familjecentralernas fokus är det generellt förebyggande arbetet och inte arbetet med identifierade riskgrupper.

Den öppna förskolans verksamhet är till sin karaktär öppen och möjlig att besöka utan ett särskilt ärende och har därför inte framträtt så tydligt i kartläggningen. Troligen är den öppna förskolans roll på en familjecentral att utgöra arenan där föräldrar och de andra samlokaliserade parterna kan mötas och verka, förutom att den naturligtvis är ett komplement till förskolan med sin pedagogiska verksamhet. Den öppna förskolan arbetar med såväl generellt familjestödande arbete, såsom råd och stöd till alla föräldrar, som med en uttalat stödande funktion för vissa grupper. Exempel på detta är pappa-grupper och språkgrupper för invandrade föräldrar där öppna förskolan är en vanlig aktör, ibland ensam och ibland med annan part. Utöver detta är det främst under det fria svarsalternativet ”annan verksamhet” som den öppna förskolan är en aktör. I denna kategori ingår babycafé, babymassage, olika typer av riktade gruppverksamheter, till exempel till tvillingföräldrar, samt tematräffar.

Inom familjecentralerna bedrivs det med stor säkerhet andra verksamheter eller verksamheter med förnyade arbetsätt som inte har fångats av enkäten. Enkäten ger en statisk bild och visar inga processer. Kartläggningen visar till exempel inte alla de informella kontakter som upparbetas och tas inom en familjecentral eller de olika professioner som kommer närmare varandra och på så sätt förstår och kan använda sig av varandras kompetenser i högre utsträckning.

Förutsättningar

Budgetutrymmet är centralt för att man ska kunna utveckla och bedriva verksamheter. Kartläggningen visar att 90 procent av familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna finansieras av de ingående parternas ordinarie budget. Vi vet inte om det i budgeten finns ett utökad anslag, men i våra muntliga kontakter med familjecentralerna har flera lyft fram att om barnhälsovården inte får budgetutrymme att göra något utöver de obligatoriska uppgifterna kan man inte förvänta sig att familjecentralen ska förmå att möta nya behov. Det gäller naturligtvis även de övriga verksamheterna.

Om parterna har varsin budget finns det i en ekonomisk mening inte någon familjecentral. Varje verksamhet tillhör en moderorganisation utanför

familjecentralen. Konsekvenserna av detta blir tydliga när en huvudman bestämmer sig för en större omorganisation av alla sina verksamheter. Att en eller ett par av enheterna har en lokalisering i en familjecentral blir då av underordnad betydelse. Detta har blivit tydligt när landsting drar tillbaka sina verksamheter och centraliserar dem. Det som blir kvar på familjecentralen är då den öppna förskolan och socialtjänsten, vilket innebär att samverkan över huvudmannagränserna försvinner, liksom den verksamhet som både vänder sig till alla och når alla, såsom barnhälsovården gör. Även den öppna förskolans verksamhet, som inte är obligatorisk för kommunen, kan förhållandevis enkelt läggas ner, vilket påverkar en familjecentralens möjlighet att verka. Ett sätt att förhindra detta kan vara skriftliga avtal mellan huvudmännen.

Kartläggningen visade att en hög andel av familjecentralerna har en ledningsgrupp, men vi vet inte vad det innebär och i vilken grad familjecentralens målgrupp, verksamhet och inriktning är formulerad från ledningen. En god styrning är det mest centrala för att samverkan inte ska bli kortsiktig och personbunden, vilket formulerats i rapporten Strategi för samverkan²¹. För att styrningen ska fungera måste till exempel respektive verksamhetsledning gemensamt efterfråga uppföljning och utvärdering. Genom ett sådant arbetssätt kan det också bli tydligare vilka resursbehov man har.

En rapport från FOUiVäst angående implementering²² anger ytterligare aspekter som centrala för att nya verksamheter ska komma igång. Förutom politiskt och organisatoriskt stöd lyfter rapporten fram personalens vilja att förändra, möjligheterna till att anpassa verksamheten efter lokala behov, anpassade arbetsförhållanden och systematisk utvärdering av verksamheten. Omformulerat till familjecentralernas verksamhet innebär detta tydlig ledning från alla ingående parter med gemensamma överenskommelser utifrån det specifika området och målgruppens behov. Det betyder också att de som arbetar inom familjecentralen behöver känna lust till samverkan och samarbete över professionsgränserna och också få tid till detta arbete. Tid behövs också för att parterna ska kunna reflektera över sitt gemensamma uppdrag och arbete och för att kunna följa upp arbetet.

Förslag

Kartläggningen har svarat på några frågor men har också väckt många nya. Det finns ett behov av att definiera familjecentralerna nationellt samt undersöka vilka förutsättningar som krävs för att skapa en stabil och hållbar organisation. Socialstyrelsens uppfattning är att en viktig utgångspunkt är en tydlig definition av begreppet familjecentral. Socialstyrelsen föreslår att det ska vara den fullt samlokaliserade familjecentralen med mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet som i fortsättningen ska avses med begreppet familjecentral.

²¹ Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, 2007.

²² FoUiväst, 2008

Kunskapsöversikten

Inledning

Regeringsuppdraget till Socialstyrelsen hade två delar. Här följer den andra delen, som är en narrativ kunskapsöversikt om familjecentraler. Uppdraget var att sammanställa befintliga utvärderingar och rapporter och att ta tillvara internationella erfarenheter. Regeringens ledande frågeställningar för översikten var vilka lokala och regionala utvärderingar som finns och vad de säger samt vilka slutsatser det går att dra utifrån de internationella erfarenheterna.

Uppdraget som gäller kunskapsöversikten redovisas i två delar: en nationell översikt och en översikt av internationella erfarenheter. Varje del inleds med en sammanfattning. Som avslutning på kunskapsöversikten ger författaren sina kommentarer om resultatet, om vilka frågor som kvarstår obesvarade. Utifrån kunskapsläget läggs ett förslag för fortsatt forskning.

Metod

I denna narrativa kunskapsöversikt ingår olika typer av forskning, uppsatser och utvärderingar. Den nationella översiktens ambition har varit att gå igenom alla befintliga studier om familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. För att finna så mycket material som möjligt har flera olika sökmetoder använts. För den internationella delen var ambitionen att finna internationella *erfarenheter* av liknande verksamheter, beskriva dem och vilka resultat som verksamheten uppnått. Då detta uppdrag var mer begränsat har framförallt databassökningar använts.

I den nationella kunskapsöversikten ingår rapporter och utvärderingar som på olika sätt har studerat familjecentraler med eller utan samlokalisering. Sökningen efter material till den nationella översikten har genomförts med tre tillvägagångssätt:²³

1. Sökning genom databaser för att finna publicerat material.
2. Manuell sökning genom kontakter med Föreningen för familjecentraler, FoU-enheter i Sverige, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Kommun- och landstingsförbund både regionalt och centralt.
3. Sökningar via referenser utifrån det material som har hittats.

Litteratursökningen har haft en snöbollseffekt, då en referens ofta ger en annan. Flera referenser har också hittats genom personliga kontakter. Vi har inte valt bort några studier som ansetts undersöka familjecentraler, eftersom regeringen efterfrågade en sammanställning av befintliga utvärderingar och rapporter. Kunskapsöversiktens resultat måste förstås utifrån att de studier som ingår har skiftande kvalitet och grad av systematik. Kunskapsöversik-

²³ Se även bilaga 5.

tens resultat bör därför tolkas med viss försiktighet, för mer utförlig metod-diskussion se bilaga 6. Alla texter som ingår har granskats utifrån en gransk-ningsmall, se bilaga 3.

I den nationella översikten ingår 97 texter varav 53 är utvärderingar och 35 kandidat- och magisteruppsatser. De resterande är interna rapporter, forskningsrapporter, uppföljningar och informationstexter. Det finns en av-handling om samverkan på en samlokaliserad familjecentral. Samverkan är det område som oftast studerats, tillsammans med besökarnas upplevelse av familjecentralen. Få författare har studerat flera familjecentraler men de senaste åren har det blivit vanligare med undersökningar där flera familje-centraler ingår. De flesta undersökningarna har en mindre undersöknings-grupp. Fyra undersökningar och utvärderingar har mellan 200 och 300 svarspersoner.

Den internationella delen av rapporten är ett resultat av litteratursökningar som främst har gjorts via olika ämnesdatabaser. Som sökord har vi använt begrepp som vi efter inläsning av olika studier har konstaterat kan ge träffar på liknande verksamheter som de svenska familjecentralerna. Förutom ge-nom databassökningen har vi hittat relevanta studier genom att läsa refe-renslistor. Vi har också tagit kontakter med forskare i Storbritannien för att få tag på aktuellt material. Bland annat har vi kontaktat forskningsledaren för den nationella utvärderingen av det brittiska projektet Sure Start, Edward Melhuish, professor på Birkbeck College, University of London, som bidra-git med relevanta utvärderingar. Vi har även fått information från Chris Warren-Adamson, University of Southampton, School of Social Sciences och Andrew Pithouse, Cardiff University, School of Social Sciences, båda forskare inom socialt arbete i Storbritannien. De har bidragit med både in-formation och egna studier.²⁴ Sökningen har genomförts under september och oktober 2007. De sökord och databaser som använts återges i bilaga 5. Valet av databaser har skett utifrån de verksamheter som är verksamma på en familjecentral i Sverige, alltså socialt arbete, pedagogik och omvårdnad. De studier som ligger till grund för den internationella delen har också granskats utifrån en granskningsmall, se bilaga 4.

I den internationella översikten ingår 30 studier varav 15 är vetenskapliga artiklar och 9 är utvärderingar. Resten är forskningsöversikter och mindre undersökningar av familjecentralsliknande verksamheter. Det finns fem ex-perimentella utvärderingar av programmen Sure Start i Storbritannien och Head Start och Early Head Start i USA.²⁵

²⁴ Kirsti Lenschow, tidigare projektledare för familjecentraler i Norge och Bengt Lindkvist, folkhälsan i Finland har också kontaktats utan resultat.

²⁵ För en utförlig beskrivning av texterna, se metoddiskussionen i bilaga 6.

Nationell översikt

Sammanfattning

Familjecentralens mål är enligt Föreningen för familjecentralers främjande att vara en hälsofrämjande arena. Genom utökad samverkan och samlokalisering av mödra- och barnhälsovården, öppen förskola och socialtjänst ska familjecentralen utgå från hela familjens livssituation och främja en god hälsa hos barn och föräldrar. Två inriktningar av familjecentralerna har framträtt utifrån studierna:

Den serviceinriktade familjecentralen utgår från ett folkhälsoperspektiv och arbetar främst med generellt förebyggande åtgärder, så kallad universell prevention. De familjecentraler som har valt att ha en enbart förebyggande socialtjänst ingår i denna inriktning.

Den särskilt riktade familjecentralen utgår också från universell prevention, men genom att socialtjänsten ingår med biståndsbedömning (myndighetsutövning) eller biståndsbedömda insatser är det vanligare med riktade insatser till barn och familjer som har identifierade problem, så kallade selektiva och indikerande insatser. Den särskilt riktade familjecentralen vänder sig mer till utsatta familjer som har behov av mer omfattande insatser.

Familjecentralens besökare framstår som en homogen grupp, som består av svenskfödda mammor med 1–2 barn. Pappor, utlandsfödda familjer och familjer med behov av särskilda insatser är ofta underrepresenterade på familjecentralens öppna verksamheter. Detta har visat sig gälla för den serviceinriktade familjecentralen med undantag för de centraler som är placerade i områden med hög andel utlandsfödda. Det är mer osäkert om den homogena målgruppen även gäller socialtjänstens verksamhet på familjecentralen och för den särskilt riktade familjecentralen, då få har försökt kartlägga besökarna till dessa. En undersökning av en särskilt riktad familjecentral visar att familjer med behov av särskilda insatser deltar i särskilt riktad verksamhet men är mindre benägna att delta i de öppna aktiviteterna.

Besökarna uppskattar familjecentralen då det är en plats där de kan möta andra barn och föräldrar. Det framkommer väldigt lite kritik från besökare till den serviceinriktade familjecentralen. Den kritik som framkommer i undersökningarna gäller den särskilt riktade familjecentralen där socialtjänstens myndighetsutövning är samlokaliserad på familjecentralen.

Det förebyggande arbetet utgår från universell prevention. Flera utvärderingar ser även ett behov av riktade insatser för att nå utsatta grupper, men de påpekar att detta också kan innebära att ett mer riktat arbete tar resurser från de öppna och universella insatserna. Detta gäller för båda inriktningarna. Flera studier har försökt undersöka om familjecentralen bidrar till att familjernas sociala nätverk utökas. Familjecentralen verkar kunna ge föräldrarna nya bekanta, men ingen större undersökning har kunnat konstatera att familjernas privata nätverk har utökats.

Mer än en tredjedel av studierna beskriver samverkan på familjecentralen. Att verksamheterna på familjecentralerna utökar sin samverkan ger förväntningar på nyskapelse och synergieffekter, såväl från familjecentralens personal som från politiker och andra utomstående. Då familjecentralen består av redan etablerade och definierade verksamheter är utrymmet för nyskapelse litet. I studierna finns det resultat som tyder på att samverkan på den serviceinriktade familjecentralen är mer djupgående än samverkan på den särskilt riktade familjecentralen. Samverkan på familjecentralerna har ofta analyserats utifrån samverkansnivåerna koordination, kollaboration, integration och konsultation.²⁶ Samverkan på den serviceinriktade familjecentralen har i flera studier konstaterats befinna sig mellan koordination och kollaboration. En avhandling och några mindre utvärderingar har visat att samverkan på en särskilt riktad familjecentral består av koordination och konsultation. Samverkan på familjecentralerna uppvisar samma samarbetsproblem som enligt andra undersökningar förekommer när olika verksamheter från olika huvudmän ska samverka. Problemen handlar om att verksamheterna har olika kulturer och synsätt på samverkan samt olika mycket avsatt tid och resurser för att samverka. Att verksamheterna är samlokaliserade ger förutsättningar för ett närmare samarbete men verkar inte i sig leda till en ökad samverkan.

Familjecentralen har två huvudmän, och det har flera studier funnit vara svårarbetat när det gäller beslutsfattande och styrning. Organisationen för familjecentralen beskrivs ibland som ett hinder för fördjupad samverkan. Familjecentralen blir också sårbar av flera huvudmän då verksamheterna är beroende av varandras ekonomi, delaktighet och engagemang.

Socialtjänstens roll på familjecentralen är omdiskuterad, oavsett om socialtjänsten enbart arbetar förebyggande eller om den även gör utredningar och ger biståndsbeviljade insatser. Besökare till den serviceinriktade familjecentralen uppfattar socialtjänstens uppgift som otydlig. Det kan även i personalgruppen finnas olika uppfattningar om vad socialtjänsten ska arbeta med. En undersökning av socionomers förebyggande arbete på familjecentralen visar att de har ett forskningsbaserat arbetssätt som syftar till att stärka skyddsfaktorerna för familjer med varierande omfattning av problem. Det finns studier av den särskilt riktade familjecentralen som visar att en socialtjänst med myndighetsutövning på familjecentralen får mindre tid till förebyggande arbete.

De nationella studierna om familjecentraler är oftast kvalitativa och förståelseinriktade. Vi vet därmed en del om samverkan på familjecentraler och hur personal och besökare uppfattar verksamheten. Det som saknas är mer kunskap om verksamhetens effekter för barnen och föräldrarna, och om det finns skillnader mellan olika undergrupper eller inriktningar av verksamheten.

²⁶ **Koordination** är när verksamheterna kompletterar varandra genom att t.ex. remittera till varandra. **Kollaboration** innebär att verksamheter samarbetar med varandra för att nå gemensamma lösningar på specifika problem. **Integration** är när verksamheter helt går samman och de flesta uppgifter blir gemensamma för de inblandade yrkesgrupperna. **Konsultation** eller samråd är när professionella ställer sin kunskap till förfogande för varandra genom tillfälliga insatser till varandra. (Berggren, 1982)

Resultat

Den nationella översikten utgår från en tidigare genomförd kunskapsöversikt av familjecentraler som här har kompletterats med ytterligare studier.²⁷

Som vi tidigare beskrivit har familjecentralen växt fram utifrån behovet av samverkan och ett förbättrat barnperspektiv. En familjecentral är enligt Föreningen för familjecentralers främjande (FFFF) en verksamhet som är: hälsofrämjande generell, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn.²⁸

Familjecentralen bör minst bestå av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. De olika basverksamheterna ska vara samordnade men inte nödvändigtvis samlokaliserade, menar FFFF. På de svenska familjecentralerna samverkar verksamheterna med sina olika professioner tvärfackligt utifrån olika huvudmän som kommun och landsting. Familjecentralen ska utgå från ett bostadsområde och utformas utifrån de behov som finns hos familjerna. De ramar som familjecentralerna verkar utifrån är de olika verksamheternas lagstiftning samt sekretesslagen. Samtliga verksamheter är skyldiga att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.²⁹ I socialtjänstlagen föreskrivs socialnämnden ett särskilt ansvar för samverkan kring barn som far illa.³⁰

Olika inriktningar hos familjecentraler

Familjecentraler kan ha olika inriktningar, och verksamheten kan se ut på olika sätt. Det framkommer i litteratur som beskriver familjecentralens framväxt och i senare utvärderingar. Bing beskriver två ursprung till dagens familjecentraler. Det ena är den så kallade Göteborgsmodellen som utgår från folkhälsa, och det andra är den så kallade Stockholmsmodellen som utgår från socialtjänstens arbete med barnfamiljer.³¹ Det finns också studier som visar att familjecentralerna varierar stort när det gäller vilka basverksamheter som ingår, samlokalisering och tillgänglighet.³² Bing tar till exempel upp fyra familjecentralmodeller i sin bok om familjecentraler i Värmland³³. Hennes beskrivning utgår från om centralerna är samlokaliserade, vilka basverksamheter som deltar och om centralerna samverkar med kyrklig öppen förskola.

Vi kan alltså konstatera att de fyra basverksamheterna inte samverkar hos alla som utger sig för att vara familjecentraler. Samma slutsats dras också i kartläggningen som redovisas ovan.

I en del familjecentraler ingår socialtjänsten med myndighetsutövning. Då arbetar socialtjänsten inte enbart förebyggande, utan utreder också barns situation och bedömer deras behov. I andra familjecentraler ingår inte myn-

²⁷ Enell, 2007

²⁸ www.familjecentraler.se 2008-01-03

²⁹ Hälso- och sjukvårdslagen 2 f § och Skollagen 2 a §

³⁰ Socialtjänstlagen 5 kap, 1 a §

³¹ Bing, 2005b

³² Gustafsson & Lindborg, 2005; Ward, 2005; Ward, Ranung, & Brantefors, 2005 Eriksson & Gidlund, 2004; Jansson, 2001; Tapper & Toll, 2004

³³ Bing, 2005a

dighetsutövning. I stället erbjuder socialtjänsten både biståndsbeviljat stöd (insatser som beviljats utifrån en utredning enligt 11 kap 1 § SoL) och serviceinriktat stöd. Därmed framträder två olika inriktningar hos familjecentraler:

1. *Den serviceinriktade familjecentralen* riktar sig till alla och arbetar enbart förebyggande. Verksamheten grundar sig alltså på universell prevention, med selektiva eller indikerande insatser som komplement. Denna inriktning bygger vidare på Göteborgsmodellen som betonar det förebyggande arbetet från både hälsovården och socialtjänsten utifrån ett folkhälsoperspektiv. De familjecentraler som hör till inriktningen kan dock ha olika utformning. En del är fullt samlokaliserade medan andra saknar någon av basverksamheterna i samverkan.
2. *Den särskilt riktade familjecentralen* vänder sig främst till socialt utsatta familjer. Det innebär att delar av verksamheterna inte riktar sig till alla, utan enbart till dem som har särskilda behov. Ändå grundar sig verksamheten även här på universell prevention, men de selektiva och indikerande insatserna är mer omfattande. Socialtjänsten ingår med utredningar och biståndsbedömningar (myndighetsutövning), eller biståndsbedömda insatser. Modellen har sitt ursprung i den första familjecentralen i Hagalund och den så kallade Stockholmsmodellen. Där låg fokus på att förbättra situationen för utsatta familjer.

Gränsen mellan de två inriktningarna är inte alltid skarp. En del familjecentraler är till exempel serviceinriktade men riktar sig samtidigt till familjer som behöver stöd i en socialt utsatt situation, vilket snarare är typiskt för särskilt riktade familjecentraler.³⁴ Bland de särskilt riktade familjecentralerna finns också en stor spridning, där en del präglas mer av individ- och familjeomsorgens behovsprövade arbete. På andra familjecentraler kan socialtjänstens behovsprövade insatser vara en parallell verksamhet som ligger utanför de fyra basverksamheterna, vars arbete präglas av den serviceinriktade familjecentralen. Ändå har vi valt att gruppera familjecentralerna utifrån de två inriktningarna. Syftet är att strukturera landskapet för familjecentralerna, men också att använda inriktningarna som utgångspunkt för att jämföra olika studiers resultat. Resultat som kan tillskrivas en av inriktningarna blir därmed inte ett resultat som gäller för alla familjecentraler.

Principer för familjecentralen

Föreningen för familjecentralers främjande har satt upp mål för familjecentralen. Samma mål presenterar också Folkhälsoinstitutet i boken *Att verka tillsammans, en bok om familjecentraler*. Det övergripande målet är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att

- finnas tillgänglig som nära mötesplats
- stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar

³⁴ Abrahamsson & Lindskov, 2007

- skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga
- erbjuda lättillgängligt stöd
- vara ett kunskaps- och informationscentrum
- utveckla god service.³⁵

I *Föräldrastöd och samverkan* tar Bing upp familjecentralens historia och arbete. Hon lyfter då fram tre principer som kärnan i familjecentralernas arbete.

- Den första principen är att föräldrar på eget initiativ ska kunna söka kontakt på en familjecentral. Familjecentralen ska i kontakten vara enkel, pålitlig, öppen och flexibel.
- Den andra principen är att både de professionella och familjerna ska delta i och ha inflytande över verksamheten.
- Den tredje principen är att barnkonventionen ska vara levande och självklar på en familjecentral.³⁶

Berg-Wikander skriver i *Familjecentralen – integrerad verksamhet för barnets bästa* att familjecentralernas synsätt bör utgå från empowerment, be-myndigande. Empowerment handlar om att frigöra de resurser som familjerna själva har och att de professionella får familjerna att upptäcka dessa resurser.³⁷

Nationellt stöd

Under 1990-talet stöttade Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen familjecentraler både finansiellt och med information. Myndigheterna stimulerade då olika samverkansverksamheter.³⁸ Men när Folkhälsoinstitutet ombildades till Statens folkhälsoinstitut 2001 ingick inte längre ett sådant stöd i myndighetens uppdrag. Sedan dess har i stället Föreningen för familjecentralers främjande drivit utvecklingen och varit ett stöd för familjecentraler nationellt.

Studier om familjecentraler

I denna del presenterar vi resultat från olika studier om familjecentraler. Resultaten tas upp under olika teman som har återkommit i flera studier. Vi har utgått från 97 texter, varav drygt 60 är skrivna utifrån den serviceinriktade familjecentralen och knappt 30 utifrån den särskilt riktade. I några av studierna har vi dock inte kunnat utläsa vilken inriktning som gäller, och 23 studier beskriver familjecentraler som inte är samlokaliserade eller som saknar en basverksamhet (kartläggningen benämner dessa som familjecentral-liknande verksamheter).

³⁵ Folkhälsoinstitutet, 2000a sid. 12
www.familjecentraler.se 2008-01-03

³⁶ Bing, 2005b

³⁷ Berg-Wikander, 2006

³⁸ Hjortsjö, 2005

En liten skillnad mellan de båda inriktningarna är utifrån vilket akademiskt ämne som studierna utgår ifrån. Serviceinriktade familjecentraler studeras oftast utifrån ämnet folkhälsa, medan särskilt riktade familjecentraler helt dominerar studierna i socialt arbete. Den särskilt riktade familjecentralen behandlas i några av de mer omfattande studierna på området, nämligen Hjortsjös avhandling från 2005 och Steens utvärderingar om familjecentret i Oskarshamn från 2000. Men Bak och Gunnarssons utvärdering från 2000 om familjecentralen i Biskopsgården, en serviceinriktad familjecentral, är fortfarande en av de mest omfattande studierna som gjorts om familjecentraler.

De nationella studierna om familjecentraler är oftast kvalitativa och förståelseinriktade. Deras förtjänster är att resultaten kan förklara, nyansera och fördjupa tidigare kunskap om verksamheten. Tack vare de kvalitativa studierna har vi fått en del kunskap om bland annat samverkan på familjecentraler och om hur professionella och besökare ser på verksamheten. Några studier har också försökt fånga hur familjecentralen påverkar familjernas sociala nätverk. Det som saknas är mer kunskap om verksamhetens effekter för barnen och föräldrarna, och om det finns skillnader mellan olika undergrupper eller inriktningar av verksamheten.

Familjecentralens besökare

Vilka är det som besöker familjecentralen? Till mödrahälsovården och barnhälsovården kommer så gott som alla. Genom sin placering på familjecentralen önskar också öppna förskolan och socialtjänsten nå besökare från olika socioekonomiska grupper som representerar upptagningsområdet. Undersökningar som har försökt att kartlägga främst öppna förskolans besökare visar dock att den grupp som besöker verksamheten är relativt homogen vad gäller kön och nationalitet; det är svenskfödda kvinnor med ett eller två barn.³⁹ Undantag är de familjecentraler som ligger i områden med hög andel utlandsfödda.⁴⁰

En utvärdering av Turebergs familjecentral visar att personer från alla socioekonomiska grupper besöker centralen, men de som kommer från socioekonomiskt starka områden tenderar att vara överrepresenterade.⁴¹ Flera andra studier bekräftar också att det främst är svenskfödda mammor från resursstarka familjer som besöker familjecentralens öppna förskola. Senast visades detta i en utvärdering av familjecentralerna i Uppsala kommun.⁴² En undersökning på tre familjecentraler visar dock att socionomernas målgrupp är bredare och i stället domineras av familjer med låga inkomster.⁴³ En utvärderaren av flera familjecentralprojekt i Linköping problematiserar centralernas ambition att nå alla. Utvärderaren menar att de som redan har resurser kan bli överrepresenterade under verksamheternas första tid, medan

³⁹ Larsson & Linder, 2005; Palm, Andersson, & Ryttare, 2005; Åsbrink, Marklund, & Boll, 2005a

⁴⁰ Bak & Gunnarsson, 2000; Svensson, 2001a

⁴¹ Palm, Andersson, & Ryttare, 2005

⁴² Cederhag, 2005; Hylander, 2006; Splitvision Research, 2007; Utvärderingsenheten, 2007

⁴³ Lundström Mattsson, 2004

de som behöver särskilda åtgärder inte deltar.⁴⁴ Samtidigt visar en utvärdering av familjecentralen Sirius i Vänersborg att det går att förändra vilka som besöker familjecentralen. Vid en delutvärdering av Sirius dominerades besökarna av resursstarka svenskfödda familjer, trots att det bodde en stor andel utlandsfödda i upptagningsområdet. Men när utvärderingen skulle slutrapporteras hade obalansen minskat, även om de utlandsfödda fortfarande var underrepresenterade.⁴⁵

Besökare till särskilt riktade familjecentraler har inte undersökts i lika stor utsträckning som besökare till serviceinriktade. I en utvärdering av Familjehuset i Skogås, där både öppna och biståndsbedömda insatser ingår, konstateras dock att besökare med olika bakgrund utnyttjade olika verksamheter. Familjer med problem i föräldraskapet besökte de riktade verksamheterna men var mindre benägna att också besöka de verksamheter som var riktade till alla.⁴⁶

Några undersökningar berör familjecentralernas integrationsarbete. Att arbeta med integration kan vara ett mål för familjecentraler i bostadsområden med hög andel utlandsfödda. Denna möjlighet har studerats i två utvärderingar av serviceinriktade familjecentraler. Författarna menar där att familjecentralen har stor potential att vara en mötesplats för familjer från olika länder, och en plats som kan öka kunskapen om det svenska samhället och det svenska språket. Ett sådant arbete förutsätter dock att personalen ser till att alla besökare välkomnas och blir delaktiga.⁴⁷

Vi kan alltså konstatera att familjecentralen tenderar att attrahera föräldralediga mammor i första hand. Pappor, utlandsfödda och familjer som behöver ett större stöd besöker inte familjecentralens öppna förskola lika ofta. Vilka som besöker den särskilt riktade familjecentralen har dock inte studerats. Därför vet vi inte om öppna förskolan har olika besökare på familjecentraler med olika inriktningar.

En uppskattad verksamhet

Vad tycker då de som besöker familjecentralen om dess verksamhet? Utvärderingar visar att de flesta besökare är positiva. De kommer till familjecentralen för att barnen ska få träffa och leka med andra barn, för att de själva ska få möta andra föräldrar att diskutera med och för att de vill ha aktiviteter att se fram emot under föräldraledigheten.⁴⁸ Flera studier påpekar också att besökarna uppskattar tillgängligheten på familjecentralen, då de kan söka upp flera verksamheter samtidigt. De ser dessutom besöken som ett bra sätt för barnen att vänja sig vid barngrupper.⁴⁹ I en utvärdering berättar föräldrarna också att de känner sig bekräftade och tryggare sedan de börjat besöka familjecentralen. Barnen har fått en plats där de kan utvecklas genom att

⁴⁴ Hylander, 2006

⁴⁵ Splitvision Research, 2006, 2007

⁴⁶ Andersson Holmer, Bons, Carlsson, Lundström Mattsson, & Nyberg, 2003

⁴⁷ Palm, Andersson, & Ryttare, 2005; Svensson, 2001a

⁴⁸ Abrahamsson & Lindskov, 2007; Hylander, 2006; Larsson & Linder, 2005

⁴⁹ Wikander, 2003a, 2003b

stimuleras och utmanas av andra barn och vuxna.⁵⁰ De professionella kan å sin sida bemöta föräldrarna genom att se, avlasta och bekräfta dem.⁵¹

Utvärderingen av familjecentralen i Vännäs är den enda utvärdering som undersökt vad familjerna ansåg om de traditionella verksamheter som fanns innan familjecentralen öppnade. I denna utvärdering jämförs en enkät om de traditionella verksamheterna med intervjuer som gjorts med familjer efter att familjecentralen kommit igång. Besökarna beskriver att personalen bemöter dem öppnare på familjecentralen. De tycker också att de har fått större möjlighet att påverka. De känner sig tryggare och tycker att det blivit mindre problematiskt att gå till socialtjänsten.⁵²

Någon utvärdering visar också att familjecentralen avlastar föräldrarna till viss del, då barnen kan leka och de vuxna får prata eller göra något praktiskt.⁵³ Vidare visar en mindre intervjustudie av vad pappor anser om sitt föräldraskap att de ser ”pappaöppet” på familjecentralen som positivt och stödande. De önskar dock att det fanns fler manliga medarbetare på familjecentralen. De intervjuade papporna tycker i alla fall att de enklare får nya vänner på familjecentralens gruppverksamheter än på andra aktiviteter, till exempel i lekparken.⁵⁴

Även den särskilt riktade familjecentralen har många nöjda besökare. Färm skriver att besökarna uppskattar den neutrala platsen där föräldrar kan mötas på ett naturligt sätt. Genom att samtala med andra föräldrar känner de sig mindre ensamma om sina problem.⁵⁵ I en utvärdering av Älta familjecenter är föräldrarna överlag nöjda med verksamheterna och anser att de har fått det som de önskat av sina besök på familjecentret, nämligen social samvaro och aktivitet. Det stöd som också erbjöds har familjerna däremot inte efterfrågat.⁵⁶

Några få studier har också undersökt föräldrars skäl till att inte besöka öppna förskolans verksamhet på familjecentralen.⁵⁷ Föräldrarna uppgav att de inte behövde verksamheten, att öppettiderna inte passade eller att de besökte andra verksamheter i stället. Några föräldrar svarade att de inte kände någon på öppna förskolan och hade svårt att ta sig in i nya sociala sammanhang.⁵⁸

De som kommer till den serviceinriktade och den särskilt riktade familjecentralen tycker uppenbarligen om vad de får. Ytterst få har dock undersökt vad de som inte kommer anser om verksamheten.

Kritiska röster

De kritiska röster som hörs i studierna är få. En del kritik handlar om praktiska saker som att barnhälsovården saknar väntrum, att öppna förskolan

⁵⁰ Elisson & Kring, 2005

⁵¹ Hylander, 2006

⁵² Perdal, 1998

⁵³ Bak & Gunnarsson, 2000

⁵⁴ Carlsson, 2006

⁵⁵ Ferm, 2002

⁵⁶ Bengtsson & Kennard, 2002

⁵⁷ Larsson & Linder, 2005; Steen, 2000; Sundberg & Silén, 2005; Utvärderingsenheten, 2007

⁵⁸ Larsson & Linder, 2005; Utvärderingsenheten, 2007

borde ha öppet längre eller att det vore önskvärt med särskilda aktiviteter som barnfotografering eller utflykter. Något som kan tolkas som kritik är också att intervjuade föräldrar inte haft kunskap om vad en familjecentral innebär. Detta kommer fram i flera utvärderingar. Framför allt upplevs socialtjänstens verksamhet som otydlig.⁵⁹ I en utvärdering är föräldrarna dessutom skeptiska till att verksamheten kallas för familjecentral, då de förknippar namnet med myndighetsutövning och problem.⁶⁰

I undersökningar av vad besökare anser om den särskilt riktade familjecentralen framkommer mer kritik. I Steens enkätundersökning är till exempel ensamstående mammor mer kritiska än andra mammor till verksamheterna på familjecentret. De kritiserar också familjecentret som idé, bland annat för att de inte känner sig tillräckligt anonyma.⁶¹ I en annan utvärdering finns enkätsvar med synpunkten att de som besöker utredande socialsekreterare på socialtjänsten inte får vara tillräckligt anonyma. Samtidigt har föräldrar upplevt socialtjänsten som mindre tillgänglig då dörren varit låst. Vidare visar utvärderingen att få kände till socialtjänstens arbete och vad det syftade till.⁶² Steen skriver att de familjer som har en trygg socioekonomisk situation inte ser några problem med att socialtjänstens myndighetsutövning ingår i familjecentralen. De ser inte denna utövning som något hot. Familjer som själva har eller har haft kontakt med socialtjänsten, eller som känner någon med denna erfarenhet, upplever däremot socialtjänstens roll på familjecentralen som mer problematisk.⁶³

Förebyggande arbete på familjecentralen

I flera studier har det konstaterats att universell prevention är grunden i familjecentralernas arbete, men att det också förekommer inslag av sekundär och tertiär prevention. Sådana inslag är riktade grupper och individuella stödsamtal med en socionom.⁶⁴ Att familjecentralen arbetar förebyggande kan också ge andra verksamheter fördelar. Till exempel kan makar ha samarbetsamtal inom familjecentralen. Där finns det andra möjligheter att anpassa verksamheten till individen, så att samarbetsamtal och annat familjestöd kan bli flexiblare.⁶⁵

Lundström Mattsons undersökning om socionomers förebyggande arbete på familjecentraler visar att arbetet utgår från vad forskningen har identifierat som risk- och skyddsfaktorer. Socionomerna arbetar förebyggande på alla tre nivåer, universell, selektiv och indikerad, men de två nivåerna med mer riktat förebyggande arbete tar mest tid.⁶⁶

Steen och Frih har studerat det förebyggande arbetets kvalitet på bland annat en särskilt riktad familjecentral där socialtjänsten ingår med myndighetsutövning. Undersökningen visar att samverkan kan underlätta det före-

⁵⁹ Elisson & Kring, 2005 Luppen kunskapscentrum, 2003a; Svensson, 2001a

⁶⁰ Hylander, 2006

⁶¹ Steen, 2000

⁶² Widlund & Dahlqvist, 2005

⁶³ Steen, 2000

⁶⁴ I. Karlsson & Niklasson, 2004; Tapper & Toll, 2004

⁶⁵ Gessler Doberhof & Wohlfahrt, 2006

⁶⁶ Lundström Mattsson, 2004

byggande arbetet men att det är svårt att förändra traditionella verksamheter så att en nyskapande verksamhet får utrymme. Intervjuad personal anser att arbetets kvalitet har ökat genom samverkan då de lättare kan ge familjerna rätt stöd när de känner till varandras arbete.⁶⁷

På familjehuset i Skogås lyfter utvärderaren upp förhållandet mellan generella insatser och mer riktade insatser. Det finns ett behov av att dela upp tid och insatser mellan de olika nivåerna för att undvika att de behandlande insatserna tar överhand.⁶⁸ Även resultat från serviceinriktade familjecentraler problematiserar förhållandet mellan öppna och riktade insatser.⁶⁹ Palm m.fl. skriver att riktade verksamheter tar mycket resurser från det förebyggande arbete som utförs på universell nivå och att det är lätt att missa områden och familjer som behöver nås. Familjer vill och behöver delta i den öppna verksamheten.⁷⁰

Familjecentralen utgår från universell prevention, eller primärprevention som flera författare skriver. Det betyder inte att de övriga nivåerna av prevention saknas, utan att de kompletterar de universella insatserna. Mellan de olika nivåerna av förebyggande arbete verkar det dock finnas en konflikt, både på den serviceinriktade och den särskilt riktade familjecentralen då de mer riktade insatserna kräver mer tid och resurser.

Några få av översiktens studier berör vilket resultat det förebyggande arbetet får för besökarna. Dessa studier tar dels upp familjecentralens arbete med att skapa nätverk, dels frågan om familjecentralens verksamhet har påverkat antalet anmälningar till socialtjänsten om barn som misstänks fara illa.

Besökarnas sociala nätverk

Ett hälsofrämjande mål för familjecentralen är att utöka familjers sociala nätverk. Ett större nätverk kan vara en skyddsfaktor vid psykiska påfrestningar. Flera utvärderingar visar att besökare på familjecentralen får ett större socialt nätverk, men också att flera av dessa redan hade ett fungerande socialt liv.⁷¹

I Svenssons samtliga tre utvärderingar av tre olika familjecentraler har flera intervjuade familjer fått ett utökat socialt umgänge genom familjecentralen. Detta gällde både svenskfödda och utlandsfödda familjer.⁷² I en mer omfattande utvärdering av Biskopsgården i Göteborg konstateras också att familjernas formella nätverk utökades genom ökade kontakter med personalen, men att det inte påverkade deras privata informella nätverk.⁷³ Vidare visar en utvärdering där alla föräldrar i familjecentralens upptagningsområde tillfrågats, att familjecentralens sociala och nätverksskapande funktion är central både för besökarna och för dem som inte kommer. Att man inte kände någon på familjecentralen var nämligen en av anledningarna till att man inte kom. Denna undersökning visade också att besökarna lärde känna andra

⁶⁷ Steen & Frih, 1999

⁶⁸ Andersson Holmer, Bons, Carlsson, Lundström Mattsson, & Nyberg, 2003

⁶⁹ Hylander, 2006; Palm, Andersson, & Ryttare, 2005

⁷⁰ Palm, Andersson, & Ryttare, 2005

⁷¹ Luppen kunskapscentrum, 2003a; Svensson, 2001b

⁷² Svensson, 2001a, 2001b, 2007

⁷³ Bak & Gunnarsson, 2000

föräldrar på familjecentralen, men att detta inte fick familjerna att umgås privat.⁷⁴ Samma resultat redovisar en undersökning av familjecentralen i Iggesund.⁷⁵ För att föräldrarna ska delta aktivt på familjecentralen, och på så sätt knyta kontakt med andra föräldrar, behöver personalen hjälpa till. Det visar utvärderingen av Turebergs familjecentral.⁷⁶

Vissa studier bekräftar alltså förhoppningen om att familjecentralen utökar besökarnas sociala nätverk. Andra studier visar däremot att de privata nätverken inte har blivit större. Vidare saknas kunskap om den särskilt riktade familjecentralens betydelse för besökarnas sociala nätverk.

Antal anmälningar om barn som misstänks fara illa

Familjecentralen är tänkt att förbättra möjligheterna till tidiga insatser. Därför har några författare undersökt om detta påverkat hur många ärenden som kommer in till myndighetsutövande socialtjänst. I en av studierna tyder resultatet på att socialtjänsten har fått färre anmälningar från familjecentralen än tidigare.⁷⁷ En annan studie tyder däremot på att antalet är oförändrat, men att andelen ansökningar från familjer om stöd från socialtjänsten har ökat.⁷⁸ Ytterligare en studie visar inte på några skillnader alls.⁷⁹ En undersökning visar också att personalens inställning till anmälningsskyldigheten påverkar antalet anmälningar mer än familjecentralen som organisation.⁸⁰

Att antalet anmälningar har minskat och antalet ansökningar har ökat är ett resultat som de särskilt riktade familjecentralerna visar.⁸¹ Detta kan bero på att få har studerat anmälningarna från den serviceinriktade familjecentralen. I en utvärdering av en särskilt riktad familjecentral med både öppen och biståndsbedömd verksamhet hade socialtjänstens barnhandläggare fått färre ärenden än tidigare. Socialtjänstens personal befarade därför att anmälningarna valts bort i högre utsträckning.⁸²

Det är alltså få och motstridiga resultat som presenteras om hur familjecentralen påverkar antalet anmälningar om barn som misstänks fara illa. En slutsats kan vara att andra faktorer än familjecentralen spelar större roll för personalens benägenhet att anmäla.

Samverkan på familjecentralen

Samverkan är central för de olika verksamheterna på familjecentralen. Verksamheterna strävar efter är en helhetssyn och bättre möjligheter att tidigt stödja barnfamiljer genom att samverka mer. Samverkan på familjecentralen har flitigt utvärderats och studerats, och den enda avhandling som skrivits om en familjecentral har just samverkan som fokus.

⁷⁴ Larsson & Linder, 2005

⁷⁵ Sundberg & Silén, 2005

⁷⁶ Palm, Andersson, & Ryttare, 2005

⁷⁷ Bergman & Werme, 2005

⁷⁸ Bengtsson & Kennard, 2002

⁷⁹ Svensson, 2001b

⁸⁰ Jellback & Landberg, 2004

⁸¹ Bengtsson & Kennard, 2002; Wikander, 2000

⁸² Ferm, 2002

Det finns alltså en grundläggande tanke om att verksamheterna behöver samarbeta mer för att bättre möta familjers behov. Därför förväntas familjecentralernas samverkan ge synergieffekter eller någon form av nyskapelse.⁸³ Men då verksamheterna på familjecentralen redan är etablerade och definierade blir utrymmet för förnyelse litet. Verksamheterna verkar gå in i familjecentralen utan att ha fått ekonomiska resurser eller ny personal. Medarbetarna måste då själva leva upp till förväntningarna som kommer utifrån. I flera studier betonas därför vikten av att deltagarna har en gemensam ambition för samverkan, ger samverkan tid och låter den växa fram.⁸⁴

Nivåer av samverkan

Flera av studierna försöker definiera vilken typ av samverkan som sker på familjecentralen. De använder då Bengt Berggrens modell av samverkan med olika interaktionsnivåer.⁸⁵ Modellen beskriver alltså på vilken nivå deltagarna samverkar: om de mest koordinerar sina verksamheter eller om de använder sig av varandras kunskaper.

Några författare menar att mer interaktion inte nödvändigtvis innebär bättre samverkan, utan att nivån ska värderas utifrån samverkans syfte.⁸⁶ Bak och Gunnarsson menar dock att nivåerna konsultation och kollaboration är bäst lämpade för familjecentralens samverkan. Båda dessa former låter nämligen verksamheterna behålla sina ansvarsområden och kompetenser, men med ett närmare samarbete i vissa frågor.⁸⁷ Flera studier visar också att verksamheterna på den serviceinriktade familjecentralen ofta samverkar på en nivå som ligger mellan koordination och kollaboration.⁸⁸

Hjortsjö beskriver samverkan på en särskilt riktad familjecentral i sin avhandling. Hon menar att familjecentralens samlokalisering gör att det blir viktigt för de olika enheterna att lyfta fram sin särart. Det kan de bäst göra genom de enklare formerna av samverkan, koordination och konsultation. Dessa två samverkansformer dominerar på den studerade familjecentralen. Genom koordination och konsultation kan personalen skydda sin egen profession och organisation, samtidigt som samverkansformerna underlättar det egna arbetet. Det är alltså dessa former som personalen och verksamheterna vinner mest på.⁸⁹

⁸³ (Abrahamsson & Lindskov, 2007; Bak & Gunnarsson, 2000; Wikander, 2003b)

⁸⁴ (Abrahamsson & Lindskov, 2007; Bak & Gunnarsson, 2000; Falck, Norrman, & Nyquist, 2002)

⁸⁵ Följande nivåer ingår i Berggrens modell: **Separation** innebär ett nollstadium, att ingen samverkan sker trots att det kan verka så utifrån verksamheternas placering. **Koordination** eller samordning är när verksamheter kompletterar varandra genom att t.ex. remittera till varandra utan att ha någon samverkan kring frågan. **Kollaboration** betyder ordagrant samarbete och innebär att verksamheter samarbetar med varandra för att nå gemensamma lösningar på specifika problem. **Integration** eller sammansmältning är när verksamheter helt går samman och de flesta uppgifter blir gemensamma för de inblandade yrkesgrupperna. **Konsultation** eller samråd är när professionella ställer sin kunskap till förfogande för varandra genom tillfälliga insatser. Berggren, B. (1982)

⁸⁶ Bak & Gunnarsson, 2000; Perdal, 1998

⁸⁷ Bak & Gunnarsson, 2000

⁸⁸ Nilsson & Ottosson, 2003; Tapper & Toll, 2004

⁸⁹ Hjortsjö, 2005

Bengtsson och Kennard beskriver en annan typ av samverkan i sin studie av Älta familjecenter, nämligen *vardagssamverkan*. I den ingår korridormöten, rådföringar och hänvisningar.⁹⁰ Att enklare former av samverkan dominerar på den särskilt riktade familjecentralen bekräftar även fler studier.⁹¹

I studierna om familjecentraler lyfts olika faktorer fram som viktiga för att få samverkan att fungera. Flera av dessa stämmer överens med tidigare forskning om samverkan.⁹² Faktorer som påverkar förutsättningarna för samverkan är personalens inställning, yrkesroller, yrkeskulturer och etik. Dessutom behöver man avsätta tid både före och efter det att en familjecentral startar för att samverkan ska fungera bättre. Ytterligare en förutsättning är närheten. När verksamheter samlokaliseras kommer de närmare varandra, och på så sätt kan de få lättare att samverka.⁹³

I Hjortsjös avhandling om en särskilt riktad familjecentral har dock samlokalisering inte lett till någon mer avancerad samverkan. I stället har gränserna mellan verksamheterna blivit tydligare. På grund av samlokaliseringen fick verksamheterna behov av såväl närhet som distans. Närheten var viktig för att verksamheterna av olika anledningar skulle få bättre tillgång till varandra, men den gjorde det också viktigare för verksamheterna att bevara sin särart. De hade behov av att vara olika och ha olika arbetsuppgifter. Medarbetarna i de olika verksamheterna var även starkt knutna till sina moderorganisationer. Formerna för samverkan var därför oftast av enklare sort, med ett formaliserat givande och tagande mellan verksamheterna.⁹⁴ Men det finns också studier som visar hur engagerad personal på en särskilt riktad familjecentral får samverkan att fungera väl.⁹⁵

Sammanfattningsvis antyder studierna om samverkan på familjecentralen att den serviceinriktade familjecentralen når djupare interaktionsnivåer av samverkan än den särskilt riktade. Studierna visar också att samlokalisering både kan underlätta samverkan och göra verksamheternas gränser tydligare. Flera studier belyser familjecentralernas dilemma när verksamheter samlokaliseras utifrån en gemensam organisation, samtidigt som de finns kvar inom sina moderorganisationer.

Familjecentralens organisation

Familjecentralens organisation bygger på att två huvudmän samordnas, oftast landsting och kommun. Flera av studierna i vår översikt beskriver organisationen som svår att hantera och som ett hinder för samverkan, eftersom huvudmännen har olika rutiner och regelverk.⁹⁶ Att ledningen av familjecentralen består av två huvudmän gör att den präglas av ett strävande efter konsensus då alla måste ställa sig bakom varje beslut. De som leder familje-

⁹⁰ Bengtsson & Kennard, 2002

⁹¹ Enell, 2005

⁹² Se Blomqvist, 2004; Danermark & Kullberg, 1999; Fridolf, 2006

⁹³ Bak & Gunnarsson, 2000; Niklasson, 1998; Steen & Frih, 1999; Wikander, 2000; Wikgren, 1995

⁹⁴ Hjortsjö, 2005

⁹⁵ Wikgren, S. 1995, Wikander, B.2000, Svensson, E.2001b, Pettersson, U. 1999

⁹⁶ Bak & Gunnarsson, 2000 Abrahamsson & Lindskov, 2007; Enell, 2005; Tapper & Toll, 2004

centralerna och sitter i styrgruppen har ett stort ansvar för att verksamheten ska fungera.⁹⁷ Om ledningsnivåernas ansvarsområden inte är definierade kan medarbetarna bli osäkra. Familjecentralens verksamheter blir också sårbara då de påverkas av varandras ekonomiska förutsättningar.⁹⁸ Att personalen på familjecentralerna har olika chefer, utbildningsplaner och löner kan vara negativt för verksamheternas förhållanden till varandra.⁹⁹

Bengtsson och Kennard skriver i sin utvärdering av en särskilt riktad familjecentral att det dubbla huvudmannskapet kan medföra att ingen på ledningsnivå styr upp eller tvingas styra upp verksamheten, då det alltid finns en annan part.¹⁰⁰ I en utvärdering av familjecentralen Kärnhuset i Vetlanda som också är en särskilt riktad familjecentral framkommer att personal såväl som ledningsgrupp anser att familjecentralens organisation med två huvudmän, landstinget och kommunen, ger personalen olika förutsättningar att samverka.¹⁰¹ Hjortsjö skriver också att moderorganisationerna för de olika verksamheterna har ett stort inflytande då det är de som reglerar aktörernas arbetsuppgifter. Personalens handlingsfrihet är därför kopplad till den huvudman som de tillhör, vilket gör att de känner sig mindre knutna till familjecentralen.¹⁰²

Familjecentralens organisation beskrivs alltså som svår att hantera och som konsensusökande. Detta verkar gälla såväl den serviceinriktade som den särskilt riktade familjecentralen.

Familjecentralens verksamheter

Få av studierna i vår översikt beskriver mödrahälsovården och barnhälsovården mer ingående. Det finns endast en studie av hälsopersonalens inställning till att arbeta familjecentrerat.¹⁰³ Inte heller öppna förskolan har studerats som enskild verksamhet särskilt ingående. Öppna förskolan är dock den del av familjecentralen där besökarnas upplevelser är bäst dokumenterade. Föräldrarna beskriver nämligen ofta denna verksamhet när de ombeds beskriva familjecentralen, och har åsikter om den.

Flera studier belyser socialtjänstens individ- och familjeomsorg på familjecentralen. Socialtjänsten på serviceinriktade familjecentraler beskrivs ibland som unik, då verksamheten anpassas efter vad besökarna behöver och är beroende av de övriga verksamheternas hänvisningar och samverkan.¹⁰⁴ Studierna visar dock att besökarna upplever socialtjänstens roll som mer otydlig än övriga verksamheter på familjecentralen men att socialtjänsten också kan avdramatisera vad den står för genom att finnas tillgänglig på

⁹⁷ Cederhag, 2005

⁹⁸ Trygghetsfonden, 2003

⁹⁹ Niklasson, 1999c

¹⁰⁰ Bengtsson & Kennard, 2002

¹⁰¹ Enell, 2005

¹⁰² Hjortsjö, 2005

¹⁰³ Brantefors, 2004; C. Karlsson & Lind, 2004

¹⁰⁴ Svensson, 2001a, 2001b

familjecentralen.¹⁰⁵ Personalen förväntar sig då också bättre möjligheter att få socialtjänsten att arbeta med familjer som behöver mer stöd.¹⁰⁶

Lundström Mattson behandlar också socialtjänstens arbete, genom att studera socionomers förebyggande arbete på tre familjecentraler. Socionomernas arbete bekräftar forskning som visar vikten av att tidigt identifiera och stödja barnfamiljer, att samverka med mer generella verksamheter som mödra- och barnhälsovården samt att stärka familjens skyddsfaktorer för att väga upp riskfaktorerna. Socionomerna arbetade även utifrån olika strukturerade familjeutvecklingsprogram som anses vara effektiva. Arbetet och dess möjliga effekter illustreras i studien med sannolikhetskalkyler, där potentiella neråtgående och destruktiva processer bryts. Studien visar att de sju intervjuade socionomerna gör ett viktigt förebyggande arbete som inte kan utföras av en akutstyrd socialtjänst.¹⁰⁷ Detta bekräftar också en undersökning av Thörn som visar att socionomerna arbetar stödjande, nätverksskapande och flexibelt samt att de har flera teoretiska utgångspunkter.¹⁰⁸

Myndighetsutövning på familjecentralen

Diskussionen om huruvida socialtjänsten ska medverka på familjecentralen med eller utan behovsbedömning (myndighetsutövning) har funnits lika länge som familjecentralerna själva. Bak och Gunnarsson menar att socialtjänsten kan dra fördelar av att ingå med myndighetsutövning på familjecentralen, men att familjecentralen i stort inte tjänar på det. Det förebyggande arbetet och samverkan tjänar nämligen på att ingen kontroll finns med, skriver författarna. De påpekar dock att familjecentraler med myndighetsutövning visat att det också kan fungera.¹⁰⁹

Wikander har utvärderat den första familjecentralen i Sverige, familjecentret i Hagalund, och anser att myndighetsutövning fungerar eftersom besökarna stannar kvar och behåller relationen till familjecentret trots erfarenhet av socialtjänstens myndighetsingrepp. När socialtjänsten kan bistå familjen i olika former får familjen tillgång till samma personal och därmed bättre personalkontinuitet.¹¹⁰

Steen och Frih kritiserar däremot myndighetsutövningen på en familjecentral. Där hamnade socialtjänstens arbete vid sidan om familjecentralen och utanför övriga verksamheter. Studien visar att myndighetsutövning kan göra det svårare att också arbeta förebyggande, och att myndighetsutövningen påverkar samverkan med de andra verksamheterna. Författarna ställer sig frågande till det starka myndighetsperspektiv som familjecentralen ger när socialtjänsten både är stödjande och kontrollerande.¹¹¹

Även Bengtsson och Kennard problematiserar socialtjänstens dubbla roller på familjecentralen. De menar att om förebyggande arbete ska utföras

¹⁰⁵ Abrahamsson & Lindskov, 2007; I. Karlsson & Niklasson, 2004; Thörn, 2006; Utvärderingsenheten, 2007

¹⁰⁶ Bringlöv, 1998; Hylander, 2006

¹⁰⁷ Lundström Mattsson, 2004

¹⁰⁸ Thörn, 2006

¹⁰⁹ Bak & Gunnarsson, 2000

¹¹⁰ Wikander, 2000, 2003a, 2003b

¹¹¹ Steen & Frih, 1999

bör socialtjänsten inte delta med myndighetsutövning, utan enbart med förebyggande verksamhet.¹¹²

Vidare problematiserar Ferm personalens relation till besökarna på en familjecentral med både öppna och biståndsbedömda insatser. Ferm skriver att den öppna miljön och barnperspektivet på familjecentralen inte leder tanken till en myndighetsmiljö. Platsen kan därför vara lite ”förförande” och få föräldrar att berätta mer än vad de hade tänkt sig.¹¹³

Alberius visar också att de socionomer som arbetade utan myndighetsutövning var mer flexibla och utformade sina arbetsuppgifter mer självständigt eller i samråd med övrig personal på familjecentralen. De socionomer som arbetade med myndighetsutövning hade svårt att få tiden att räcka till det förebyggande arbetet och överlät det till de andra verksamheterna. Detta resultat överrensstämmer med Frih och Steens studie. De socionomer som hade myndighetsutövning arbetade mer styrt och formaliserat.¹¹⁴ Men Alberius lyfter också fram fördelar med myndighetsutövning på familjecentralen, på samma sätt som Wikander. Det positiva är då att socialarbetaren kan följa familjen under hela processen, vilket gör att familjen behandlas mer human. Om myndighetsutövning däremot inte ingår på familjecentralen kan socionomens förebyggande arbete alltså få en högre kvalitet.¹¹⁵

¹¹² Bengtsson & Kennard, 2002

¹¹³ Ferm, 2002

¹¹⁴ Alberius, 2004; Steen & Frih, 1999

¹¹⁵ Alberius, 2004

Internationella erfarenheter

Sammanfattning

Genom den internationella sökningen har vi identifierat ett antal familjecentralliknande verksamheter. Dem har vi kategoriserat på samma sätt som de svenska familjecentralerna, i *serviceinriktade* och *särskilt riktade familjecentraler*. Vi har dessutom identifierat en tredje modell internationellt, *programbaserade centerverksamheter*, som här kommer från Storbritannien och USA.

Serviceinriktade familjecentraler finns i Norge och Finland. De är inspirerade av de svenska serviceinriktade familjecentralerna. En implementeringsutvärdering i Norge visar att familjecentren har bidragit i arbetet för barns psykiska hälsa, även om det inte varit okomplicerat för personalen att arbeta med ökad tillgänglighet, samverkan och brukarmedverkan.

När det gäller verksamheter som liknar särskilt riktade familjecentraler tar vi framför allt upp studier av en öppen modell av family centres i Storbritannien, men även studier av verksamheter i Frankrike och Grekland. Dessa center skiljer sig från de svenska familjecentralerna genom att de saknar en närvarande och delaktig hälsoverksamhet. De uppfattas som sociala stödcenter för familjer. Studierna av de brittiska centren är kvalitativa och visar på nöjda besökare. De visar också att centrens öppenhet och tillgänglighet har varit avgörande för om besökarna blivit socialt delaktiga. Vidare underlättas verksamheternas samverkan om de har en gemensam värdegrund och är samlokaliserade. Diskussionen i Storbritannien har även handlat om hur öppna center ska kunna nå mer utsatta grupper utan att verksamheten bidrar till att stigmatisera besökarna.

De programbaserade centerverksamheterna är Sure Start med Children's Centre i Storbritannien samt Head Start och Early Head Start i USA. Där påminner arbetet om svenska familjecentralers förebyggande arbete. Båda dessa program riktar sig enbart till fattiga familjer för att tillgodose och förebygga barnens behov när det gäller hälsa samt social och kognitiv utveckling. Programmen erbjuder också verksamhet till arbetslösa föräldrar för att få dem att delta i arbetslivet och öka sina inkomster. Programmen har effektutvärderats i studier med hög tillförlitlighet.

Det brittiska Sure Start visade sig ha begränsade både positiva och negativa effekter. Föräldrarna upplevde till exempel att deras vardag hade blivit mindre kaotisk. De accepterade också barnens beteende i större utsträckning, och använde färre disciplinerande åtgärder. Treåringar med mammor över 20 år betedde sig mindre aggressivt och hade bättre social förmåga än kontrollgruppen. Utvärderingen visade också att verksamheten varit positiv för föräldrar som dels fått barn efter 20 års ålder, dels var två vårdgivare varav någon hade arbete. För dem som blivit föräldrar i tonåren, var ensamstående och arbetslösa hade verksamheten däremot haft negativa effekter jämfört med kontrollgruppen.

Head Start och framför allt Early Head Start visade sig ha positiva och signifikanta men måttliga effekter på barnens kognitiva, språkliga och socioemotionella färdigheter. Effekterna märktes också på föräldrarnas känslomässiga stöd till barnen, deras stöd till språkutveckling och inläring samt deras färre disciplinerande åtgärder. Programmet hjälpte dessutom föräldrarna på vägen mot att försörja sig själva. Men även Early Head Start missgynnade familjer med flera demografiska riskfaktorer.

Detta resultat skulle kunna tyda på att familjer med få riskfaktorer gynnas medan familjer med fler riskfaktorer missgynnas. För både de brittiska och amerikanska programmen visade sig programtrohet ha betydelse för att få positiva effekter.

Inledning

När vi sökt efter familjecentralsliknande verksamheter internationellt har vi påträffat flera olika modeller av centerbaserat arbete med barnfamiljer. Likheterna med de svenska modellerna av familjecentralen varierar. Ländernas olika välfärdssystem ger det förebyggande arbetet med barn olika förutsättningar och inriktningar. I flera länder verkar det dock finnas en trend att satsa på små barns hälsa och erbjuda tidiga insatser. En kartläggning av föräldrastöd inom EU visar till exempel att medlemsstaterna har blivit mer engagerade i att ge statligt finansierat stöd till familjer, ofta med fokus inom ett socio-pedagogiskt område.¹¹⁶ Man har också motiverats att satsa på kvaliteten i förskolor, då studier har visat positiva effekter för barn som deltar i förskolor.¹¹⁷ Framför allt länder som Storbritannien och USA har satsat på tidiga insatser för att förebygga barns ohälsa och förbättra deras förutsättningar i skolan.

Resultat

Norge och Finland har inspirerats av Sverige och utvecklade familjecentraler nationellt i början av 2000-talet. I båda länderna motsvarar centralerna de svenska serviceinriktade familjecentralerna.

Storbritannien har också arbetat centerbaserat med barnfamiljer, och har en stor bredd av olika inriktningar genom sina så kallade family centre. Vissa av landets family centre liknar de svenska, medan andra mer liknar den behandling inom öppenvården som svenska kommuner erbjuder familjer med behov av stödinsatser.¹¹⁸ Family centre har funnits i Storbritannien sedan slutet av 1970-talet och delades i slutet av 1980-talet in i tre modeller.¹¹⁹ Den första modellen, *client-focused*, representerar de center som endast är remissinstanser och därmed inte är lika utåtriktade mot närområdet. Personalen erbjuder olika former av specialiserade verksamheter, till exempel föräldraträning och terapier av olika slag. Till den andra modellen, *ne-*

¹¹⁶ Secreteriat, 2007

¹¹⁷ Sylva, Melhuish, Sammons, Siraj-Blatchford, & Taggard, 2003; Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

¹¹⁸ Chris Warren-Adamson, 2006

¹¹⁹ De'Ath, 1989; Chris Warren-Adamson, 2006

ighbourhood model, hör center som är öppna för alla och som ofta erbjuder en stor bredd av aktiviteter för familjer. Några exempel är spädbarnsgrupper, aktiviteter för skolbarn efter skoltid, dramagrupper och sportaktiviteter. Dessa center är till för familjerna i närområdet och engagerade i lokala händelser. Syftet är att förbättra servicen för familjerna. De center som hör till den tredje modellen, *community-development model*, är också tillgängliga för alla och har en lokal anknytning. Skillnaden är att aktiviteterna drivs och styrs av familjer i området, medan de professionellas roll är mer indirekt.

Under slutet av 1990-talet förändrades Storbritanniens arbete med barnfamiljer genom flera stora satsningar från den brittiska regeringen. Framför allt satsade regeringen på att höja kvaliteten i förskolorna och på ett nationellt program, Sure Start, som främst syftar till att utrota fattigdomen bland barnfamiljer. Parallellt med family centre startade en annan form av center med pedagogisk inriktning. De hade namn som Early Excellence Centre, Early Years Centre och Children's Centre. Dessa center är också så kallade "one-stop-shop"-center där familjer ska kunna få tillgång till flera tjänster som förskola, föräldrautbildning, hälsovård och annan rådgivning på samma ställe.¹²⁰ Children's Centre är en modell som inkluderar pedagogisk verksamhet, social rådgivning, hälsa och arbetsrådgivning. Den brittiska regeringen har beslutat att sprida dessa center i vissa områden för att förbättra barns uppväxtvillkor.¹²¹

Även i USA finns erfarenheter av att arbeta med familjer utifrån områdesbaserade (community-based) center för att erbjuda stöd i föräldrarollen.¹²² De amerikanska centren kallas family service center eller family support center och riktar sig mer än de brittiska centren till identifierade riskgrupper. De erbjuder stöd och terapeutisk behandling. Centren kan erbjuda hälsovård, psykiatrisk vård och familjebehandling, samt göra insatser som att placera barn i familjehem. Arbetet sker både på individuell nivå och på samhällsnivå.

I en forskningsöversikt tar Chamberlin fram flera exempel på breda insatser i USA. Insatserna har gjort att riskfaktorer i samhället minskat, som tonårsgraviditeter, barnadödlighet, familjevåld och barnövergrepp. Ett exempel är family center i Vermont.¹²³ På nationell nivå finns program som Head Start och Early Head Start. De riktar sig till fattiga barnfamiljer och syftar till att förbättra barns hälsa och utveckling samt förbereda dem för skolan.¹²⁴

Liksom i Storbritannien verkar man även i USA ha satsat stort på tidiga interventioner i början av 2000-talet. Främst har man då utgått från en pedagogik där barnomsorgen och förskolan står i fokus. Zero to Three är till exempel en nationell organisation som stödjer och arbetar för barns hälsa och utveckling, och National Center for Infant and Early Childhood Health Policy är en nationell satsning på små barn och hälsa, utbildning och familjestöd samt på samverkan mellan dessa områden.¹²⁵

¹²⁰ Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007; Chris Warren-Adamson, 2006

¹²¹ NESS Research Team, 2005

¹²² Pithouse & Lindsell, 1995

¹²³ Chamberlin, 1992

¹²⁴ Pithouse & Lindsell, 1995

¹²⁵ Halfon et al., 2004

Centerbaserat arbete med barnfamiljer finns även i Kanada,¹²⁶ Nya Zeeland¹²⁷ och Australien¹²⁸. Dessa länders familjecenter har dock antingen varit självhjälpscenter som drivs av föräldrar eller frivilligarbetare, eller center som varit helt inriktade på att behandla familjer där barn eller ungdomar mår psykiskt dåligt eller har sociala problem.

I boken *Family centres and their international role in social action* låter Warren-Adamson olika författare från Storbritannien, Canada (Quebec), USA, Nya Zeeland, Grekland och Frankrike beskriva sina motsvarigheter till family centre.¹²⁹ Det är ofta företrädare för de olika centren som beskriver att de i huvudsak erbjuder barnomsorg och familjestödande aktiviteter. Som en röd tråd i beskrivningarna finns ett utvecklingsekologiskt perspektiv och ett empowermentperspektiv, trots centrens olikheter.

I ett temanummer av *International Journal of Child & Family* återges olika fallstudier som ingår i en gemensam forskningssatsning för att identifiera mindre men viktiga framsteg för familjer på olika familjecenter.¹³⁰ Samtliga studier beskriver familjecenter som arbetar med familjer som i varierande omfattning har problem. Flera av de center som ingår i fallstudierna är endast tillgängliga för dem som fått remisser från sociala myndigheter, psykiatri eller hälsomyndigheter. De övriga arbetar med familjer i utsatta områden. Undantag är center i Frankrike och Grekland som är områdesbaserade och där verksamheter samverkar för att erbjuda familjer olika aktiviteter.

Efter denna mer övergripande introduktion till hur centerbaserat arbete ser ut internationellt ska vi närmare presentera de länder med verksamheter som kan anses likna svenska familjecentraler. Vi har valt att utgå från de två inriktningar som svenska familjecentraler delats in i, även om flera av de internationella verksamheterna skiljer sig från de svenska familjecentralerna på flera sätt. Vi använder dock ytterligare en inriktning för att sortera verksamheterna, då det internationellt finns verksamhet som är av mer programbaserad karaktär. Indelningen gör vi för att det internationella landskapet ska bli begripligt utifrån de svenska erfarenheterna. De verksamheter vi kategoriserar som serviceinriktade erbjuder enbart öppna och förebyggande insatser för barnfamiljer. De särskilt riktade verksamheterna vänder sig däremot särskilt till utsatta familjer. Detta gäller även för de programbaserade verksamheterna, som har ett tydligare innehåll än övriga verksamheter, med principer och metoder för att nå uppsatta mål. Nedan presenterar vi vilka länder och center som vi har fört till respektive inriktning.

1. Den serviceinriktade familjecentralen
 - a. Norges familiesentere
 - b. Finlands familjecenter
2. Den särskilt riktade familjecentralen
 - a. Två av Storbritanniens family centre-modeller: Neighbourhood model och Integrated centre
 - b. Frankrikes Le centre socio-culturel
 - c. Greklands familjecenter

¹²⁶ Palacio-Quintin, 2006; C. Warren-Adamson, 2001

¹²⁷ Munford, Sanders, & Maden, 2006; C. Warren-Adamson, 2001

¹²⁸ E. Fernandez, 2006; Elizabeth Fernandez, 2007

¹²⁹ C. Warren-Adamson, 2001

¹³⁰ *International Journal of Child & Family Welfare*, volume 9 n. 1-2, june 2006

3. Programbaserade familjecentralsverksamheter
 - a. Storbritanniens Sure Start och Children's Centre
 - b. USA:s Head Start och Early Head Start

Begreppsdiskussion

I studierna från de olika länderna återkommer olika benämningar för de fyra basverksamheterna på familjecentralen. Nedan tar vi upp varje basverksamhet och hur Norge, Finland, Storbritannien och USA benämner dessa verksamheter.

Mödrahälsovård

Det har inte varit några större svårigheter att finna motsvarigheter till mödravården i Norge och Finland. Där finns verksamheter som kallas *svangerskapsomsorg* och *mödrarådgivning*. I Storbritannien används orden *midwives* och *midwifery* för verksamheten, vilket kan översättas till barnmorskor och mödrahälsovård. I studierna från USA används ordet *health* övergripande för all hälsoservice.

Barnhälsovård

Även barnhälsovården har sina motsvarigheter i Norge och Finland genom det norska *helsestasjon for foreldre med små barn*, vilket tycks motsvara barnavårdscentralers arbete, och den finska *barnrådgivning*. Begreppen från de brittiska studierna är i detta fall vagare och skillnaderna mot det svenska sättet att organisera barnhälsa är större. Ordet *health* återkommer i studierna, och det kan vara svårt att veta vad som ingår. I Storbritannien används även *childhealth*, barnhälsa. Vidare verkar *healthvisitors* utföra både barnmorskeliknande tjänster och övervaka barns hälsa genom hembesök. I denna översikt har vi valt att använda ordet hälsa för att beskriva den brittiska och amerikanska barnhälsan. Vi vill undvika att specificera begreppet, då det är svårt att översätta deras hälsobegrepp till svenska förhållanden.

Öppen förskola

I Norge och Finland finns verksamheter som motsvarar den svenska öppna förskolan. Norge har *åpen barnehage* och Finland *öppet daghem*. En motsvarande verksamhet i Storbritannien och USA har varit svårare att finna. På de brittiska centren finns *drop in*-verksamhet som kan likna öppen förskola, men som verkar fokusera mer på vuxna. Alla utomnordiska familjecentralsliknande verksamheter erbjuder dock förskolor där barnen lämnas. I de brittiska studierna används ordet *education* för den verksamhet som bland annat bedriver barnomsorg och förskolor. Detta har vi valt att översätta till pedagogik, vilket verkar vara mest naturligt utifrån kontexten.

Socialtjänst

Socialtjänstens förebyggande verksamhet beskrivs i Norge som *sosial tjens-tene* och i Finland som *förebyggande socialarbete* eller *familjearbete*. I de brittiska studierna används *family workers*, *family support workers* och so-

cial workers för att beskriva dem som utför ett socialt inriktat arbete. I Storbritannien och USA är dessa mer inriktade på stöd och behandling än i övriga länder, men beskrivs även ha en rådgivande funktion.

Serviceinriktade familjecentraler

De center som mest liknar de svenska serviceinriktade familjecentralerna är de verksamheter som utvecklades i Norge och Finland i början av 2000-talet. Dessa center har inspirerats av de svenska familjecentralerna och består av samma verksamheter som den. Arbetet är generellt med tyngdpunkten på universella insatser.

Familjecenter i Norge

Familiesentere är en kommunal tvärfacklig verksamhet för familjer och det lokala samhället. Syftet med centret är att vara förebyggande och hälsofrämjande genom att förmedla kunskap, bygga nätverk och ta tillvara resurser i lokalsamhället och hos familjer. De verksamheter som ingår är graviditetsomsorg, hälsostation för föräldrar och barn (motsvarande barnhälsovård) och öppen förskola. Till skillnad från i Sverige är graviditetsomsorgen och hälsostationerna i Norge kommunala verksamheter. Arbetet på familjecentret utgår från universell prevention genom graviditetsomsorgen och den öppna förskolan, och genom att man tidigt kartlägger riskfaktorer. Men även de mer riktade nivåerna av förebyggande arbete förekommer i form av självhjälpgrupper och terapeutiska grupper. Hälsoinriktningen på de norska familjecentralerna är tydlig, och hälsostationen är obligatorisk. Detta leder ofta till att personal från hälsostationerna blir projektledare.¹³¹

Principer

Tre nyckelbegrepp är vägledande för det norska familjecentret: *tillgänglighet*, *tvärfackligt samarbete* och *brukarmedverkan*. I den utvärdering som genomförts i Norge anges fem grundläggande perspektiv för etableringen av familjecenter. Dessa perspektiv är

- bemästringsperspektivet (mestringsperspektivet) som handlar om att ge familjerna copingstrategier genom att arbeta utifrån empowerment för att bygga upp familjernas motståndskraft (resiliens)
- aktör- och brukarperspektivet som tar tillvara familjernas kunskap om sin situation och deras rätt till delaktighet
- helhetsperspektivet där bidragande delar är tillgänglighet, tvärfacklighet och koordinering
- det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet som innebär att man arbetar i barnets närmiljö (familj, förskola, skola och fritid) för att förebygga och avlägsna tidiga riskfaktorer, och möjliggöra en trygg uppväxt

¹³¹ Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

- kunskaps- och kompetensperspektivet där de professionella ska ha kunskap om barn och ungas behov.¹³²

Nationellt stöd

De norska familjecentren har implementerats på initiativ av dåvarande social- och hälsodepartementet, nuvarande hälso- och omsorgsdepartementet. Satsningen på familjecenter ingick i en nationell ”upptrappingsplan” för barns psykiska hälsa och påbörjades 2001. I satsningen ingick en utvärdering av implementeringen av sex familjecenter, som följde kommunerna under tre år. Departementet ställde vissa krav för att finansiera familjecentren åt de kommuner som ingick i försöket. Bland annat krävdes att kommunernas politiker fattade beslut att införa familjecenter, tog fram projektplaner, skrev årliga rapporter, lät professionella delta i avsatta samlingar och utbildningar, etablerade tvärfackliga team samt gjorde lokaler tillgängliga. För de kommuner som inte deltog i försöksprojektet bildades nätverk, och även dessa kommuner fick ett visst bidrag för att starta familjecenter.¹³³

Studier

I vår översikt ingår en nationell kvalitativ implementeringsstudie¹³⁴ som universitetet i Tromsø står bakom.¹³⁵ Där undersöks om familjecenter bidrar till att utveckla ett tillgängligt och professionellt flexibelt tjänstesystem för barn, unga och deras familjer.

Resultatet visar att familjecentren kunnat erbjuda tillgängliga insatser för brukare som riskerar att få psykosociala problem. Det tvärfackliga samarbetet och brukarmedverkan bidrar till att personalen känner sig tryggare och får en mer flexibel yrkesroll. Medarbetarna menar att de förstår och vågar mer, både när det gäller att se och handla, när de inte behöver ta hela ansvaret själva. Även de föräldrar som intervjuats om öppna förskolan är positiva. De anser att familjecentret är tillgängligt och nätverksskapande samt att de själva blivit mer medvetna om betydelsen av att stimulera sina barn tidigt. De föräldrar som haft omfattande och sammansatta behov uppskattar också verksamheten då de själva inte behöver koordinera de olika hjälpinsatserna.

Barn och familjer som riskerar att utveckla psykisk ohälsa har varit en viktig målgrupp för familjecentren. Utvärderingen menar att de barn och familjer som tidigare inte varit tillräckligt sjuka eller problematiska, och därmed inte fått hjälp av barnevernet, PPT (pedagogiska och psykologiska tjänster) eller BUP (kliniskt arbete med barn och ungdomars hälsa), nu kan få tvärfacklig hjälp på familjecentret eller av samarbetsparterna utanför.

¹³² Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

¹³³ Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

¹³⁴ För att besvara frågeställningen har hälsosystrar, pedagogisk och psykologisk personal (PPT), barnevernspersonal och personal från polikliniskt arbete med barn och ungdomars psykiska hälsa intervjuats tre gånger under projektiden. Även ett urval av brukare har intervjuats. Totalt har 60 besökare av den öppna förskolan intervjuats och 14 brukare med sammansatta problem som hade kontakt med flera verksamheter eller flera professionella inom samma verksamhet. I båda brukargrupperna var de allra flesta mammor.

¹³⁵ Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

Utvärderingen drar slutsatsen att familjecenter har bidragit till att nå de centrala målen för upptrappingsplanen för psykisk hälsa, åtminstone på kort sikt. Men det har inte varit okomplicerat att arbeta med ökad tillgänglighet, samverkan och brukarmedverkan. Mer behöver göras på samtliga områden. Det tar tid att förändra de professionellas arbetssätt och synsätt. Bland annat har det varit svårt att öka samverkan med barnevernet, PPT och BUP som ligger utanför familjecentret, men som ska finnas tillgängliga och kunna hjälpa till. De har haft svårt att prioritera samverkan före den egna verksamheten på grund av en hög arbetsbelastning.

Familjecenter i Finland

Familjecentren i Finland är inspirerade av den svenska modellen med en samlokaliserad mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och rådgivning. I västra Nyland har man i ett försök till familjecenterverksamhet inkluderat föräldraförberedelsegrupper, föräldragrupper, öppet daghem och familjearbete med rådgivning. Familjecentren i Finland är serviceinriktade familjecentraler och skiljs från vad man kallar för *korrigering* verksamhet, med behandlande och förändringsinriktade insatser. På familjecentret ger man således råd till familjer som behöver stöd, och om de behöver stöd med mer korrigering inriktning hänvisas de till andra verksamheter utanför centret.

Principer

I den studie som vi har hittat om finländska familjecentraler beskrivs inga principer eller nyckelbegrepp.¹³⁶

Nationellt stöd

Arbetet med att utveckla familjecenter pågår i Finland. I västra Nyland har man sedan slutet av 1990-talet arbetat för att utveckla basservicen för barnfamiljer. Arbetet med familjecenter har ingått som ett delprojekt i det regionala projektet ”Välmående barn – en gemensam angelägenhet i västra Nyland 2003–2005”. Projektet har finansierats av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet benämner familjecenterverksamhet som familjeservice och har sedan 2005 avsatt särskilda pengar till att skapa en verksamhetsmodell för familjeservicecentralerna. På centralerna ska offentlig verksamhet samverka med familjerna, organisationer, frivilliga, församlingar och privata verksamheter.

Studier

Vi har inte hittat några studier av de finska familjecentren. En projektrapport beskriver dock hur västra Nyland, en region med sex kommuner, har arbetat för att starta familjecenter. I ett projekt har kommunerna försökt att skapa en gemensam vision och värdegrund i arbetet med barnfamiljer. För att ta reda på vilken sorts verksamhet besökarna vill ha, har kommunerna

¹³⁶ Henriksson, 2005

använt en brukarenkät. Där framkom att besökarna vill ha en mötesplats med öppen förskola och familjecafé samt verksamhet för pappor.¹³⁷

Särskilt riktade familjecentraler

De center och modeller som vi presenterar nedan skiljer sig från den serviceinriktade familjecentralen genom att rikta sig till en viss målgrupp: familjer som anses vara mer eller mindre utsatta och där barnens hälsa och utveckling kan behöva extra stöd. Några av centren riktar sig uttalat till denna målgrupp, medan andra finns i mer utsatta områden och därigenom blir riktade till de familjer som bor i området.

Family centre i Storbritannien

Family centre i Storbritannien delas in i tre modeller som vi presenterade i inledningen till den internationella översikten. En av dessa modeller har mer likheter med den svenska: den så kallade neighbourhood model. Modellen har alla barnfamiljer i närområdet som målgrupp och drivs av främst professionella. Vi har valt att kategorisera den som särskilt riktad familjecentral, eftersom verksamheten ofta domineras av sena interventioner och eftersom centren ofta finns i utsatta bostadsområden. Beskrivningarna av modellen anger inte någon särskild målgrupp, och det finns öppna aktiviteter för alla barnfamiljer.

Neighbourhood model är områdesbaserad och erbjuder barnomsorg och föräldrastöd. Den verksamhet som erbjuds på centren har visat sig variera stort vad gäller struktur, organisation, aktiviteter, storlek, resurser, personal och målgrupp.¹³⁸ Det finns aktiviteter för förskolebarn, skolungdomar och barn med föräldrar men även aktiviteter som enbart riktar sig till vuxna, till exempel språkutbildningar, hantverksgrupper och matlagingsgrupper. Vissa av aktiviteterna är mer lika de verksamheter som ingår i svenska familjecentraler. Exempel är drop in-verksamhet för barn och föräldrar, föräldrautbildning för blivande och nyblivna föräldrar, rådgivning till föräldrar och tillgång till hälsopersonal, psykolog och talpedagog. Annat som också kan finnas på svenska familjecentraler är bedömning och utredning av barn som far illa, övervakat umgänge, adoptionsförberedelser och riktade grupper utifrån barns behov. Hälsoutbildad personal saknas däremot ofta på de brittiska centren. De flesta family centre är mer inriktade på sen intervention (59 procent), några på tidig intervention (34 procent) och få på båda (7 procent).¹³⁹ Personalen på centren tenderar också att arbeta i tvärprofessionella team och inte vara uppdelade i olika verksamheter som på svenska familjecentraler.¹⁴⁰

¹³⁷ Henriksson, 2005

¹³⁸ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000

¹³⁹ Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

¹⁴⁰ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000

Principer

Family centres verksamheter kan vara mycket varierande och de har inte några klara uttalade principer som vägleder verksamheten nationellt. Tunstill, Aldgate m.fl. skriver att aktiviteterna utgår från att föräldrarna deltar, att servicen är utåtriktad, att centret är tillgängligt med generösa öppettider samt att man kan erbjuda breda och komplexa serviceinsatser för att möta familjers olika behov.¹⁴¹

De'Ath understryker att centren saknar en teoretisk modell och ett tydligt uppdrag. Detta gör att centrans roll blir osäker, liksom deras status och värde, både för familjer och samhället och för personal och deras ansvariga. De'Ath menar vidare att family centre utgår från en människosyn som inte fokuserar på människors sårbarhet. I stället är centren platser där de bekymmer som barn, vuxna och familjer upplever tas på allvar – en empowermenttanke.¹⁴²

Warren-Adamson tar upp fyra nyckelbegrepp som han menar gäller för family centre:

- grannskapstanken (neighbourhood) genom att finnas där människor bor och på så sätt erbjuda en mötesplats
- rådgivning (counselling) genom kontinuitet och stöd, samt möjligheten att möta familjers olika behov
- flexibilitet när det gäller personalens sammansättning och bemötande av familjerna
- resurscenter (resource centres) för det lokala samhället.

Över de fyra begreppen står helhetsperspektivet som innebär att aktiviteterna ska rikta sig lika mycket till barnen som till föräldrarna.¹⁴³

Nationellt stöd

Family centre har funnits i Storbritannien sedan slutet av 1970-talet och framför allt erbjudits av frivilligorganisationer. Efter tio år blev verksamheten inskriven i Children Act 1989¹⁴⁴ som föreskriver lokala myndigheter att erbjuda family centre utifrån vad barnen i området behöver.¹⁴⁵

Studier

Forskningen om family centre domineras av kvalitativa studier där centren beskrivs utifrån personalens och besökares erfarenheter i fallstudier eller intervjubaserade utvärderingar. Det saknas longitudinella, kvasiexperimentella studier och studier som använder någon form av jämförelsegrupp.¹⁴⁶

Utifrån forskningsöversikter kan vi konstatera att flera studier visat att family centre är populära hos sina besökare.¹⁴⁷ Detta gäller främst de center

¹⁴¹ Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

¹⁴² De'Ath, 1989

¹⁴³ Chris Warren-Adamson, 2006

¹⁴⁴ Storbritanniens barnavårds lag

¹⁴⁵ De'Ath, 1989; Warren Adamson, David, & Ducandas, 2001

¹⁴⁶ Armstrong & Hill, 2001; Smith, 1999; Statham, 2000; Chris Warren-Adamson, 2006

¹⁴⁷ Armstrong & Hill, 2001; Smith, 1999

som är öppna för alla familjer. Där ser besökarna centret som en kontaktskapande plats och ett informationscenter. I några undersökningar anser besökarna dock inte att centren har påverkat deras föräldraförmåga.¹⁴⁸ Att familjer föredrar family centre anses bero på att de är icke-stigmatiserande, att föräldrarna utvecklar nya färdigheter och nätverk och att föräldrarna får se sina barn tillsammans med andra barn.¹⁴⁹ Det är främst de öppna aktiviteterna som uppskattas medan få utnyttjar de mer terapeutiska insatserna.¹⁵⁰

Att besökarna får ett utökat umgänge anses särskilt gälla för neighbourhood model.¹⁵¹ I en jämförande studie mellan olika barnomsorgsalternativ där bland annat ett neighbourhoodcenter ingick, konstateras till exempel att alla verksamheterna gav mammorna ett bättre välbefinnande och ett utökat socialt nätverk. Då skillnaderna mellan de tre alternativen var små betonar författarna att öppenhet och tillgänglighet var avgörande för social inkludering. Denna studies tillförlitlighet får anses vara hög då standardiserade mätningar gjorts vid två tillfällen, vid sidan av kvalitativa intervjuer och observationer.¹⁵² Centrens öppenhet och tillgänglighet är också en faktor som anses vara betydelsefull för att etniska minoriteter ska delta.¹⁵³

Ghate m.fl. har undersökt pappors deltagande på family centre genom att intervjua både pappor som deltar och pappor som inte deltar.¹⁵⁴ Liksom andra studier konstaterat är de flesta besökarna mammor.¹⁵⁵ Ghate m.fl:s studie visar att trots flera centers försök att arbeta även med pappor, fortsätter mammorna att besöka centren mest. Även en annan studie av pappors deltagande på ett Early Years Centre konstaterar svårigheter med att få papporna att delta.¹⁵⁶ I Ghate m.fl:s studie framträder två perspektiv, barnfokuserat (child-focused) och familjefokuserat (family-focused). Personalen använde olika perspektiv beroende på förälderns kön. Med pappor var personalen mer barnfokuserad, medan familjefokus enbart användes för mammor. Familjefokus innebar att personalen kunde se hur vissa insatser för den vuxna indirekt skulle förbättra föräldraförmågan. Mammorna ansågs ha behov även som kvinnor, inte bara som mammor, medan motsvarande behov hos papporna inte tillgodosågs. En slutsats i studien är att centren måste få tydligare fokus. Personalen måste också arbeta mer medvetet för att öka pappors deltagande.¹⁵⁷

Tunstill m.fl. har studerat hur family centre påverkats av utvecklingen i Storbritannien med Sure Start och Children's Centre.¹⁵⁸ Kartläggningen visar att ungefär hälften av centren har samverkan med hälsovård (health

¹⁴⁸ Armstrong & Hill, 2001; Smith, 1999

¹⁴⁹ Pithouse & Holland, 1999; Smith, 1999

¹⁵⁰ Pithouse & Holland, 1999; Smith, 1999

¹⁵¹ Batchelor, Gould, & Wright, 1999

¹⁵² Kirk, 2003

¹⁵³ Chand & Thoburn, 2005

¹⁵⁴ I studien ingår 13 center och intervjuer har genomförts med 40 pappor, 26 mammor och 26 medarbetare.

¹⁵⁵ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000 Pithouse & Holland, 1999; Smith, 1999

¹⁵⁶ Fearnley, 2004

¹⁵⁷ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000

¹⁵⁸ I studien har 415 family centre kartlagts med hjälp av enkätundersökningar vid två tillfällen, 1999 och 2003, fallstudier av 40 center och intervjuer med 83 föräldrar. Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

visitors), sociala myndigheter (social services) och pedagogisk verksamhet (educational services). Det finns även samverkan med skolor, läkare och andra professionella. Författarna skriver att en gemensam värdegrund och samlokalisering underlättar samverkan. Samlokalisering gör dock inte i sig själv att samverkan uppstår, utan kräver att alla delaktiga tar initiativ. Studien pekar även på spänningar mellan den sociala myndigheten och övriga verksamheter. Vidare uppskattade de intervjuade föräldrarna centren. Family centre har under de senare åren påverkats av Sure Start och Children's Centre genom att verksamheten har inriktats mer på skyddsaspekter kring barn och aktiviteter för barn äldre än fem år. Ett antal center har tvingats stänga medan andra har involverats i lokala Sure Start-program.¹⁵⁹

Det finns också en utvärdering av ett campus med förskolor, föräldracenter med föräldrautbildning, drop in-verksamhet och möjlighet till arbetsträning, skola för autistiska barn och två verksamheter som riktar sig till hemlösa. På campusområdet finns också tillgång till personal inom hälsa och social service. En forskargrupp följde verksamheterna i två år och konstaterar att samverkan har utvecklats och berikat verksamheterna, men att brist på planering och tid samt hög arbetsbelastning begränsat samverkan. Familjerna som besöker verksamheterna är nöjda och uppskattar närheten till andra verksamheter, men få familjer utnyttjar mer än en verksamhet.¹⁶⁰

De center som beskrivits ovan har enbart varit öppna center. På grund av att besökarna uppskattat dessa center har så kallade integrerade center (integrated model) växt fram. Där vill man dra nytta av de positiva effekter som ett öppet center ger, och samtidigt nå de mest utsatta familjerna genom riktad verksamhet som utredningar eller biståndsbedömda insatser. Flera studier diskuterar det integrerade centrets lämplighet och menar att det kan vara svårt att förena det barnskyddsperspektiv som gäller för remitterade familjer med empowerment som den öppna delen utgår ifrån.¹⁶¹ Att både erbjuda stöd och ha mer kontrollinriktad verksamhet kan öka stigmatiseringen för alla besökare.¹⁶² Southwell menar dock att ett integrerat center kan öka människors förståelse för varandra och för samhällets insatser. Dessutom kan man nå familjer med liknande svårigheter och förebygga att de blir föremål för sociala myndigheter, samt motverka stigmatisering genom de öppna verksamheterna.¹⁶³

Familjecentralsverksamheter i Frankrike

Det finns flera likheter mellan det franska centret *Le centre socio-culturel* och de svenska familjecentralerna. Man vänder sig till exempel till barnfamiljer och erbjuder hälsoverksamhet, pedagogisk verksamhet och socialt stödjande verksamhet till familjer som behöver mer omfattande insatser. Att det inte finns mycket skrivet om centret försvårar en jämförelse, men av det vi har funnit framgår att centret verkar ha mest likheter med den särskilt riktade familjecentralen i Sverige. De franska centren integrerar nämligen

¹⁵⁹ Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

¹⁶⁰ Wigfall & Moss, 2001

¹⁶¹ Batchelor, Gould, & Wright, 1999; Pithouse & Tasiran, 2000; Southwell, 1994

¹⁶² Pithouse & Tasiran, 2000; Chris Warren-Adamson, 2006

¹⁶³ Southwell, 1994

stöd och behandling för utsatta barn med de andra öppna verksamheterna. I övrigt riktar sig centren till alla i familjen och inte till någon särskild åldersgrupp. Det finns aktiviteter för skolbarn och ungdomar, men också för mindre barn. Flera av verksamheterna liknar brittiska family centre, med inslag av rekreation för vuxna såväl som pedagogiska insatser för barn och särskilda insatser för barn som behöver stöd eller skydd. På det franska centret driver också barnsjuksköterskor en barnklinik som erbjuder hälsoundersökningar. De som arbetar på centret är förskollärare, barnsjuksköterskor, socialarbetare och samhällsarbetare. På centret finns det också kulturella aktiviteter som teater, hantverksgrupper och försäljning av begagnade kläder. Centret liknar ett slags all-aktivitetshus som aktivt deltar i det närliggande områdets utveckling.¹⁶⁴

Principer

Några fastställda principer för de franska centren har inte framkommit.¹⁶⁵

Nationellt stöd

De franska centren verkar kunna finansieras på olika sätt, men oftast finansieras de delvis av nationella organisationer samt av lokala myndigheter och volontärorganisationer. Regionala sociala myndigheter har genom avtal åtagit sig att känna till behoven i det aktuella området och erbjuda lämpligt stöd och personal för att ge insatser i dialog med berörda.¹⁶⁶

Studier

Warren-Adamson och David och Ducandas har i en beskrivande studie jämfört brittiska family centre med den franska motsvarigheten Le centre socio-culturel. De konstaterar att centren har flera likheter när det gäller inriktning och aktiviteter. Båda typerna utgår också från ett empowermentperspektiv. Skillnaden är att det franska centret är mer inriktat på universellt förebyggande verksamhet för familjer, barn och ungdomar i området än den brittiska motsvarigheten. Det brittiska centret karaktäriseras i stället mer av selektiva och indikerande insatser.¹⁶⁷

Familjecentralsverksamheter i Grekland

Vi har endast funnit material om Greklands motsvarighet till familjecenter på ett ställe, nämligen i en beskrivande text av Gabrilidou och Hatzivarnava.¹⁶⁸ Utifrån denna text är det svårt att avgöra om centret kan ses som en särskilt riktad eller en serviceinriktad familjecentral. Men då centret beskrivs som mer socialt inriktat antar vi att de grekiska familjecentren liknar särskilt riktade centraler i Sverige. Centret är dessutom placerat i utsatta

¹⁶⁴ Warren Adamson, David, & Ducandas, 2001

¹⁶⁵ Warren Adamson, David, & Ducandas, 2001

¹⁶⁶ Warren Adamson, David, & Ducandas, 2001

¹⁶⁷ Warren Adamson, David, & Ducandas, 2001

¹⁶⁸ Gabrilidou, Ioannidou, & Hatzivarnava, 2001

områden, vilket gör att det möter familjer som kan antas ha fler riskfaktorer och behöva mer stöd.

Greklands familjecenter saknar flera av den svenska modellens verksamheter. En likhet är dock inriktningen på universella insatser till alla familjer i ett område. Grekland har en längre tradition av familjecenter. Redan under 1950-talet etablerades center för familjer på landsbygden för att tillhandahålla bättre barnomsorg och minska analfabetismen. Senare etablerades också två center i utsatta bostadsområden för att tillgodose familjers behov av barnomsorg och stöd i föräldrarollen. Dessa center har på senare tid mer eller mindre övergått till att bli mer socialt inriktade familjecenter och det ursprungliga på landsbygden har fått stå tillbaka. Dagens center beskrivs som lyhörda för områdets behov och efterfrågan, vilket gör att aktiviteterna kan variera.¹⁶⁹

Principer

Inga principer eller perspektiv som de grekiska centren utgår ifrån har framkommit.

Nationellt stöd

Familjecentralerna i Grekland drivs av en organisation, National Welfare Organisation, som både finansieras och övervakas av Greklands hälsodepartement, Ministry of Health and Welfare.¹⁷⁰

Studier

Vi har inte funnit några studier om grekiska familjecenter i våra sökningar.

Programbaserade centerverksamheter

Nedan presenterar vi två programbaserade verksamheter: Sure Start med Children's Centre från Storbritannien samt Head Start och Early Head Start från USA. Två saker skiljer dessa verksamheter från de övriga i vår översikt. Det handlar dels om deras innehåll, dels om deras nationella spridning. De programbaserade verksamheterna har en tydligare struktur då de utgår från principer som ska styra verksamheten. Det finns riktlinjer för hur programmet ska implementeras, vilka aktiviteter som ska erbjudas och vilken målgrupp man ska vända sig till. Programmen får också statligt stöd och ingår i de båda ländernas arbete för att förbättra uppväxtvillkoren för barn i främst fattiga familjer. Därför finns de tillgängliga i hela landet för de avsedda målgrupperna.

Sure Start och Children's Centre i Storbritannien

Sure Start har funnits som nationellt program i Storbritannien sedan slutet av 1990-talet. Inom programmet har ett centerbaserat arbete utvecklats och börjat att spridas. Sure Start och dess efterföljare Children's Centre utgår

¹⁶⁹ Gabrilidou, Ioannidou, & Hatzivarnava, 2001

¹⁷⁰ Gabrilidou, Ioannidou, & Hatzivarnava, 2001

från samma grunder, men Children's Centre är en koncentrerad och utvecklad form av Sure Start. Liksom på de svenska familjecentralerna består verksamheterna på Sure Start och Children's Centre av de tre områdena pedagogik, hälsa och social rådgivning. Verksamheterna vänder sig till alla blivande föräldrar och barnfamiljer och syftar till att förbättra barns hälsa och uppväxtvillkor. Till skillnad från de svenska familjecentralerna får dock både Sure Start och Children's Centre anses vara riktade verksamheter. De erbjuds nämligen endast i utsatta områden. Sure Start och Children's Centre har också knutit ytterligare en verksamhet till sig för att hjälpa föräldrar att få arbete och öka sina inkomster. Liksom family centre erbjuder programmen förskola för barnen, vilket inte de svenska och nordiska familjecentralerna gör.

Sure Start är ett nationellt program som ska bekämpa barnfamiljers fattigdom till 2020. Programmet riktar sig till de mindre barnen (0–4 år) och deras föräldrar. Målet är att förbättra barnens sociala och känslomässiga utveckling, hälsa och inlärningsförmåga samt att stärka familj och samhälle.¹⁷¹ Sure Start är en satsning på existerande service som barnomsorg, social service och hälsoverksamheter som arbetar med barns hälsa, amning, rökning och näring för gravida och små barn. Då fattigdom anses vara det främsta hotet mot barns hälsa är programmet även tänkt att ge arbetslösa föräldrar möjlighet att utbilda sig, arbetsträna eller få anställning. Föräldrars delaktighet i programmet har värderats högt och är ett villkor för finansiering. Verksamheten inom Sure Start ska motsvara behoven på området och kan därför se olika ut, men insatserna ska i möjligaste mån vara evidensbaserade.¹⁷²

Children's Centre samlokaliserar och integrerar fullt ut olika verksamheter som ger barnfamiljer stöd. Liksom Sure Start ska Children's Centre anpassas efter områdets behov, men innehållet är mer styrt än inom Sure Start. De aktiviteter som Children's Centre erbjuder är

- fri förskola för 3–4-åringar 12,5 timmar i veckan, 33 veckor om året
- information om och tillgång till barnomsorg i området
- information om föräldraskap, drop in-verksamhet, föräldrastöd och föräldrautbildning
- tillgång till service före och efter födsel, barnhälsa och hälsoinformation
- information om arbete, utbildning och arbetsträning, så kallad Jobcentre plus
- Information om övergångar för barnet, såsom födsel, förskolestart och skolstart.¹⁷³

¹⁷¹ NESS Research Team, 2007; Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007

¹⁷² NESS Research Team, 2005

¹⁷³ Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007 Sid 31, Department for children schools and families, 2007 Sid. 5

Principer

De principer som både Sure Start och Children's Centre utgår ifrån är:

1. *Working with parents and children.* Alla familjer ska få tillgång till verksamheter som ger bättre resultat för barn och föräldrar, möter deras behov och höjer deras ambitioner.
2. *Services for everyone.* Verksamheterna är för alla, men de är inte desamma för alla. Stöd till barn och föräldrar ska utformas individuellt.
3. *Flexible at point of delivery.* Verksamheterna ska vara flexibla och ha hög tillgänglighet genom enkla kontakter.
4. *Starting very early.* Stöd ska erbjudas tidigt, redan under graviditeten, för att deltagarna ska få råd om hälsa, förberedas på att bli föräldrar, tidigt kunna ta beslut om att återvända till arbetet eller börja arbeta samt få råd om barnomsorg och tillgängligt stöd.
5. *Respectful and transparent.* Verksamheterna ska respektera familjerna och vara tydliga med hur de fungerar.
6. *Community driven and professionally coordinated.* De professionella ska dela med sig av sin kunskap och lyssna till familjernas önskemål.
7. *Outcome driven.* All verksamhet ska vara resultatnriktad med fokus på barnen. Samverkan mellan verksamheter ska underlättas genom mindre byråkrati och enklare finansiering.¹⁷⁴

Nationellt stöd

Sure Start initierades av New Labour-regeringen i Storbritannien 1999. Programmet berör England men finns även i Skottland, Wales och Nordirland där ansvaret är överlåtet till respektive delområdes administration. Sure Start har implementerats i Englands mest utsatta områden. I den pågående nationella spridningen av Children's Centre ska dessutom 3 500 center finnas år 2010 i de 20–30 procent mest utsatta områdena samt nära angränsande trakter. Ansvarigt departement för programmen är numera Department for Children, Schools and Families som är ett samlat departement för all verksamhet som rör barn och familjer. Regeringen har också tillsatt en nationell forskargrupp som ska följa implementeringen och effekterna av Sure Start.¹⁷⁵

Studier

Det finns en nationell effektstudie av Sure Start samt flera både nationella och lokala implementeringsstudier och delstudier. Ytterligare en effektstudie av Sure Start väntas, men den har ännu inte publicerats. Olika mindre studier visar att Sure Start inte har påverkat antalet anmälningar om barn som behöver skydd eller antalet placeringar av barn.¹⁷⁶ Studierna visar också att de flesta föräldrastödsprogram som använts i de olika lokala Sure

¹⁷⁴ www.surestart.gov.uk 080103

¹⁷⁵ www.surestart.gov.uk 080103

¹⁷⁶ Carpenter, Griffin, & Brown, 2005

Start-programmen har utgått från evidensbaserade föräldrautbildningar men utformats lokalt.¹⁷⁷

Effektstudien av Sure Start publicerades 2005 och genomfördes tre år efter att programmet startade. Den visade på små effekter för barn och föräldrar som deltagit i lokala Sure Start-program i jämförelse med en kontrollgrupp där barn i områden som väntade på att få Sure Start-program ingick.¹⁷⁸ Att effekterna var små kan bero på den korta tid som Sure Start varit igång. Flera lokala Sure Start-program var heller ännu inte fullt implementerade. Resultatet visade i alla fall att mammor till 9 månaders bebisar upplevde en lägre grad av kaos i vardagen, och mammor till 36 månaders barn accepterade barnens beteende i större utsträckning. Mammorna använde mer sällan disciplinerande åtgärder som att bestraffa barnen fysiskt. Även för de 36 månader gamla barnen hade programmet positiva effekter. Barnen betedde sig mindre aggressivt och hade bättre social förmåga än kontrollgruppen. Men de positiva effekterna gällde genomgående familjer där föräldrarna fått barn efter att de fyllt 20 år, där barnen hade två vårdgivare och där någon hade arbete. För ensamstående föräldrar, arbetslösa och tonårsföräldrar visade sig programmet däremot ha haft negativa effekter. Barn i dessa familjer rapporterades ha lägre verbal förmåga, sämre social kompetens och fler beteendeproblem än barnen i kontrollgruppen. Alla familjer som har tillgång till Sure Start är mer eller mindre utsatta, men studien visar alltså att programmet varit positivt för dem som är mindre utsatta, men negativt för dem som är mer utsatta.¹⁷⁹ Dessa resultat är tillförlitliga, då deltagarna i studien var randomiserade och det fanns en kontrollgrupp. Dessutom användes validerade mätinstrument.

För att bättre förstå den första effektstudien undersökte den nationella forskargruppen den variation som fanns mellan olika lokala Sure Start-program. Man ville se vad som kännetecknade de program som lyckats bättre. En viktig slutsats var att de som kommit längst i arbetet utifrån Sure Starts principer hade ett litet men signifikant samband med bättre effekter för föräldrar och barn.¹⁸⁰

Det finns inga effektstudier om Children's Centre ännu. Undersökningar av Sure Start har dock visat att besökare till Children's Centre uppskattar möjligheten att komma hemifrån och träffa likasinnade föräldrar i en trygg och bekväm miljö. Föräldrarna var också positiva till personalen, tillgången till utbildning och träning samt till att få känslomässigt stöd och praktisk hjälp. Dessutom ansåg föräldrarna att barnen socialiserades och utvecklades på centret, och att barnomsorgen förbättrade relationen mellan barn och föräldrar. Föräldrar som fått specialiserad hjälp på centren var också nöjda med det stödet.

En utmaning för Children's Centre blir att få bättre tillgång till de familjer som är svåra att nå och att förbättra samverkan (multi-agency teamwork).

¹⁷⁷ Barlow, Kirkpatrick, Wood, Ball, & Stewart-Brown, 2007

¹⁷⁸ Deltagarna i effektstudien är randomiserade men till skillnad från många andra utvärderingar är det inte enbart barn och familjer som deltagit i viss utsträckning av Sure Start utan alla familjer i området som ingår då programmet syftar till att förbättra förutsättningarna för alla barnfamiljer i området.

¹⁷⁹ NESS Research Team, 2005

¹⁸⁰ NESS Research Team, 2007

Detta är områden som Sure Start har haft stora svårigheter med. De som besökt och använt service från Sure Start var nöjda och återkom, men flera förblev utanför. För att nå fler krävs att personalen tänker kreativt i stället för att skydda sitt revir. Personalen måste våga gå utanför sina traditionella roller och arbeta utifrån de gemensamma målen. Några anledningar till att familjer inte deltog var att centret uppfattades som en plats för mammor och att vissa grupper dominerade. Centret kunde också vara svårtillgängligt för minoriteter på grund av språkliga hinder eller svårtillgängligt på grund av öppettiderna. En del var också oroliga för stigmatisering och för att berätta om sina problem i en offentlig miljö.¹⁸¹

I en studie av barn i millenniumkohorten (en kohortstudie där närmare 19 000 barn ingår födda mellan 2000 och 2002) undersöktes förskolor i olika områden och med olika pedagogiska inriktningar som barnen deltagit i. Där ingick förskolor på Children's Centre och i Sure Start-områden. Förskolor på Children's Centre visade sig då ha en högre kvalitet än andra typer av förskolor. Däremot höll förskolorna i Sure Start-områden lägre kvalitet. Även förskolor med integrerad hälsovård höll sämre kvalitet. En förklaring kan vara att dessa förskolor flyttar fokus från barnen till familjen, vilket inte gynnar barnens kognitiva utveckling. Resultaten från studien får anses vara tillförlitliga, då en kontrollgrupp av samma storlek som undersökningspopulationen användes.¹⁸²

Även en annan studie konstaterar att barnen kan missgynnas av ett fokus på familjen. I denna studie ingick tre Early Excellence Centre som erbjuder barnomsorg, föräldrastöd och arbetsträning eller utbildning för arbetslösa föräldrar. Verksamheter som ska stödja barnen samtidigt som föräldrarna får möjlighet att själva utvecklas inom arbetslivet kan leda till motstridiga målsättningar, då vuxna och barn inte alltid har samma behov. Fokus kan hamna på den vuxnes behov och leda till att barnets bästa inte uppmärksammas.¹⁸³

Head Start och Early Head Start i USA

Head Start och Early Head Start i USA erbjuder pedagogisk verksamhet, socialt stöd och hälsoverksamheter för gravida kvinnor och föräldrar med barn upp till fem år. Head Start och Early Head Start är riktade verksamheter som endast vänder sig till familjer med en inkomst under ett visst belopp. I likhet med Sure Start och Children's Centre erbjuder verksamheterna arbetslösa föräldrar möjlighet att bli självförsörjande. Head Start och Early Head Start kan innebära ett centerbaserat arbete, men det kan också utföras i familjers hem eller genom en kombination av centerbaserat och hembaserat arbete. Aktiviteterna riktar sig till både föräldrar och barn.

Head Start riktar sig till barn i åldrarna 3–5 år och deras familjer. Early Head Start är ett komplement till Head Start för gravida och barn under 3 år med familjer. Head Start och Early Head Start har inget bestämt innehåll, utan anpassas efter de behov som finns i upptagningsområdet.¹⁸⁴ Det är ock-

¹⁸¹ NESS Research Team, 2007

¹⁸² Sandra Mathers & Joshi, 2007

¹⁸³ Warin, 2007

¹⁸⁴ Love et al., 2005

så bestämt att minst 10 procent av platserna ska gå till barn med funktionshinder. Programmen får dock ge upp till 10 procent av platserna till familjer med en inkomst över maxnivån. Att delta är frivilligt och familjerna väljer själva hur länge och hur mycket de vill vara med. Verksamheten för barnen består främst av förskola, som ska stimulera barnens språk, läsning och andra skolförberedande områden samt deras emotionella och sociala utveckling. För föräldrarna finns hembesök, föräldrautbildning, familjestöd eller case-management. Programmet är också tänkt att förbättra barnens hälsa genom att ge bättre tillgång till medicinsk service, tandvård och näringslära.¹⁸⁵

Principer

Principer som programmen ska följa är:

1. *High quality.* Verksamheterna ska ha en hög kvalitet.
2. *Prevention and promotion.* Arbetet ska förebygga barns ohälsa och främja barns hälsa.
3. *Positive relationships and continuity.* Goda relationer och kontinuitet ska genomsyra arbetet.
4. *Parent involvement.* Föräldrarna ska medverka i verksamheterna.
5. *Inclusion.* Verksamheterna ska vara inkluderande.
6. *Culture.* Verksamheterna ska vara kulturanpassade.
7. *Comprehensiveness, flexibility, responsiveness, and intensity.* Verksamheterna ska kunna vara omfattande, flexibla, tillgängliga och variera i intensitet.
8. *Transition.* Familjer ska kunna slussas vidare till andra verksamheter.
9. *Collaboration.* De olika verksamheterna ska sträva efter att samarbeta med varandra och med föräldrarna.¹⁸⁶

Nationellt stöd

Head Start är liksom Sure Start ett nationellt program. Det infördes redan 1965, medan Early Head Start infördes 1995. Department of Health and Human Services ansvarar för programmen.

Studier

Det finns flera studier av Head Starts effekter. Nedan återger vi tre nationella utvärderingar och en studie om ett särskilt program utifrån ett Head Start-center.¹⁸⁷

I en delutvärdering av Head Start ingår 2 559 treåringar och 2 108 fyraåringar.¹⁸⁸ Studien gjordes efter att barnen hade deltagit i Head Start i ett år.

¹⁸⁵ U.S. Department of Health and Human Services, 2002

¹⁸⁶ U.S. Department of Health and Human Services, 2002

¹⁸⁷ Effektstudierna har randomiserat deltagare som bett om insatser från programmen till två grupper, en grupp som fått tillgång till verksamheten och en grupp som blivit kontrollgrupp och därmed inte fått tillgång till Head Start eller Early Head Start men till annan verksamhet. De olika lokala program som ingår effektstudien av Early Head Start är däremot inte randomiserade vilket begränsar deras generaliserbarhet. U.S. Department of Health and Human Services, 2002

¹⁸⁸ U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, 2005

Resultatet visar på små till måttliga effekter för treåringarna och små effekter för fyraåringarna. Båda åldersgrupperna har bättre resultat än kontrollgruppen när det gäller viss kognitiv utveckling som språk och läsning. Däremot märks inga signifikanta effekter på fyraåringarnas emotionella och sociala utveckling, medan treåringarna visade små och signifikanta emotionella effekter då de var något mindre aggressiva än kontrollgruppen. Vidare hade treåringarnas hälsa blivit signifikant bättre, och deras föräldrar gav mer stimulans och mindre fysisk bestraffning. Samma sak gällde däremot inte för fyraåringarna.

Resultaten från studien är tillförlitliga, då randomisering, kontrollgrupp och validerade mätinstrument användes. Att familjerna endast hade deltagit ett år i programmet gör dock resultaten mer osäkra.¹⁸⁹

En studie med barn som fyllt tre år och deras familjer som deltagit i Early Head Start visar på positiva och signifikanta men måttliga effekter på alla områden.¹⁹⁰ Effekterna märktes redan när barnen var två år och fanns alltså kvar vid mätningen när de var tre år, då de avslutat Early Head Start. De positiva effekterna märktes bland annat på barnens kognitiva, språkliga och socioemotionella färdigheter. Programmet hade också varit positivt för föräldrarna. De hade en bättre förmåga att ge känslomässigt stöd, stöd till språkutveckling och stöd till inläring än kontrollgruppen. De använde också färre disciplinerande åtgärder som att straffa barnen fysiskt. Programmet hade dessutom en positiv effekt på föräldrarnas väg till självförsörjning. Positivt var också att programmet var fullt implementerat och använde en kombination av metoder som både utgick från centret och familjernas hem.

Subgrupper som afro-amerikanska familjer och spansktalande visade på bättre effekter medan vita familjer inte visade några positiva effekter. Vidare deltog pappor i högre utsträckning än kontrollgruppen, och relationen mellan pappor och barn förbättrades. Programmet hade också positiva effekter för några subgrupper som annars är svåra att hjälpa: deprimerade mammor och tonårsföräldrar. Familjer med flera demografiska riskfaktorer visade sig dock inte ha fått positiva effekter av att delta i Early Head Start, utan i stället missgynnades dessa grupper.

Familjer som började delta tidigt eller deltog med sitt första barn fick bättre effekter än de familjer som började senare eller med senare barn. Men även för dem som började senare var programmet positivt.

Resultaten från studien är tillförlitliga, då deltagarna randomiserats och kontrollgrupp har använts, liksom validerade mätinstrument.¹⁹¹

Andra studier om Early Head Start med en hög tillförlitlighet har bekräftat de måttliga effekterna från den nationella studien. Bland annat har de som följt programmet troget fått bättre resultat. De program som både erbjöd stöd på center och hemma hos familjer visade också bättre resultat än dem som enbart erbjöd center- eller hembaserat stöd.¹⁹²

¹⁸⁹ U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, 2005

¹⁹⁰ Överlag var effekterna moderata med en effektstorlek mellan 10 till 20 procent, för vissa subgrupper var effekterna större med effektstorlekar på mellan 20 till 50 procent. U.S. Department of Health and Human Services, 2002 Sid. XXVV

¹⁹¹ U.S. Department of Health and Human Services, 2002

¹⁹² Love et al., 2005

En mindre studie av ett föräldraträningsprogram inom Head Start visar att programmet kunde bryta föräldrarnas sociala isolering och sänka deras stressnivå. Dessa faktorer är viktiga när man vill förebygga barnmisshandel och vanvård. 40 procent av föräldrarna i studien, både i kontrollgruppen och behandlingsgruppen, hade tidigare misshandlat sina barn. Studien kan dock inte uttala sig om långsiktiga effekter, och resultaten är inte helt generaliserbara.¹⁹³

¹⁹³ Fantuzzo, Stevenson, Abdul Kabir, & Perry, 2007

Kommentarer – nationella översikten och de internationella erfarenheterna

I denna rapport har vi sammanfattat den kunskap som finns om de svenska familjecentralerna. Vi har konstaterat att verksamheten kan delas in i två inriktningar: den serviceinriktade och den särskilt riktade familjecentralen. Båda dessa modeller utgår från universell prevention men har också selektiv och indikerande verksamhet. Den särskilt riktade familjecentralen har mer indikerad verksamhet då den även erbjuder behovsprövning och behovsprövade insatser.

Vi har också gjort en översikt av familjecentralsliknande verksamheter utomlands. Vi har då sett att de internationella verksamheterna liksom de svenska familjecentralerna syftar till att tidigt arbeta för barns hälsa och utveckling, och förebygga negativa faktorer som kan hindra detta. Ibland är det dock svårt att jämföra de olika verksamheterna, då ländernas välfärdssystem ser olika ut och innebörden av verksamheter och begrepp kan skilja sig åt.

Likheter och skillnader

Trots att det finns stora skillnader mellan familjecentralsliknande verksamheter utanför Norden så finns det också likheter, både i resultat och aktuella diskussioner om verksamheten. De centerbaserade verksamheter som liknar de svenska familjecentralerna mest finns dock i Norge och Finland. Likheterna beror framför allt på att verksamheterna har utvecklats utifrån den svenska modellen. En viktig skillnad är att både de norska och finska centren finansieras och stöds av ansvariga departement.

En annan modell av centerbaserat arbete för barnfamiljer som visat likheter med de svenska familjecentralerna är Children's Centre i Storbritannien. Där finns verksamheter inom hälsa, förskola och social rådgivning, men också rådgivning för arbetslösa då centren tydligt riktar sig till familjer med låga inkomster.

Family centre i Storbritannien skiljer sig från de svenska familjecentralerna genom sin inriktning på behandling och rådgivning för barn och föräldrar. Den saknar dessutom en närvarande hälsoverksamhet. Men det finns också flera likheter. Båda centren har främst studerats genom kvalitativa undersökningar, och bådas uppdrag är diffust då det nationella stödet är svagt. De för också liknande diskussioner om sina målgrupper och om graden av stigmatisering. Ytterligare en likhet är att besökarna har visat sig uppskatta verksamheten.

Hur mycket verksamheterna i Frankrike och Grekland liknar de svenska är svårt att säga. De är endast marginellt beskrivna i tillgängliga texter.

De beskriva verksamheterna i USA tenderar att vara mer behandlingsinriktade och inte ha en generell inriktning. Detta skiljer dem från de svenska

familjecentralerna, där den generella inriktningen är en tydlig grund. Trots det kan resultat från Head Start och Early Head Start vara intressanta från ett svenskt perspektiv. Bland annat visar utvärderingen av Early Head Start att besökare med få riskfaktorer gynnas av verksamheten, medan besökare med flera riskfaktorer missgynnas. Detta bekräftar också utvärderingen av Sure Start.

De beskrivna verksamheterna har flera principer gemensamt. De strävar efter att vara lättillgängliga, enkla, flexibla och en mötesplats för barnfamiljer. En skillnad är att de programbaserade verksamheterna Sure Start, Head Start och Early Head Start betonar samarbetet med föräldrar och föräldrars delaktighet mer än de övriga. I Norge är däremot empowermentperspektivet mer uttalat än i Sverige. Sure Starts och Head Starts principer lyfter fram insatser som leder till resultat för barn och föräldrar. Dessa motsvaras i Sverige och Norge av skrivningar om god service och kunskap om barn och ungas behov. Family centre i Storbritannien utmärker sig genom att inte framhålla ett hälsofrämjande arbete, vilket befäster deras inriktning på råd och behandling för familjer.

Nöjda besökare

Besökarna uppskattar familjecentralerna. Det bekräftas återkommande i beskrivningar och resultat från olika studier. I de svenska studierna är föräldrarnas omdömen nästan uteslutande positiva, särskilt om den serviceinriktade familjecentralen. Också Norges nationella utvärdering visar på nöjda föräldrar.¹⁹⁴ Likaså noterar forskningsöversikter om brittiska family centre flera undersökningar som visar att föräldrarna uppskattar verksamheten.¹⁹⁵ Även föräldrar som besöker Children's Centre uttrycker tillfredsställelse.¹⁹⁶ Föräldrarna är dessutom nöjda med mer eller mindre samma saker, oavsett verksamhet och nation. Föräldrar med små barn uppskattar till exempel att få komma iväg till en öppen och barnvänlig miljö. Positivt är också att både föräldrarna och barnen får träffa andra föräldrar och barn, och att de kan få stöd och information från personalen.

Det är mer osäkert i vilken utsträckning som verksamheten påverkar föräldraskapet och familjernas välbefinnande.¹⁹⁷ De allra flesta är ofta nöjda i studier av just besökares nöjdhet. Att föräldrar uppskattar öppna och tillgängliga verksamheter som familjecentraler innebär dock inte automatiskt att verksamheterna når avsedd målgrupp, eller att de utför ett arbete som motsvarar intentionerna eller ger avsedda effekter. Det innebär inte heller att verksamheterna arbetar förebyggande.¹⁹⁸

Ett syfte med familjecentralsliknande verksamheter är ofta att ge besökarna mer inflytande. Detta tar flera studier upp, både i Sverige och internationellt. Men desto färre har studerat hur verksamheterna införlivat detta syfte, vilket i synnerhet får gälla studierna om de svenska familjecentralerna. Den

¹⁹⁴ Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

¹⁹⁵ Armstrong & Hill, 2001; Pithouse & Holland, 1999; Smith, 1999

¹⁹⁶ NESS Research Team, 2007

¹⁹⁷ Armstrong & Hill, 2001; Smith, 1999

¹⁹⁸ Pithouse & Holland, 1999

norska nationella utvärderingen förklarar att de professionella behövde tid att förändra sitt sätt att tänka och arbeta för att ge förutsättningar för ökat inflytande från besökarna.¹⁹⁹ I länder utanför Norden finns en annan tradition av brukarinflytande. Den brittiska regeringen hade till exempel ett formaliserat medbestämmande från föräldrar som villkor för att finansiera Sure Start-program.²⁰⁰

Målgrupp

En viktig uppgift för familjecentraler är att förebygga och tidigt upptäcka signaler som kan tyda på en negativ utveckling. Genom universell prevention förväntas dessa signaler kunna upptäckas tidigt, både vad gäller problemens omfattning och barnets ålder. Att tidigt arbeta för att förändra barnets uppväxtvillkor förväntas bespara barnen och föräldrarna framtida påfrestningar. Man vill också kunna dra ner på ekonomiska utgifter i form av behandling och tvångsinsatser. Arbetet förväntas dessutom förbättra barns hälsa och psykiska utveckling. Men om det förebyggande arbetet ska fungera måste verksamheten nå sin målgrupp.

De svenska familjecentralerna har en närmast hundra procentig uppslutning av småbarnsföräldrar till barnhälsovården. Men när det gäller vilka familjer som deltar i nätverksskapande och mer stödjande verksamheter visar de svenska studierna på vissa brister. Besökargruppen är nämligen homogen och består av svenskfödda mammor med ett eller två barn.

Att pappor saknas i verksamheterna gäller även för Norge, vissa family centre samt Sure Start och deras Children's Centre.²⁰¹ Studier om family centre har också bekräftat svårigheten med att nå utlandsfödda föräldrar.²⁰² Dessutom tenderar familjer som behöver stöd i föräldrarollen att utebli från de öppna verksamheterna i Sverige. Samma sak nämns om brittiska family centre i diskussionen om fördelar med integrerade center.²⁰³

Att få en större uppslutning av fler grupper på familjecentraler är ett dilemma med universell prevention. Ett sätt att försöka bredda målgruppen är att rikta aktiviteter till pappor, utlandsfödda och familjer med riskfaktorer som låg inkomst, att föräldrarna är unga eller ensamstående och så vidare. På brittiska family centre har man till exempel försökt inkludera familjer med ett större behov av stöd genom så kallade integrerade center.²⁰⁴ Resultaten visar att sådana center kan få fler pappor och familjer med olika bakgrund att delta.²⁰⁵ Men att kombinera universella insatser med mer selektiva och indikerande medför två risker som studierna belyst. Den ena risken är att de som besöker verksamheten blir mer stigmatiserade, vilket kan leda till att vissa grupper ändå uteblir. Den andra risken är att de mer riktade verk-

¹⁹⁹ Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006

²⁰⁰ NESS Research Team, 2005

²⁰¹ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000; Haugland, Ronning, & Lenschow, 2006; NESS Research Team, 2007

²⁰² Chand & Thoburn, 2005

²⁰³ Batchelor, Gould, & Wright, 1999; Pithouse & Tasiran, 2000; Southwell, 1994

²⁰⁴ Batchelor, Gould, & Wright, 1999; Pithouse & Holland, 1999; Smith, 1999

²⁰⁵ Batchelor, Gould, & Wright, 1999; Ghate, Shaw, & Hazel, 2000

samheterna tar tid och resurser från de universella, vilket kan påverka kvaliteten och försämra möjligheten att förebygga på bred front.

Även utvärderingar av Sure Start och Early Head Start problematiserar föreställningen om vikten av att nå alla barnfamiljer. Dessa utvärderingar visar tendenser på att generella program inte gynnar alla familjer. Familjer med få riskfaktorer verkar gynnas medan familjer med sammansatta och komplexa behov kan missgrynnas.²⁰⁶

Samverkan

Samverkan har varit det område som studerats mest på de svenska familjecentralerna. De internationella studier som berör samverkan mellan professioner bekräftar flera av de svårigheter som samverkan innebär. Att personal som fortfarande arbetar kvar i samma verksamhet ska förändra sitt arbetssätt och involvera andra i sitt arbete ställer vissa krav. Flera studier visar på möjligheterna och vinsterna med samverkan, men också att det tar tid att förändra.²⁰⁷ Frågan är vilka möjligheter som familjecentralers verksamheter har att utöka sin samverkan, då flera studier visat att samlokalisering och gemensam värdegrund ger förutsättningar för samverkan men inte i sig leder till att samverkan uppstår.²⁰⁸

Perspektivval

Några av de studier som beskriver familjecentralerliknande verksamheter berör två perspektiv på arbetet med familjer. Det ena är barnperspektivet (childfocused) och det andra är familjeperspektivet (familyfocused).²⁰⁹

Verksamheter och insatser med ett barnperspektiv utgår från vad barnen behöver. Det kan innebära att föräldrar visserligen får stöd och insatser, men hela tiden utifrån att insatserna ska gynna barnet. Ett familjeperspektiv innebär å andra sidan att alla familjemedlemmars behov ska tillgodoses, vilket förhoppningsvis gynnar hela familjen.

Risker med ett starkt familjeperspektiv är att familjen ses som en homogen enhet och att den vuxnes behov tillgodoses utan att konsekvenser för barnet beaktas.²¹⁰ Nyetablerade Children's Centre i Storbritannien kan ha familjeperspektiv, då de ska erbjuda arbetslösa råd och stöd att arbetsträna eller utbilda sig för att komma in på arbetsmarknaden. Syftet är att öka familjernas inkomster och därmed minska stress och utsatthet i familjen. Children's Centre är ännu inte utvärderat, men kvaliteten på förskolor i så kallade Sure Start-områden har visat sig försämrats av att förskolorna integreras med hälsovården. Barnperspektivet har nämligen fått stå tillbaka för familjeperspektivet i dessa förskolor.²¹¹

²⁰⁶ (NESS Research Team, 2005; U.S. Department of Health and Human Services, 2002

²⁰⁷ Hjortsjö, 2005; NESS Research Team, 2005; Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007; Wigfall & Moss, 2001

²⁰⁸ Bak & Gunnarsson, 2000; Tunstill, Aldgate, & Hughes, 2007; Wigfall & Moss, 2001

²⁰⁹ Ghate, Shaw, & Hazel, 2000; Warin, 2007

²¹⁰ Warin, 2007

²¹¹ Sandra Mathers & Joshi, 2007

Obesvarade frågor

Kunskapsöversikten visar på flera frågor som inte besvarats av de hittills genomförda studierna och utvärderingarna. En fråga som återkommer är vilka familjecentralerna är till för. Vilken målgrupp avser verksamheten att gynna? Är det socioekonomiskt starka grupper som behöver familjecentralernas verksamheter, eller borde centralerna vara avsedd för andra mer utsatta grupper?

Utifrån resultaten från det brittiska Sure Start och amerikanska Early Head Start kan det också ifrågasättas i vilken utsträckning och på vilket sätt familjecentralerna ska arbeta med familjer som har flera och omfattande riskfaktorer. Det är viktigt att se familjecentraler från ett helhetsperspektiv där de är en del av många insatser som behövs för att öka barns förutsättningar att växa upp under främjande förhållanden.

En annan obesvarad fråga är hur familjecentralerna påverkar sina besökare. Resultaten om familjers utökade sociala nätverk är nämligen motstridiga. Detta gäller främst de svenska familjecentralerna men även de internationella erfarenheterna. Effektstudierna av verksamheter som Sure Start, Head Start och Early Head Start skiljer sig på flera områden, till exempel när det gäller verksamhetens målgrupp.

Följande frågor är obesvarade av studierna som ingår i vår översikt. De bör prioriteras i framtida studier om de svenska familjecentralerna.

1. Vad karakteriserar arbetet i de två typerna av familjecentraler (serviceinriktad och särskilt riktad)?
2. Vilka familjer besöker familjecentraler?
3. Hur påverkas barn och föräldrar av verksamheten?
4. Finns det skillnader i effekt beroende på typ av familjecentral?
5. Finns det grupper av familjer som speciellt gynnas av familjecentraler?

Förslag

Forskningsgenomgången visar på kunskapsbrister om familjecentralers verksamhet och effekter. Det finns ingen nordisk effektutvärdering på familjecentraler. Innan en effektutvärdering kan genomföras bör de behov som familjecentraler avser att tillgodose identifieras. Det finns ett behov av ytterligare forskning kring familjecentraler, ett ansvar som primärt bör åligga den akademiska forskningen.

Referenser

- Abrahamsson, A., & Lindskov, C. (2007). *Familjehuset Näsby - en utvärdering för utveckling. Collaborative and integrated approaches to health*. Kristianstad: Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård på Högskolan Kristianstad.
- Alberius, A. (2004). *Myndighetsutövning på familjecentralen. En jämförande studie av socionomer med och utan myndighetsutövning.*, Lunds universitet, Lund.
- Andersson Holmer, M., Bons, T., Carlsson, A., Lundström Mattsson, Å., & Nyberg, E. (2003). *Familjehuset, ett samhällsarbete med utsatta barnfamiljer*. Tullinge: FoU Södertörn.
- Armstrong, C., & Hill, M. (2001). Support services for vulnerable families with young children. *Child and Family Social Work*, 6(4), November 2001, pp.351-358.
- Bak, M., & Gunnarsson, L. (2000). *Familjecentralen. Framtidens stöd till föräldrar och barn?* Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Barlow, J., Kirkpatrick, S., Wood, D., Ball, M., & Stewart-Brown, S. (2007). *Family and Parenting Support in Sure Start Local Programmes*. Nottingham: National Evaluation of Sure Start.
- Batchelor, J., Gould, N., & Wright, J. (1999). Family centres: a focus for the children in need debate. *Child and Family Social Work*, 4(3), August 1999, pp.197-208.
- Bengtsson, K., & Kennard, C. (2002). *Utvärdering av Älta familjecenter - ett samverkansprojekt för barnfamiljer i Älta. Slutrapport, oktober 2002*. Nacka: Valfärd i Nacka och Nacka kommun.
- Berg-Wikander, B. (2006). *Familjecentralen - integrerad verksamhet för barnets bästa*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Berggren, B. (1982). Om samarbete och samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens om makt och ansvar. Bilaga 5. In *Psykiatri i omvandling - psykiatriska kliniken i Ängelholm*. Stockholm: Spris publikationstjänst.
- Bergman, S., & Werme, A. (2005). *Hälsofrämjande arbete för den psykiska hälsan hos barn. En studie av familjecentraler i Östergötland.*, Linköpings universitet, Linköping.
- Bing, V. (2005a). *Familjecentraler i Värmland. Rapport från ett utvecklingsarbete*. Karlstad: Forskning och folkhälsa, Landstinget i Värmland.
- Bing, V. (2005b). *Föräldrastöd och samverkan. Familjecentraler i ett folkhälsoperspektiv*. Stockholm: Gothia.
- Blomqvist, S. (2004). *"Ju mer vi är tillsammans?" Mångprofessionellt teamarbete i vården*. Linköping: Forum för organisations- och gruppforskning, Institutionen för beteendevetenskap i Linköpings universitet.

- Brantefors, B. (2004). *Tillsammans?! BVC- och MVC-personalens uppfattning om det familjecentrerade arbetet - en enkätundersökning*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län, Folkhälsoenheten.
- Bringlöv, Å. (1998). *Familjecentralen i Alby: ett planerat samverkansprojekt mellan landstinget och Botkyrka kommun*. Tumba: Mångkulturellt centrum.
- Carlsson, A.-M. (2006). *Den aktiva pappan, föräldralediga fäder på familjecentralen*. Linköpings universitet, Linköping.
- Carpenter, J., Griffin, M., & Brown, S. (2005). *The Impact of Sure Start on Social Services*. Durham: Durham Centre for Applied Social Research, University of Durham.
- Cederhag, C. (2005). *Utvärdering av projekt i Lindesbergs kommun. Familjecentralen - framtidens stöd till barn och föräldrar?*, Örebro universitet, Örebro.
- Chamberlin, R. W. (1992). Preventing Low Birth Weight, Child Abuse, and School Failure: The Need for comprehensive, Community-Wide Approaches. *Pediatrics in Review*, 13(2), 64-71.
- Chand, A., & Thoburn, J. (2005). Child and family support services with minority ethnic families: what can we learn from research? *Child and Family Social Work*, 10(2), May 2005, pp.169-178.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- De'Ath, E. (1989). *The Family Center Approach to Supporting Families*: Children's Society.
- Department for children schools and families. (2007). *Sure Start Children's Centres, Phase 3 Planning and Delivery*. Retrieved from.
- Elisson, J., & Kring, L. (2005). *Att kika bakom knuten - en förklarande studie om familjecentralens betydelse för föräldrar och barn.*, Umeå universitet, Umeå.
- Enell, S. (2005). *En utvärdering av familjecentralen Kärnhuset i Vetlanda*. Jönköping: Luppen kunskapscentrum.
- Eriksson, C., & Gidlund, A. (2004). *Tre familjecentralers framväxt, idé och organisation - en kvalitativ studie.*, Mälardalens högskola, Västerås.
- Falck, A., Norrman, F., & Nyquist, A. (2002). *Organisationsanalys av samarbetet i samverkansprojektet Familjecenter i Holmsund.*, Umeå Universitet, Umeå.
- Fantuzzo, J., Stevenson, H., Abdul Kabir, S., & Perry, M. A. (2007). An Investigation of a Community-based Intervention for Socially Isolated Parents with a History of Child Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 22(2), 81-89.
- Fearnley, B. (2004). Breaking the mould or meeting the needs?: fathers' use of family support services. *Practice*, 16(1), March 2004, pp.55-64.
- Ferm, K. (2002). *Killevippen. En utvärdering av familjecentrum i Laxå*. Örebro: SocialtjänstFoUrum i Örebro län.
- Fernandez, E. (2006). Supporting families: Tracking interactions between families and professionals in Sydney, Australia.
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29(10), October 2007, pp.1368-1394.

- Folkhälsoinstitutet. (2000a). *En idéskiss om familjecentraler*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Fouiväst Implementering av Västbus, Delrapport 1
- Fridolf, M. (2006). *Samarbete för utveckling av välfärden. En skrift om förhållningssätt, system, relationer och professionalitet*. Göteborg: Ideelle, Institutet för demokrati och ledarskap.
- Gabrilidou, V., Ioannidou, E., & Hatzivarnava, E. (2001). User Participation in Family Centres in Greece. In C. Warren Adamson (Ed.), *Family centres and their international role in social action: social work as informal education*. Hampshire: Ashgate.
- Gessler Doberhof, S., & Wohlfahrt, N. (2006). *Socialt förebyggande samarbetsamtal med föräldrar för barnets bästa*. Stockholms Universitet, Stockholm.
- Ghate, D., Shaw, C., & Hazel, N. (2000). *Fathers and family centres: engaging fathers in preventive services*: Joseph Rowntree Foundation.
- Gustafsson, I., & Lindborg, M. (2005). *Familjecentral - en resurs i det hälsofrämjande arbetet för barn och föräldrar i Örebro kommun? Inventering och förslag till utveckling av familjecentraler*. Örebro: Stadskansliet Örebro.
- Halfon, N., Uyeda, K., Inkelas, M., Kumar, V., Tullis, E., & Rice, T. (2004). *Planning for the State Early Childhood Comprehensive System Initiative (SECCS): An Environmental Scan of Opportunities and Readiness for Building Systems*: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.
- Haugland, R., Ronning, J. A., & Lenschow, K. (2006). *Evaluering av försök med familiesentere i Norge*. Tromsø: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Nord, Institutet för klinisk medicin, det medicinske fakultetet, Universitetet i Tromsø.
- Henriksson, P. (2005). *Från visioner till verksamheter. Rapport över utvecklandet av familjecentersverksamheten i västra Nyland 205: Ab Det finlandsvenska kompetenscentret inom det sociala området*.
- Hjortsjö, M. (2005). *Med samarbete i sikte : om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Lund: Socialhögskolan Lunds universitet.
- Hylander, I. (2006). Utvärdering av familjestödjande åtgärder. In E. M. Rigné, Linköpings universitet. Centrum för kommunstrategiska studier & Barns och ungdomars bästa (projekt) (Eds.), *Utvärdering av projektet "Barns och ungdomars bästa"*. Linköping: Centrum för kommunstrategiska studier.
- Jansson, A. (2001). *Den goda familjecentralen, erfarenheter från Södermanlands län.*, Mälardalens högskola, Västerås.
- Jellback, U.-E., & Landberg, C. (2004). *Familjecentralen - bättre möjligheter i arbetet kring barn som far illa?*, Hälsohögskolan, Jönköping.
- Karlsson, C., & Lind, C. (2004). *Ansvarsnätverket runt familjen! En studie om samverkan kring föräldrastöd*. Linköpings universitet, Norrköping.
- Karlsson, I., & Niklasson, U. (2004). *Familjecentralen, en arena för förebyggande arbete, samverkan och föräldrastödjande verksamhet.*, Hälsohögskolan, Jönköping.

- Kirk, R. (2003). Family support: the roles of early years' centres. *Children & Society, 17*(2), 85-99.
- Larsson, L., & Linder, H. (2005). *Familjecentralen Kongroa. En utvärdering av Familjecentralen i Krokoms.*, Mittuniversitetet, Östersund.
- Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., et al. (2005). The Effectiveness of Early Head Start for 3-Year-Old Children and Their Parents: Lessons for Policy and Programs. *Developmental Psychology Copyright 2005 by the American Psychological Association 41*(6), 885-901.
- Lundström Mattsson, Å. (2004). *Socialt förebyggande arbete, med familjecentralen som arena.* Tullinge: FoU -Södertörn.
- Luppen kunskapscentrum. (2003a). *Familjecentralen Dalvik, en utvärderingsrapport.* Jönköping: Luppen kunskapscentrum.
- Munford, R., Sanders, J., & Maden, B. (2006). Small steps and giant leaps at Te Aroha Noa. *International Journal of Child & Family Welfare, 9*(1-2), 102-112.
- Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen (2007) Strategi för samverkan - kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.
- NESS Research Team. (2005). *Early findings of the Impact of the Sure Start Local Programmes on Child Development and Family Functioning: Final Report of the Cross-Sectional Study of the 9-month-old and 36-month-old Children and their families.* London: HMSO.
- NESS Research Team. (2007). *Understanding Variations in Effectiveness amongst Sure Start Local Programmes.* London: HMSO.
- Niklasson, L. (1998). *Familjecentralen Jordan. Ett samverkansprojekt med familjeperspektiv.* Haninge: Haninge kommun.
- Niklasson, L. (1999c). *Familjecentralen Jordan - ledarskapet och dess utformning.* Haninge: Haninge kommun, Sydöstra Stockholms sjukvårdsområde.
- Nilsson, J., & Ottosson, A.-K. (2003). *Familjecenter i Baronbackarna, en studie av samverkan.*, Örebro universitet, Örebro.
- Palacio-Quintin, E. (2006). A case study of a community-based family support centre in Quebec.
- Palm, A., Andersson, S., & Ryttare, E. (2005). *"Det är bra för barnen". Utvärdering av Turebergs familjecentral.* Sollentuna: FoU Nordväst och Sollentuna kommun.
- Perdal, A.-L. (1998). *Utvärdering av Familjecenter i Vännäs. En stödjande och förebyggande arbetsmodell riktad till barn i förskoleåldern och deras familjer 960101 - 981231.* Vännäs: Vännäs kommun.
- Pithouse, A., & Holland, S. (1999). Open access family services and their users: positive results, some doubts and new departments. *Children and Society, 13*(3), 167-178.
- Pithouse, A., & Lindsell, S. (1995). Family care in the community - a case study of a family centre and its effectiveness in reducing child abuse. *Social Services Research, 4*, 38-46.

- Pithouse, A., & Tasiran, A. (2000). Local authority family centre intervention: a statistical exploration of services as family support or family control. *Child & Family Social Work*, 5(2), 129-141.
- Sandra Mathers, K. S., & Joshi, H. (2007). *Quality of childcare settings in the millenium cohort study (QCSMCS)* Department of Educational Studies, University of Oxford, Institute of Education, University of London.
- Secreteriat, C. (2007). *Survey on the role of parents and the support from the Governments in the EU*. Retrieved. from.
- Smith, T. (1999). Neighbourhood and Preventive Strategies with Children and Families: What Works? *Children and Society*, 13, 265-277.
- Southwell, P. (1994). The integrated family centre. *Practice*, 7(1), 45-54.
- Splitvision Research. (2006). *Utvärdering av familjecentralen Sirius*. Vänersborg: Splitvision research, etnografiska marknadsundersökningar.
- Splitvision Research. (2007). *Utvärdering av projektet Familjecentralen Sirius*. Vänersborg: Splitvision research, etnografiska marknadsundersökningar.
- Statham, J. (2000). Outcomes and Effectiveness of Family Support Services: A Research Review. In Practice Issues (Vol. 32 p, pp. 32): Institute of Education, University of London, 20 Bedford Way, London WC1H 0AL, England, United Kingdom.
- Steen, I. (2000). *Kvalitet i arbetet med unga föräldrar och deras barn. En enkätundersökning vid familjecenter i Oskarshamn*. Kalmar: Kommunförbundet Kalmar län.
- Steen, I., & Frih, C. (1999). *Samverkan - för barnets bästa? En studie av förebyggande arbete i tre samverkansprojekt kring barn och unga*. Kalmar: Kommunförbundet Kalmar län.
- Stiftelsen allmänna barnhuset (2006) *Familjecentralen - integrerad verksamhet för barnets bästa*.
- Sundberg, L., & Silén, M. (2005). *Familjecentralen i Iggesund - föräldrarnas upplevelser.*, Mittuniversitetet, Östersund.
- Svensson, E. (2001a). *Utvärdering av Sesam familjecentral i Malmö*. Malmö: Persona.
- Svensson, E. (2001b). *Utvärdering av familjens hus i Malmö*. Malmö: Persona.
- Svensson, E. (2007). *Utvärdering av Familjecentralen Norrby - Borås*. Malmö: Persona-Eskil Svensson.
- Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., & Taggard, B. (2003). *The Effectiv Provision of Pres-School Education (EPPE) Project. Effective Pre-School Education*. London: EPPE Project, Institute of Education, University of London
- Tapper, V., & Toll, A. (2004). *Familjecentralen - samverkan över yrkesgränserna, en kvalitativ studie och kartläggning av sju familjecentraler.*, Stockholm universitet, Stockholm.
- Thörn, M. (2006). *Förebyggande arbete på familjecentraler - ur socionomperspektiv.*, Hälsohögskolan, Jönköping.

- Trygghetsfonden. (2003). *Utvärdering av projekt Familjecenter. Ett samverkansprojekt mellan kommun och landsting i Umeå*. Stockholm: Stiftelsen Trygghetsfonden för kommuner och landsting.
- Tunstill, J., Aldgate, J., & Hughes, M. (2007). *Improving children's services networks: lessons from family centres*: Jessica Kingsley.
- U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. (2005). *Head Start Impact Study: First Year Findings*. Washington, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services, A. f. C. a. F. (2002). *Making Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start*. Washington DC.
- Utvärderingsenheten. (2007). *Utvärdering av Familjecentraler i Uppsala kommun*. Uppsala: Uppsala kommun.
- Ward, M. (2005). *KAFO. Kvalitetssäkring Av Familjecentralers Organisation, Sörmland*. Nyköping: Landstinget i Sörmland, folkhälsoenheten.
- Ward, M., Ranung, Å., & Brantefors, B. (2005). *KAFO, Kvalitetssäkring Av Familjecentralers Organisering, Uppsala län 2004*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län.
- Warin, J. (2007). *Joined-Up Services for Young Children and Their Families: Papering Over the Cracks or Re-Constructing the Foundations?*
- Warren-Adamson, C. (2001). *Family centres and their international role in social action: social work as informal education*. Hampshire: Ashgate.
- Warren-Adamson, C. (2006). Research Review: Family centres: a review of the literature. *Child & Family Social Work, 11*(2), 171-182.
- Warren Adamson, C., David, A.-M., & Ducandas, J.-P. (2001). What's Happening in France? The Settlementmovement and Social Action Centre: Exchange as Empowerment. In C. Warren Adamson (Ed.), *Family centres and their international role in social action: social work as informal education*. Hampshire: Ashgate.
- Widlund, B., & Dahlqvist, H. (2005). *Utvärdering av Familjecentralen i Härnösand med fokus på besökare*. Härnösand: Socialförvaltningen Härnösands kommun & Avdelningen för folkhälsa och forskning, Medelpads hälso- och sjukvård.
- Wigfall, V., & Moss, P. (2001). *More than the sum of its parts: a study of a multi-agency child care network*: National Children's Bureau.
- Wikander, B. (2000). *Familjemosaik. Utvärdering av Hagalunds familjecenter i Solna 2000*. Stockholm: Solna Stad och Norra länets produktionsområde.
- Wikander, B. (2003a). *Familjecentralen i Husby - en utvärderande studie med ansats till teoretisk modell för analys av integrerad verksamhet*. Stockholm: Institutet för socialt arbete.
- Wikander, B. (2003b). *Hägersnäs familjecentrum i Täby, utvärdering 2003*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.
- Wikgren, S. (1995). *Under samma tak. Familjecentret i Hagalund*. Stockholm: Vård och Omsorg, Svenska Kommunförbundet.

Åsbrink, P., Marklund, E., & Boll, M. (2005a). *Familjecentralen Andersberg, resultat besökarenkät v 20-23*. Gävle: Landstinget Gävleborg, Gävle kommun, Svenska kyrkan i Gävle, Tomas församling.

Bilaga 1

Inventering av familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter

Definition

En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral bör minst innehålla, barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socialsekreterare kan det även finnas t e x familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare.

Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen, till exempel kommun och landsting, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Det finns många benämningar på familjecentral. Oavsett om det heter familjecentral, familjecentrum, familjens hus eller något annat så är det ovan nämnda kriterier som avgör om verksamheten är en familjecentral.

1. Har ditt landsting eller den region/sjv område du arbetar i en eller flera familjecentraler enligt ovanstående definition?

Ja, vänligen förteckna namn, adress, e-postadress och telefonnummer till samtliga familjecentraler på bifogad förteckningslista (bilaga 1, sid 3). Formuläret har plats för 6 familjecentraler. Finns det fler än 6 familjecentraler öppna den bifogade filen pånytt och fyll i ytterligare formulär och skicka in.

Nej

2. Har ert landsting en eller flera familjecentralsliknande verksamheter?

Med familjecentralsliknande verksamhet avses att BHV är samlokaliserad med minst en kommunal verksamhet (öppna förskolan eller socialtjänsten).

Ja, vänligen förteckna namn, adress, e-postadress och telefonnummer till samtliga familjecentralsliknande verksamheter på bifogad förteckningslista (bilaga 2, sid 5). Formuläret har plats för 6 familjecentralsliknande verksamheter. Finns det fler än 6 familjecentralsliknande verksamheter öppna den bifogade filen pånytt och fyll i ytterligare formulär och skicka in.

Nej

FAMILJECENTRALER

Familjecentral 1

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

Familjecentral 2

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

Familjecentral 3

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

FAMILJECENTRALSLIKNANDE VERKSAMHET

Familjecentralsliknande verksamhet 1

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

Familjecentralsliknande verksamhet 2

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

Familjecentralsliknande verksamhet 3

Namn/beteckning på verksamheten	Telefon inkl. riktnummer	
Adress	Postnr.	Postadress
Kontaktperson/samordnare		
E-postadress	Telefon inkl. riktnummer	

Bilaga 2

2007-11-23

Dnr.:00-6049/2007

Inventering av familjecentraler Till samordnare (eller motsvarande) vid familjecentralen

Familjecentral:	Kommun, stadsdel:
Adress:	
Namn på den som besvarar frågorna:	
Befattning:	
Telefon:	
E-post:	

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att kartlägga landets familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. Anledningen till kartläggningen är att det saknas samlad kunskap om det faktiska antalet familjecentraler, vilka verksamheter som ingår samt hur de är organiserade och finansierade.

Undersökningen görs i samråd med Sveriges kommuner och landsting. Deltagandet är frivilligt men Ert svar är viktigt för att få en samlad nationell kunskap om familjecentraler.

Har Du frågor om undersökningen kontakta gärna Margareta Alldahl, 075-247 36 14, margareta.alldahl@socialstyrelsen.se eller Annika Öquist, 075-247 35 95 , annika.oquist@socialstyrelsen.se .

Hantera det elektroniska formuläret så här:

- Öppna den bifogade filen. Får du en fråga om makron svarar du ”Ja” eller ”Aktivera”
- Spara enkäten i din dator (namnge filen med kommunens och familjecentralens namn).
- Om du är samordnare för fler än en familjecentral så vänligen fyll i en enkät för var och en.

- Fyll i enkäten i de gråmarkerade fälten (klicka dig fram med musen/tabtangenta). Undvik semikolon och retur (nytt stycke) när du skriver in text.
- Spara den ifyllda enkäten.

E-posta den ifyllda enkäten som bifogad fil till:
familjecentraler@socialstyrelsen.se
Ert svar vill vi ha **senast den 2007-12-17**

Uppgifterna som efterfrågas i enkäten avser förhållandena under oktober månad 2007 om inget annat anges.

1. På familjecentralen är följande parter samlokaliserade:

- a) Barnvårdscentralen (BVC)
 Ja
 Nej
- b) Socialtjänsten (Soctj.)
 Ja --- > Ingår Socialtjänstens myndighetsutövning? Ja Nej
 Nej
- c) Öppna förskolan (ÖF)
 Ja
 Nej
- d) Mödravårdscentralen (MVC)
 Ja
 Nej
- e) Annan part
 Ja, ange vilken:
 Nej

f) Är ytterligare parter samlokaliserade, namnge dessa här:

2. Följande parter har familjecentralen formaliserat samarbete med:

Parterna är dock inte samlokaliserade

- a) Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
 Ja
 Nej
- b) Familjerätt
 Ja
 Nej
- c) Familjerådgivning
 Ja
 Nej
- d) Ungdomsmottagning
 Ja
 Nej
- e) Skolhälsovård
 Ja
 Nej
- f) Annan Part
 Ja, ange vilken/vilka:
 Nej

Uppgifterna som efterfrågas i enkäten avser förhållandena under oktober månad 2007 om inget annat anges.

3. Markera med kryss vilka gruppverksamheter och föräldrastöd som familjecentralen erbjuder under år 2007 samt vilka parter som deltar i dessa:

Namnge även annan föräldrautbildning och annan part som deltar om ni har detta.

Namnge även annan gruppverksamhet och annan part som deltar om ni har detta.

BIM -grupp för barn/unga med missbrukande föräldrar, BIV- grupp för barn/unga som bevittnat våld, BIP – grupp för barn/unga med psykiskt sjuka föräldrar

Verksamheter	Deltagande parter				
	BVC	Soctj.	ÖF	MVC	Annan part, ange vilken:
Föräldragrupp MVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Föräldragrupp BVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Socialtjänstens stödsamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samarbetssamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pappagrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupp för ensamstående föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupp för tonårsföräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Språkgrupp för invandrarföräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupp för skilsmässobarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Komet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ICDP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De otroliga åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
eoMarte M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mellow parenting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktivt föräldraskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Föräldrakraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PMT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan, ange vilken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uppgifterna som efterfrågas i enkäten avser förhållandena under oktober månad 2007 om inget annat anges.

4. När startade familjecentralen?

År:

5. Till vilken/vilka åldersgrupper vänder sig familjecentralen?

Fler alternativ är möjliga

a) 0-6 år

Ja

Nej

b) 7-12 år

Ja

Nej

c) 13-16 år

Ja

Nej

d) 17-18 år

Ja

Nej

6. Har familjecentralen en ledningsgrupp på chefsnivå?

Ja

Nej

7. Har familjecentralen en samordnare eller motsvarande?

Ja, på heltid

Ja, på deltid

Nej

8. Har familjecentralen gemensamma möten?

Ja, för samtliga parter

Ja, för några parter

Nej

Uppgifterna som efterfrågas i enkäten avser förhållandena under oktober månad 2007 om inget annat anges.

9. Familjecentralen bedrivs som:

- Permanent/reguljär verksamhet
- Tidsbegränsat projekt/försöksverksamhet

10. Hur finansieras familjecentralens verksamhet?

Fler alternativ är möjliga

- Genom de ingående parternas ordinarie budget
- Genom andra ekonomiska medel ange vilka: →
 - Extra medel från någon av parterna
 - Statliga utvecklingsmedel
 - Fondmedel (t ex allmänna arvsfonden)
 - Annat medel, ange vilket:

Eventuella kommentarer till enkäten:

Tack för din medverkan!

E-posta den ifyllda enkäten som bifogad fil till: familjecentraler@socialstyrelsen.se
Senast den 2007-12-17

Bilaga 3

Granskningsmall för den nationella översikten

1. Syftet med studien?

Vem tog initiativ till undersökningen? (Beställd undersökning eller initierad av forskaren?)

Vilka metoder har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja Nej

Vid utvärdering, vilken utvärderingsdesign har använts?

- a. Mål- och resultatutvärdering
- b. Processutvärdering
- c. Interaktiv utvärdering

Vid utvärdering, vem är utvärderaren?

Intern/extern
Personaldeltagande
Utvärderingskompetens

2. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna (inklusions- och exklusionskriterier)?

Ja Nej

Hur har undersökningsgruppen valts ut?

Är undersökningsgruppen lämplig utifrån frågeställningen?

Ja Nej

3. Metod för datainsamling

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (var, vem och i vilket sammanhang, vilken typ av frågor osv.)?

Ja Nej

Är data systematiskt insamlade? (Finns intervjuguide/protokoll/ enkätfrågor?)

Ja Nej

4. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Vilka begrepp, teman och kategorier nämns?

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Anges källor för resultatet (trovärdighet)?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

5. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultatet relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias (förutfattade meningar som påverkar resultatet)?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Stämmer slutsatsen?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

6. Uppgifter om familjecentralen

Är familjecentralen fullständig eller ej?

Alla basverksamheter ingår

En basverksamhet saknas

Flera basverksamheter saknas

Har familjecentralen myndighetsutövning?

Full myndighetsutövning med både bistånd och vård enligt LVU

Viss myndighetsutövning med biståndsansökningar

Ingen myndighetsutövning

Är familjecentralen samlokaliserad?

Ja Nej

Bilaga 4

Granskningsmall för internationella studier

Författare

Titel

År

Bibliografisk information

Akademisk avhandling

Vetenskaplig rapport

Vetenskaplig tidskrift

Utvärdering

Bok, kapitel

Bok, hel

Studiens ursprungsland

Författarens vetenskapliga hemvist

Studiens syfte

Vilka metoder har använts?

Vid utvärdering, vilken utvärderingsdesign har använts?

a. Målutvärdering (utvärderingen fokuserar på om verksamheten uppnått uppsatta mål)

b. Resultatutvärdering (utvärderingen fokuserar på mätbara resultatetermer)

c. Processutvärdering (utvärderingen fokuserar på genomförande, arbetssätt och innehåll)

d. Interaktiv utvärdering (utvärderingen fokuserar på vad intressegrupper vill utvärdera)

Utvärderingsdesign

Experimentell

Kvasiexperimentell

Vid utvärdering, vem är utvärderaren?

Intern/extern

Personaldeltagande: högt (har påverkat val av metod och/eller urval)

Personaldeltagande: lågt (har deltagit i diskussioner kring utvärderingen/informerat respondenter)

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

(Inklusions- och exklusionskriterier)

Ja, urvalskriterier återges och kan följas

Ja, urvalskriterier återges vagt och ger svårigheter att helt följa

Nej, urvalskriterier anges endast för någon undersökningsgrupp

Nej, undersökningskriterier anges inte alls

Hur har urvalet av undersökningsgrupp genomförts?

Kan ej besvaras

Stratifierat urval

Slumpmässigt urval

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt?

Ja, var, vem, hur och i vilket sammanhang, anges tydligt

Ja, var, vem, hur och i vilket sammanhang, anges vagt

Nej, för någon av flera metoder anges datainsamlingen tydligt

Nej, hur datainsamling genomförts redovisas ej

Finns intervjuguide/protokoll/enkätfrågor bifogade?

Ja

Ja, delvis

Nej

Finns diskussion?

Ja

Nej

Finns metoddiskussion?

Ja

Nej

Jämförs resultat med andra undersökningar?

Ja

Nej

Intervention/verksamhetsbeskrivning

Diskuteras risk för intressekonflikt, då författaren är del av verksamheten?

(Förutfattade meningar som påverkar resultatet?)

Ja, ett omfattande resonemang

Ja, delvis

Nej

Finns risk för intressekonflikt?

Ja

Ja, delvis

Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Bilaga 5

Sökord och databaser

Databaser och sökord för den nationella översikten

De databaser som vi har använt är LIBRIS, DIVA, Google och Google Scholar. Vi har även sökt på universitets- och högskolebibliotek i Sverige på de orter där det finns socialhögskola eller motsvarande.

Biblioteken på följande universitet och högskolor har sökts igenom:

1. Göteborgs universitet
2. Karlstads universitet
3. Karolinska institutet
4. Linköpings universitet
5. Lunds universitet
6. Mittuniversitetet
7. Stockholms universitet
8. Umeå universitet
9. Uppsala universitet
10. Växjö universitet
11. Örebro universitet
12. Ersta Sköndal högskola
13. Högskolan i Borås
14. Högskolan Dalarna
15. Högskolan på Gotland
16. Högskolan i Gävle
17. Högskolan i Halmstad
18. Högskolan i Jönköping
19. Högskolan i Kalmar
20. Högskolan i Kristianstad
21. Högskolan i Skövde
22. Högskolan Väst
23. Johannelunds teologiska högskola
24. Lärarhögskolan i Stockholm
25. Malmö högskola
26. Mälardalens högskola
27. Röda Korsets högskola
28. Sophiahemmets högskola
29. Södertörns högskola
30. Teologiska högskolan, Stockholm
31. Örebro teologiska högskola

Sökning har även gjorts på DIVA, <http://www.diva-portal.org/>, www.uppsatser.se samt LIBRIS uppsök: <http://uppsok.libris.kb.se/sru/uppsok>.

Sökord har varit: familjec* för att täcka begrepp som familjecentral, familjecenter, familjecentrum och familjecentrerat arbetssätt. Vi har även använt sökord som samverkan, samarbete, barn, socialt arbete, barnhälsovård, förebyggande arbete och utvärdering i olika kombinationer.

Databaser och sökord för den internationella delen

Tabell 1. Översikt av databaser och antal träffar

Databas	Antal träffar	Urval 1
ASSIA, 1	463	11
ASSIA, 2	75	16
ASSIA 3	34	11
Social Services Abstracts, 1	69	26
Social Services Abstracts, 2	44	1
Sociological abstracts 1	8	0
Sociological abstracts 2	11	1
SocINDEX	124	15
Social care online	209	49
CLINAHL, sökning 1	36	7
CLINAHL, sökning 2	30	0
PsycINFO, sökning 1	125	12
PsycINFO, sökning 2	107	0
ERIC 1	171	6
ERIC 2	197	4
Totalt antal träffar av sökningar	1703	159
Dubletter		39
Exkluderade efter läsning av fulltext ²¹²		80
Studier genom kontakter		6
Studier som ej gått att få tag på		4
Totalt antal studier som ingår		30

Sökord:

child*
parent*
family centre
family centres
family center
family centers
children's center
children's centers
Children's Centre
Children's Centres
community based centre

²¹² Texten har exkluderats om den inte är publicerad före 1997 eller om den inte uppfyllt inklusionskriterierna.

community based centres
community based center
community based centers
family support centre
family support centres
family support center
family support centers
social services family centre
social services family centres
social services family center
social services family centers
parent? centre
parent? centres
parent? center
parent? centers
integrated center
integrated centers
integrated centre
integrated centres
integrated services
family day care home*
family social work
parenthood education
parent aide services
family preservation services
family functioning
child rearing
parenting
support groups
preventive programmes
community based preventive programmes
client centred practice
support services
community support programmes
social support
support schemes

Bilaga 6

Metoddiskussion kring den nationella översikten

Totalt ingår 97 texter i den nationella översikten. Texterna är i huvudsak utvärderingar (53) samt kandidat- och magisteruppsatser (35). Därutöver ingår ett antal interna rapporter och forskningsrapporter, uppföljningar och informationstexter. Maria Hjortsjö är ensam om att ha skrivit en avhandling om samverkan på en familjecentral. De flesta studierna om familjecentraler har skrivits mellan 2003 och 2006, men det finns studier från 1994–2007. Ungefär hälften av studierna utgår från socialt arbete, och en sjättedel från folkhälsa. Av utvärderingarna har 11 utförts internt och resten externt.

Samverkan och besökarnas upplevelse av verksamheten är de vanligaste områdena i studiernas frågeställningar. Detta har studerats med hjälp av kvalitativa metoder som intervjuer och observationer. Oftast är det enskilda familjecentraler som har studerats, men de senaste åren har studier där flera familjecentraler ingår blivit allt vanligare. Få undersökningar är mer omfattande – de flesta utgår från enskilda intervjuer med personal eller besökare. Fyra undersökningar och utvärderingar har mellan 200 och 300 besökarrespondenter.

Studierna har flera begränsningar vad gäller urval och systematiskt inhämtad empiri. Flera har dessutom ett litet empiriskt underlag. En del av problemen med metod och urval är att de inte är transparenta för läsaren vilket gör det svårt att avgöra om resultatet är tillförlitligt. Ett annat problem är att flera studier enbart inbegriper vissa grupper vilket riskerar att utesluta oidentifierade grupper, ge ett mycket litet undersökningsunderlag och leda till problem med jämförelser med andra undersökningar. På grund av studiernas varierande kvalitet och systematik ska översiktens resultat tolkas med viss försiktighet.

Utvärderingarna har författats av utvärderare på någon av de huvudmän som står bakom familjecentralen, utvärderare från FoU-enheter, forskare från universitet eller högskolor samt studenter. Ibland är utvärderaren intern och ibland extern. Av textmaterialet kan utläsas att såväl utvärderare som finns i eller nära familjecentralerna som utvärderare utan nära koppling till den utvärderade verksamheten kan ha olika intressen som påverkar utvärderingens resultat och analys.

Familjecentralen har visat sig vara ett relativt populärt ämne att skriva uppsats om under högskoleutbildningen. Kandidat- och magisteruppsatserna har den fördelen att de genomgått en granskning och genomförts med handledning från universitetet eller högskolan. En nackdel är att de är genomförda under utbildning och under en begränsad tid vilket medför att de flesta utgår från en liten mängd data.

Metoddiskussion kring de internationella erfarenheterna

I den internationella översikten ingår 30 studier om familjecentralsliknande verksamheter. Hälften är olika vetenskapliga artiklar (15) men det finns även rapporter med beskrivningar av verksamheter (4) och forskningsrapporter (11). Flest studier har hämtats från Storbritannien och näst flest från USA. I övriga länder finns endast enstaka texter som beskriver familjecentralsliknande verksamheter.

Studierna utgår framför allt från socialt arbete, särskilt de brittiska. Nio av studierna är kvalitativa undersökningar, fem en kombination av dessa och fem är helt kvantitativa. Fyra rapporter beskriver verksamheten utan att ange någon metod och med få referenser. Det finns sju litteratur- eller forskningsöversikter men ingen systematisk kunskapsöversikt. Fem av studierna är experimentella utvärderingar.²¹³ De program som har effektutvärderats är Sure Start i Storbritannien samt Head Start och Early Head Start i USA.

Även i de internationella undersökningarna finns en del av de problem vi beskriver ovan. Det är inte alltid möjligt att jämföra resultat från olika undersökningar då de skiljer sig åt i frågeställning och metod. En ytterligare aspekt som försvårar en jämförelse med de svenska familjecentralerna är ländernas olika välfärdssystem. Att välfärdssystemen skiljer sig åt och utgår från olika synsätt och traditioner ger olika förutsättningar för att arbeta förebyggande. Innebörden av centrala begrepp som hälsa, pedagogik och socialt arbete ser olika ut i olika länder, vilket gör det svårt att finna verksamheter som motsvarar de svenska familjecentralerna. Därför är den internationella översikten gjord på en mer övergripande nivå, där vi anger principer för de centerbaserade verksamheterna.

²¹³ Den klassiska experimentella designen innebär att individer eller hela grupper randomiseras, dvs. slumpmässigt väljs ut, till endera en undersökningsgrupp, som får behandling, eller en kontrollgrupp, som inte får den behandlingen. Dessa två grupper mäts över tid och skillnaden mellan dem sägs bero på den insatta behandlingen. Det gäller att utesluta alla andra samband så att vi kan vara säkra på att det är just behandlingen som gör skillnaden. Detta kontrolleras med hjälp av statistiska beräkningar, t.ex. signifikanstester. (Bryman & Nilsson, 2002)

Bilaga 7

Ytterligare genomgångna texter

- Apell, G. (2003). *Familjecentrerat arbete i Bålstad, en analys ur barnfamiljernas perspektiv*. Mälardalens högskola, Västerås.
- Balko, M., & Swanström, P. (2003). *Den nya formen av föräldrautbildning i Bålsta -en intervjustudie av de olika yrkeskategoriernas erfarenheter och uppfattningar*. Mälardalens Högskola, Västerås.
- Bayley, R. (1999). Early years: under one roof. *Family Policy, Autumn 1999, p.11*.
- Bengtsson, I., & Ravhed, L. (2005). *Det är samma barn vi talar om! Specialpedagogens roll och identitet på en familjecentral, i samverkan med olika verksamheter.*, Högskolan Kristianstad, Kristianstad.
- Berry, M., Brandon, M., Chaskin, R., Fernandez, E., Grietens, H., Lightburn, A., et al. (2006). Identifying sensitive outcomes of interventions in community-based centres.
- Bing, V., & Folkhälsoinstitutet. (1999). *Morötter och maskrosor : om uppväxtvillkor och förebyggande sociala tjänster* (Ny, omarb. uppl. ed.). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Bing, V., & Gunnarsson, L. (2003). *Små, få och fattiga : om barn och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Birgersson, I. (1999). *Föräldrastödande samverkan, Familjecentral.*, Hälsohögskolan Jönköping, Jönköping.
- Björkén, K.-E., & Andersson, L. (2004). *Familjens hus Piteå*. Luleå: FoU Norrbotten.
- Boethius, M., Filipsson, M., & Malmberg, L. (2006). *Allt under samma tak, en utvärdering av Familjecentralen i Laholm*. Högskolan i Halmstad, Halmstad.
- Bons, T., Lundström Mattsson, Å., Nyberg, E., & Pettersson, S. (2003). *Familjehuset - ett resurscenter för barnfamiljer*. Tullinge: FoU Södertörn.
- Brown, B., & Liddle, J. (2005). Service domains - the new communities: a case study of Peterlee Sure Start, UK. *Local Government Studies, 31(4)*, 449-473.
- Carlsson, A. (2006). "... en period i livet, när både jag och barnen får ut något av det". *Föräldrars röster om besök på en familjecentral öppna förskola.*, Linköpings universitet, Linköping.
- Denniston, K., Pithouse, A., Bloor, M., & O'leary, M. (1998). Developing an economic analysis of family support programs: the case of a neighbourhood family centre in Blaenau Gwent. *Social Services Research, 4*, 42-54.
- Eldelind, K. (2002). *Familjecentrum i Bålstad. En studie ur de professionellas perspektiv.*, Mälardalens högskola, Västerås.

- Frisegård, K. (2003). *Samverkan. På ett familjecenter i Söderhamn mellan mödravård, barnhälsovård, öppna förskolan och socialtjänsten.*, Örebro universitet, Örebro.
- Green, B. L., Johnson, S. A., & Rodgers, A. (1999). Understanding Patterns of Service Delivery and Participation in Community-Based Family Support Programs. *Children's Services: Social Policy, Research & Practice*, 2(1), 1-22.
- Gustavsson Holmström, M. (2006). Områdesanknutna socialsekreterare. In R. e. al (Ed.), *Utvärdering av projektet "Barns och ungdomars bästa"*. Linköping: Centrum för kommunstrategiska studier.
- Gustavsson, M. (1998). Kartläggning av familjecentralen: Folkhälsoinstitutet.
- Hallström, L. (2002). *Frösö familjecentral, en utvärdering av verksamhetens utveckling 1998-2002.*, Mittuniversitet, Östersund.
- Hammarström, K. (2003). *"En mötesplats för familjer" BVC-sköterskors uppfattningar av familjecentral som arbetsform före införandet.* Linköpings universitet, Linköping.
- Holman, B. (1992). Linking up with the locals. *Community Care*, 14-15.
- Hopstadius, K. (1998). *Utvärdering av Familjecentrum Leksand januari - 98.* Leksand: Familjecentrum.
- Hopstadius, K. (2000). *3 år med familjecentrum. Samverkan kring nya föräldrar, utvärdering.* Leksand: Familjecentrum.
- Hörnblad, B. (1999). *Föräldrastödsprojektet Ymer, en utvärdering. Familjecenter Oskarshamn.* Oskarshamn.
- Jansson, K., & Karlsson, S. (1999). *Familjecentralen, ett resultat av strukturförändringar?*, Hälsohögskolan, Jönköping.
- Karlsson, C., & Lind, C. (2004). *Ansvarsnätverket runt familjen! En studie om samverkan kring föräldrastöd.* Linköpings universitet, Norrköping.
- KPMG Bohlins AB. (2007). *Granskning av familjecentraler, revisionsrapport.* Karlstad: Landstinget i Värmland.
- Lightburn, A., & Warren-Adamson, C. (2006). Evaluating family centres: The importance of sensitive outcomes in cross-national studies.
- Lundbäck, C. (2004). *Förebyggande arbete i en familjecentral. Personalens upplevelser.*, Umeå universitet, Umeå.
- Luppen kunskapscentrum. (2003a). *Familjecentralen Dalvik, en utvärderingsrapport.* Jönköping: Luppen kunskapscentrum.
- McNamara, P. M. (2006). Mapping change in a child and family centre in Melbourne, Australia.
- Moran, P., & Ghate, D. (2005). The Effectiveness of Parenting Support. *Children & Society*, 19(4), 329-336.
- Munford, R., Sanders, J., & Maden, B. (2006). Small steps and giant leaps at Te Aroha Noa. *International Journal of Child & Family Welfare*, 9(1-2), 102-112.
- Niklasson, L. (1999a). *Familjecentralen Jorden - omvärld.* Haninge: Haninge kommun, Sydöstra Stockholms sjukvårdsområde.
- Niklasson, L. (1999b). *Familjecentralen Jorden - mål och måluppfyllelse.* Haninge: Haninge kommun, Sydöstra Stockholms sjukvårdsområde.

- Niklasson, L. (2004). *Familjecentralen Bro.* . Upplands Bro Upplands Bro kommun.
- Niklasson, L. (2006). *Måluppfyllelse inom familjecentraler. Verksamhet i Jordbro och Brandbergen.* Haninge: Haninge kommun.
- Nilsson, J., & Strömdahl, P. (2007). *Familjecentralen som hälsofrämjande arena? En studie av Nyckelspikens verksamhet och mål.* Högskolan Väst, Trollhättan.
- Nilsson, U. (2001). *Samverkan på familjecentral.* Lunds Universitet, Lund.
- Rundgren, K., & Ligne, B. M. (2006). *Brobyggarna familjestöd. En nätverksmodell för barnfamiljer i Fagersta kommun. 2004-01-07--2006-12-31.*: Fagersta kommun.
- Rydin, L., & Mattson, M. (2002). *Samverkan och profession i en tvärsektorieell verksamhet, exemplet familjehuset Trädet.*, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Stadsrevisionen Göteborg. (1997). *Utvärdering av implementeringen av familjecentral i stadsdelen Biskopsgården i Göteborg.* Göteborg: Stadsrevisionen Göteborg.
- Strinnlund, A. C. (2003). *Samverkan i familjearbete. Om en samverkansmodell för helhetssyn i arbetet med familjer.* Härnösand: FoU Västernorrland, Kommunförbundet Västernorrland.
- Vaino, J. (2001). *Det goda mötet i det förebyggande arbetet. En utvärdering av Araby familjecenter.* Växjö Universitet, Växjö.
- Ångman, A.-S. (2006). *Föräldrastöd, en trend i tiden.* Örebro Universitet, Örebro.
- Åsbrink, P., Marklund, E., & Boll, M. (2005b). *Familjecentralen Andersberg, resultat baslinjemätning organisationsnivå.* Gävle: Landstinget i Gävleborg, Gävle kommun, Svenska kyrkan i Gävle Tomas församling.
- Åsbrink, P., Marklund, E., & Boll, M. (2007). *Resultat, organisationsnivå Familjecentralen i Andersberg.* Gävle: Gävle kommun, landstinget i Gävleborg och Svenska kyrkan i Gävle.
- Öberg, A. (1999). *Vad är meningen med Familjecentralen i Alby? Dokumentation av ett seminarium för kritisk granskning av ett samverkansprojekt.* Tullinge: FoU-Södertörn.