

# Handledning i psykosocialt arbete på BVC

Elisabeth Arborelius- Gralvik

I Mjölby, Boxholm och Ödeshög kommun i Östergötland har samtliga distriktssköterskor inom hela sjukvårdsdistriktet 1978 genomfört gruppbesök vid fyraårskontrollen vid alla BVC. Författaren beskriver utifrån en pedagogisk modell detta förändringsarbete som ett flertal processer på olika nivåer: att organisera och praktiskt genomföra gruppbesök, att utifrån ett bestämt syfte arbeta fram innehåll och metodik för gruppbesöken och slutligen att lära ut denna metodik så att sjuksköterskorna själva utan närvaro av psykolog kan leda grupperna på ett meningsfullt sätt.

Elisabeth Arborelius-Gralvik är fil. dr i psykologi och arbetar som psykolog på barnavårdscentraler och daghem i Mjölby med omnejd.

Nya problem har kommit i förgrunden för barnavårdscentralernas arbete. Tidigare hade verksamheten en medicinsk – somatisk prägning, numera blir psyko-sociala problem alltmer framträdande (Mödra- och barnhälsovårdsutredningen 1979).

Vad innebär psyko-sociala problem och vad kan BVC göra åt dessa? Utgångspunkten kan vara att man ser de psykosociala problem vi har idag i ett samhällsperspektiv, dvs som en funktion av familjens förändrade roll, rörlighet på arbetsmarknaden, arbetsnedläggelse, ökat antal skilsmässor etc. Möjligheter att komma tillrätta med problemen ligger då dels på det socialpolitiska området, dels på det psykiska. Det förra kan innefatta åtgärder som utbyggd barnomsorg, föräldraförsäkring, kortare arbetstid för föräldrar; det senare: lindra föräldrarnas osäkerhet och oro i föräldrarollen. Det är inom detta sist-

nämnda område BVC kan göra en insats genom att ge föräldrarna råd och stöd i konkreta situationer, hjälpa föräldrarna att förstå samband när det gäller att orka med att ta hand om barn, ge föräldrar mer kunskap om barns beteende och göra dem medvetna om att problemen inte är privata. Däremot kan vi inte via BVC lösa de stora samhällsfrågorna för barnfamiljerna.

Flera undersökningar visar att föräldrarna själva utöver medicinsk service också vill ha psyko-socialt stöd från BVC (Sundelin 1973; Danielsson, Johansson 1976; Gralvik, Bremberg 1980).

## Målsättning för projektet

BVC:s arbete med psyko-sociala problem kan delvis ske på det traditionella sättet, dvs vid individuella besök, men ofta kan man med större framgång ta upp denna typ av problem vid gruppbesök. Anledningen är att föräldrarna i grupp kan uppleva att deras problem delas av flera andra i liknande situation, och att de vid sidan av BVC-personalen kan ge råd och stöd till varandra. Vi vet också att grupprocessen i sig är ett effektivt medium: en diskussion om ett ämne i grupp kan påverka en individ långt effektivare än det bästa föredrag i samma ämne (Lewin 1948; Holt 1952; Levine, Butler 1953).

Utgångspunkten kan vara att man ser de psykosociala problemen vi har idag i ett samhällsperspektiv, dvs som en funktion av familjens förändrade roll, rörlighet på arbetsmarknaden, arbetsnedläggelse, ökat antal skilsmässor etc.

I Mödra- och barnhälsovårdsutredningen föreslås också föräldragrupper som ett led i ett psykosocialt arbetssätt och en aktiv föräldramedverkan på BVC.

Följande målsättning gäller för projektet:

- Förändra arbetssättet på BVC såtillvida att man inför besök i grupp (istället för enskilt besök) inom ett avgränsat sjukvårdsdistrikt (fas I).
- Arbeta fram innehåll och metodik som fungerar i ett bestämt syfte vid dessa gruppbesök (fas II).
- Lära ut denna metodik på ett sådant sätt att sjuksköterskorna på BVC själva kan leda grupperna på ett meningsfullt sätt (fas III).

### En pedagogisk modell som teoretisk utgångspunkt

Gruppverksamhet på BVC har tidigare inte analyserats vare sig teoretiskt eller praktiskt. I detta arbete har vi utgått från en pedagogisk modell, benämnd ramfaktorer–process–resultat (Dahllöf 1967; Lundgren 1972; Gustafsson 1977). Modellen innebär att de resultat som erhålls beror på en viss process som äger rum i tid. Processen i sin tur

begränsas av ett antal ramfaktorer.

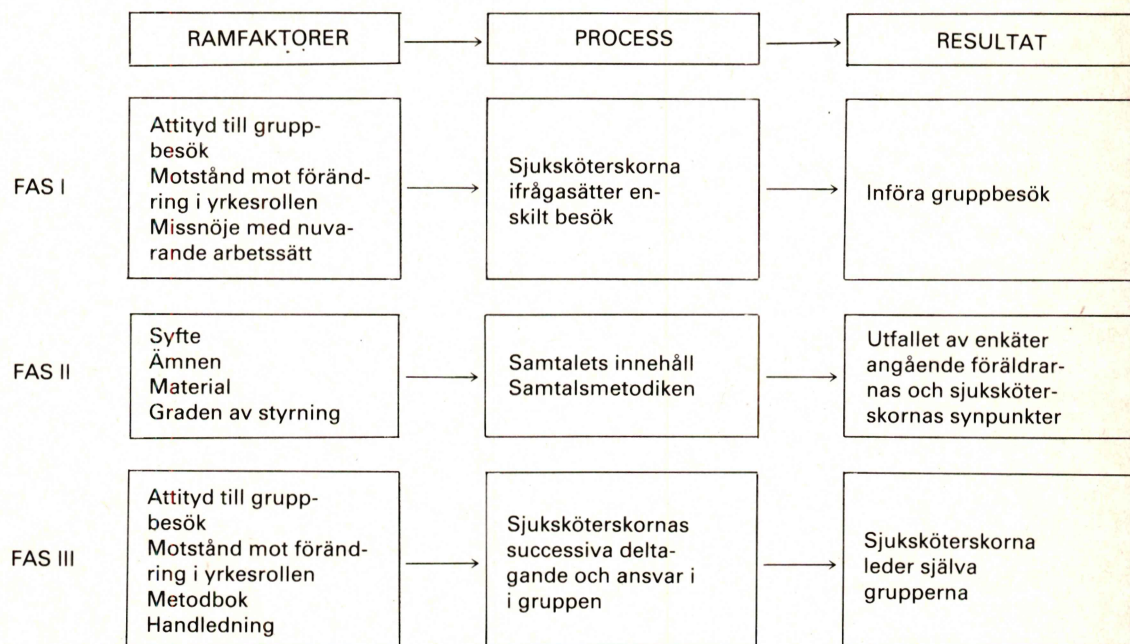
Inom projektet har vi tillämpat modellen på olika nivåer och inom varje fas analyserat de ramfaktorer som påverkat processen och hur processen i sin tur styrt de resultat vi fått (figur 1).

### FAS I

#### Förändring av arbetssättet på BVC: gruppbesök införs

Det är lättare att genomföra en förändring av arbetssättet på BVC om personalen är missnöjda med något i nuvarande arbetssätt och därför själva vill ha till stånd en förändring. Vi visste av erfarenhet att ett flertal sjuksköterskor både inom detta och andra områden var missnöjda med fyraårskontrollen. Denna innebar att sjuksköterskan tog emot en förälder och en fyraåring åt gången och vid sidan av den medicinska kontrollen frågade ut föräldern enligt ett speciellt formulär om olika beteenden och problem hos barnet. Sjuksköterskorna tyckte vanligen att detta förfaringssätt dels var tidskrävande

Figur 1. Tillämpning av den pedagogiska modellen ramfaktorer–process–resultat inom faserna I–III.



och dels kändes ganska meningslöst både för dem själva och föräldern. Just här fanns således en möjlighet att göra en förändring av arbetssättet till gruppbesök. Ett sådant arbetssätt skulle då kunna innebära: föräldrarna kommer 5–6 åt gången med sina barn, barnen tas om hand i ett rum för sig av personal som väger, mäter, kontrollerar syn och finmotorik (eventuellt också samtidig läkarundersökning) medan föräldrarna tillsammans med sjuksköterska och psykolog sitter i ett annat rum och diskuterar typiska 4-årsbeteenden, hur man egentligen ska uppfostra barn och hur det är att vara förälder idag.

Ett flertal hinder fanns likväl när det gällde att förändra arbetssättet hos sjuksköterskorna dels i deras attityd till gruppbesök ("föräldrarna skulle aldrig våga tala om problem i gruppen, de skulle bara sitta tysta"), dels i deras eget motstånd mot förändring i yrkesrollen, som skulle kunna innebära ett nytt förhållningssätt där sjuksköterskan inte längre var den självklara experten utan själv skulle kunna känna sig osäker.

Men fortfarande fanns missnöjet med nuvarande utformning av 4-årskontrollen kvar, vilket gjorde sjuksköterskorna motiverade att diskutera vidare. Detta ledde fram till att några sjuksköterskor prövade tillsammans med psykolog, vilket i sin tur ledde till att andra följde efter ("kan hon, så kan väl jag också").

Inom åtta månader hade man på samtliga barnavårdscentraler i det aktuella sjukvårdsdistriktet infört gruppbesök vid fyraårsundersökningen. Man kom igång undan för undan (mars–november 1978) på de olika orterna (sju stycken). Sammanlagt deltog 22 distriktssköterskor – BVC-sjuksköterskor finns inte inom detta område. Både distriktssköterska och psykolog deltog tillsammans i samtliga grupper. Inget urval av föräldrar till grupperna förekom: varje distriktssköterska kallade "sina" föräldrar i tur och ordning efter barnens ålder.

## FAS II

### **Arbeta fram innehåll och metodik för gruppsamtalen utifrån ett bestämt syfte**

När vi startade dessa gruppsamtal vid fyraårsunder-

sökningen arbetade vi relativt ostrukturerat, vår tanke var att pröva oss fram. Efter några månader kunde man skönja en viss struktur beträffande innehållet; vi talade huvudsakligen kring ämnena: mat, trots, föräldrarollen, söngvättning och tvåhjulig cykel. Vi började också använda typsituationer (berättelse om hur ett viss barn beter sig i en bestämd situation) och några reklambilder, då vi fann att detta underlättade att ta upp vissa frågeställningar. Efter ungefär ett halvår formulerade vi syftet med samtalsgruppen som:

- Ge föräldrar stöd, råd och information om typiska problembeteenden hos fyraåringar.
- Ge föräldrar ett vidare perspektiv på sin egen roll som småbarnsförälder i dagens samhälle.

I december 1978 genomfördes en enkätundersökning som visade att föräldrarna genomgående var nöjda med gruppbesöken (90 procent tyckte det var bättre med gruppbesök än enskilt besök). Vad föräldrarna speciellt uppskattade var att få diskutera och få nya synpunkter samt att höra att andra också har problem.

Vi utarbetade också en enkät för sjuksköterskorna att fylla i efter erfarenhet av fem grupper och denna visade (utvärdering i juni 1979) att samtliga som svarat på enkäten ville fortsätta med gruppverksamheten.

Beträffande samtalsmetodiken i grupperna vill vi här ta upp en väsentlig – och kanske kontroversiell – synpunkt: graden av styrning och strukturering. Skall man betrakta gruppsamtalet som en undervisningssituation snarare än en kommunikationssituation eller tvärtom? Frågan är relevant eftersom man i föräldrautbildningen (SOU 1978) snarare tycks ha inriktningen på kommunikation som ett mål i sig.

I vårt arbete med grupperna har vi utgått från ett i förväg strukturerat innehåll som vi följer i en bestämd ordning och således styr deltagarna mot. Det innebär att vi begränsar utrymmet för "prat i största allmänhet" mellan deltagarna. Anledningen är att vissa föräldrar skulle kunna ta en stor del av utrymmet för personliga intressen p.g.a olika verbal förmåga, dominans, vana att tala om känslor och upplevelser etc. Det innebär emellertid *inte* att vi har "katederföreläsning"; självklart finns utrymme för

föräldrarna själva att ventilera synpunkter och erfarenheter.

### FAS III

#### **Sjuksköterskorna tar själva över grupperna**

Sista steget i projektet var att få sjuksköterskorna att själva ta över grupperna utan deltagande av psykolog i linje med den föräldrautbildning Mödra- och barnhälsovårdsutredningen (1979) skisserar.

Enligt vår erfarenhet rör det sig om en långsam stegvis process där sjuksköterskorna undan för undan deltar alltmer i samtalet i gruppen, ansvarar för vissa innehållsmoment själva, och så småningom prövar att leda gruppen ensam en kort stund. Ett flertal faktorer kan leda till att denna process stannar av utan att komma vidare. Sjuksköterskan vågar inte gå in och ta något delansvar i gruppen utan sitter med och överlämnar hela ansvaret till psykologen som ledare.

Vi skall i det följande redogöra för två viktiga faktorer och dess inverkan på denna process.

#### **Motstånd mot förändring i yrkesrollen**

Att överhuvudtaget arbeta med gruppbesök mot tidigare individuella besök innebär mycket av ett annat förhållningssätt i arbetet, det är svårt att förändra rollen som vårdare ("den som tar hand om") till pedagog ("den som har något att lära ut"). Sjuksköterskorna uttrycker tex ofta rädsla att föräldrar ska ta upp problem som de inte kan lösa. Detta hänger nära samman med problemfokuseringen hos medicinskt utbildad personal. Upptäckten att man inte kan lösa alla problem inom det mer socialpsykologiska området kan faktiskt kännas smärtsam om man hittills i ändå relativt stor utsträckning kunnat göra detta kring skötselproblem beträffande barn.

*Att över huvud taget arbeta med gruppbesök mot tidigare individuella besök innebär mycket av ett annat förhållningssätt i arbetet, det är svårt att förändra rollen som vårdare ("den som tar hand om") till pedagog ("den som har något att lära ut").*

.....  
*När man arbetar med handledning av sjuksköterskor är det mycket viktigt att känna till dessa uttryck för motstånd mot förändring i yrkesrollen, och man måste ha ett visst utrymme för att kunna ventilera och diskutera dessa problem.*  
.....

Naturligtvis kommer socialpsykologiska problem upp även i individuella besök, men vi har den erfarenheten att dessa problem ofta kommer upp mycket mer och tydligare i grupper eftersom föräldrarna ju bygger på varandras erfarenheter. Gruppsituationen i sig innebär också till skillnad mot ett individuellt besök att sjuksköterskan inte längre är den självklara experten. Föräldrarna i gruppen är också "experter", i varje fall resurspersoner. I en grupp kan man också lättare bli utsatt för kritik av föräldrarna på ett annat sätt än när man sitter ensam med en enda förälder. Det kan leda till att sjuksköterskan får en stark känsla av osäkerhet att man inte självklart kan sitt jobb längre. Detta kan komma till uttryck genom att sjuksköterskorna ifrågasätter om föräldrarna verkligen har något utbyte av grupperna – helt enkelt för att man längtar tillbaka till det enskilda besöket där det gamla sättet att arbeta var invariant och tryggt.

Slutligen kan också gruppbesök mer klart aktualisera egna problem hos sjuksköterskan såsom skuld-känslor i den egna föräldrarollen, obearbetad sorg över egen barnlöshet etc, vilket också kommer till uttryck som motstånd mot att arbeta med föräldragrupper.

När man arbetar med handledning av sjuksköterskor är det mycket viktigt att känna till dessa uttryck för motstånd mot förändring i yrkesrollen, och man måste ha ett visst utrymme för att kunna ventilera och diskutera dessa problem.

En negativ attityd till gruppbesök kan naturligtvis också stå för att man verkligen känner sig tveksam om värdet för föräldrarna. Erfarenheter från projektet visar att man i viss mån kan påverka denna faktor genom att diskutera betydelsen av föräldragrupper överhuvudtaget med utgångspunkt från hur familjens situation förändras i ett samhälleligt per-

.....  
*Vad krävde sjuksköterskorna för att de själva i en framtid skulle kunna ta över grupperna? Svaren blev i huvudsak: handledning/fortbildning och någon form av metodbok/strukturerat innehåll med bildmaterial etc.*  
.....

spektiv, genom att redovisa och diskutera utfallet av enkäter med föräldrarnas synpunkter på gruppbesöken och genom att diskutera hur man kan reducera de negativa konsekvenserna av gruppbesöken som kan förekomma (tex att man tycker sig förlora kontakten med barnen, att vissa föräldrar inte säger så mycket).

I den enkät som tidigare nämndes fick sjuksköterskorna svara på vad som krävdes för att de själva i en framtid skulle kunna ta över grupperna. Svaren blev då i huvudsak: handledning/fortbildning och någon form av metodbok/strukturerat innehåll med bra material etc.

## Metodbok

Inom projektet utarbetades efter ungefär ett år en metodbok. Denna består av metodblad, ett för varje delmoment i innehållet (introduktion, mat, trots, föräldrarollen, nattvåta och tvåhjulning). Metodboken innefattar också ett bildmaterial som hör till de olika delmomenten samt typsituationer som består av nerskrivna berättelser från föräldrar till fyraåriga barn och av urklipp från en tidningsfrågespalt.

Metodboken skall väsentligen ses som ett stöd för att underlätta för sjuksköterskorna att själva leda grupper. Med ökad vana och erfarenhet minskar sannolikt behovet av den.

## Handledning

I början sker handledningen oftast genom att överhuvudtaget uppmuntra sjuksköterskorna att delta med synpunkter och egna inlägg i samtalsgruppen. För att handledningen skall bli effektiv, måste den emellertid så småningom inriktas på mer specifika beteenden, tex att ställa direkta konkreta frågor ("vad skulle Du ha gjort med en sån här unge?") och att gå från det konkreta till det generella.

Handledning kan dels ske individuellt, dels i grupp och förutsätter vanligen att handledaren själv varit med under gruppsamtalet och iakttagit sjuksköterskans deltagande i gruppen.

En betydligt mer effektiv metod för handledning är TV-inspelningar. Man kan då tillsammans med sjuksköterskorna gå igenom varje sekvens under gruppsamtalet och titta på önskvärda beteenden. Sjuksköterskorna får då hela tiden feedback på sitt agerande.

En svårighet med att använda TV i handlednings-syfte – förutom den rent tekniska aspekten – är att självkonfrontationer med TV ofta kan vara psykiskt påfrestande. Det tar också tid innan sjuksköterskan överhuvudtaget kan iaktta samspelet mellan gruppledaren och gruppdeltagarna, man måste först igenom faser där man är mest uppmärksam på sig själv som person (tex hur tjock man är, att man har vissa gester) respektive som gruppledare (tex att man "hmmar", hur hurtfrisk man låter). Inom projektet har vi periodvis använt oss av TV-inspelningar av gruppsamtal och handledning via TV, vilket varit mycket lärorikt.

## Modellinläring

Modellinläring innebär i korthet att man lär sig genom att observera andras beteende, tex när sjuksköterska och psykolog deltar i samtalsgruppen tillsammans och psykologen då kan agera modell för sjuksköterskan. En väsentlig faktor för optimal modellinläring är likhet mellan observatören och modellen (Bandura, Walters 1970). För detta ändamål har vi inom projektet gjort TV-inspelningar av sjuksköterskor som själva lett grupper och sedan visat dessa för andra sjuksköterskor på studiedagar som fortbildning. Man kan då visa vissa delmoment i gruppsamtalen och samtidigt fokusera på metodproblemen.

Ett annat sätt att tillämpa modellinläring är att låta en sjuksköterska som har erfarenhet av att leda

.....

*Modellinläring innebär i korthet att man lär sig genom att observera andras beteende.*

.....

grupper, göra detta tillsammans med en mer erfaren sjuksköterska och därvid agera modell för sistnämnda.

När det gäller att påverka processen som leder till att sjuksköterskorna så småningom leder grupperna själva, har följande strategier (individuellt anpassade) använts inom projektet:

- Psykolog och sjuksköterska finns båda närvarande i gruppen, men man gör upp på förhand vilka delmoment respektive person ansvarar för.
- Sjuksköterskan ansvarar för vissa delmoment och leder gruppen ensam under denna tidsperiod, därefter kommer psykologen in i gruppen.
- Psykolog och sjuksköterska finns båda närvarande i gruppen, men sjuksköterskan leder ensam gruppssamtalet. Psykologen finns med som observatör och i viss mån kanske också "moraliskt stöd."

### Nuläget inom projektet

Två år efter projektets start leddes drygt 40 procent av gruppbesöken av distriktssköterskorna själva (juni 1980). Att det inte går fortare fram torde bero på att distriktssköterskorna som arbetar inom BVC också har åtskilliga arbetsuppgifter utöver barnhälsovård. I de övriga grupperna fanns psykolog fortfarande närvarande men intog en helt annan roll än när projektet startade. Psykologens roll i dessa grupper var att observera förloppet i gruppssamtalet för att sedan kunna ge individuell handledning.

Ett år senare (juni 1981) leddes dock 91% av grupperna av sjuksköterskorna själva!

### Avslutning

Med den pedagogiska modellen som utgångspunkt tycker vi oss inom projektet ha fått en klarare bild av hur hela processen med förändringsarbete på barnavårdscentralerna rör sig på flera olika nivåer samtidigt och vilka faktorer som styr dessa olika processer.

Erfarenheter från projektet är att man för genomförandet av föräldragrupper måste kräva handledning/fortbildning för de sjuksköterskor som ska leda grupperna. Trots distriktssköterskornas stora erfa-

Erfa-  
nheter från projektet är att man för genomförandet av föräldragrupper måste kräva handledning/fortbildning för de sjuksköterskor som ska leda grupperna.

renhet av barn och föräldrar, finns ett klart uttalat behov av gruppmetodik samt stöd och bearbetning av den förändringsprocess man som sjuksköterska själv kommer in i sin yrkesroll.

Ett mycket viktigt resultat har varit utarbetandet av en metodbok och en metodik för uppläggning av handledning/fortbildning, som vi tror kan generaliseras för olika typer av föräldragrupper på BVC.

### LITTERATUR

- Bandura A., Walters R. H.: Principles of behavior modification. London: Holt, Rinehart and Winston 1970.
- Dahllöf U.: Skoldifferentiering och undervisningsförlopp. Stockholm: Almqvist & Wiksell 1974.
- Danielsson I., Johansson A.: En formativ undersökning av hälsokontrollen av 4-åringar. Linköpings universitet: samhällsvetenskapliga fakulteten 1976.
- Gralvik E., Bremberg S.: Vad tycker småbarnsföräldrarna om barnavårdscentralen? Socialmedicinsk tidskrift, nr 8–9/1980.
- Gustafsson C.: Classroom Interaction: A study of pedagogical roles in the teaching process. Stockholms universitet: pedagogiska institutionen 1977.
- Holt H.: Group Decision and Social Change i Swanson, Newcomb & Hartley (eds): Readings in Social Psychology. New York 1952.
- Levine J., Butler J.: Lecture versus Group Decision in Changing Behavior. Journal of Applied Psychology 36: 29–33 1953.
- Lewin K., Grabbe P.: Conduct, Knowledge and Acceptance of New York Value. Journal of Social Issues 1: 3 53–64 1945.
- Lundgren U.: Frame Factors and the Teaching Process. A contribution to curriculum theory and theory of teaching. Stockholm 1979.
- Mödra- och Barnhälsovård: Förslag till principprogram. Socialstyrelsen 1979: 4.
- SOU: Föräldrautbildning: 1, Kring barnets födelse. Barnomsorgsgruppen. 1978.
- Sundelin C.: Parents Experiences of Child Health Centers. A study in the urban district of Uppsala. Scand J Soc Med 1973: 3.