

Tidiga insatser föräldra-barnrelation/anknytning

Slutrapport

2011-10-28

Innehållsförteckning

Projektledare	4
Arbetsgrupp	4
Referensgrupp	4
Sammanfattning	5
1. Inledning	7
1.1 Bakgrund till projektet/projektdirektiv	7
1.2 Syfte	8
1.3 Uppdrag	8
1.4 Målgrupper	9
2. Metod	9
3. Analys	10
3.1 Anknytning	10
3.2 Vad ska upptäckas	12
3.3 Anknytningsbedömning och samspelsbehandling, definition, innehåll, ramar och nödvändiga förutsättningar	13
3.4 Berörda verksamheter	14
4. Resultat	21
4.1 Redovisning av resultat från inventeringen	21
4.2 Förslag till handlingsplan	22
5. Diskussion	27
Källmaterial	30
Bilaga	31

Projektledare

Lise-Lotte Jakobsson, 1:e psykolog, Örebro kommun

Arbetsgrupp

Charlotte Lindell, Norrbacken, BUP, ÖLL

Eva Jansson, Örebromottagningen, BUP, ÖLL

Åsa Krantz, Psykologgruppen MHV/BHV, ÖLL

Eva Brodin, BHV-sköterska, Haga Vårdcentral, Capio

Eva Cading, Utredningsenheten barn, socialtjänsten, Örebro kommun

Jim Holmblad, Förebyggande enheten, socialtjänsten, Örebro kommun

Cedric Andersson, Behandlingsenheten barn, socialtjänsten Örebro kommun

Maria Svanström, Gryningen, BUP & socialtjänsten Karlskoga kommun

Referensgrupp

Maria Lindh, BHV, ÖLL

Kerstin Neander, BUP & Psykiatriskt Forskningscentrum, ÖLL

Lena Mantler, Barn och familj ledning, socialförvaltning, Örebro kommun

Marie Cesares Olsson, Projektet - Kompetensutveckling föräldrastöd, ÖLL

Sammanfattning

Det finns idag goda kunskaper om det tidiga samspelets och anknytnings betydelse för barns framtida utveckling och såväl psykiska som fysiska hälsa. Barn behöver föräldrar som har förmåga att utgöra en *trygg bas* för sina barn. Barnet måste kunna lita på att någon förälder tar ansvar och skyddar barnet när det upplever riskfyllda situationer. Barn behöver föräldrar som är *rimligt* lyhörda för deras behov och *rimligt* förutsägbara i sina reaktioner. Det finns i dag stark evidens för att tidiga insatser vad gäller samspel och anknytning kan påverka barns utveckling på ett positivt sätt och därigenom även ha en positiv inverkan på samhällsutvecklingen i sin helhet.

Detta projektarbete har skett på uppdrag av Barn- och ungdomsgruppen och Regionförbundet i Örebro län. Arbetet har pågått under hösten 2010 och våren 2011. Syftet med projektarbetet har varit att utarbeta ett förslag till handlingsplan för det gemensamma arbetet inom Örebro läns landsting och länets kommuner, för att utveckla stöd till späda barn och deras familjer, där föräldrar har en uttalad begränsning i förmågan att utgöra en trygg bas för sina barn. Handlingsplanen omfattar barn till och med 18 månaders ålder. *Uppdraget har inneburit att definiera tydligare vad som ska upptäckas och vilka rutiner som bör finnas för att fånga upp problematik tidigt.* Det har också inneburit att klargöra vad olika instanser ska arbeta med samt att definiera begrepp, vad vi menar med samspeletsbehandling, och vilken typ av bedömning vi gör då vi pratar om anknytningsproblematik.

Representanter från olika verksamheter inom Örebro kommun och Örebro läns landsting har valts ut för att arbeta med ovanstående frågor. Representationen vad gäller socialtjänst har endast innefattat Örebro kommun, vilket inneburit en begränsning i att kunna beskriva socialtjänstens insatser i hela länet. Representanterna har beskrivit sina olika verksamheter. En inventering har gjorts beträffande behandlande insatser till målgruppen under 2010 från både Örebro kommuns socialtjänst och landstingets barnpsykiatriska verksamhet. En nulägesbeskrivning har också gjorts utifrån den oro som barnmorskor och BVC-sjuksköterskor känner för barn/familjer i dessa frågor. En inventering har genomförts i hela länet, utifrån hur många barn/familjer man känner oro för, och hur många av dessa som har något pågående stöd eller behandlingsinsats. På barnavårdscentralerna i Örebro kommun har en fördjupad uppföljning gjorts beträffande vilken typ av insatser som kommit de aktuella familjerna till del. Gruppen har också vid ett tillfälle bjudit in leg. psykolog Birgitta Lander, som arbetar vid spädbarnsenheten Timjan i Norrköping, för information och erfarenhetsutbyte.

Resultaten visar att det saknas en klart uttalad kedja och strategi för det samlade arbetet i länet. Resultaten visar också på att cirka en tredjedel av de familjer som barnmorskor och BVC-sjuksköterskor rapporterar oro för, inte har någon form av stödinsats. I de fall då stöd sätts in så är det ofta begränsat. Det vilar till stor del på enbart kurativa insatser och i många fall från vårdcentralernas kuratorer, som inte har en adekvat utbildning vad gäller barn och anknytningsproblematik. Deras uppdrag är att arbeta utifrån vuxenproblematik. Resultaten visar också på att enbart ett fåtal familjer får tillgång till mer specificerade behandlingsinsatser och att dessa är ojämnt fördelade över länet.

Vad gäller framtida handlingsplan så är *tidig upptäckt* och *tvärprofessionell samverkan*, både länsövergripande och lokalt, nyckelbegrepp. En *checklista* utifrån frisk-/skyddsfaktorer och

risk-/sårbarhetsfaktorer, kan användas som ett hjälpmedel för tidig upptäckt i olika verksamheter. Vidare bör all personal i olika verksamheter som arbetar i frontlinjen för att upptäcka aktuell problematik, ha tillgång till *handledning/konsultation* samt möjlighet att diskutera frågorna i *tvärprofessionella team*. Tvärfprofessionella barnhälso-team bör finnas i alla kommuner i länet.

Det bör också finnas en välfungerande *kedja av insatser*, från MHV (med BMM) och BHV (med BVC) via Familjecentraler (fullt utbyggda i länet), främjande insatser inom socialtjänsten, förskola (i förekommande fall då barnet är lite äldre) till specifika utredande och behandlande instanser. Alla stöd- och behandlingsinsatser måste ske i *nära samverkan med familjen* och är en förutsättning för samverkan över verksamhetsgränser.

Gruppens förslag är att alla identifierade familjer, oavsett var de identifieras, *kopplas till de ovan föreslagna lokala barnhälso-teamsen*. Detta för att säkerställa kontinuitet och uppföljning. Av vikt är också att *individuell åtgärdsplanering* för de familjer med störst stödbehov sker kontinuerligt och med regelbunden uppföljning. En del familjer kan behöva stöd under hela eller stora delar av barnets uppväxt. Här föreslår gruppen att en *koordinator/samordnare* utses i varje ärende för att fungera som sammankallande till den samverkansstruktur som är lämplig utifrån det aktuella ärendet. Eventuellt kan de mest komplicerade ärendena, där flera verksamheter är inkopplade, kopplas till SAMBA (Samverkansledning för barn och ungas bästa) i Örebro kommun eller liknande strukturer i länet.

Gruppen föreslår slutligen en *fortbildningssatsning* för att ge all personal i berörda verksamheter en grundläggande kunskap om små barns behov och om hur svårigheter hos barn och föräldrar kan komma att påverka anknytning och samspel. Verksamhetsövergripande studiedagar kan underlätta samsyn, samverkan och en gemensam begreppsapparat för all personal som kommer i kontakt med målgruppen. En startpunkt för ett utvecklingsarbete kan vara en riktad föreläsning till politiker och verksamhetschefer för att öka kunskapen inom området.

1 Inledning

1.1 Bakgrund till projektet/projektdirektiv

Barn- och ungdomsgruppen i Örebro län har vid sammanträde den 14 april 2010 diskuterat gruppen barn med mycket stort behov av samhällets stöd. De barn som avses lever med föräldrar som har uttalade begränsningar i förmågan att utgöra en *trygg bas* för sina barn, det vill säga den omsorg som innebär att barnet kan lita på att någon förälder tar ansvar och skyddar barnet när det upplever riskfyllda situationer.

För att barnet ska erfaras att det har tillgång till en trygg bas behöver det föräldrar som är *rimligt* lyhörda för barnets behov och *rimligt* förutsägbara i sina reaktioner. De flesta barn har tillgång till detta och utvecklar då en organiserad och trygg anknytning, vilket utgör en väsentlig skyddande faktor i barnets fortsatta utveckling. En del barn lever i en situation som inte är optimal ur anknytningssynpunkt, men där det är möjligt för barnet att utveckla strategier för att få en hanterlig livssituation, och dessa barn kan då utveckla en otrygg men organiserad anknytning.

Den lilla grupp barn som löper störst risk för en negativ utveckling är de som inte har möjlighet att utveckla några fungerande strategier för att få tillgång till en trygg bas. Det kan finnas flera orsaker till detta. En av de viktigaste är att anknytningspersonen upplevs som skrämmande av barnet, antingen på grund av att föräldern uppträder våldsamt eller hotfullt eller då barnets behov av skydd väcker rädsla hos föräldern. Det senare kan ha sin grund i att föräldern brottas med egen olöst psykologisk problematik t.ex. trauman. När den som ska finnas för att stötta det lilla barnet är den som upplevs skrämmande eller inte kan hjälpa barnet att hantera sin rädsla, finns det inga strategier som kan tillgodose behovet av trygghet och närhet. Barnet riskerar då att utveckla det som benämns som desorganiserad anknytning.

Av vikt att notera är att klassificeringen av anknytningsmönster har utvecklats i forsknings-sammanhang och förutsätter en strikt experimentell situation vilken inte finns tillgänglig i kliniska sammanhang. Genom forskningen vet vi dock att barn som inte haft en rimlig tillgång till någon som kunnat erbjuda en trygg bas, och därigenom inte haft möjlighet att utveckla ett organiserat anknytningsmönster i åldern 12–18 månader, löper betydligt större risk än andra att utveckla

- aggressiva beteenderubbningar under förskole- och skolåren
- ångeststörningar senare i ungdomen
- svårigheter att skapa nära känslomässiga relationer
- dissociativa tillstånd i vuxenålder
- riskabelt omvårdnadsbeteende som förälder.

De flesta av dessa barn behöver stöd av samhället i någon form genom hela livet till exempel via socialtjänst, psykiatri och/eller medicinska insatser.

Inom Örebro län har det utvecklats ett antal verksamheter för samspelsbehandling utifrån en anknytningsteoretisk grund och som har vänt sig till den målgrupp som skisserats ovan.

Gryningen i Karlskoga startades 1987 i samverkan mellan Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken och socialtjänsten i Karlskoga. Den har Karlskoga, Laxå och Degerfors som upptagningsområde. Gryningen vänder sig till föräldrar med barn i åldrarna 0 till 6 år, och kontakten kan med fördel inledas innan barnet är fött.

Björkdungens Familjecentrum i Örebro startade 1993 i socialtjänstens regi och tog emot familjer med barn i åldrarna 0–12 år. Verksamheten lades ned år 2003.

Lindan startade inom ramen för barn- och ungdomspsykiatri i Lindesberg 1994 i ett nära samarbete med vuxenpsykiatri. Verksamheten vände sig till familjer med barn i åldrarna 0–5 år och hade norra länsdelen som upptagningsområde. Verksamheten lades ner år 2009.

Av de tre verksamheter som beskrivits ovan är det alltså bara Gryningen som finns kvar i dag. Paradoxalt nog saknades vetenskapligt stöd för betydelsen av tidiga insatser i föräldrabarnrelation när dessa och många andra verksamheter i landet startade, medan det nu – när samma verksamheter läggs ned – finns starkt vetenskapligt stöd för nyttan av sådana insatser. Detta väcker frågan om vad som haft betydelse för att just Gryningen finns kvar. De familjer som är i särskilt behov av stöd har ofta problem som kräver såväl socialtjänstens som barn- och ungdomspsykiatriens kompetens. Det är tänkbart att det just är samverkan mellan dessa två instanser, och de möjligheter som denna samverkan skapar, som varit avgörande för att Gryningen fortlever.

Läget i Örebro län idag är att det både inom landstinget och inom kommunerna saknas handlingsplan och riktlinjer för åtgärder gällande ovan beskrivna målgrupp.

1.2 Syfte

Syftet med projektarbetet är att utarbeta ett förslag till handlingsplan för det gemensamma arbetet inom landstinget och länets kommuner, för att utveckla stöd till späda barn och deras familjer, där föräldrar har uttalade begränsningar i förmågan att utgöra en *trygg bas* för sina barn. Handlingsplanen ska omfatta barn till och med 18 månaders ålder.

1.3 Uppdrag

Uppdraget för arbetsgruppen är att:

- Definiera tydligare vad som ska upptäckas och vilka rutiner vi har för att fånga upp problematik tidigt.
- Klargöra vad olika instanser ska arbeta med och vilka familjer som ska få hjälp och stöd på de olika ställena.
- Definiera begrepp, vad menar vi med samspelsbehandling och vilken typ av bedömning gör vi då vi pratar om anknytningsproblematik.

1.4 Målgrupper

Handlingsplanen ska utarbetas för personal inom landstingets och kommunernas öppna och frivilliga verksamheter, såsom familjecentraler, BVC och i viss mån för förskolepersonal.

2 Metod

Representanter från olika verksamheter, från Örebro kommun och Örebro läns landsting, som kommer i kontakt med de riktigt små barnen och deras föräldrar, har valts ut för att ingå i arbetsgruppen. Då landstinget har ett länsuppdrag och de kommunala representanterna enbart representerar Örebro kommun så saknas motsvarande beskrivningar från kommunal verksamhet i övriga länet. Samtliga deltagare i arbetsgruppen och till viss del även i referensgruppen (Marie Cesares Olsson) har beskrivit sina verksamheter.

Inom socialtjänsten och landstingets behandlingsavdelningar har deltagarna inventerat i sina egna verksamheter hur många barn mellan 0–18 månader och deras föräldrar som fått del av någon form av behandling eller annan åtgärd vad gäller tidigt samspel under år 2010. Då motsvarande uppgifter inte finns att tillgå inom MHV/BHV så har samtliga barnmorskor och BVC-sjuksköterskor i länet i stället via en enkät fått uppge hur många barn och föräldrar som man känt oro för vad gäller anknytning/samspel just nu. Vidare fick de också uppge hur många av dessa som hade kontakt av något slag.

I Örebro kommun har dessutom en fördjupad analys gjorts där BVC-sjuksköterskorna fått svara på frågan vilka kontakter och insatser som finns för de barn och familjer där man känner en oro.

Gruppen har också vid ett tillfälle bjudit in leg. psykolog Birgitta Lander som arbetar på en spädbarnsenhet i Norrköping (Timjan) för att ta del av enhetens arbete och för att utbyta erfarenheter. Timjan är ett samprojekt mellan landstinget i Östergötland, Barn- och ungdomskliniken och socialtjänsten i Norrköpings kommun. Här kunde intressanta erfarenheter utbytas och jämförelser göras med Gryningens verksamhet i Karlskoga.

Arbetsgruppen har träffats vid nio tillfällen under tiden 2010-10-22 t.o.m. 2011-06-13 och av dessa har referensgruppen deltagit vid fyra tillfällen. Delar av referensgruppen deltog också på mötet med Birgitta Lander. Gruppen har utifrån sina olika kompetenser och arbetsområden fört diskussioner. Man har gemensamt kommit fram till ett förslag till en framtida handlingsplan vad gäller upptäckt och insatser för barn 0–18 månader och deras föräldrar, som riskerar att få svårigheter vad gäller anknytning och samspel. Handlingsplanen behöver utvecklas i framtiden.

3 Analys

3.1 Anknytning

Anknytningsteorin handlar djupast sett om människan som social varelse som behöver andra människor för att överleva. För barnet är det centrala att kunna få beskydd vid upplevd fara.

Anknytningen liknar prägling hos andra djurarter i den meningen att den sker automatiskt och instinktivt på basis av fysisk kontakt mellan spädbarnet och dess vårdare. Spädbarnet kan inte låta bli att knyta an till sin vårdare oavsett dennes lämplighet. Att ett barn knyter an till sin vårdare säger därför inget om vårdarens lämplighet.

Kvalitén på anknytningen varierar kraftigt beroende på hur lyhört och samstämt det känslomässiga samspelet mellan förälder och barn är. Anknytningen är under spädbarnsåren relations-specifik, vilket innebär att den kan utvecklas olika till respektive förälder eller annan vårdare beroende på samspelets kvalitet. Hur många anknytningspersoner ett barn har, varierar med barnets familjesituation. I lyckliga fall har barnet fått möjlighet att skapa anknytningsrelationer till 3–5 personer. Detta betyder dock inte att alla anknytningsrelationer är lika viktiga. Man pratar här om en anknytningshierarki, där det vanliga är att den personen som haft huvudansvaret för barnet under det första levnadsåret betyder mest för barnet. Barnet gör en stor investering i utvecklingen av en anknytningsrelation och det är viktigt att varje person som barnet knutit an till är inställd på en varaktig relation till barnet.

Anknytningen utvecklas under det första levnadsåret och når sin höjdpunkt någon gång under det andra.

En *trygg bas* är det mest centrala begreppet inom anknytningsteorin. Det beskriver två aspekter av föräldrarnas omsorgsförmåga:

- Att vara en bas för barnets utforskande.
- Att utgöra en säker hamn dit barnet kan återvända då det upplever hot eller fara.

Om relationen till föräldern präglas av otrygghet påverkar detta barnets förmåga att undersöka världen negativt, eftersom det inte kan lita på att föräldern finns där när barnet behöver det. Barnet kan då välja mellan att ängsligt klamra sig fast vid föräldern eller att bete sig som om "hamnen" inte behövs.

Barnet utvecklar under sina första levnadsår olika anknytningsmönster utifrån de förutsättningar som samspelet med vårdaren ger. Man talar i dag om fyra olika typer av anknytning.

3.1.1 Trygg anknytning

En trygg anknytning utvecklas då samspelet är förutsägbart för barnet och då barnet får tillräckligt mycket erfarenheter av att föräldern är lyhörd, förstår barnets signaler och vill hjälpa barnet. Barnet utvecklar då en god balans mellan trygghetssökande och att utforska

världen. Ungefär 60 till 70 % av spädbarn i normalpopulationer uppvisar en trygg anknytning till åtminstone en av sina föräldrar.

3.1.2 Otrygg undvikande anknytning

Denna typ av anknytning utmärks av att barnet inte använder föräldern som en trygg bas. Barnet har erfarenhet av att föräldern inte är så förtjust i barnets närhetssökande. Barnet når då en optimal närhet till föräldern genom att inte ge uttryck för behov av tröst och omsorg. Barnets utforskande av världen sker då på bekostnad av upplevd trygghet och blir inte optimalt. Av barn i västerlandet brukar ca 15–25 % av barnen visa en undvikande anknytning. Siffran är betydligt lägre i en del andra kulturer som har mindre fokus på oberoende och självständighet.

3.1.3 Otrygg ambivalent/motspänstig anknytning

Barn som klassificeras som ambivalent/motspänstiga kännetecknas av att de maximerar sina anknytningsbehov. Mönstret utvecklas då föräldrarnas samspel med barnet är oförutsägbart. Samspelet sker i hög grad på den vuxnes villkor och barnet lär sig inte att det själv kan reglera samspelet med föräldern med hjälp av sina signaler. Barnet får därför mindre förtroende för sin egen förmåga. En del barn riskerar därför att bli väldigt passiva medan andra ”skruvar upp” anknytningsbehovet på ”full volym” genom att ängsligt och gnälligt klänga sig fast vid föräldern. Samspelet präglas av att sökandet efter trygghet inte riktigt lyckas vilket går ut över förmågan att utforska världen.

3.1.4 Desorganiserad anknytning

På senare år har allt större del av anknytningsforskningen kommit att handla om den form av anknytning som kallas desorganiserad. Det innebär att samspelet mellan barn och förälder inte bara saknat tillräcklig lyhördhet, kontinuitet och förutsägbarhet utan samspelet har också innehållit element av rädsla. Samma person som ska skydda barnet mot fara är den som väcker barnets rädsla. Barnet hamnar i en omöjlig konfliktsituation och kan inte utveckla någon integrerad strategi för att få den närhet och trygghet som det behöver.

Föräldrar med svåra egna obearbetade upplevelser feltolkar i förhöjd utsträckning sina barns signaler och reagerar på dem med aggressivitet och rädsla. Det kan röra sig om föräldrar som själva blivit misshandlade eller utsatta för övergrepp som barn. Det kan också röra sig om föräldrar som tidigare förlorat ett barn eller har andra obearbetade trauman eller förluster i ryggsäcken. Gemensamt för dessa föräldrar är att barnets starka känslomässiga signal i form av gråt eller klängighet väcker reaktioner i föräldrarnas inre och beteendet blir oförståeligt och skrämmande för barnet. Oförståeligt eftersom föräldern reagerar på sin egen obearbetade upplevelse mer än på barnets verkliga signal. Skrämmande eftersom att barnet i stället för att få tröst och beskydd känner sig hotat av föräldern. En del föräldrar reagerar i stället med att bli skrämmda av sin egen inre upplevelse, men även en rädd förälder är skrämmande för ett litet barn som söker tröst och beskydd. Bland normalföräldrar uppgår barn med sådan anknytning till ca 10 % och är mest kopplad till obearbetade förluster eller trauman hos föräldern. I en studie av Main och Solomon (1990) fann man att det var så många som 15 % av normalpopulationen.

I uttalade riskgrupper, såsom barn till föräldrar med depression, missbruksproblem eller tidigare belagd omsorgssvikt är andelen betydligt högre, upp till 80 % (van IJzendoorn m.fl., 1999).

De tre första anknytningsmönstren ovan, trygg anknytning, otrygg undvikande anknytning och otrygg ambivalent/motspänstig anknytning, benämns organiserad anknytning och anses inte vara av samma allvarlighetsgrad som den desorganiserande anknytningen då dessa ändå medför någon form av möjlighet att förhålla sig för barnet. För att avgöra allvarlighetsgrad och risk för framtida men för barnet så måste alltid anknytningsmönster sättas i relation till de frisk-/skydds-faktorer och risk-/sårbarhetsfaktorer som beskrivs i bilagan.

3.2 Vad ska upptäckas

Kvalitén på anknytning och samspel under de första levnadsåren får avgörande betydelse för hur barnet uppfattar sig självt och hur det relaterar till andra människor. Då de mönster som formas under barnets första år är svåra att förändra senare är tidiga insatser av stor vikt när det finns brister i föräldra-barnrelationen. Barns utveckling påverkas av många faktorer, men anknytning och tidigt samspel är kanske den enskilt viktigaste faktorn som har störst betydelse för barnets psykiska och fysiska hälsa.

Hur anknytningen utvecklas beror mycket på faktorer hos både föräldrar och barn, men den påverkas också av yttre faktorer. Möjligheterna att utveckla en positiv anknytning är delvis beroende av familjens livsvillkor såsom familjens ekonomiska situation, kulturella bakgrund, sociala nätverk och föräldrarnas inbördes relation, kriser i familjen m.m. Väl kända faktorer som påverkar anknytning och samspel negativt och som är av största vikt att beakta är

- konflikter och våld i föräldrarnas relation
- föräldrar med missbruksproblem
- föräldrar med utvecklingsstörning
- psykisk sjukdom hos föräldern
- föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter.

Ovanstående faktorer blir extra viktiga att beakta då små barn sällan uppvisar specifika symtom på att de far illa. Särskilt symtom på psykisk ohälsa är ovanliga hos små barn. Utan närmare kontakt med föräldrar och barn är det svårt att avgöra om avvikelser ryms inom vad vi betraktar som "normalt", om den kan förklaras av att barnet är sent utvecklat, av kulturella skillnader, barnets temperament och personlighet, sjukdom eller funktionshinder hos barnet eller om det är fråga om en avvikelse som beror på brister i anknytning eller omsorgssvikt.

Ett av de viktigaste fynden beträffande risken för att barn utvecklar psykisk ohälsa rör sambandet mellan antalet belastnings- eller riskfaktorer och påverkan på barnet. Barn som växer upp i miljöer med flera riskfaktorer löper mångdubbelt större risk (10–20 ggr) att utveckla psykisk ohälsa (Sameroff, Seifer, Zax & Greenspan, 1987; Williams, Anderson, McGee & Silva, 1990). Bedömningen av vilken risk barnet löper att skadas i en viss uppväxtmiljö bör fokusera på det sammanlagda antalet risk- och friskfaktorer snarare än på en eller ett par

enskilda faktorer. I dag vet vi dock att en tungt vägande faktor är då barn utsätts för, eller själva upplever våld i familjen. *Se bilaga.*

Det råder idag en bred enighet inom både utvecklingspsykologin och spädbarnspsykiatri, beträffande synen på hur små barn skadas av omsorgssvikt, dvs. när föräldrarna inte förmår ge barnet adekvat omsorg och beskydd. Skadan uppstår i samspelet mellan förälder och barn och påverkar barnets förmåga att lösa för åldern viktiga utvecklingsuppgifter. En sämre utveckling av en utvecklingsuppgift får betydelse för barnets fortsatta samspel med föräldrarna, andra vuxna och jämnåriga, vilket i sin tur påverkar den fortsatta utvecklingen. Allvarlig försummelse och vanvård kan också få direkta konsekvenser för hjärnans utveckling, vilket påverkar barnets kognitiva förmåga och möjligheter att lösa framtida utvecklingsuppgifter.

3.3 Anknytningsbedömning och samspelsbehandling, definition, innehåll, ramar och nödvändiga förutsättningar

För att få en fungerande samverkan mellan olika verksamheter och myndigheter som möter barn och deras familjer, behöver vi veta vad vi menar med olika begrepp samt ha en god bild av vad olika verksamheterna innehåller i form av utredning, stöd och behandling. Nedan kan ses ett exempel på hur det skulle kunna se ut när vi pratar om anknytningsbedömning och samspelsbehandling.

Med samspelsbehandling avser vi en organisatoriskt förankrad tydligt strukturerad verksamhet som bedrivs av utbildad personal i för ändamålet anpassade lokaler och med nödvändig materiell standard. Vi avser inte extra besök på en familjecentral, BVC eller liknande, där familjen möter ordinarie personal. Enstaka samtal eller kortvariga kontakter är inte samspelsbehandling. Man bör ha prövat att möta familjens behov med andra mindre omfattande insatser eller gjort bedömningen att situationen är så svår eller akut att direkt tillgång till samspelsbehandling förordas. Om det är befogat, och man har misstanke om att barn far illa skall anmälan göras till socialtjänsten.

3.3.1 Teoretisk modell för bedömning och behandling

Utgångspunkten är att arbetet med samspelsbehandling kräver någon form av teoretisk modell till vilken man kopplar de överväganden och bedömningar som görs innan man beslutar om att erbjuda familjen behandling. För att kunna göra detta krävs en bedömningsfas som föregår själva behandlingsdelen.

Fas 1, behandlingsstart med bedömningsdel

Behandlingen startar med att familjen tillsammans med behandlaren formulerar uppdraget – vad familjen önskar och behöver hjälp med. Under de inledande behandlingsträffarna görs också en bedömning av såväl psykiskt som fysiskt mående och hälsa hos barnet och familjen, samt en bedömning av föräldrarnas omsorgsförmåga, och av barnets bidrag i samspelet. Man bör också väga in omgivningsfaktorer som försvårar eller underlättar för familjen.

Detta utvecklingsteoretiska sätt att se på anknytning behöver kompletteras med att man också ser på och bedömer eventuell psykopatologi. Vad gäller föräldrarna kan en personlighetsvärdering behöva göras som stöd för förståelsen av föräldrarnas resurser och svårigheter.

Vad gäller barnet bör en värdering innefatta bedömning om, och på vilket sätt anknytning har kommit till stånd och hur den gestaltar sig. Man bör även göra en skattning av barnets temperament och i vad grad det bidrar eller försvårar för barnet och föräldrarna. Man bör också titta på förekomsten av trauma och/eller sorg hos barnet.

Bedömningsdelen bör innehålla miljöobservationer och inte uteslutande baseras på berättad kunskap om barnet och familjen och från familjen.

Fas 2, behandlingsdelen

Det finns olika metoder man kan arbeta med, och valet bör göras utifrån frågeställningen hos den enskilda familjen och med hänsyn till de resurser och svårigheter som framkommit. Arbetet förutsätter att det är möjligt att arbeta flexibelt för att möta familjens behov och begränsningar.

Fas 3, bedömning av uppnått resultat och avslutning

För många av familjerna kan man i den avslutande delen av behandlingen behöva ta ställning till olika typer av fortsatt stöd, åtgärder och uppföljning. På samma sätt som en kronisk somatisk sjukdom inte försvinner för att man behandlar den under en begränsad tid bör man ha i åtanke att för vissa familjer behövs ett stöd under hela barnets/barnens uppväxt för att inte stora svårigheter skall återkomma i en eller annan form.

För familjer som är i behandling och där någon väsentlig förändring inträffar för familjen t.ex. svår sjukdom, dödsfall, arbetslöshet, separation, nytt barn etc. bör en förnyad träff ske med de runt familjen samverkande parterna, för att säkerställa att alla har nödvändig information för sin del av arbetet och för en förnyad planering av åtgärder. Man bör då också göra en ny värdering av frisk-/skyddsfaktorer (se bilaga) respektive risk-/sårbarhetsfaktorer. Samma samverkan och överväganden bör också göras om det sker stora positiva förändringar för familjen.

3.4 Berörda verksamheter

3.4.1 Barnmorskemottagningarna i länet (BMM)

Barnmorskemottagning skall i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda hälsovård under graviditet, inklusive föräldrautbildning och hälsoupplýsning, preventivmedelsrådgivning samt gynekologisk cellprovskontroll. All mödravård är frivillig men så gott som samtliga gravida väljer att gå till barnmorskan. Den gravida förstföderskan har enligt basprogrammet rätt till minst nio besök och omföderskan åtta besök under graviditeten. I början av graviditeten tar barnmorska bland annat upp frågan om hur kvinnans/parets nätverk ser ut, frågar om våldsutsatthet, frågar om fysiska och psykiska sjukdomar. En vårdplan inför förlossningen ska vara klar två månader innan förlossningen om extra insatser behöver sättas in inför föräldraskapet. Sedan hösten 2010 har barnmorskemottagningarna tillgång till mödra- och barnhälsovårdspsykologer, om än i begränsad omfattning.

Enligt en enkät till alla barnmorskor i primärvården så rapporteras antalet ärenden där man som barnmorska känner en oro för barn och familj vad gäller samspel och anknytning, uppgå till 92 gravida, av dessa har 60 någon form av stöd men stödet kan variera i omfattning och kvalitet. Anledning till att man inte har något stöd av annan berodde på att man inte fick komma till

psykolog, att man avböjt stöd eller att barnmorska bara känt en oro som hon inte tagit upp med kvinnan eller paret.

3.4.2 Barnavårdscentralerna i länet (BVC)

BVC:s verksamhet är generell, frivillig och tillgänglig för alla barn i länet. Familjerna erbjuds besök utifrån ett basprogram som är nationellt. Under barnets första 18 månader är 12–13 besök inplanerade, dessutom erbjuds de flesta förstagångsföräldrarna i länet att delta i föräldragrupp. Alla BVC har daglig telefonmottagning. Familjer i behov av extra stöd erbjuds alltid hjälp att söka detta. Det kan även vara extra besök hos BVC-sjuksköterskan. När det nyfödda barnet är 2 månader får mamman svara på en enkät som är evidensbaserad, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), där man screenar för nyföddhetsdepression hos mamman. Utifrån resultat/behov erbjuds riktat stöd. BVC-sjuksköterskan har regelbunden handledning av psykolog, där frågor om extra stöd till familjer kan lyftas. I Örebro kommun ingår BVC-sjuksköterskan tillsammans med barnläkarkonsulten i Barn- och elevhälsoteam. I länets övriga kommuner finns liknande organisationer där BVC-sjuksköterskan deltar.

Enligt en enkät till alla BVC-sjuksköterskor i länet, rapporteras antalet ärenden där man som sjuksköterska känner en oro för barn och familj (med barn 0–18 månader), vad gäller samspel och anknytning, uppgå till 186 barn. Av dessa har 123 någon form av stöd men stödet kan variera i omfattning och kvalitet. Antalet barn i den åldersgruppen i länet är cirka 4 500. I många fall är det vårdcentralskuratorerna som ger stödet. I huvudsak arbetar dock dessa utifrån ett utpräglat vuxenperspektiv, inte ett barnperspektiv. Det framkommer också att graden av oro kring föräldraförmåga och barns situation varierar på de olika barnavårdscentralerna. Exempelvis är oron i en del tungt belastade områden mindre än i andra områden.

3.4.3 Familjecentraler i länets kommuner

En familjecentral (FC) bedriver en verksamhet som riktar sig till barn och föräldrar och är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande samt stödjande. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen, kommun och landsting, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

En FC, enligt socialstyrelsens definition, samlokaliserar mödra- och barnhälsovård, socialtjänst utan myndighetsutövning, och kommunal öppen förskola. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socialsekreterare kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, bibliotekarie, psykologer och läkare. Det finns också familjecentraler som liknar FC. De saknar en eller flera av de verksamheter som definitionsmässigt ingår i en familjecentral.

FC är en mötesplats för familjer i ett bostadsområde eller kommun. Hur verksamheten ser ut beror till stor del på barnfamiljernas behov och önskemål. Målet för verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att

- stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar
- skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga
- erbjuda lättillgängligt stöd
- vara ett kunskaps- och informationscentrum
- utveckla god service.

Vänner och socialt nätverk är väsentligt för barns hälsa. Att barns hälsa hänger samman med hur familjen mår vet man också. Genom FC byggs en struktur för att stärka kända skyddsfaktorer för de yngre barnen. En studie visar att FC:s öppna förskola har en given plats i folkhälsoarbetet och kan bidra till att utjämna hälsoklyftor. Arbetet på FC är inriktat på att stärka familjens psykosociala bestämningfaktorer för hälsa såsom socialt nätverk, socialt stöd, självkänsla, tillit och vänskap. Öppna förskolan bidrar till att skapa sammanhang för familjen. För barnens del bidrar öppna förskolan med att stärka anknytningen, till vänskap och socialt samspel med jämnåriga, till god självkänsla, större självständighet och lärande.

Antalet FC och familjecentralsliknande verksamheter i Örebro län har ökat markant under de senaste tio åren. Länet har (våren 2011) verksamhet i 11 av länets 12 kommuner. Örebro kommun har i dagsläget åtta. Totalt finns det 19 verksamheter i länet. Trots en rejäl ökning av antalet FC under de senaste åren så saknas det tio familjecentraler för att täcka länets alla 29 vårdcentraler där mödra- och barnhälsovården har sin bas.

Antalet besökare på länets familjecentraler är ofta flera tusen per år även i länets små kommuner. Antalet besökande innefattar barn och föräldrar tillsammans. Det finns idag ett fåtal undersökningar med syfte att söka svar på vilka föräldrar familjecentralernas öppna förskolor når. En studie visar att föräldrabesökarna väl speglar den socioekonomiska profilen i området där familjecentralen är belägen. Studien visar också att de flesta föräldrar besöker öppna förskolan främst för sina barns skull, men även för att träffa andra och för att byta erfarenheter samt få hjälp och stöd.

Den främsta vinsten med samverkan mellan FC:s yrkeskategorier är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov bland barnfamiljer i upptagningsområdet. Samverkan innebär också att man får bättre förutsättningar att skraddarsy lösningar för ett specifikt behov. Därför är FC som arena och dess unika samverkan över professions- och verksamhetsgränser en viktig del i detta arbete att tidigt upptäcka de barn som lever med föräldrar som har begränsningar i förmågan att ge en trygg bas för sina barn.

3.4.4 Socialförvaltningen i Örebro kommun

Utredningsenheten barn, Socialförvaltningen, Örebro kommun

Utredningsenheten Barn- och familj utreder och handlägger ärenden enligt Socialtjänstlagen och LVU gällande barn 0–15 år. Ansökningar och anmälningar görs till socialförvaltningens mottagningsgrupp. Mottagningsgruppen tar kontakt med familjerna och gör en första bedömning av ärendet. När beslut tagits att inleda utredning i ärendet sker den fortsatta handläggningen i utredningsenheten. Inom enheten arbetar socialsekreterare och familjehemssekreterare. Utredningen görs med stöd av BBIC som är ett system för utredning, planering och uppföljning av barn i den sociala barnavården. Nätverksarbete är också en viktig del i utredningsarbetet. Efter avslutad utredning med frivillig insats skickas uppdrag till intern eller extern behandlingsenhet. Enhetens arbete bygger på samarbete med externa och interna aktörer, myndigheter och vårdgivare. Under 2010 genomfördes utredningar gällande 58 barn i åldern 0–18 månader.

SAMBA

SAMBA (Samverkansledning för barns och ungas bästa) arbetar med barn och unga med sammansatt problematik. Verksamhetens uppdrag är att utifrån en helhetssyn och med barns/ungdomars bästa i fokus forma en struktur för samordning av resurser och en vidgad förståelsegrund för den unge. Samverkan runt barnet kan aktualiseras från olika verksamheter. Inget barn 0-18 månader var aktuell för samverkan under 2010.

Förebyggande enheten, Socialförvaltningen, Örebro kommun

Den Förebyggande enheten samlar de verksamheter som drivs av socialförvaltningen och arbetar med olika former av förebyggande arbete. Enheten innehåller familjecentralerna (se beskrivning ovan), Unga mammor och pappor, Fältgruppen, Sputnik – verksamhet för barn med missbrukande föräldrar, Medling och stödcentrum för unga brottsoffer, och Föräldrastöd 10–18 år.

I Örebro finns det fr.o.m. maj 2011 åtta familjecentraler. De finns i områdena Baronbackarna, Brickebacken, Oxhagen, Olaus Petri, Varberga, Vivalla, Östernärke och Ladugårdsängen. Målgruppen är föräldrar med barn 0–6 år.

Varje familjecentral bemannas med en kurator, en eller två pedagoger och i olika omfattning deltagande från barmorskor och BVC-sjuksköterskor.

Under 2010 besöktes familjecentralerna i Örebro av närmare 1500 familjer fördelat på drygt 40 000 besök.

Unga mammor och pappor är en öppen verksamhet med målgruppen unga föräldrar och deras barn. Verksamheten finns i centrala Örebro och bemannas av två kuratorer. Den erbjuder öppen verksamhet, gruppverksamhet, enskilt stöd och skolundervisning. Arbetet sker i nära samarbete med Ungdomsmottagningen ”Knuffen”.

Socialtjänstens öppenvårdsinsats för familjer med barn i åldern 0–15 år, Örebro kommun

Familjerna kommer till familjebehandlingen genom en ansökan eller en anmälan till socialtjänstens utredningskontor, som beviljar bistånd i form av öppenvårdskontakt. Målen presenteras i en vårdplan och tillsammans med utredare och familj bestäms vid den första träffen hur och vad som ska göras för att nå dem. Detta dokumenteras i en genomförandeplan.

Familjebehandlingen kan erbjuda samspelsbehandling, samtal i olika former, familjepedagogiskt arbete i hemmiljö, Marte Meo, lekarbete, olika föräldrastödsgrupper (Connect och BIFF). Familjebehandlingen kan även vara med och göra samspelsbedömningar som en del av socialtjänstens utredning av barn och deras föräldrar. Det uppdraget utgår från en tydlig frågeställning från utredarna och pågår mellan 4–6 veckor.

Personalen är 16 till antalet och har en bakgrund som socialsekreterare, socialpedagoger, specialpedagoger, fritidspedagoger och förskollärare, som alla arbetar med familjebehandling. Utöver detta finns även en psykoterapeut. De flesta har någon form av vidareutbildning i familjeterapi/systemteori.

Under 2010 hade familjebehandlingen kontakt med ca 250 barn och deras föräldrar, varav 17 barn var inom målgruppen 0–18 månaders ålder.

Nätverkscentrums uppdrag är att mobilisera och genomföra nätverksträffar där problem/svårigheter som familjer eller individer har, står på agendan. Nätverksmötet kan handla om att mobilisera ett privat nätverk kring ett litet barn som riskerar att fara illa. Detta för att synliggöra och ta tillvara på de resurser som finns i nätverket.

3.4.5 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Ingång till Barn- och ungdomspsykiatri för Länsmottagningen och Örebromottagningen

Ingången till BUP går via nyanmälninggruppen dit föräldrar kan ringa om sina barn och ungdomar. Dit skickas även remisser från olika instanser. I nyanmälninggruppen arbetar olika yrkeskategorier. Där görs en första bedömning om ärendet tillhör BUP utifrån att föräldern har beskrivit problemen. Bedömer man att ärendet är aktuellt så görs intervju utifrån hur gammalt barnet är. När barnet är under 6 år så finns det ett särskilt frågeformulär som används vid intervjutillfället med föräldrarna. För barn över 6 år görs en strukturerad telefonintervju, BCFPI betyder Brief Child Family Phone Intervju, om aktuellt problem. Det är standardiserade frågor från ett dataprogram vilket utfaller i vilka behov som föreligger. Bedöms barnets svårigheter handla om barnpsykiatrisk problematik så görs en fördjupad bedömning av psykolog. När psykolog eller läkare har gjort sin bedömning ställs diagnos och ställning tas till lämplig åtgärd och diskuteras vidare på behandlingskonferens. Varje dag tittar man igenom remisser som har kommit samt fördelar ärende till de båda öppenvårdsmottagningarna, länsmottagningen och Örebromottagningen.

Länsmottagningen

Länsmottagningen vänder sig till barn och ungdomar mellan 0-18 år och deras familjer. Upptagningsområdet är Askersund, Hallsberg, Laxå, Karlskoga, Degerfors, Hällefors, Lindesberg, Nora samt Ljusnarsbergs kommun. Mottagningen består av olika yrkeskategorier. Länsmottagningen som startade hösten 2010 har inte tagit emot några barn yngre än 18 månader, utan de barn som behövt behandling har kommit till Norrbackens utrednings- och behandlingsenhet.

Örebromottagningen

Örebromottagningen vänder sig till barn och ungdomar mellan 0–18 år och deras familjer. Upptagningsområdet är Örebro samt Lekbergs kommun som omfattar 29 000 personer. Mottagningen består av olika yrkeskategorier såsom läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, socialpedagoger, specialpedagog, skötare, behandlingsassistenter och arbetsterapeut. Under år 2010 har Örebromottagningen haft tre inskrivna barn 0–18 månader.

Arbetet runt de små barnen

Efter att barnen har blivit bedömda och fått diagnos av psykolog/läkare så träffar behandlarna föräldrarna till ett första orienterande samtal. Föräldrarna får berätta om sitt barn och vad de upplever som problem samt att vi behandlare ställer ytterligare frågor om tidig anamnes. Föräldrarna/föräldern får berätta om vilka förväntningar de har och vilken hjälp de vill ha. Familjen kallas sedan till ytterligare ett samtal där barnet är med. Där vi tittar på hur samspelet ser ut och tillsammans diskuterar vi hur vi ska gå vidare i ärendet. Familjen kan erbjudas tre

inledande samspels/observationsbesök för att få en tydligare bild över hur det ser ut. Alternativt erbjuds föräldrarna egna samtal utifrån det som har framkommit och vilken problematik och vilket behov som finns. Ibland ser vi redan här att en läkare behöver komma in och träffa familjen för att göra en bedömning på barnet. Om familjen väljer att påbörja de tre samspels/observationsbesöken planerar vi tillsammans in datum och tider som passar samt tid till ett avstämningssamtal efter de tre besöken. Vid avstämningssamtalet delger behandlarna vad som har framkommit under besöken och familjen får berätta hur de har upplevt besöken. Utifrån det får föräldrarna ta ställning till om de vill påbörja en samspelsbehandling, och diskussion förs om hur vårdplanen ska se ut med uppdrag, besöksfrekvens och aktuella tidsförslag. Därefter påbörjas en samspelsbehandling, och avstämningar sker kontinuerligt var sjätte vecka. I behandlingsarbetet fokuserar behandlarna på samspelet mellan förälder och barn. Behandlingen sker i naturlig miljö med en lättare frukost, sång, lek samt vardagsliknande situationer. Vi videofilmar utifrån Marte Meo-metoden i enskilda ärenden utifrån behov och behandlingsupplägg. Teoretiska utgångspunkter är systemteori, utvecklingspsykologi och anknytningsteori.

Norrbackens utrednings- och behandlingsenhet

Norrbacken tar emot familjer från hela länet som har barn/ungdomar mellan 0–18 år. Yrkesgrupperna som arbetar på Norrbacken är arbetsterapeut, kurator, sjuksköterska, förskollärare, vårdare i behandling och skötare. Alla arbetar med familjebehandling oavsett grundutbildning. Flera i personalgruppen har Steg 1-utbildning inom olika områden. Det är också flera som har Kometutbildning både med inriktning mot 0–12 år och 13–18 år. En person arbetar aktivt med Marte Meo.

De familjer Norrbacken möter, har alla träffat någon inom öppenvården först, eller har haft kontakt/har kontakt med BNP (Barnneuropsykiatriska mottagningen). Ett fåtal har innan de aktualiseras, haft kontakt med Ätstörningsenheten.

Under 2010 hade Norrbacken kontakt med fem familjer i utredning/behandling med barn 0–18 månader.

Som det har sett ut de tre terminer ”nya” Norrbacken har existerat, har gången vid första kontakten sett likadan ut för familjerna med små barn, som med övriga familjer. Den behandlare familjerna har i öppenvården kontaktar samordnaren. Det ges en kort beskrivning av vilka problem och svårigheter familjen har, ges också information om patientens personnummer, vilket gör att det blir möjligt att läsa aktuell journal. I de fall som känns tveksamma om det är en ”Norrbacken-familj”, återkopplas inremitterande efter samtal med vår enhetschef. Ett informations-samtal bokas därefter snarast.

I nästa steg – beroende på hur lång väntelistan är – blir familjen kallad för vårdplanering och då träffar de två behandlare som tillsammans med familjen gör upp en målsättning för behandlingen. Norrbacken har en grundidé, med sex veckors behandling, och därefter avstämning och ställningstagande till eventuell fortsättning av behandling. De flesta familjer Norrbacken möter, har behov av fortsatt kontakt och ibland med utökad eller förnyad målsättning. Det är familjens mål, som blir uppdraget. Om behandlarna ser andra svårigheter, så benämns det och man ställer frågan till familjen, om det är något de själva vill ha en förändring på.

Familjerna kommer till Norrbacken 1–5 halvdagar i veckan. De erbjuds samtal och aktiviteter kopplade till målsättningen med behandlingen. Aktiviteterna är beroende på barnets/ungdomens ålder. De barn som är skolpliktiga, erbjuds undervisning av speciallärare, ca 1 timme vid varje besök på Norrbacken. Då har behandlarna möjlighet att ha föräldrasamtal med föräldrarna och kan då ta upp frågor som inte är lämpligt att barnen/ungdomen är med och lyssnar på.

Då Norrbacken gör miljöobservationer kopplade till en utredning, är det utifrån frågeställning från inremitterande mottagning. Det handlar då oftast om barnets/ungdomens egna eventuella svårigheter. Det görs också observationer parallellt med utredningar på BNP eller efter avslutad utredning, där eventuell diagnos är svår att fastställa. Det finns då tydliga frågeställningar, vad man ska titta på.

3.4.6 Gryningen i Karlskoga

Gryningen är en verksamhet för späd- och småbarnsfamiljer med syfte att främja barns utveckling. Gryningen vänder sig till blivande föräldrar och till familjer med barn i åldrarna 0–6 år i Karlskoga, Laxå och Degerfors kommuner.

Gryningen drivs i samverkan mellan Karlskoga kommun och Örebro läns landsting. Huvudman för verksamheten är landstinget och man hör till Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken.

Gryningen kan erbjuda behandlingsinsatser av olika intensitet och med en bredd av metoder. Insatserna varierar allt från telefonrådgivning någon enstaka gång till långvarigt stöd med dagvårdsbehandling tre dagar per vecka. Teoretiska utgångspunkter är systemteori, modern utvecklingspsykologi och anknytningsteori.

Gryningen arbetar på olika sätt med samspelet mellan föräldrar och barn – i samtal, i vanliga vardagsliknande situationer eller med hjälp av video.

Familjer som önskar hjälp kan själva söka sig till Gryningen eller remitteras. Inga formkrav på remisser finns. Det finns en ambition att snabbt ta emot familjer som söker hjälp och det är sällan väntetid. Familjerna får oftast tid inom en treveckorsperiod.

Personalen består av en föreståndare, två behandlingsassistenter (socionomer), två förskollärare samt en socialsekreterare. Alla arbetar som familjebehandlare. Föreståndare och behandlingsassistenter är anställda av landstinget och övriga av Karlskoga kommun.

Mer information finns att hämta på Gryningens hemsida www.orebro.se/gryningen .

4 Resultat

4.1 Redovisning av resultat från inventeringen

I länet finns cirka 4 500 barn i åldersgruppen 0-18 månader. Forskning visar att 5–15 % av barnen riskerar att utveckla desorganiserad anknytning, vilket motsvarar 225–675 barn i vårt län.

Inventering inom BMM/BVC (nulägesbeskrivning under våren 2011)

Hela länet

	Antal barn/oro	Insatser
BMM	92	60
BVC	226	142

Här kan konstateras att enbart på BMM/BVC så är det ett stort antal barn i åldern 0–18 månader och deras familjer där man har en stor oro vad gäller anknytning och samspel. Vidare kan konstateras att en stor del av dessa inte har någon etablerad kontakt för att få stöd vad gäller detta. Grovt räknat kan man säga att ca en tredjedel i både BMM-gruppen och BVC-gruppen saknar kontakt.

Insatser utifrån oro på BVC i Örebro kommun

	Kur famcen	Kur VC	Psykatri	Socialtjänsten	BoF soc. Tj.	BUH	Dietist	BUM	Kur BVC	Psyk BVC	Behandl. Hem	Kvinnocentrum	Unga mammor	Vux hab	Kvinnoklinik	
Mikaeli	2		1													
Adolfsberg		1														
Brickebacken	3	4		9						1						
Haga		3	2	2	1	1										
Karla		2														
Lillån				1												
Odensbacken			1													
Olaus Petri	2	5		1		1		2	3	3	1	2				
Skebäck										1						
Tybble		1	1												1	1
Vivalla	3		4	2	1	1	1						1			
Varberga	10	1	4		5											

Här kan konstateras att de allra flesta insatser sker i form av kuratorssamtal och många gånger utifrån vårdcentralernas kuratorer, som inte har någon särskild utbildning vad gäller små barn och deras familjer samt anknytning. Arbetet ingår inte heller i deras egentliga arbetsuppgifter, som i första hand ska riktas mot vuxna. Då många BVC-sjuksköterskor inte vet vart man kan vända sig angående dessa familjer så blir kuratorerna på vårdcentralerna ändå ofta tillfrågade, då man finns till hands nära på vårdcentralen. Noteras bör också att bara några enstaka barn och föräldrar har fått tillgång till en mer genomgripande behandlingsinsats vad gäller anknytning och samspel.

Antal barn (0–18 mån) utredda av socialtjänsten under år 2010 **Socialtjänst (Örebro kommun)**

Utredningsavdelningen 58

Inventering av behandlingsinsatser (barn 0–18 månader) under år 2010 **Socialtjänst (Örebro kommun)**

Familjebehandling 17

Barn- och ungdomspsykiatri (hela länet)

Örebromottagningen 3

Norrbacken 5

Gryningen 17

Även här syns tydligt att det endast är ett fåtal familjer och barn som får insatser av mer genomgripande karaktär.

4.2 Förslag till handlingsplan

Allt arbete som sker måste planeras tillsammans med den enskilda familjen och med familjens samtycke. Det är en nödvändig förutsättning för samverkan över verksamhetsgränser. Den planering som görs och de insatser som sker måste utföras med största respekt för familjens situation och integritetsbehov.

4.2.1 Tidig upptäckt

Kännedom om svårigheter eller oro för svårigheter vad gäller samspel/anknytning kan finnas hos personalen i många olika verksamheter såsom mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst, kvinnoklinik, barnklinik, barn- och vuxenpsykiatri, familjecentraler, förskola, ungdomshälsan m.fl. Oro kan även finnas hos familjen själv. Som ett hjälpmedel för att våga tala om den oro man upplever kan strukturerade checklistor/frågeformulär utformas. Dessa bör utgå från risk-/sårbarhetsfaktorer och frisk-/skyddsfaktorer (se bilaga). På BMM/BVC kan dessa distribueras som en del av ett basprogram till samtliga familjer man kommer i kontakt med. Även inom socialtjänsten, på familjecentraler och inom landstingets verksamheter torde sådana listor vara till hjälp. Checklistorna kan vara ett hjälpmedel för att underlätta identifikation av familjer med svårigheter vad gäller samspel/anknytning för enskilda befattningsinnehavare.

Av största vikt för tidig upptäckt av riskfamiljer är också tillgång till konsultativt stöd och tvärprofessionella diskussionsgrupper för personal inom berörda verksamheter. Se ”Tillgång till konsultativt stöd för personal” s. 25.

4.2.2 Tvärprofessionell samverkan

Då stödet till barn och deras föräldrar kan komma att innefatta många verksamheter och kompetenser så blir tvärprofessionell samverkan och samverkan över verksamhetsgränser av största vikt. Detta gäller såväl en länsövergripande samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän som lokalt runt enskilda barn och föräldrar. Allt arbete bör förankras på såväl politisk nivå som på verksamhetsnivå. Skyldighet att samverka bör finnas inskrivet hos alla

verksamheter. Av största vikt är att alla insatser planeras tillsammans med den enskilda familjen och att samtycke tas för kontakt över verksamhetsgränser. Ett undantag är då lagstadgade insatser måste till för att skydda barn och/eller förälder.

Länsövergripande samverkan

Vad gäller den länsövergripande samverkan så föreslås att en kontaktgrupp utses. Gruppens uppdrag kan vara att hålla sig à jour med kunskapsutvecklingen inom området samt ha god kännedom om möjligheter till stöd och behandling i hela länet. Gruppen skulle på detta sätt kunna fungera som ett kontakt- och informationsorgan för både personal i olika verksamheter i länet och för enskilda föräldrar. Ett första uppdrag kan vara att verka för implementering av Barnhälsoteam i hela länet, samt säkerställa god och jämn kvalitet, utvärdering av det länsövergripande arbetet bör ske i en årlig verksamhetsrapport. Gruppen kan bestå av representanter från olika verksamheter och med olika professioner. Uppdraget bör vara knutet till olika befattningar och inte till enskilda personer. Gruppen bör träffas med regelbundenhet några gånger om året. En fördel är om gruppen har regelbundna och utarbetade kontaktvägar med berörda verksamhetschefer.

Exempel på en sådan grupps utformning:

- Sammankallande (representant från Örebro läns landsting).
- Representant från respektive länsdel (södra-norra-västra och Örebro).
- Gruppen bör ha en tvärprofessionell sammansättning.
- En särskilt sakkunnig inom området vars uppgift är att hålla sig à jour med forskning och beprövad erfarenhet.

Ett kortfattat informationsblad med tydlig kontaktinformation vad gäller gruppens medlemmar kan utarbetas. Detta kan spridas brett i hela länet till alla verksamheter som kan komma i kontakt med målgruppen. Det kan också finnas tillgängligt för föräldrar i samband med besök i olika verksamheter och som en del av den information man kan finna på nätet.

Lokal samverkan

Vad gäller lokal samverkan så kan denna förslagsvis utgå från samma indelning som MVC/BVC har. Runt varje MVC/BVC kan tvärprofessionella barnhälsoteam, med representanter från både kommun och landsting, för de yngre åldrarna, organiseras. Detta finns redan etablerat i Örebro kommun och även på många andra håll i länet.

I de tvärprofessionella teamen bör social, medicinsk, psykologisk och pedagogisk kompetens ingå.

Möjlighet bör också finnas för all personal i verksamheter, som kan komma i kontakt med den aktuella målgruppen, att diskutera ärenden i tvärprofessionella team med god kunskap om målgruppen och möjliga insatser vid olika grad av svårighet. Upptäckt antas vara starkt kopplat till möjlighet att kunna erbjuda stöd. Tvärprofessionella barn- och elevhälsoteam finns som ovan nämnts, redan etablerade i Örebro kommun och på flera håll i länet.

I Örebro kommun ingår följande kompetenser i teamen:

- Förskolechef
- BVC-sjuksköterska
- BVC-läkare
- Psykolog
- Kurator
- Specialpedagog

De länsdelar där tvärprofessionella team ännu inte är etablerade, föreslås se över sin verksamhet och organisation.

Övriga verksamheter som kan komma i fråga för tidig upptäckt av den aktuella problematiken och stödbehovet, föreslås kontakta dessa team. Se ”Kontinuerliga stödåtgärder med regelbunden uppföljning” s. 26.

4.2.3 En kedja av insatser

Då familjer i svårigheter kan ha väldigt skiftande behov av stöd och insatser så är det av största vikt att detta kan erbjudas på många olika nivåer. Av stor vikt är att stödet erbjuds på den nivå som passar familjen bäst. Nedan följer exempel på de olika nivåerna.

Generellt stöd inom mödra- och barnhälsovård

Ett första led i stödet till alla familjer är det generella stöd som ges inom mödra- och barnhälsovården. Denna instans når så gott som alla blivande föräldrar och spädbarnsfamiljer och utgör på detta sätt en unik arena för tidiga insatser. I mödra- och barnhälsovårdens riktlinjer ingår generella insatser såsom hälsoundersökningar, hälsoinformation/folkhälsoarbete, profylax mot specifika sjukdomar och föräldrastöd.

Riktade insatser inom mödra- och barnhälsovård

I mödra- och barnhälsovårdens uppgifter ingår även att erbjuda riktade insatser mot särskilt sårbara grupper, såsom

- extra stöd i form av utökat antal kontakter med barnmorska eller BVC-sjuksköterska
- kontakt med MBHV psykolog.

MBHV psykologens arbetsuppgifter är

- att göra bedömningar och utredningar i enskilda ärenden
- att utföra psykologisk behandling i mindre komplicerade ärenden
- att genom konsultation bedöma lämplig vårdnivå och eventuellt lämplig remissinstans, samt handleda barnmorskan eller BVC-sjuksköterskan när hon ger en extra stödinsats.

Stöd från familjecentral

Familjecentralernas verksamhet är hälsofrämjande, generell och tidigt förebyggande (se avsnitt 3.4.3). Familjer med mer frekvent stödbehov än vad MHV/BHV-verksamheten kan erbjuda, får stöd i att ta del av familjecentralens verksamhet. I dessa fall görs personalen uppmärksam på

familjens behov. På en del familjecentraler i länet finns även behandlande inslag knuten till verksamheten, t.ex. i Laxå och Askersund.

Det saknas dock fortfarande familjecentraler kopplat till verksamheten på BMM/BVC på flera håll i länet och särskilt inom Örebro kommun. All personal på familjecentralerna har utbildning i ICDP (International Child Development Program) eller *Vägledande samspel*. ICDP är ett relations- och resursorienterat förhållningssätt där dagliga samspelssituationer används för att utveckla de vuxnas lyhördhet och känslighet för barns behov.

Främjande och förebyggande insatser från socialtjänsten

Många främjande och förebyggande insatser sker även utifrån socialtjänstens olika delar. Se avsnitt "Förebyggande enheten, Socialförvaltningen, Örebro kommun" s. 17.

Utredande och behandlande insatser

Utredande och behandlande insatser kan ske både utifrån socialtjänstens och lanstingets olika verksamheter (se avsnitt 3.4.4 och 3.4.5). Då risken för stora svårigheter vad gäller samspel/anknytning föreligger, kan dock barn/familj vara i behov av en specifik etablerad spädbarnsverksamhet i likhet med Gryningen i Karlskoga och Timjan i Norrköping. En sådan verksamhet föreslås etableras även i Örebro kommun och kanske på ytterligare ställe/ställen i länet. I dagsläget finns i länet endast Gryningen i Karlskoga tillgänglig för barn och föräldrar. Dessa måste då vara hemmahörande i Karlskoga, Laxå eller Degerfors.

Etablerandet av en sådan verksamhet/verksamheter föreslås ske i samverkan mellan landsting och kommun. En samverkan kan vara en stabiliserande faktor och ett effektivt användande av olika resurser. Det har tidigare visat sig att de enheter som varit samägda har löpt en mindre risk att försvinna i samband med omorganisationer. Även kompetensmässigt har samverkan en fördel då kompetens kan hämtas från både social och medicinsk verksamhet. Vad gäller samspelsbehandling, definition, innehåll, ramar och nödvändiga förutsättningar se avsnitt 3.3.

På några ställen i länet har man etablerat behandlingsalternativ i anslutning till en etablerad familjecentral. Detta kan kanske vara ett alternativ för avlägset belägna delar av länet om lokaler och övrig verksamhet så tillåter.

4.2.4 Övriga inslag av vikt för en fungerande handlingsplan

Tillgång till konsultativt stöd för personal

Både för tidig upptäckt av familjer i riskzon vad gäller samspel och anknytning, och för adekvat insatta åtgärder, så är tillgång till konsultativt stöd för den personal som befinner sig närmast barn och familjer av största vikt. Avväganden är ofta svåra att göra och personal hamnar ofta i olika dilemman. Exempelvis kan balansen mellan att påpeka svårigheter och att behålla familjernas förtroende kännas svår. Detta gäller kanske särskilt verksamheten inom BMM/BVC men gäller även inom andra verksamheter. Rädsla finns ofta för att föräldrarna ska dra sig undan kontakt och att man därmed får ännu sämre möjligheter att informera sig om hur tillståndet i familjen är. Möjlighet bör också finnas att diskutera ärenden i tvärprofessionella team med god kunskap om målgruppen och möjliga insatser vid olika grad av svårighet (se 4.2.2).

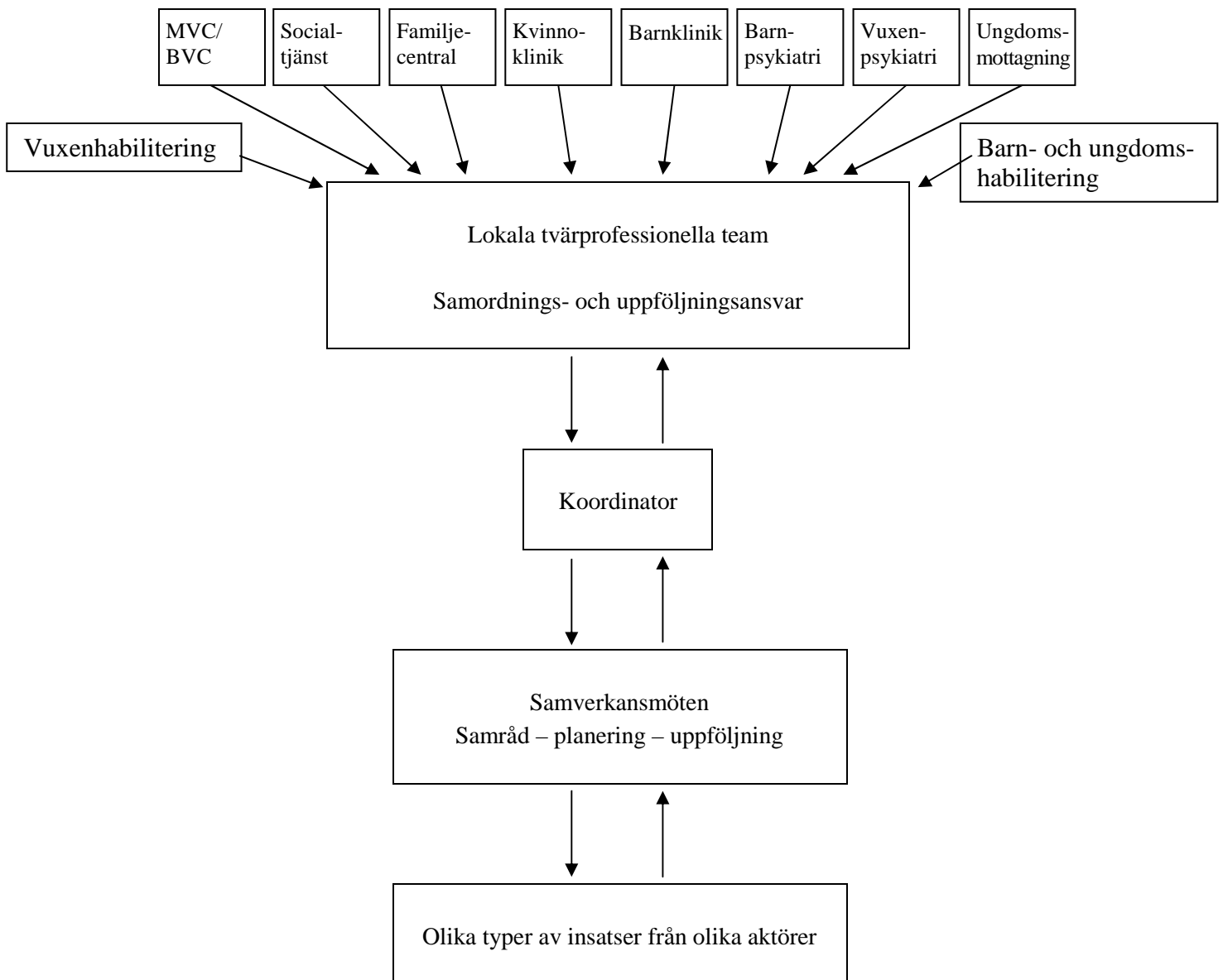
Upptäckt antas vara starkt kopplat till möjlighet att kunna erbjuda stöd.

Vad gäller MVC/BVC, så har redan i dagsläget alla barnmorskor och BVC-sjuksköterskor tillgång till psykologkonsultation ca en gång per månad. Här finns möjlighet att lyfta de ärenden som man som sjuksköterska känner en oro inför. I framtiden föreslås denna konsultation kopplas systematiskt till den inventering man som sjuksköterska gjort utifrån risk-/sårbarhetsfaktorer och frisk-/skyddsfaktorer.

Tvärprofessionella barn- och elevhälsoteam finns, som ovan nämnts, redan etablerade i Örebro kommun och på flera håll i länet. De länsdelar där tvärprofessionella team ännu inte är etablerade föreslås se över sin verksamhet och organisation.

Övriga verksamheter som kan komma i fråga för tidig upptäckt, föreslås se över sina rutiner och stödfunktioner på liknande sätt.

Kontinuerliga stödåtgärder med regelbunden uppföljning



För de barnfamiljer med störst svårighet föreslås, oavsett var upptäckten sker och vilka insatser som erbjuds, att kontakt etableras med det lokala barnhälso teamet där barn/förälder är bosatt (se 4.2.2). Teamet kan fylla en ”hållande” funktion och finnas med som stöd upp i åldrarna. Teamet kan vara ett stöd för enskilda barn och familjer, medverka till insättande av olika åtgärder samt ansvara för uppföljning och utvärdering av de insatser som görs.

Koordinator/samordnare

Stödbehov initieras i första hand genom BMM/BHV-sjuksköterskan men kan också komma ifrån andra verksamheter både inom kommun och landsting. Därefter kan lämplig person i det lokala teamet eller en person från någon annan verksamhet som familjen har förtroende för, utses till koordinator/samordnare i ärendet. Denne kan fungera som sammankallande till den samverkansstruktur som är lämplig utifrån det aktuella ärendet och barnets och familjens situation och behov. Eventuellt kan ett sådant arbete vid de lite tyngre ärendena, då flera verksamheter är inkopplade, kopplas till SAMBA (se s. 17) eller liknande strukturer i länet.

Individuell handlingsplan och åtgärdsplanering

En individuell handlingsplan med återkommande uppföljning bör utformas i samverkan med familjen. Åtgärdsplanering skall ske med regelbundenhet och utvärderas med jämna mellanrum. Insatserna ska vid behov innefatta samordnade insatser från samtliga berörda verksamheter. Behov av insatser kan variera över tid. En del familjer kan dock behöva kontinuerligt stöd från flera verksamheter under hela barnets uppväxt.

BVC-sjuksköterskan bör vara den som initierar behovet av handlings- och åtgärdsplan.

Fortbildning

En förutsättning för samverkan är att all personal i berörda verksamheter har en grundläggande kunskap. Kunskap om små barns behov samt kunskap om hur svårigheter hos både barn och föräldrar kan påverka anknytning och samspel. Ett erbjudande om fortbildning bör utformas till varje verksamhet.

Som komplement till den riktade fortbildningen kan verksamhetsövergripande studiedagar arrangeras kontinuerligt där personal från olika verksamheter gemensamt kan ta del av aktuell kunskap som presenteras av olika forskare och kliniker. Detta underlättar samverkan, samsyn och en gemensam begreppsapparat.

En startpunkt för ett ovan beskrivet arbete kan vara en riktad föreläsning till politiker och verksamhetschefer för att öka kunskapen inom området.

5 Diskussion

Anknytning och tidigt samspel är av största vikt för människans överlevnad. För barnet är det centrala att kunna få beskydd vid upplevd fara samt hjälp att kunna ta hand om och reglera sina egna känslor av rädsla vid behov. Hur anknytningen utvecklas är beroende av faktorer både hos föräldrar och barn men den påverkas också av yttre faktorer såsom socioekonomisk status och kulturell bakgrund, socialt nätverk m.m. Det råder i dag en bred enighet beträffande synen på hur små barn skadas av omsorgssvikt. En väl känd faktor som påverkar anknytning och samspel negativt, är konflikter och våld både mellan föräldrar och direkt riktat mot barnet. Familjer där föräldern/föräldrarna har missbruksproblem, utvecklingsstörning, psykisk sjukdom eller neuropsykiatriska svårigheter är också kända riskfaktorer. Av allra största vikt är att uppmärksamma då barnet utsätts för, eller bevittnar våld av något slag, samt då föräldrarna har kognitiva svårigheter och därmed inte har förmåga att leva sig in i, och kan tillfredsställa, barnets alla behov.

Inventering, diskussion och erfarenhetsutbyte mellan medlemmarna i gruppen visar på att vi i länet i dag har många bra och välfungerande verksamheter som på olika sätt kommer i kontakt med de små barnen och deras familjer. Inventeringen visar dock också på att tillgång till resurs och stödinsatser är ojämnt fördelade över länet och att de i många stycken inte är tillräckliga. Den ojämna fördelningen av tillgång till både generellt stöd (t.ex. vad gäller familjecentraler), förebyggande arbete (t.ex. tvärprofessionella barn- och elevhälsoteam) och mer specifika behandlingsinsatser (såsom Gryningen i Karlskoga) bör diskuteras både på politisk nivå och verksamhetsnivå.

Mot bakgrund av den oro som finns för barn och familjer vad gäller anknytning/samspel från BMM/BVC relaterat till det antal familjer som idag får stöd via socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (se avsnitt 4.1) anser gruppen att det vore relevant att inrätta fler behandlingsalternativ med specifik kompetens (se 3.3 i rapporten) för de barn och familjer som har störst behov av insatser. Dessa kan identifieras via den checklista av risk-/sårbarhetsfaktorer och frisk-/skyddsfaktorer som föreslås i bilagan och diskuteras vidare vid konsultations- och handledningsträffar samt i de tvärprofessionella barn- och elevhälsoteam som föreslås under 4.2.2.

Anmärkningsvärt är att det startades flera verksamheter specifikt för samspelsbehandling i landet då det vetenskapliga stödet för betydelsen av tidiga insatser saknades, medan nu, då det vetenskapliga stödet är starkt, endast Gryningen i Karlskoga finns kvar. Detta kan knappast vara rimligt ur perspektivet ”vård på lika villkor”.

Det specifika behandlingsalternativet Lindan som tidigare fanns inom barn- och ungdomspsykiatri i Lindesberg har centraliserats till Örebro och ingår numera i en bredare barnpsykiatrisk verksamhet. Inventeringen visar att endast ett fåtal barn i åldersgruppen 0–18 månader och deras familjer är föremål för dessa insatser. En centralisering av resurser kan ha fördelar i vissa perspektiv men vad gäller tillgänglighet för alla länets invånare kan även detta ifrågasättas ur ett jämlikhetsperspektiv.

Sedan akut- och utredningshemmet Rosenberg, som drevs i landstingets regi, lades ned saknar socialtjänsten tillgång till utrednings- och skyddsalternativ för de tyngst belastade familjerna i länet. Detta leder ofta till placeringar på behandlingshem i andra kommuner, vilket innebär

sämre möjligheter att påverka, samordna och följa upp de insatser som görs, samt till att åstadkomma det kontinuerliga arbete som beskrivs i denna rapport. En utökad samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri utifrån de familjer som beskrivs i denna rapport, är också att önska.

En viktig diskussion som behöver knytas till ovanstående frågor är även den som handlar om första linjens psykiatri och resurser knutet till denna.

Familjens egen roll vid planering av stödåtgärder och behandlingsinsatser kan inte nog betonas. Deras samtycke och medgivande till kontakt över verksamhetsgränser är nödvändig för att häva den sekretess som annars råder mellan olika huvudmän och verksamheter. Ett förtroendefullt samarbete och uppnådda resultat förutsätter ett respektfullt bemötande av och ett nära samarbete med familjen.

Av särskild vikt att beakta är situationen för de barn och föräldrar som kommer från andra kulturer och där både kultur och språk kan vara en försvårande del vid upptäckt, åtgärdsplaneringen och behandling. En viktig iakttagelse i detta sammanhang är resultatet från den inventering som gjorts via BMM och BVC vad gäller oro för barn och familjer vad gäller anknytning/samspel. I många av de tyngst belastade områdena i länet, rapporteras en lägre frekvens av oro än i andra mindre socialt belastade områden. Det finns anledning att fundera över vad detta beror på. En anledning kan vara att normaliseringsbegreppet förskjuts, en annan att man saknar adekvata hjälpåtgärder.

Det behövs en klart uttalad kedja och strategi för det samlade arbetet. Allt ifrån upptäckt, möjlighet till konsultation och diskussionsforum för enskilda befattningsinnehavare, kontaktvägar till stöd och olika behandlingsalternativ. Det visade sig vid inventeringen att både kommunal och landstingsdriven verksamhet arbetade med liknande arbetsuppgifter och familjer. Det behöver vara tydligt vilka ansvarsområden kommunal respektive landstingsdriven verksamhet har i arbetet med ovanstående familjer och i vilken mån man bör samverka. Detta behöver också diskuteras av chefer på verksamhetsnivå.

I en gemensam rapport från Skolverket, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, "Tänk långsiktigt!", en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns hälsa, visas på vikten av att ha ett sektorsövergripande och samhällsekonomiskt perspektiv när man på olika nivåer inom kommuner, landsting och stat ska prioritera mellan insatser som påverkar barns och ungdomars hälsa. I rapporten lyfts särskilt fram de generella insatsernas betydelse, men här lyfts också, i räkneexempel, fram de kostnader som uppstår på längre sikt om inte psykisk hälsa förebyggs med hjälp av tidiga insatser. Ovan beskrivna insatser borde med tydlighet falla inom denna ram.

Referenser

- Att knyta an, en livsviktig uppgift. Om små barns anknytning och samspel.* (2004). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer* Stockholm Natur och Kultur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2008). *Anknytningsteori i praktiken.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Det späda barnet som anhörig.* (2010). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Neander, K. (2011). *Mötets magi. Om samspelsbehandling och vardagens välgörande möten.* Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro läns landsting.
- Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa.* (2004). Stockholm: Skolverket, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut.

Bilaga

Risk-/sårbarhetsfaktorer och frisk-/skyddsfaktorer

I mötet med familjer får vi ofta mycket information om hur de har det och hur de mår. Vi får också information om vilka saker som på olika sätt bidrar till att det sammantaget fungerar bra eller mindre bra och ibland riktigt dåligt för föräldrarna och barnet/barnen. Om man samlar in och organiserar de uppgifter som kommer fram när vi träffar familjen, kan man mera tydligt i samtalet tillsammans med familjen värdera och bedöma situationen. Det skulle också kunna underlätta att konkretisera vad och varför man uppfattar situationen olika de gånger bedömningen skiljer sig åt. Utifrån bedömningen kan man sedan beskriva och planera de åtgärder som kan och bör vidtas.

Man kan på liknande sätt, som när BVC vid olika nyckelåldrar har ett basprogram där man tittar på barnets förmågor, titta på hur familjen och barnet i familjen har det. Det kan vara ett sätt att belysa vilka olika faktorer som bidrar till att det för barnet och familjen är bra/välfungerande eller svårt och angeläget att förbättra.

Nedanstående är ett förslag på en modell som skulle kunna användas.

Risikfaktorer/Sårbarhetsfaktorer som kan hänföras till föräldrarna/samspelet:

- otrygg anknytning hos föräldern
- psykiska föräldraproblem (depression, traumatiserad förälder, förälder i kris)
- psykosociala svårigheter
- våld
- missbruk
- psykisk sjukdom
- begåvningshandikapp
- kriminalitet
- arbetslöshet
- föräldrarnas oförmåga att utgöra en ”trygg bas”
- brutalitet och nyckfullhet i barnuppfostran
- fattigdom
- skräm/skrämmande föräldrabeteende
- kontrollerande föräldrabeteende
- icke svarande föräldrabeteende
- föräldrarnas egna negativa uppväxterfarenheter
- föräldrarnas ålder vid barnets födelse (tonårsgraviditet)
- dålig aktuell relation till de egna föräldrarna
- avbruten utbildning under tonåren.
- uteblivet förväntat stöd

Friskfaktorer/Skyddsfaktorer som kan hänföras till föräldrarna/samspelet:

- föräldern lyhörd för barnet
- öppen för barnets behov och kan sätta sig in i barnets situation i olika lägen
- struktur/självorganisation
- respekt för barnets integritet

- avsaknad av fientlighet
- god känslomässig ton visavi barnet
- trygg anknytning till de egna föräldrarna
- frånvaro av separation från vårdaren
- psykisk hälsa hos föräldern
- social trygghet hos föräldern
- stabil/trygg föräldrarelation

Risikfaktorer/Sårbarhetsfaktorer som kan hänföras till barnet:

- irriterbart temperament
- passivitet
- undvikande beteende
- prematuritet
- separation från vårdaren
- familjehemsplacering
- adopterad

Friskfaktorer/Skyddsfaktorer som kan hänföras till barnet:

- samarbetsvillig
- svarsbenägen
- förmåga att engagera föräldern
- förutsägbart temperament
- äter bra
- sover bra
- god tillväxt

Risikfaktorer/Sårbarhetsfaktorer som kan hänföras till faktorer utanför familjen:

- avsaknad av socialt skyddsnät i form av släkt och nära vänner
- arbetslöshet
- svårighet att få förståelse för föräldraskapet på arbetsplatsen
- osäker boendesituation
- många och för barnet ibland okända vistelsemiljöer
- många och ibland för barnet okända omvårdnadspersoner

Friskfaktorer/Skyddsfaktorer som kan hänföras till faktorer utanför familjen:

- välfungerande socialt skyddsnät i form av släkt och nära vänner
- arbete
- god förståelse för föräldraskapet på arbetsplatsen
- egen bostad
- få och för barnet välkända vistelsemiljöer
- få och för barnet välkända omvårdnadspersoner