



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset

Kraftsamling för barn som far illa

- » Strukturerade metoder inom barnhälsovården för att identifiera psykosociala riskfaktorer





Stiftelsen
Allmänna Barnhuset

Utgiven med stöd av Stiftelsen Allmänna Barnhuset november 2023

Döbelnsgatan 50
113 52 Stockholm

Org.nr: 802000-1072
Tel: +46 8 679 60 78
info@allmannabarnhuset.se

Rapporten finns att ladda ned på www.allmannabarnhuset.se

ISBN: 978-91-86759-54-4

Förord

Barnkonventionen är tydlig: Varje barn har rätt att växa upp under trygga förhållanden. Varje barn har rätt till goda uppväxtvillkor och att utvecklas utifrån sin förmåga. De barn som personalen inom barnhälsovården möter, de yngre barnen, har särskilda behov av fysisk omvårdnad, emotionell omsorg och vägledning, liksom tid och utrymme för lek, utforskning och inläring. Barnets hälsa, utveckling och psykosociala välfärd är i många avseenden beroende av varandra. FN:s barnrättskommittén menar att det är flera grundläggande mänskliga rättigheter som behöver främjas och skyddas för att skapa goda förutsättningar för barnets utveckling.

Det pratas ofta om vikten av tidiga insatser och att vi måste samarbeta över professionsgränserna. Förebyggande arbete kan vara generella eller riktade insatser till individer eller grupper med syfte att främja hälsa och förhindra att problem uppstår eller förvärras. Vid de nationella barnhälsovårdsdagarna 2018 togs därför ett inriktningsbeslut att inom barnhälsovården på ett strukturerat sätt fråga om våldsutsatthet.

Barn i utsatta livssituationer befinner sig i alla delar av samhället, i olika kontexter. Livssituationen beror ofta på omständigheter som barnet inte kan påverka. Att våga ställa frågor på rutin kan bidra till att fler barn får växa upp i trygghet med sin familj. De allra flesta barn i Sverige har det bra men allt för många lever i multiutsatthet med flera psykosociala riskfaktorer. Det måste vi gemensamt arbeta med för att alla barn ska få sin rätt till goda uppväxtvillkor tillgodosedd.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har till uppdrag att stödja forskning, sprida kunskap och pröva nya metoder/modeller med syftet att stärka barn och ungdomar i utsatta livssituationer. Denna rapport innehåller flera olika strukturerade metoder som används inom barnhälsovården för att identifiera psykosociala riskfaktorer. Metoderna är framtagna inom ramen för den Nationella arbetsgruppen för barnhälsovård (NAG BHV) och Barnhälsovårdens nationella utvecklingsgrupp för barn som far illa/riskerar att fara illa. Målet är att stärka familjer, bidra till en god och jämlik hälsoutveckling och minska risken att barn far illa.

Det är dags att ta ytterligare steg för att stärka det våldsförebyggande arbetet inom barnhälsovården. Jag hoppas att denna rapport kan bidra till att sprida metoderna och inspirera till att ställa frågor, fånga upp och stödja familjer. När barnhälsovården arbetar med tidiga insatser och främjande åtgärder vet vi, genom forskning och praktik, att det kan göra skillnad för ett barns liv här och nu och skapa en bättre framtid för fler barn.



Cecilia Sjölander

Generalsekreterare

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Innehåll

Inledning	6
Våld mot barn – ett folkhälsoproblem	8
Hur många barn i Sverige är utsatta för våld?	9
Våldets konsekvenser	10
De främsta riskfaktorerna för våld mot barn	12
Våld mot barn kan förebyggas	13
Hur kan vi stärka barns resiliens? Vad behöver barn för att växa, utvecklas och må bra?	16
Hälsans bestämningsfaktorer	17
Resiliens	18
Vad behövs för att ge varje barn bästa möjliga uppväxt?	20
Barnhälsovården som arena för att bemöta psykosociala problem	20
Exempel från fem projekt	26
Västra Götalandsregionen: Personalens erfarenhet av att ställa rutinmässiga frågor om våld på barnavårdscentraler (BVC)	27
Introduktion	27
Christina-projektet	28
Fråga på rutin-projektet	28
Rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar inom barnavårdscentral	29
Sammanfattning	30
Att inom barnhälsovården i Landstinget Värmland och Region Örebro län fråga om våld i nära relationer	31
Bakgrund	31
Syfte	32
Genomförande	32
Uppföljning	33
Resultat	34
Spillover-effekter	35
Implementering	36
Tankar framåt	36
Region Stockholm: Hur kan barnhälsovården identifiera och bemöta våld i nära relationer – utveckling och genomförande i Stockholms län	37
Pilotprojekt	37
Resultat	38
En randomiserad kontrollerad studie	38
Resultat	38
Slutsatser	39

Införande av arbetssätt att rutinmässigt informera och ställa frågor om våldsutsatthet till föräldrar på BVC i Stockholms län	40
Stödmaterial	40
Utbildning och handledning	41
Utvärdering	41
Samtal om våld med alla föräldrar - en pilotstudie inom barnhälsovården i Region Sörmland	42
Ett globalt hälsoproblem	42
Barnhälsovårdens betydelse	42
Pilotprojekt	42
Samtal och frågor om våld utifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammets t redelning:	43
Enskilda föräldrasamtal	44
Från osäkerhet till professionell utveckling	44
Att lära känna pappan	45
Vart tionde barn	46
Implementering av arbetssättet	46
Sammanfattning	47
BarnSäkert – ett strukturerat arbetssätt för att identifiera psykosociala riskfaktorer och erbjuda rätt stöd i rätt tid	48
Region Dalarna	51
Region Uppsala	52
Region Gotland	54
Region Jönköpings län	55
Region Blekinge	57
Från kunskap till handling – för barnens bästa	58
Kvalitet och förbättringsarbete som grund för förändring	58
Barnhälsovårdens perspektiv	61
Förståelse av system	63
Barnhälsovårdens perspektiv	64
Ett redskap för analys av microsystemet – 6 P:n	65
Variation och mätning	65
Förbättringsmodeller och verktyg	65
Förändringspsykologi	66
Barnhälsovårdens perspektiv	67
Lärandestyrkt förbättringsarbete	67
Barnhälsovårdens styrkor gör det möjligt!	68
Lärdomar från de 5 exemplen i rapporten	68
Förbättringsarbete – kom igång!	69
Vill du lära mer?	69
Referenser	70

Inledning

Det finns flera olika anledningar till att barn riskerar att fara illa, en del barn kan befinna sig i en miljö där det förekommer våld och övergrepp, andra barn kan leva i en familj där det förekommer psykisk ohälsa eller missbruk. Livssituationen beror ofta på omständigheter som barnet inte kan påverka.

De allra flesta barn i Sverige har det bra men allt för många lever i multiutsatthet med flera psykosociala riskfaktorer. Det måste vi gemensamt arbeta med för att alla barn ska få sin rätt till goda uppväxtvillkor tillgodosedd.

Vid de nationella barnhälsovårdsdagarna 2018 togs ett inriktningsbeslut att inom barnhälsovården på ett strukturerat sätt fråga om våldsutsatthet. I den här rapporten får du ta del av de strukturerade metoder som framkommit sedan inriktningsbeslutet togs 2018 och som idag används inom svensk barnhälsovård för att identifiera psykosociala riskfaktorer med fokus på våldsutsatthet och barn som far, eller riskerar att fara illa.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset bjöd in, i samarbete med Nationella arbetsgruppen för barnhälsovård (NAG BHV) och barnhälsovårdens nationella utvecklingsgrupp för barn som far illa/riskerar att fara illa, till en digital konferens den 6–7 maj 2021. Syftet var att sprida strukturerade metoder som idag används inom svensk barnhälsovård för att identifiera psykosociala riskfaktorer som är kopplade till barn far illa/riskerar att fara illa. Ett ytterligare syfte var att med utgångspunkt från presenterade metoder diskutera nästa steg i hur nationell konsensus gällande metodval/arbetssätt ska uppnås. Intresset för den digitala konferensen var stort och som nästa steg beslutades att ta fram den här rapporten som sammanfattar de metoder som presenterades under konferensen.

I rapporten får du även ta del av tre kapitel där det första har fokus på våld mot barn och det folkhälsoproblem som det innebär. Det andra kapitlet fokuserar på hur vi kan stärka barns resiliens och avslutningsvis fokuserar vi på hur komplexa modeller kan implementeras i ett komplext system så som den svenska barnhälsovården är.

Att åstadkomma förbättring handlar om att ständigt lära av varandra och att utveckla våra verksamheter. Målet är att allt alla barn ska ha en trygg uppväxt, att allt våld mot barn ska upphöra och att alla barn ska känna att de har en vuxen som tar hand om dem. Vi har en bra bit kvar innan vi är där. För att nå dit behöver vi ställa frågor på rutin. Inom komplexa verksamheter finns ofta stora variationer. I den här rapporten finns fem olika modeller som gör just det, ställer frågor på rutin.



Våld mot barn – ett folkhälsoproblem

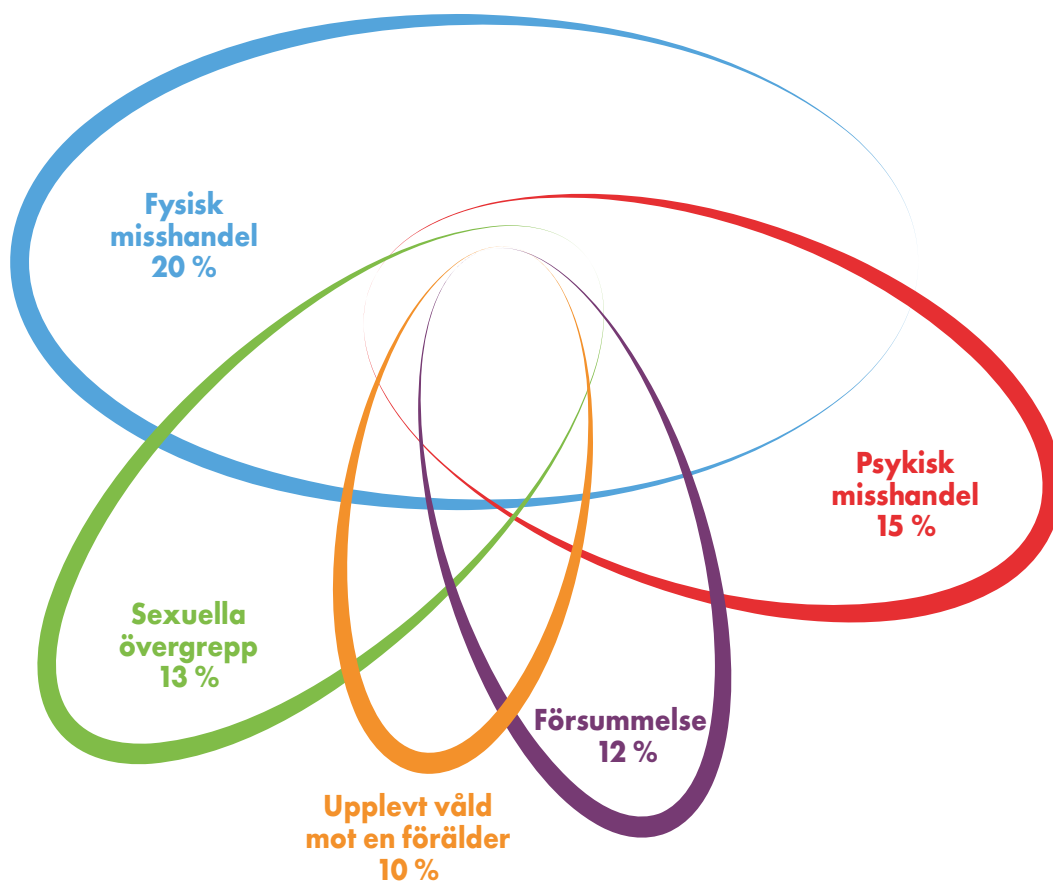
CAROLINA JERNBRO, LEKTOR I FOLKHÄLSOVETENSKAP, KARLSTAD UNIVERSITET & SAKKUNNIG INOM VÅLD MOT BARN, STIFTELSEN ALLMÄNNA BARNHUSET

Våld mot barn är ett folkhälsoproblem världen över. I Sverige rapporterar 40 procent av ungdomar att de utsatts för någon form av våld av vuxen under uppväxten och drygt 8 procent att de utsatts för tre eller fler former av våld begått av vuxna (Jernbro, Landberg & Thulin 2023).

Med våld menas i detta sammanhang fysiskt och psykiskt våld, försummelse, att uppleva våld mellan vuxna i familjen samt sexuella övergrepp där förövaren varit en vuxen person. Våld mot barn får stora konsekvenser för individen som drabbas men även för samhället i stort. Men våld går att förebygga. Det är viktigt med tidigt förebyggande insatser då de har störst effekt. Barnhälsovården är en viktig aktör i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet då de möter i stort sett alla barn och deras föräldrar tidigt i barnets liv. Detta kapitel kommer behandla varför det är viktigt att förebygga våld, våldets främsta riskfaktorer och förebyggande arbete.

Hur många barn i Sverige är utsatta för våld?

I Sverige genomförs kartläggningar om våld med jämna mellanrum för att undersöka förekomst av olika former av våld och dess riskfaktorer. I den senaste elevenkätundersökningen (Jernbro, Landberg & Thulin 2023) som genomfördes 2022 ingick 5820 elever i åk 9 i grundskolan från totalt 149 skolor runt om i landet. De har svarat på frågor om utsatthet för flera olika former av våld under deras hela liv. Av samtliga elever svarade 40 procent att de blivit utsatta för någon form av våld där en vuxen person är förövare, någon gång under livet. Det var 29 procent av samtliga elever som varit utsatta av en förälder. Det var drygt åtta procent av eleverna som var multiutsatta; utsatta för tre eller fler former av våld. Figur 1 visar förekomsten av de olika formerna av våld och hur de överlappar.

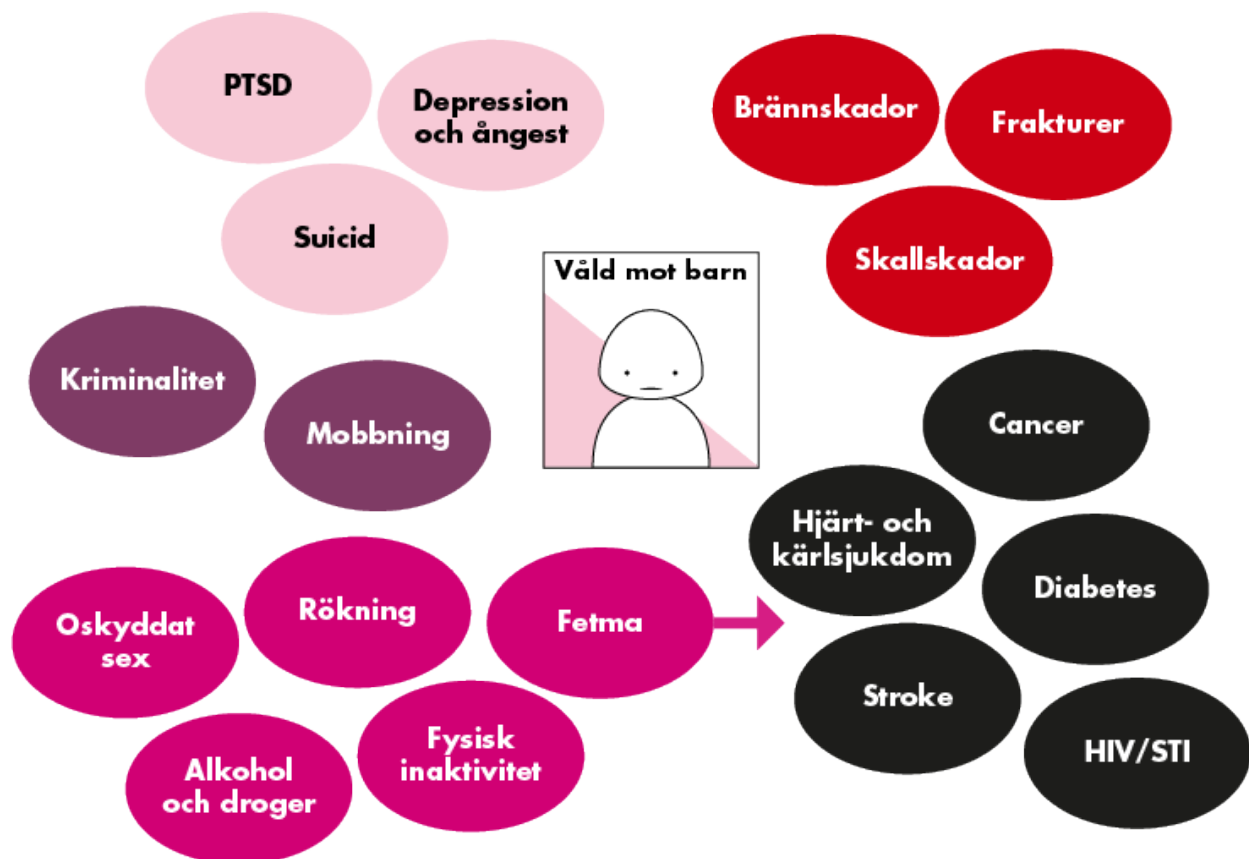


Figur 1. Förekomst och överlappning av olika former av våld begått av vuxna (Jernbro, Landberg & Thulin 2023)

Det fysiska våldet handlade framförallt om milda former av våld vid enstaka tillfällen. Det var 14 procent som rapporterade att det var en förälder eller styvförälder som var förövare. Det fysiska våldet begått av föräldrar har minskat över tid i Sverige, men har legat på samma nivå under det senaste decenniet.

Våldets konsekvenser

Forskning om konsekvenser av våldsutsatthet under barndomen har pågått under mer än 40 år och tilltagit under senare tid. Det finns därmed en god kunskapsbas om sambandet mellan barnmisshandel och olika former av hälsoproblem presenterat i figur 2 (Gilbert et al. 2009; Norman et al. 2012; Felitti et al. 2019).



Figur 2. Faktorer som har samband med våld mot barn.

När små barn utsätts för våld inklusive försummelse leder det till långvarig stress, så kallad toxisk stress, som påverkar kroppen och hjärnans utveckling negativt och kan påverka individens hela liv. Forskning visar att våld har ett samband med psykisk ohälsa där det finns stark evidens mellan våld och posttraumatisk stressyndrom (PTSD), depression, självskadebeteende och suicid (Gilbert et al. 2009; Norman et al. 2012). Även nationella kartläggningar där ungdomar svarat på enkäter om deras våldsutsatthet i barndomen (Jernbro, Landberg & Thulin 2023) har visat att självskadebeteende och suicidtankar har ett starkt samband med barns våldsutsatthet, särskilt multiutsatthet. Barn som utsätts för våld har också fler psykosomatiska symtom (Jernbro et al. 2012) och lägre livskvalitet i jämförelse med icke-våldsutsatta barn (Jernbro et al. 2015). Forskning har också visat att ju mer våld ett barn utsätts för, desto större blir konsekvenserna (Felitti et al. 2019; Jernbro & Landberg 2020).

Olika former av fysiskt våld kan leda till direkta fysiska konsekvenser som frakturer, brännskador och skallskador. I sin absolut värsta form kan våld leda till döden, även om detta är mycket sällsynt i Sverige. I Sverige mördas 0.4-0.6/100 000 barn varje år, men sällan följt av misshandel. Oftast är det en psykiskt sjuk vårdnadshavare som är förövare (Lysell et al. 2013).

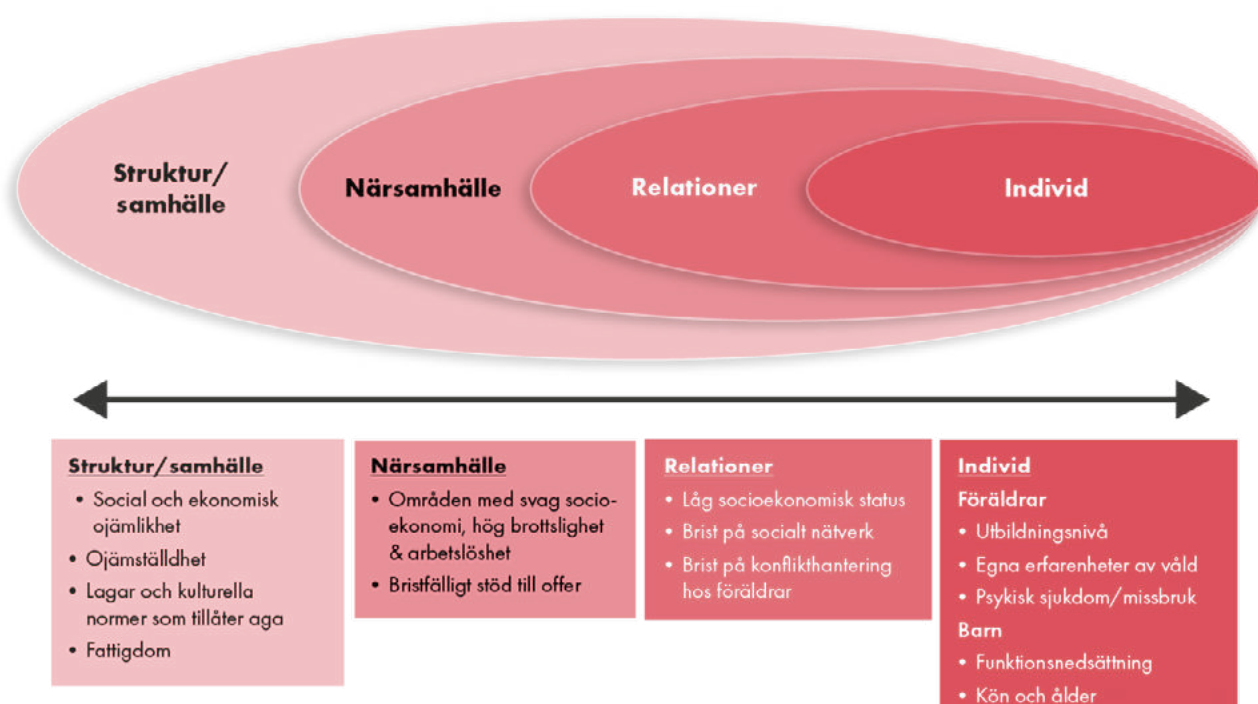
Det finns också ett samband mellan våld och sociala problem som mobbning (Lucas et al. 2015) och brottslighet bland personer som varit utsatta som barn. Även riskbeteenden och ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökning, missbruk av alkohol och droger samt fysisk inaktivitet, är vanligare bland ungdomar och vuxna som varit våldsutsatta under barndomen i jämförelse med dem som inte varit det. Ohälsosamma levnadsvanor kan leda till folksjukdomar såsom cancer, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom (Felitti et al. 2019).

Våldets konsekvenser för individer påverkar samhället på flera sätt. Det är framförallt en kostsam historia. Fang et al (2012) uppskattade att varje misshandelsfall kostar upp till två miljoner kronor under sin livstid. Globalt uppskattas kostnaden för våld mot barn i hemmet till fyra procent av BNP, medan krig, terrorism och våld mellan individer utanför hemmet kostar ca 1,5–2 procent av BNP (Hoeffler 2017). Våldet bidrar också till minskad trygghet i samhället och det finns en risk att det överförs till nästa generation genom det sociala arvet.

Viktigt att understryka är att långt ifrån alla barn som utsätts för olika svårigheter, inklusive våld, i barndomen får stora konsekvenser av det. Många barn utvecklas tillfredsställande och får ett gott fungerande liv trots allt (läs mer i Steven Lucas kapitel från sidan 16).

De främsta riskfaktorerna för våld mot barn

Riskfaktorer för våld beskrivs bäst genom en socio-ekologisk modell (Bronfenbrenner 1977, WHO, 2016) som inkluderar fyra nivåer; individ, relationer (mikro- och mesonivån), närsamhälle (exonivån) och samhället (makronivån). Faktorer på de olika nivåerna samverkar med varandra och påverkar risken för våld mot barn. De olika nivåerna interagerar i båda riktningarna (figur 3). Framförallt så genomsyrar strukturer på samhällsnivå de inre nivåerna.



Figur 3. Riskfaktorer för våld mot barn baserat på WHO:s modell (WHO 2016).

I socialt och ekonomiskt ojämlika samhällen samt i länder där det är lagligt att aga sina barn förekommer mer våld mot barn. Fattigdom och låg socioekonomisk status är förknippat med högre risk för våld. Även om våld förekommer i alla samhällsklasser, har studier visat att ekonomisk utsatthet och låg utbildning ökar risken för våld. I den senaste nationella kartläggningen av våld (Jernbro, Landberg & Thulin 2023) rapporterade de elever som hade en dålig familjeekonomi att de var utsatta för alla typer av våld och multiutsatthet (utsatt för tre eller fler former av våld) i betydligt större utsträckning än de med god ekonomi. I kartläggningen framkom också att elever födda utanför Norden var utsatta för alla former av våld utom sexuella övergrepp i högre grad. Detta kan förklaras av att de flesta utrikesfödda som invandrat eller flytt till Sverige kommer ifrån länder där aga fortfarande är tillåtet och är en norm. En del kommer från kulturer med patriarkala strukturer och hedersnormer som handlar

om att kontrollera flickors och kvinnors sexualitet. I en tidigare kartläggning om våld framkom att de barn som inte hade möjlighet att själva välja sin framtida partner var utsatta för alla former av våld i betydligt högre utsträckning än de som fick välja sin framtida partner och 46 procent var multiutsatta (Bengtsson, Landberg & Jernbro 2021).

Viktiga riskfaktorer på individnivå är risker som kan hänföras till föräldrar. Det handlar framförallt om psykisk sjukdom och missbruk. Barn som har föräldrar med alkohol- och drogproblem är utsatta för alla former av våld; fysiskt och psykiskt våld, försummelse, sexuella övergrepp och att barnet upplevt våld mellan vuxna i familjen, i betydligt högre utsträckning än barn till föräldrar som inte har den problematiken. De är även mer utsatta för allvarligt och systematiskt våld samt multiutsatthet (Jernbro, Tindberg och Janson, 2022).

En riskfaktor för våld som kan hänföras till barnet är funktionsnedsättningar. Tidigare nationella och internationella studier visar att barn med funktionsnedsättning löper två till fem gånger högre risk att utsättas för olika typer av våld (Jernbro, Landberg & Thulin 2023, Svedin, Jonsson & Landberg, 2016; Jones et al., 2012).

Yngre barn är mer utsatta för fysisk misshandel och försummelse och är dessutom mer sårbara än äldre barn. Kön har också betydelse. Betydligt fler flickor än pojkar är utsatta för sexuella övergrepp. Internationell forskning visar att pojkar är mer utsatta för fysisk misshandel i hemmet. I de svenska kartläggningarna uppger dock något fler flickor än pojkar att de varit utsatta för fysiskt våld där en förälder är förövare. De rapporterar förutom mer sexuellt våld en högre grad av psykiskt våld och att de upplevt våld mellan vuxna i familjen än pojkar (Jernbro, Landberg & Thulin 2023).

Våld mot barn kan förebyggas

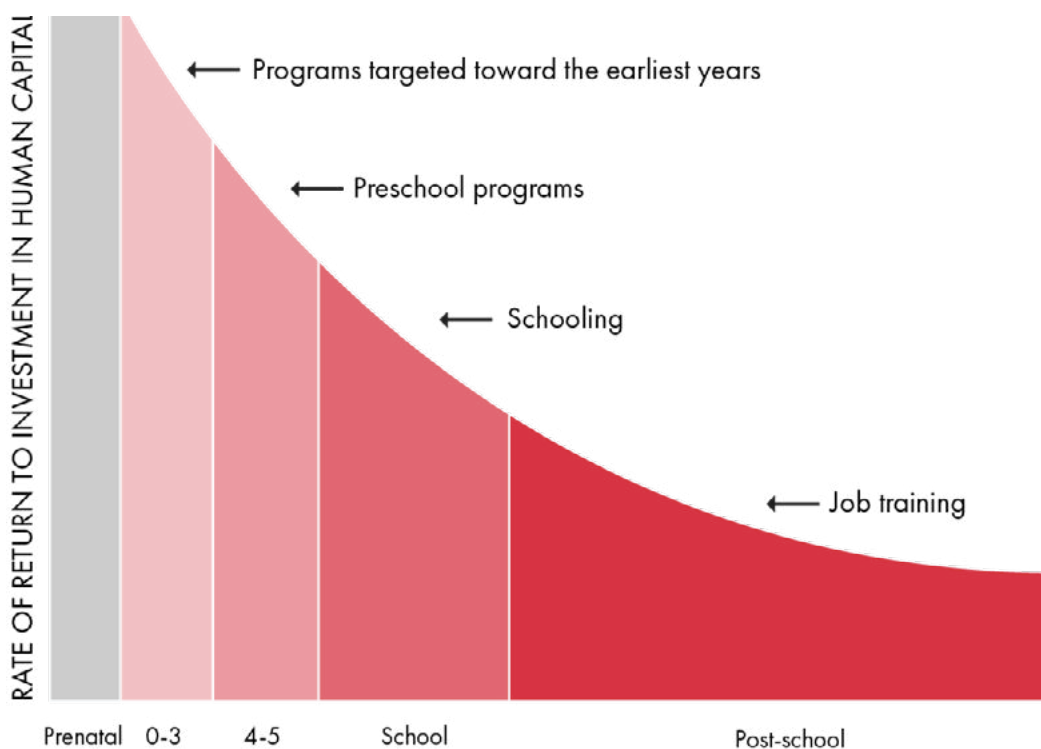
Det är viktigt att poängtera att våld mot barn kan och ska förebyggas. I barnkonventionens artikel 19 framkommer tydligt att staterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att skydda barn från våld och övergrepp. I Agenda 2030 mål 16.2 står det att övergrepp, utnyttjande, människohandel och alla former av våld eller tortyr mot barn ska elimineras.

Att förebygga våld mot barn innebär ett långsiktigt arbete på flera nivåer och med många aktiva aktörer. Generella insatser (primärprevention) är viktiga då de riktar sig till hela befolkningen eller stora grupper av människor. Enligt preventionsparadoxen (Rose 1981) uppnås den största förebyggande effekten om insatserna riktas till hela eller stora delar av befolkningen och inte endast till högriskgrupperna. Exempel på primärprevention i sammanhanget är den så kallade ”anti-agalagen” och att barnkonventionen nu är lag som har betydelse för våra värderingar och normer när det gäller barns rättigheter till en god uppväxt fri från våld. Föräldraskapsstöd och hembesök är viktiga generella insatser inom barnhälsovården för att stärka föräldraförmågan (WHO 2016). Föräldraskapsstöd under hela barnets uppväxt är av betydelse då barnets olika utvecklingsstadier innebär olika utmaningar.

Selektiva insatser (sekundärprevention) riktar sig till riskgrupper. Det handlar om att tidigt förebygga riskfaktorer för barnmisshandel såsom missbruk och psykisk sjukdom hos föräldrar. Att screena för dessa risker inom barnhälsovården och erbjuda relevant stöd till föräldrar som har problem kan på sikt förebygga potentiell barnmisshandel (se Barnsäkert). Selektiva insatser kan också innefatta riktat föräldraskapsstöd till föräldrar med barn med funktionsnedsättningar.

Indikerade insatser riktar sig till barn och familjer där det förekommit våld. Det handlar om att tidigt upptäcka våld samt att ge stöd och behandling åt offer och förövare. Att rutinmässigt fråga om våld inom barnhälsovården kan öka chansen att upptäcka pågående våld och att agera så att barnet och familjen får det stöd de behöver. För att professionella som möter barn i sin dagliga verksamhet ska ha möjlighet att upptäcka våld och göra något åt det behövs kunskap om våld mot barn, om risk- och skyddsfaktorer, tecken, bemötande och agerande.

Det ska också poängteras att hälsofrämjande och förebyggande arbete tidigt i barnets liv har störst effekt för barns välfärd och för samhällsekonomin. James Heckman, amerikansk professor i ekonomi och Nobelprisvinnare visar genom den så kallade Heckman-kurvan (figur 4) de ekonomiska fördelarna med hälsofrämjande och förebyggande satsningar på familjer och barn tidigt i deras liv (0-3 år). De professionella som möter så unga barn och deras föräldrar är framförallt barnhälsovården och förskolan. Det är därmed två arenor som ska satsas på när det gäller våldsförebyggande arbete.



Figur 4. Heckmans kurva som illustrerar de ekonomiska fördelarna med att investera tidigt i barns liv (Heckman 2008).



Hur kan vi stärka barns resiliens?

» Vad behöver barn för att växa, utvecklas och må bra?

STEVEN LUCAS, BARNHÄLSVÅRDSÖVERLÄKARE OCH DOCENT, UPPSALA UNIVERSITET

Barn har många behov som måste tillgodoses för att barnet ska kunna växa, utvecklas och må bra. Det handlar dels om fysiska förutsättningar, som mat, värme, kläder och ett tryggt hem, men minst lika viktigt är de psykiska och sociala förutsättningarna, som stimulans, utmaningar, känslomässig närhet och ett ömsesidigt samspel med viktiga vuxna. Barnet behöver bli och känna sig sedd. Olika barn har olika behov utifrån barnets inneboende egenskaper, och behoven ändras över tid, allteftersom barnet växer. Varje barn har således en unik sammansättning av behov som föräldrarna och andra vuxna kring barnet behöver ta hänsyn till.

Vad behöver barn för att växa, utvecklas och må bra?



De flesta barn i Sverige växer upp i en miljö som främjar deras hälsa och utveckling. De har föräldrar som kan uppfatta och förstå barnets behov och en förmåga att tillgodose behoven. Ändå lever många barn i en miljö som inte är hälsosam, där föräldrarnas resurser och förmågor inte räcker till, och där barnet upplever försummelse eller våld. Detta sker inte i ett vakuum, utan i en kontext där balansen mellan risk- och skyddsfaktorer rubbas på grund av försvärande omständigheter kring barnet och föräldrarna.

Hälsans bestämningsfaktorer

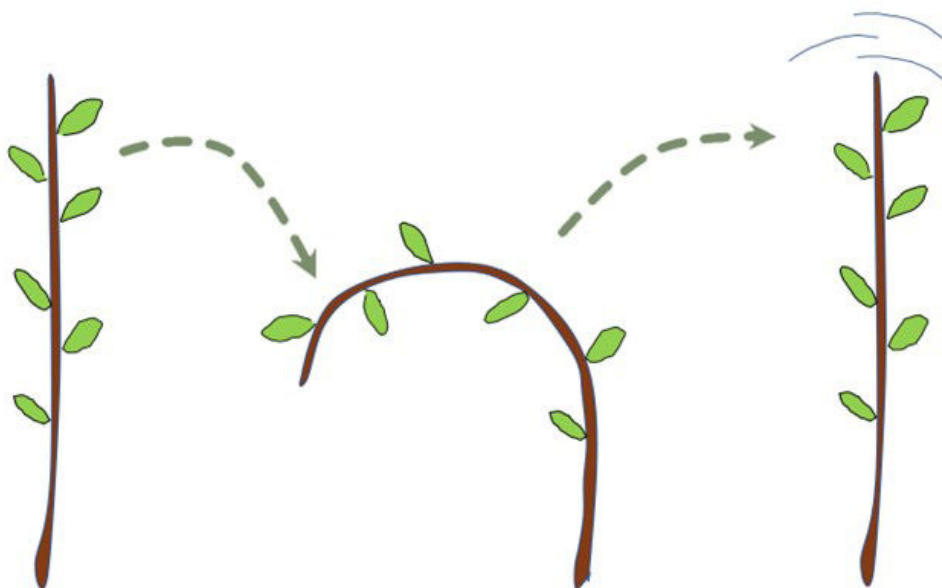
Miljön som barnet lever i präglas av en komplex sammansättning av faktorer hos barnet, föräldrarna och samhället runt omkring (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Dessa förutsättningar och interaktionerna mellan dem skapar det enskilda barnets livsvillkor. Hälsans bestämningsfaktorer finns således hos barnet själv och i de olika sfärerna som omger barnet – föräldrarna och familjen, andra närstående, nätverket kring familjen, förskola och skola, närsamhället, landet som barnet lever i och det globala samhället.

Hälsans bestämningsfaktorer innefattar både skyddsfaktorer och riskfaktorer som påverkar individens hälsa och utveckling. Skyddsfaktorer kan till exempel vara en stabil familjeekonomi, god fysisk och psykisk hälsa hos barnet och föräldrarna, och ett nätverk av närstående kring familjen. Riskfaktorer inkluderar bland annat en sårbarhet hos barnet eller föräldern, till exempel en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (ADHD), kognitiva problem, kronisk sjukdom eller föräldrars egna upplevelser av våld och försummelse under sin egen uppväxt. Sårbarhet hos barnet kan medföra ökade krav på föräldern, och därmed en ökad föräldrastress. Sårbarhet hos en förälder kan innebära att föräldern har svårt att uppfatta och reagera på barnets behov. När både barnet och en förälder har en eller flera typer av sårbarhet kan det innebära stora utmaningar och betydande risk att barnet påverkas negativt.

Andra faktorer som ökar risken att barn blir utsatta är bland annat fattigdom, psykisk ohälsa eller missbruk hos en förälder, betydande föräldrastress och våld mellan de vuxna i hemmet. Alla dessa kan påverka föräldraförmågan negativt och öka stressnivån i familjen. När föräldrarnas stressnivå stiger kan det utlösa otrygga eller utåtagerande beteenden hos barnet, och negativa spiraler kan uppstå där föräldrarnas stressnivå ökar ytterligare och skapar en grogrund för våld och försummelse när förmågan att hantera situationen överskrids.

Resiliens

Ordet resiliens betyder ”återfjädringsförmåga”, till exempel att en grön kvist som böjs fjädrar tillbaka till sitt ursprungsläge. I psykosociala sammanhang syftar resiliens på individens motståndskraft och förmåga att anpassa sig på ett ändamålsenligt sätt under svåra förhållanden, till exempel traumatiska händelser. Resiliens ökar således förutsättningarna för att personer som varit i utsatta situationer ändå klarar sig relativt väl och kan utvecklas i en positiv riktning.



Ett antal personliga egenskaper och faktorer i omgivningen har kopplats till individers resiliens, bland annat ett flexibelt och reflekterande förhållningssätt, en tro på att man kan klara av sina svårigheter, att berätta om sina problem för viktiga personer i sin omgivning och att ha nära kontakt med andra (Patterson, 1988). Många av faktorerna som bidrar till resiliens kan främjas genom stöd från närstående, det bredare personliga nätverket och professionella, exempelvis inom förskolan, skolan, barnhälsovården och socialtjänsten. Resiliens har således en dynamisk sammansättning och påverkas av individens förmågor och beteenden såväl som kontexten hen befinner sig i och kan förändras över tid (Titterton & Taylor, 2018).

Faktorer som främjar resiliens

Trygga anknytningsmönster

Känslomässig flexibilitet

Coping-mekanismer som är aktiva

God förmåga att lösa problem

En tro att man kan hantera sina känslor i svåra situationer

Att se sig själv som en överlevare, inte ett offer

God kommunikation med sin omgivning

Starkt personligt nätverk

Närande, trygga och stabila relationer med närstående

...

Man kan även tala om resiliens inom familjen. Familjers resiliens, det vill säga deras förmåga att klara av svåra situationer på ett hälsosamt sätt, ökar när det finns en god sammanhållning i familjen, när familjemedlemmarna har förmågan att använda aktiva coping-strategier och när föräldrar och barn kommunicerar på ett sätt som är tydligt, känslomässigt öppet och strävar efter gemensam problemlösning (Mackay, 2003). Det är också ingredienser som ingår i en god föräldraförmåga, det som engelska kallas "parenting skills". Genom att stödja föräldrar i att utveckla och använda strategier och förhållningssätt som skapar en tydlig och flexibel relation med barnet kan också familjens resiliens stärkas.

Vad behövs för att ge varje barn bästa möjliga uppväxt?

Varje barns unika kombination av egenskaper, beteenden och omgivande faktorer gör att det behövs olika recept för att säkerställa en uppväxtmiljö som ger de mest optimala förutsättningarna för en god och jämlik hälsa och utveckling. För att kunna tillgodose familjernas behov av stöd krävs ett heltäckande system som når ut till alla barn och deras föräldrar tidigt i barnets liv för att identifiera familjens behov och erbjuda rätt stöd i rätt tid på ett avvägt sätt (Carey et al., 2015). Sir Michael Marmot beskrev detta med begreppet ”proportionell universalism”; ett sådant system är både universellt, genom att det erbjuds till alla på lika villkor, och proportionellt, genom att individer och grupper med särskilda behov kan identifieras och erbjudas adekvata resurser utifrån sina behov (Marmot et al., 2008). För att erbjudandet ska kunna fungera i praktiken behöver det vara strukturerat och användas systematiskt av kunnig personal i ett tvärprofessionellt samarbete. Flera av samhällets stödjande funktioner inom hälso- och sjukvården, kommunerna och idéburna organisationer behöver samverka, och systemet måste vara ekonomiskt och organisatoriskt hållbart över tid.

Barnhälsovården som arena för att bemöta psykosociala problem

Barnhälsovården (BHV) i Sverige har varit en lagstadgad service för alla barn och deras föräldrar redan 1938. BHV bedrivs i alla län, vanligtvis inom primärvården, och baseras på en vägledning från Socialstyrelsen och ett nationellt barnhälsovårdsprogram som beskriver BHV:s målsättning, arbetssätt och innehåll (Socialstyrelsen, 2014; Rikshandboken barnhälsovård, 20). Genom sin universella närvaro och utbud når BHV nästan alla barn 0-5 år, och är därmed bland Sveriges största folkhälsoarenor.



Illustration: Sofia Lucas.

En central pelare i BHV-arbetet är det salutogena förhållningssättet (salus = hälsa, genesis = ursprung), där fokus i varje möte med barnet och föräldrarna ligger på ingredienserna i livet som främjar hälsa och förebygger ohälsa (Antonovsky, 1996). Ett annat viktigt fokus i det preventiva arbetet är att tidigt identifiera barn som riskerar få sämre hälsa eller utveckling på grund av fysiska eller psykiska problem eller negativa faktorer i uppväxtmiljön och erbjuda riktade åtgärder. Det kan till exempel handla om att barnet har problem med sin kommunikation och behöver bedömas hos en logoped eller att en förälder har problem med psykisk ohälsa och behöver en samtalskontakt.

BHV-programmet spänner över barnets första fem år och innefattar minst 17 besök med en specialistsjuksköterska (distriktssköterska eller barnsjuksköterska) varav fyra är teambesök där familjen träffar både sjuksköterska och läkare tillsammans. Familjen har oftast en mycket förtroendefull relation med ”sin” sjuksköterska och en god kontinuitet som innebär att sjuksköterskan har en god kännedom om barnet och familjen.

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att:

- Främja barns hälsa och utveckling.
- Förebygga ohälsa hos barn.
- Tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.



Illustration: Sofia Lucas.

Det nationella BHV-programmet innefattar tre nivåer av insatser som kan erbjudas till alla barn och familjer utifrån deras individuella behov. I största möjliga utsträckning ska arbetet inom BHV utgå från evidensbaserade metoder. Den universella nivån erbjuds till alla, och består bland annat av hälsosamtal, hälsoövervakning (vägning, mätning, m.m.), utvecklingsbedömning, vaccinationer och kartläggning av skydds- och riskfaktorer vid åldersbestämda besök. Den andra nivån innefattar ökade insatser från BHV-personalen, till exempel extra hembesök, stödsamtal eller uppföljande mottagningsbesök på BVC, eventuellt i samverkan med andra aktörer såsom psykolog, kurator eller läkare. Den tredje nivån beskriver insatser som ofta ges av en annan verksamhet eller kompetens, till exempel barnläkare, socialtjänst eller familjerådgivare, men som initieras av BHV.

BHV-personalen behöver verktyg för att identifiera barnets och familjens behov för att kunna erbjuda insatser i den andra och tredje kolumnen. Ett sådant verktyg är den screening för postpartum-depression hos den födande kvinnan som sker vid ett tillfälle när barnet är 6-8 veckor gammalt. För den icke-födande föräldern erbjuds ett enskilt samtal sedan 2018 i många sjukvårdsregioner. Men för övrigt finns inget strukturerat sätt inom det nationella BHV-programmet för personalen att identifiera psykosociala riskfaktorer i barnets hemmiljö och erbjuda hjälp till föräldrarna i ett tidigt stadium.

Hur kan vi hjälpa familjer att undvika detta?

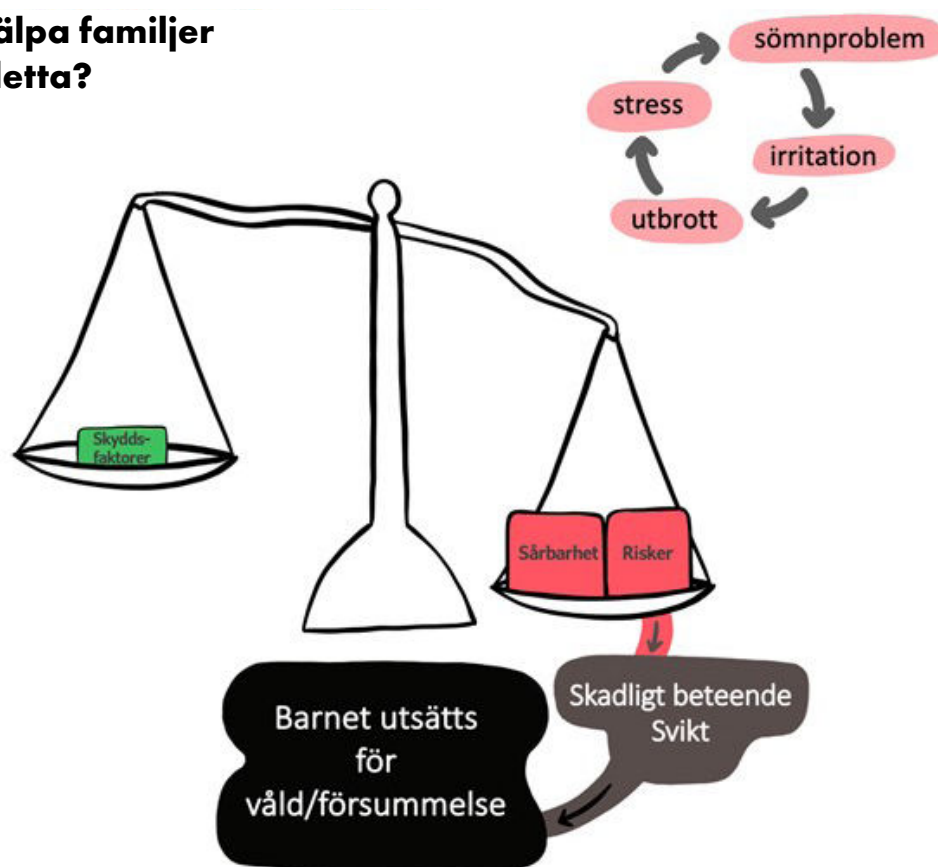


Illustration: Sofia Lucas.

Barnhälsovården i Sverige har således en utmärkt potential att kunna påverka barnets livsvillkor på ett positivt sätt. Vi kan stärka barns och föräldrars resiliens och förhindra att barn utsätts för våld och försummelse genom att erbjuda effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser till alla, och att identifiera barn som lever i riskmiljöer och erbjuda effektiva, riktade insatser till familjer med ökade behov (Roygardner et al., 2021). För att lyckas behöver vi samarbeta tvärprofessionellt med andra aktörer som stödjer barn och föräldrar, bland annat socialtjänsten, förskolan och skolan, budget- och skuldrådgivningen, familjerådgivningen och ideella organisationer, och alltid med barnet i centrum.

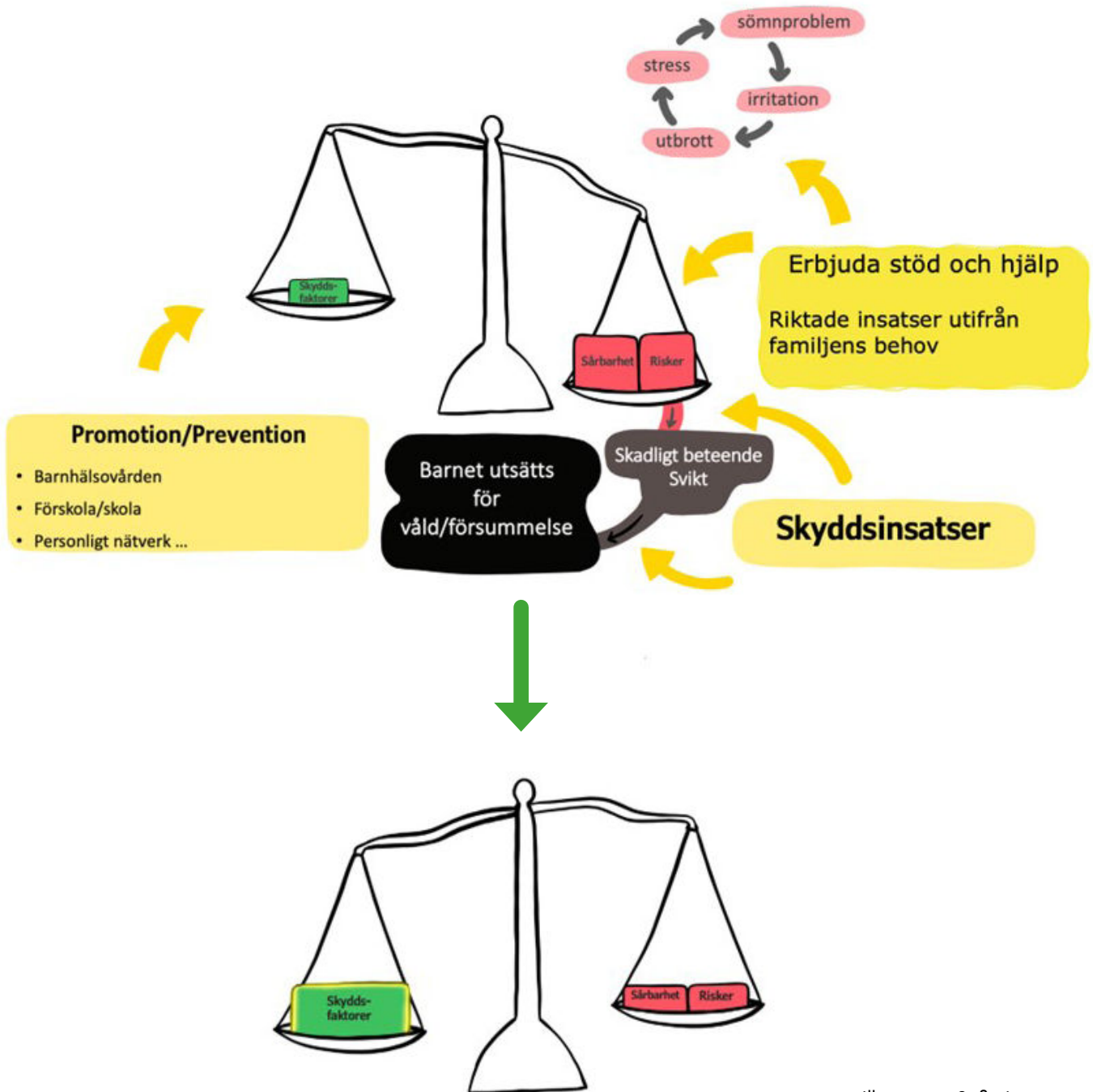


Illustration: Sofia Lucas.

Barnhälsovårdens nationella program

För alla	För alla vid behov	
I	II	III
<p>Hälsoövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillväxt • Allmän somatisk undersökning • Psykomotorisk utvecklingsbedömning • Språk/kontakt/kommunikation • Beteendebedömning • Samspel mellan barn och föräldrar • Relation med andra barn och vuxna • Psykiska och sociala familjeförhållanden <p>Hälsofrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spädbarnsvård • Amning, tillvänjning till annan kost • Kost • Tandhälsa • Fysisk aktivitet • Lek och Kultur • Barnsäkerhet • Förebygga skakvåld (abusive head trauma) • Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd) • Tobak • Alkohol/droger • Våld i nära relationer <p>Hälsofrämjande arbete (samspel och relationer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främja lyhört föräldraskap • Främja barnets utveckling, kompetens och delaktighet <p>Stöd i föräldraskapet (individuellt/grupp):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hembesök • Individuella samtal • Föräldragrupp • Teamarbete/Nätverk <p>Barnets/vårdnadshavarnas psykiska hälsobehov bedömda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Följa och uppmärksamma barnets psykiska hälsa • Följa och uppmärksamma föräldrars/partners psykiska hälsa <p>Ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mödrahälsovård och elevhälsa • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Socialtjänst • Familjerådgivning • Bibliotek • Övriga <p>Samverka med ovanstående</p> <p>Vaccinationer, D-droppar</p>	<p>Samtal, vägledning och insatser efter behov</p> <p>Uppföljning och insatser för barnet, som bestäms av kunskap som finns eller framkommer vid den universella hälsoövervakningen (barnets bakgrund, tidigare och nuvarande hälsotillstånd, livsvillkor m.m.)</p> <p>Fördjupad kartläggning av skydds- och riskfaktorer. Beakta särskilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Föräldraoro • Emotionella och psykologiska problem • Barn med misstänkt eller faktisk avvikelse avseende hälsa, utveckling, beteende och samspel • Barn med ökad risk för ohälsa. • Barn från andra länder <p>Vidare kartläggning och bedömning av barnets utveckling, fysiska och psykiska hälsa och sociala situation</p> <p>Hälsovägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökad föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvärprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykolog för barnhälsovården. • Mödrahälsovård och elevhälsa. • Socialtjänst • Sjuk- och tandvård • Öppen förskola • Barnomsorg • Övriga <p>Bedömning och vaccination av barn med ökad risk för smitta och/eller ofullständig vaccination</p> <p>Utökad D-vitamin substitution</p>	<p>Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, socialtjänst</p> <p>Insatser baseras på individuella bedömningar barnets/familjens behov</p> <p>Upprepade hembesök</p> <p>Täta kontakter med BVC</p> <p>Remiss till annan vårdgivare</p> <p>Nära samverkan med andra t.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnsjukvården • Övriga vårdgivare ex. barn/vuxenpsykiatri, habiliteringen • Spädbarnsverksamhet • Socialtjänsten • Migrationsverksamheter <p>Kontakt/anmälan till socialtjänsten</p> <p>Anmälan till Läkemedelsverket vid biverkan</p>



Exempel från fem projekt

- » Västra Götalandsregionen
- » Region Värmland och Region Örebro
- » Region Stockholm
- » Region Sörmland
- » Region Dalarna, Region Uppsala, Region Jönköpings län,
Region Gotland och Region Blekinge

Personalens erfarenhet av att ställa rutinmässiga frågor om våld på barnavårdscentraler (BVC)

CARINA ELIASON, OMRÅDESCHEF, KOMPETENSCENTRUM VÅLD I NÄRA RELATIONER

KARIN ÖRMON, FORSKNINGSLEDARE, KOMPETENSCENTRUM VÅLD I NÄRA RELATIONER

Introduktion

VKV är Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. VKV bildades 2009 och har ett politiskt uppdrag att skapa, samla och sprida kunskap om mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, sexuella övergrepp samt människohandel för sexuella ändamål. I alla uppdrag har VKV ett barnrättsperspektiv och uppmärksammar barnens situation och utsatthet. VKV bedriver inom samtliga uppdragsområden utbildning, metodutveckling, forskning och information. VKV:s målgrupp är all personal inom hälso- och sjukvården och tandvården som finansieras av Västra Götalandsregionen.

VKV och central barnhälsovård samarbetar när det gäller utbildning av nyanställda sjuksköterskor inom barnhälsovård. Alla nyanställda BVC-sjuksköterskor ska gå VKV:s basutbildning samt metodutbildning att ställa rutinmässigt frågor om våld. Målet är att säkerställa metoden samt stödja andra regioner inför implementering av att använda Frågor om våld (FOV). För att ställa rutinmässiga frågor om våld inom barnhälsovården ska alla BHV-sjuksköterskor ha gått basutbildning om våld och metodutbildning i att ställa rutinmässiga frågor om våld inom Barnhälsovården.

Sedan 2013 har Västra Götalandsregionens Kompetenscentrum om våld i nära relation (VKV) arbetat med att utveckla frågeformuläret FOV – Frågor om våld. Syftet har varit att utveckla ett frågeformulär som kan användas inom regionens hälso- och sjukvård och tandvård, för att rutinmässigt ställa frågor om våld till personer som söker hälso- och sjukvård samt tandvård. VKV har nu utvecklat formulär för olika ålders- och målgrupper och idag finns frågeformulär för barn från 4-års ålder, ungdomar samt vuxna. FOV finns även som frågeformulär med bildstöd som är framtaget för Habilitering och hälsas målgrupper.

FOV – för vuxna består av sju frågor. Frågorna 1–3 berör erfarenheter av psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld från en närstående person. Fråga 4 identifierar erfarenhet av våld från någon annan än en närstående. Fråga 5 identifierar om personen sett/hört en närstående bli utsatt för våld under uppväxten. Fråga 6 handlar om erfarenheter av att själv ha utsatt någon annan för våld. Fråga 7 handlar om personen bor eller har bott med barn under 18 år, och som har blivit utsatta för våld (Sanzén m.fl. 2020).

Frågeformuläret *FOV – frågor om våld* har använts i sin nuvarande design sedan 2019, och FOV – för vuxna är vetenskapligt validerat (Björk & Örmon 2022).

Nedan beskriver vi tre olika projekt där FOV – för vuxna använts av personal för att identifiera erfarenheter av våld i nära relationer bland vuxna som besökt barnhälsovården (BVC) i Västra Götalandsregionen; Christina projektet, Fråga på rutin projektet samt Rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar inom barnvårdscentral.

Christina-projektet

Christina-projektet var ett samverkans- och utvecklingsprojekt som bedrevs av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) i samarbete med Central Barnhälsovård, folktandvård samt socialtjänst i regionen, under åren 2013-2014. Projektet kom att omfatta sju pilotområden, fem i Göteborg och två i Borås. Christina-projektets syfte var att synliggöra och uppmärksamma barn som utsatts för våld, sexuella övergrepp, försummelse samt barn som bevittnat/upplevt våld nära relationer och att dessa barn får skydd, stöd och behandling. Inom projektets ram utarbetades rutiner för upptäckt, bemötande, anmälningsförfarande enligt socialtjänstlagen 14 kap. 1§ samt dokumentation. Syftet med projektet var även att utveckla en god och effektiv samverkansmodell mellan BVC, Folktandvården och socialtjänsten. Inom projektet utvecklades en metod att rutinmässigt ställa frågor om våld till de mammor som besökte projektets medverkande BVC-mottagningar. Projektet utvärderades 2015 och utvärderingen visade att framtagna rutiner, informationsmaterial samt metoden att ställa rutinmässiga frågor om våld föll ut väl. Utvärderingen visade att barnhälsovårdssjuksköterskornas upplevelse av att rutinmässigt ställa frågor om våld, enligt den metod som utarbetats och prövats, var positiv och metoden ansågs vara väl anpassad till verksamheten och uppdraget. Utvärderingens slutsats och förslag var att metoden skulle implementeras inom samtliga 204 BVC mottagningar i Västra Götalandsregionen (Enander, 2015).

Under åren 2015 till 2016 implementerades metoden att rutinmässigt ställa frågor om våld inom BVC-mottagningarna i Västra Götalandsregionen. Sedan 2017 ställer samtliga BVC-mottagningar i Västra Götalandsregionen rutinmässigt frågor om våld till de mammor som besöker mottagningarna.

Fråga på rutin-projektet

Under våren 2013 påbörjades VKV projektet Fråga på rutin, med antagandet att vårdcentraler är en viktig del för en effektiv sjukskrivningsprocess och att dessa verksamheter är en bra arena för att fånga upp våldsutsatta patienter. Övriga verksamheter, det vill säga BVC, rehabiliteringsmottagningar och tvärprofessionella bedömningsteam samt en barnrehabiliteringsmottagning visade också intresse för projektet och inkluderades i ett senare skede. I projektet ingick 13 barnvårdscentraler, tre rehabiliteringsmottagningar för vuxna, två tvärprofessionella bedömningsteam, 13 vårdcentraler (VC) och en rehabiliteringsmottagning för barn. Syftet med projektet var

att synliggöra och uppmärksamma målgruppen vuxna och barn som utsatts för våld, vuxna som utövat våld samt barn som bevittnat/upplevt våld. Syftet var vidare att öka kunskap och kompetens inom de ingående verksamheterna och därigenom utveckla stöd och rutiner som ökar möjligheter för verksamheterna att identifiera barn och vuxna inom våldsområdet och ge skydd, stöd och behandling. Under ett tidigare VKV-projekt, Christina-projektet, hade frågeinstrumentet PVAS (Partner Violence Abuse Screening) använts, vilket innehåller fyra övergripande frågor om våldsutsatthet. Projektgruppen ville dock använda ett frågeformulär med mer specifika frågor, vilket var anledning till att ett nytt frågeformulär togs fram, FOV – Frågor om våld.

Frågeformuläret FOV – Frågor om våld togs fram inom ramen för Fråga på rutinprojektet. Utvärderingen av projektet visade att flertalet fokusgruppsdeltagare uttryckte att frågeformuläret FOV utgjorde ett bra stöd för att på ett systematiskt sätt ställa rutinmässiga frågor om våld, istället för att ställa frågor på indikation. Frågeformuläret hade för många gjort frågandet enklare. Det avdramatiserade frågor om våld eftersom personalen kunde informera om att dessa frågor ställer vi till alla, formuläret gav personalen helt enkelt alibi för att fråga. Fokusgruppsdeltagarna menade att de aldrig skulle fått reda på att patienten hade erfarenhet av våld, om de bara ställt en allmän fråga. FOV upplevdes som en bra ingång i samtalet för att ge information till patienter om vad våld är samt om de samband som finns mellan våldsutsatthet och ohälsa (Wendt och Svensson 2018).

Rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar inom barnvårdscentral

Projektet att ställa rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar inom BVC pågick under 2020-2021. Projektet genomfördes på tre barnvårdscentraler i Skaraborg och syftet med projektet var att implementera rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar genom användandet av FOV – för vuxen. Frågorna ställdes vid enskilt samtal när barnet var tre månader. Efter implementeringen utvärderades projektet. Syftet med utvärderingen var bland annat att undersöka barnhälsovårdssjuksköterskornas (BHV) erfarenhet och upplevelse av att ställa rutinmässiga frågor om våld (Brännvall 2022).

Tio BHV-sjuksköterskor deltog under våren 2021 i fokusgruppsintervjuer. Fokus var BHV-sjuksköterskornas upplevelser av att ställa rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar.

Resultatet visar att det våld som pappor/ icke födande föräldrar berättar om är det våld de erfarit i barndom och under sin uppväxt. Förövaren har framförallt varit föräldrar och syskon, men även mobbning av skolkamrater har förekommit. Pappor/icke födande förälder berättar enligt BHV sjuksköterskorna sällan om våld de själva utövat. Resultatet visar dock att BHV sjuksköterskorna fått vetskap om våld i relationen efter att paret separerat. (Brännvall 2020).

Resultatet av Brännvalls (2020) utvärdering visar även att papporna/icke födande föräldrar inte alltid beskriver sina våldserfarenheter som våld, utan beskriver det som föräldrars metoder för uppfostran, del av vardagen eller som en konsekvens av att leva med en förälder med psykisk sjukdom. BHV sjuksköterskorna anser att det är viktigt att fråga pappor/icke födande föräldrar om våld samt att det får en närmare relation efter det enskilda besöket. Några aspekter som lyfts upp av personalen är att det ska vara jämställt och att båda föräldrarna ska tillfrågas om erfarenhet av våld samt att barnet ska skyddas från våld.

Sammanfattning

FOV – Frågor om våld är ett frågeformulär som utvecklats i samråd med hälso- och sjukvård samt använts i kliniskt arbete i en variation av vårdkontexter, där barnhälsovården är en kontext. Frågeformuläret har även validerats vetenskapligt. Sammantaget är FOV – Frågor om våld tillförlitligt och därmed användbart för att identifiera våldsutsatthet.

Att inom barnhälsovården i Landstinget Värmland och Region Örebro län fråga om våld i nära relationer

CRISTINA GILLÅ, VERKSAMHETSUTVECKLARE

MARIA STARK, VÅRDUTVECKLARE

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem som får konsekvenser för folkhälsan. Våldet är alltid en kränkning av mänskliga rättigheter, både för den som direkt utsatts, men också för de eventuella barn som bevittnar sådant våld. Med denna bakgrund kan antas att tidig upptäckt av våld i nära relation kan utgöra en skyddande faktor för både kvinnor och barn och att BVC skulle kunna vara en arena där frågor om våld skulle kunna ställas.

Bakgrund

På Barnrättsdagarna i Örebro 2013 lyssnade verksamhetsutvecklarna för barnhälsovården vid Landstinget Värmland respektive Region Örebro län på en föreläsning om barn som bevittnar våld i nära relation. Inom barnhälsovården i Värmland fanns då redan planer på att initiera ett arbete för att förebygga våld i familjen. Skulle ett sådant arbete kunna innebära att man rutinmässigt ställde en fråga om våld i nära relation inom barnhälsovårdens verksamhet? Inför en sådan rutin var det viktigt att undersöka om personal, och de som får frågan (i detta fall mammor) upplevde det som meningsfullt.

På barnmorskemottagningarna inom Örebro och Värmlands län har man ställt frågan om våld i mer än 15 år, nationell forskning saknades om det skulle vara till nytta att följa upp frågan inom barnhälsovården.

Med detta som utgångspunkt väcktes tanken att i ett pilotprojekt och i samverkan mellan Landstinget Värmland, Region Örebro län samt universiteten i de bägge länen, ta reda på om det skulle upplevas som positivt att rutinmässigt ställa frågan till alla nyblivna mammor.

Rikshandboken för barnhälsovård understryker vikten av att uppmärksamma barn i familjer med våld i nära relationer utifrån ett riskperspektiv. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården är skyldiga att ställa frågan om våld på indikation. På en direkt fråga till BHV-sjuksköterskor visar det sig att det är få eller ingen som gjort det. Barnhälsovården träffar alla familjer med barn upp till sex år och lämpar sig därför väl för att för sprida generell kunskap kring våld i nära relationer och för att tidigt identifiera

och initiera åtgärder vid upptäckt av våld i nära relation i småbarnsfamiljer. Beroende på att kvinnan vid olika tidpunkter kan vara mer eller mindre benägen att ta sig ur en våldsamt relation kan det ha betydelse att frågan upprepas. Det kan därför vara aktuellt att ställa frågan om våld på BVC, även om den ställts av barnmorskan på barnmorskemottagningen under graviditeten.

En projektgrupp bildades som kom att bestå av sju personer som representerade Karlstads och Örebro universitet samt barnhälsovårdsenheterna i Landstinget i Värmland och Region Örebro län.

Följande professioner var representerade: forskare, mödra- och barnhälsovårdspsykologer samt verksamhetsutvecklare för barnhälsovården.

Syfte

Projektet hade flera syften:

- Att inom organisationen pröva möjligheten att ställa frågor om utsatthet för våld i nära relation till nyblivna mammor.
- Kartlägga förekomst av våldsutsatthet bland mammor.
- Utvärdera mammors uppfattning om hur det var att vid ett besök i barnhälsovården bli tillfrågad om våldsutsatthet i sin nära relation.
- Analysera BHV-sköterskornas erfarenhet av att ställa frågor till mammor.

Det ansågs vara viktigt att frågan skulle ställas vid ett ordinarie besök. I projektet valdes åttamånadersbesöket då sjuksköterskorna enligt det nationella programmet för barnhälsovården bland annat informerar om risker i barnets uppväxtmiljö.

Genomförande

Sammanlagt 13 BHV-sjuksköterskor från tolv BVC rekryterades från de båda länen. Fyra av dessa barnvårdscentraler ingick som del i en familjecentral. Barnunderlaget varierade från 35 till 362 nyfödda barn per år per BVC. BHV-sjuksköterskorna som deltog hade arbetat på BVC mellan 2–13 år. Alla var specialistsjuksköterskor; tre var barnsjuksköterskor och tio var distriktssköterskor. De inkluderade BVC representerade olika sociodemografiska områden och kan ses som representera ett genomsnitt av de båda länen där projektet genomfördes.

Projektet inleddes med en utbildningsintervention för de berörda BHV-sjuksköterskorna som innehöll två föreläsningar; en om anknytning, psykisk hälsa och utveckling och erfarenheter av att prata om våld inom hälso- och sjukvård samt en om vad våld i föräldrarnas parrelation innebär för barnen.

De båda psykologerna som ingick i projektgruppen arbetade fram en utbildning i studiecirkel-form som de genomförde med sjuksköterskorna i respektive län under

projektets gång. Bland annat användes material framtaget av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK 2011). Omfattningen av studiecirkeln var fyra tillfällen à 2,5 timme, för varje grupp.

Syftet med studiecirkeln var att fördjupa BHV-sjuksköterskornas kunskaper om riskfaktorer och våldets konsekvenser för alla inblandade.

Särskilt fokus lades på barnets utsatthet och konsekvenser för föräldrarollen. Det var viktigt att öka förståelsen för hur sammansatt och mångfacetterad problematiken är, både hos mannen som våldsutövare och hos kvinnan som offer. Inom ramen för studiecirkeln fick också BHV-sjuksköterskorna information om de rutiner som fanns i händelse av att de skulle identifiera någon mamma som var utsatt för våld i nära relation. Under projektets gång fick sjuksköterskorna regelbunden konsultation med psykologer inom barnhälsovården, där våld i nära relation specifikt gavs utrymme för diskussion.

Under projektiden var det sammanlagt 198 mammor som svarade på frågan om våld i nära relation med hjälp av formulär.

Två formulär användes, först fick mamman fylla i "Våld i Familjen" (ViF). ViF är en vidareutveckling från formuläret Partner Violence Screening, (PVS, Feldhaus m.fl. 1997). Det innehåller 3–5 frågor om våld i familjen.

Om ViF-V indikerade att mamman utsatts för våld eller känt otrygghet i sin nära relation så gick sjuksköterskan vidare och erbjöd ytterligare ett frågeformulär, CTS-kort, för att få ett bättre underlag att bedöma fortsatt handläggning. CTS-kort (CTS-k) är kortversionen av The Revised Conflict Tactics Scale (se bilaga). Formuläret omfattar 10 frågor som beskriver vad, i det här fallet mamman utsatts för och om barnet då varit närvarande.

Uppföljning

För att samla in mammornas erfarenheter av att på BVC besvara frågor om våld i nära relationer inom barnhälsovården så tillfrågades de inkluderade mammorna om de som ett andra steg i projektet kunde tänka sig att bli uppringda för en kort telefonintervju cirka en vecka efter det aktuella BVC-besöket. Mammorna fick svara på frågor, varav de flesta hade en öppen struktur som möjliggjorde för mammorna att kortfattat men fritt berätta om sin upplevelse. Andra frågor hade fasta svarsalternativ.

Efter forskningsprojektets avslut intervjuades samtliga BHV-sjuksköterskor individuellt kring deras upplevelse av att ställa frågan om "våld i nära relation" och om utbildningsinterventionen.

Resultat

Här presenteras först hur vanligt det var att mammorna rapporterade att de utsatts för våld i nära relation, därefter vad de tyckte och tänkte om att ha tillfrågats om det. Avslutningsvis presenteras BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av att ha frågat nyblivna mammor om utsatthet för våld i nära relation.

På frågan ”Har du blivit slagen, sparkad, eller på annat sätt skadad av någon?” I ViFV-formuläret svarade 32 av de 198 deltagande mammorna att de hade blivit utsatta för våld från en partner.

Av dessa hade 27 utsatts för mer än tre år sedan, fem för ett till tre år sedan och en mamma under det senaste året.

Alla mammor, utom tre rapporterade att de utsatts av en före detta partner, det vill säga inte den biologiska pappan till det nyfödda barnet. En mamma beskrev att hon var otrygg med sitt barns pappa, och två mammor kände sig fortfarande otrygga i förhållande till en tidigare partner.

De flesta av de intervjuade mammorna uppskattade att ha blivit tillfrågade av BHV-sjuksköterskan om huruvida de hade utsatts för våld från en partner och beskrev sin erfarenhet som mycket positiv eller positiv. Några få var tveksamma till om BVC var rätt plats att ställa frågan på, men inte helt negativa, några beskrev erfarenheten som neutral.

Mammorna som var positiva till att bli tillfrågade beskrev det som relevant och naturligt att på BVC ta upp våld i nära relation och rapporterade att de kände sig trygga med att tala om våld där.

Några av de tvivlande mammorna förklarade att det var lite deprimerande att påminnas om att vissa barn utsätts för risker på grund av våldsamma föräldrar, och vissa var ovana att tillfrågas om sådana privata angelägenheter. Dock uppgav de allra flesta att ingenting i de frågor de svarat på var skrämmande, medan ett fåtal beskrev initiala känslor av att bli negativt bedömd eller betraktad med misstankar.

Åsikterna varierade om det bästa sättet att utforma frågor om våld i nära relation. Majoriteten var positiva till ViF-V-formuläret, som de beskrev som lätt att förstå och som tog rimlig tid i anspråk. CTS-k-formuläret, som endast gavs till de mammor som i ViF-V-formuläret uppgivit att de utsatts för våld i nära relation, var inte så uppskattat.

En del mammor skulle föredra att tillfrågas när barnet var yngre. Några av dessa mammor föreslog att samtalet om våld i nära relation skulle kunna genomföras vid samma tillfälle som de besvarade frågor om postnatal depression, EPDS, när barnet var ungefär 2 månader gammalt. Vid den tidpunkten var mammorna ensamma med BHV-sjuksköterskan.

Flera mammor föreslog också att pappor skulle tillfrågas om våld i nära relation, eftersom män också kan utsättas och uppgav att pappor också behöver information om våldets inverkan på barns hälsa och utveckling. Enligt mammorna är en förutsättning för att införa frågor om våld i nära relation inom barnhälsovården att det görs rutinmässigt, för att undvika stigmatisering.

Två ytterligare krav var avskildhet och tillräcklig tid för samtalet.

Sjuksköterskorna på BVC var generellt positiva till att använda strukturerade frågeformulär för att ta upp ämnet våld i nära relation. De var bekanta med denna metodik från rutinen att ställa frågor om postnatal depression.

ViF-V-formuläret visade sig vara lätt och relevant att använda, de övergripande kommentarerna om CTS-k var mer negativa. Formuläret upplevdes som komplicerat att besvara, och frågorna och svarsalternativen ansågs vara alltför detaljerade.

Alla BHV-sjuksköterskorna som deltog i projektet ansåg att det var viktigt att inom barnhälsovården BHV fråga om våld i nära relation. Även om de fann ett lågt utfall av pågående våld i nära relation under projektet pekade de på den pedagogiska poängen med att fråga. Genom att fråga hade de angett att BVC var en plats som mammor kunde vända sig till om de skulle utsättas för våld i nära relation.

BHV-sjuksköterskorna uppskattade också att inom projektet få tillfråga alla mammor, inte bara dem de misstänkte kunde ha utsatts.

De flesta BHV-sjuksköterskor tyckte att det var för sent att fråga om våld i nära relation vid 8-månadersbesöket.

Sammanfattningsvis visar resultaten av projektet att rutinfrågor om utsatthet för våld i nära relation är väl accepterat av de flesta mammor som går på BVC.

Även BHV-sjuksköterskorna var positiva till att fråga om våld, under förutsättning att ämnet tas upp vid ett tillfälle då mammans partner inte är närvarande och att de själva känner sig trygga i sin roll och med att ta upp frågan. Genom att börja fråga visar man också att det på samhällsnivå inte är acceptabelt med våld i nära relationer, man gör ämnet ”pratbart”.

Spillover-effekter

BHV-sjuksköterskorna rapporterade också att projektet hade fått spillover-effekter på personlig, professionell och organisatorisk nivå. De beskrev att projektet hade gjort dem mer medvetna om förekomsten av våld i nära relation, och att våld i nära relation kan vara orsaken till en del av sådana hälsoproblem som de tidigare uppmärksammat hos barn och mammor på BVC, men som de då inte hade satt i samband med våldsutsatthet.

Implementering

Breddinförande startade i Värmland 2018 och i Örebro län 2019. I samband med det utbildades alla BHV-sjuksköterskor. Grunden i denna utbildning handlar om normaliseringsprocessen (d.v.s. kvinnans anpassning till mannens kontroll av henne, vilket leder till att våldet till slut nästan känns normalt), uppbrottsprocessen och våldets konsekvenser för barnet och familjen. Denna utbildning upprepas årligen för nyanställda.

Psykologerna fick ett särskilt uppdrag att följa upp insatsen vid konsultationen. Formuläret fylls nu i vid 6-8 veckorsbesöket i samband med EPDS-screening. Detta utifrån att några av mammorna i studien påpekade att det var mer lämpligt att få frågan när de var ensamma med BHV sjuksköterskan. Annars skulle man inte ha någon möjlighet att svara ärligt på frågan.

För att alla vårdnadshavare skall få information om hur våldet påverkar barn lämnas en broschyr ut vid första besöket/hembesöket, "Barn har rätt till en uppväxt utan våld". Broschyren är översatt till flera språk.

I pilotprojektet angav 70 % av mammorna att de inte fått frågan under graviditeten. Under 2020/2021 började barnmorskorna i båda länen använda samma formulär som man använder på BVC. Frågan ställs i och med det strukturerat vid två tillfällen, under graviditet och när barnet är fött.

Tankar framåt

Utsatthet för våld kan få konsekvenser under barnets hela uppväxt och fortsatta liv. Kunskapen och förståelsen för effekterna av våldsutsatthet ökade i och med implementering av metoden.

Den nya lagen om barnfridsbrott, 1 juli 2021, innebär att det är straffbart att utsätta barn att bevittna brott i nära relation. Ett barn som bevittnar våld blir nu målsägande och har då rätt till målsägandebiträde och skadestånd.

Planering framåt är att de vårdnadshavare som inte varit gravida skall ges möjlighet att fylla i formuläret om våld i samband med det enskilda föräldrasamtalet vid 3-5 månader och att frågan skall upprepas vid flera tillfällen under BVC-tiden.

För dig som önskar fördjupad information om projektet finns följande rapport:

Örebro universitet (2018). *Att inom Barnhälsovården i Landstinget Värmland och Region Örebro län fråga om våld i nära relationer*. Working Papers and Reports Social work 12. <https://www.oru.se/globalassets/oru-sv/forskning/forskningsamnen/jps/socialt-arbete/gilla-lind-lindgren-fandriks-kallstrom-anderzen-carlsson--almqvist-2018-att-inom-barnhalsovarden-fraga-om-vald-i-nara-relationer-wprsw.pdf>

» Region Stockholm

Hur kan barnhälsovården identifiera och bemöta våld i nära relationer – utveckling och genomförande i Stockholms län

LENE LINDBERG, LEG. PSYKOLOG & DOCENT

ANNA FRÖJLINGER, LEG. SJUKSKÖTERSKA & VÅRDUTVECKLARE

MALIN BERGSTRÖM, LEG. PSYKOLOG & DOCENT

Våld i nära relationer kan drabba barn på många olika sätt. Barn kan exponeras för vuxnas våld i familjen eller själva utsättas för olika former av våld. Oavsett om våld i nära relationer drabbar barnet direkt eller indirekt tycks konsekvenser på kort och lång sikt vara desamma. Forskningen har också visat att föräldrars tidigare erfarenhet av våld, som barn eller vuxna, har konsekvenser för deras föräldraförmåga vilket ger effekter på barnens utveckling och hälsa. Andelen barn som drabbas av våld i nära relationer varierar stort mellan olika studier i och utanför Sverige. Brottsförebyggande rådet uppskattar att elva procent av alla barn i Sverige växer upp med våld i nära relationer. Barnhälsovården (BHV) träffar så gott som alla barn i åldrarna 0-6 år och har därför en unik möjlighet att upptäcka barn som är utsatta för våld. Statistik från BHV i region Stockholms visar att trots skyldighet att anmäla så är det endast några promille av barn inom BHV som anmäls till socialtjänsten. Forskning saknas om våld i nära relationer bäst upptäcks genom att fråga vid misstanke eller att frågor ställs rutinmässigt till alla som har kontakt med hälso- och sjukvården. Syftet med den utvärdering som presenteras här var att utveckla kunskap om ett rutinmässigt förfarande med att ställa frågor om våld inom BHV kan leda till ökad upptäckt och insatser jämfört med att fråga vid misstanke. Vidare beskrivs hur erfarenheterna från utvärderingen har implementerats inom BHV i region Stockholm.

Pilotprojekt

Initialt utvecklade och prövade sex Barnhälsovårds (BHV)-sjuksköterskor rutiner för arbetet med att identifiera våld i nära relationer. Föräldrar informerades om hur barn påverkas av att växa upp med våld i nära relationer vid hembesök i nyföddhetsperioden, frågor om tidigare och pågående våld ställdes muntligt till mammor vid BVC-besök när barnet var 6-8 veckor gammalt plus att ämnet diskuterades med föräldrar vid en gruppträff. Sjuksköterskornas dokumentation vid hembesök, BVC-besök och gruppträffar visade att det var praktiskt möjligt att informera och ställa frågor om våld i nära relationer. För att prata om våld i föräldragrupp framkom att mer kompetens behövs för att hantera dynamik och processer i grupp. Några föräldrar tog redan vid hembesöket upp att de själva hade varit utsatta för våld under sin uppväxt. Vid besöket på BVC uppgav cirka 20 procent av mammorna att de varit utsatta för våld som barn,

eller i en tidigare relation, eller i nuvarande relation innan barnets födelse alternativt att konflikter, bråk och gräl förekom med den andra föräldern vid tiden för besöket.

Resultat

Intervjuer gjordes med föräldrar som hade fått information om våld i nära relationer vid hembesök, eller fått frågor om våld på BVC alternativt diskuterat våld i nära relationer på en gruppträff. Flertalet intervjuade föräldrar kom ihåg att våld i nära relationer hade tagits upp på hembesöket och ingen förälder tyckte att det var negativt. De flesta mammor som hade frågor om våld vid besök på BVC tyckte att det var bra att frågorna ställdes och att frågor om våld bör ställas vid flera tillfällen till alla föräldrar. Några mammor gav mer neutrala svar som att det inte var något konstigt eller speciellt att få frågor om våld, ingen ansåg att det var olämpligt att frågorna ställdes på BVC. De fåtal föräldrar som intervjuades om att diskutera våld i nära relationer på en gruppträff tyckte att det var bra att ämnet togs upp.

En randomiserad kontrollerad studie

Efter pilotprojektet genomfördes en studie där en grupp sjuksköterskor inom BHV randomiserades till att rutinmässigt ställa muntliga frågor om våld¹ till mamman när barnet var 6–8 veckor (rutingrupp – 32 sjuksköterskor på 10 BVC) medan en andra grupp sjuksköterskor randomiserades till att ställa frågor vid misstanke baserat på riskfaktorer utifrån evidens (indikationsgrupp – 25 sjuksköterskor på 5 BVC). I båda grupperna informerades föräldrar om barns rätt att växa upp utan våld vid hembesök under barnets första månad. Dessa sjuksköterskor erhöll utbildning som omfattade 2,5 dagar och handledning vid fem tillfällen för att identifiera och planera för insatser för berörda familjer vid förekomst av våld under projektiden som var sex månader och inkluderade nyfödda barn. En tredje grupp sjuksköterskor randomiserades till att arbeta enligt sedvanlig rutin (jämförelsegrupp – 28 sjuksköterskor på 7 BVC). Före randomisering, efter utbildning och vid projektets slut mättes kunskap, attityder och det praktiska arbetet gällande våld i nära relationer genom enkäter till samtliga 85 sjuksköterskor i de tre grupperna. De åtgärder som genomfördes av de två grupper sjuksköterskor som identifierat våld dokumenterades fortlöpande under projektiden som var sex månader.

Resultat

Utbildning och handledning tycktes bidra till ökad kunskap om våld i nära relationer och en förändring i det praktiska arbetet. I gruppen som ställde frågor rutinmässigt framkom en förändring i att informera och samtala om våld i nära relationer, i att ställa frågor om våld och att göra orosanmälan till socialtjänsten för alla barn som far illa i åldrarna 0–6 år. I indikationsgruppen skedde en förändring av det praktiska arbetet vad gäller att informera och samtala om våld.

1. Frågorna som ställdes var:

- Har du någon gång i ditt liv blivit utsatt för våld eller hot av någon person som står dig nära? Som vuxen eller som barn?
- Är du för närvarande rädd för din partner eller någon annan närstående person?
- Är ditt/dina barn utsatt(a) på något sätt?

Förekomst av tidigare eller pågående våld identifierades för 21 procent av tillfrågade mammor vid 6–8 veckors besöket i rutingruppen och för fem procent av tillfrågade föräldrar i indikationsgruppen. Ett viktigt resultat var att rutinmässiga frågor vid 6–8 veckors-besöket på BVC identifierade framför allt tidigare våldserfarenheter, medan frågor vid misstanke främst identifierade pågående våld. Ett mindre antal föräldrar tog upp erfarenheter av våld när sjuksköterskorna informerade om våld i nära relationer vid hembesöken, 2,5 procent i rutingruppen och 1,5 procent i indikationsgruppen.

Vid en mindre andel av hembesöken, cirka fyra procent, informerade inte sjuksköterskan om våld i nära relationer. Det kunde bero på att föräldrarna var upptagna med sin sociala situation, alternativt sin egen eller barnets hälsa. Andra skäl var språksvårigheter, för många närvarande eller att sjuksköterskan glömde bort att ta upp informationen. De flesta sjuksköterskor upplevde att det kändes enkelt och naturligt att informera och samtala om våld i nära relationer vid hembesöken. I början fanns noteringar om att det kändes ovant och svårt att hitta formuleringar. Det kunde upplevas som svårt att informera när det var en rörig situation vid hembesöket eller om sjuksköterskan uppfattade att familjen var skör, det fanns ohälsa eller praktiska problem med barnet.

I rutingruppen fick cirka fem procent av mammorna inte frågor om våld i nära relationer vid 6–8 veckors-besöket. Ett vanligt skäl var att sjuksköterskorna glömde bort att ställa frågorna, ett annat skäl var tidsbrist eller att andra familjemedlemmar var närvarande. I både rutin- och indikationsgruppen upplevde sjuksköterskorna att det gick bra och kändes naturligt att ställa frågorna. Det kunde kännas svårt när sjuksköterskorna fick ett jakande svar, eller inte var beredda på svaret.

Den vanligaste insatsen vid upptäckt av tidigare och pågående våld var att sjuksköterskan samtalande med föräldrarna om hur det påverkade deras föräldraförmåga. Vid upptäckt av pågående våld gjordes orosanmälan till socialtjänsten i knappt en tredjedel av fallen.

Slutsatser

En slutsats är att både rutinmässiga frågor och frågor på indikation behöver ställas för att upptäcka våld i nära relationer inom barnhälsovården. Resultaten visar att båda sätten att ställa frågor behövs för att upptäcka tidigare erfarenheter av våld och pågående våld. Ökad kunskap och förändringar i det praktiska arbetet i båda interventionsgrupperna byggde på att sjuksköterskorna fick både utbildning och handledning. I det fortsatta arbetet behövs det klargöras hur utbildning respektive handledning på bästa sätt bidrar i arbetet med att identifiera och ge stöd vid våld i nära relationer. Evidensbaserade indikationer för våld i nära relationer kan förtydligas vad gäller hur viktig varje enskild indikation är. I utvecklingen av arbetet med våld i nära relationer inom vårt projekt kan vi framför allt se resultat för att identifiera våld i nära relationer men utbildning och handledning tycks inte ha bidragit till insatser såsom orosanmälan. Det blir därför viktigt i det fortsatta arbetet att ge sjuksköterskorna stöd i att vidta åtgärder. Slutligen är det av vikt att arbeta med hur frågor om våld kan ställas till alla föräldrar oavsett kön och oavsett om det är offer eller förövare för pågående eller tidigare våld.

Införande av arbetssätt att rutinmässigt informera och ställa frågor om våldsutsatthet till föräldrar på BVC i Stockholms län

Med utgångspunkt i ovanstående studie påbörjade Barnhälsovårdsenheten i region Stockholm under 2020 införandet av ett nytt arbetssätt. Detta innebär rutinmässiga samtal och frågor om våldsutsatthet till föräldrar på BVC. Arbetssättet består av tre steg. Det första steget innebär att sjuksköterskan samtalar med föräldrar om våld mot barn vid det första hembesöket. Då definierar sjuksköterskan vad våld mot barn är, hur det påverkar barn och att alla barn har rätt till en uppväxt fri från våld.

I steg två ställer sjuksköterskan strukturerade frågor om våldsutsatthet till alla föräldrar i samband med de enskilda föräldrasamtalen. Frågorna är desamma som de som användes i studien ovan. De ställs till mamman vid EPDS-samtalet när barnet är 6–8 veckor och till pappan/den icke-födande föräldern vid det enskilda föräldrasamtalet vid 3-5 månader. I studien tillfrågades enbart mammor om våldsutsatthet, men sedan dess har enskilda föräldrasamtal med pappa/icke-födande förälder införts på BVC vilket ger oss möjlighet att ställa frågor till alla föräldrar.

Det tredje steget innebär att sjuksköterskan ställer frågor vid misstanke om att våld förekommer i familjen.

Samtliga BVC i Region Stockholm har erbjudits utbildning och handledning i metoden. Implementeringen sker successivt och utvärderas löpande dels för att följa hur arbetet förändras på BVC genom utbildning och handledning dels för att identifiera behov av extra stöd och utbildning.

Stödmaterial

Som ett första steg i implementeringsarbetet tog barnhälsovårdsenheten fram ett stödmaterial för BHV-sjuksköterskorna att använda i samtalen med föräldrar. I studien uppgav sjuksköterskorna att skriftliga rutiner kring arbetssätt och informationsmaterial att lämna till föräldrar underlättade. Det stödmaterial vi tagit fram består av samtalsguide, föräldrabroschyr och affischer.

Samtalsguiden tar upp vad våld mot barn är enligt FN:s barnrättskommittés definition, hur barn påverkas av att växa upp i en hemmiljö där våld och bråk förekommer samt hur man som sjuksköterska kan gå till väga för att erbjuda familjer stöd om våldsutsatthet fångas upp. Samtalsguiden ger också sjuksköterskan konkreta förslag på ingångar till samtal om våld och formuleringar att använda sig av.

Föräldrabroschyren definierar vad våld mot barn är, konsekvenser för barn samt information om var man kan vända sig för stöd och hjälp. Broschyren lämnas vid det första hembesöket och vid behov i samband med att frågor om våld ställts.

Föräldrabroschyren är ett dubbelsidigt A4-ark och finns översatt till engelska.

Affischerna kan sättas upp i väntrum och andra utrymmen på BVC för att signalera till föräldrar att BVC är en plats där man kan ta upp frågor om våld och bråk.

Utbildning och handledning

Samtliga BVC i region Stockholm har under 2020–22 erbjudits en halv dags utbildning och därefter handledning av psykolog vid två tillfällen i små grupper. Totalt har 111 av 116 BVC deltagit hittills och anmälan har skett på frivillig väg. Samtliga sjuksköterskor på en BVC har gått utbildningen tillsammans för att kunna ha gemensam handledning och stötta varandra i det nya arbetssättet. Införandet har skett under pandemin och därför har utbildning och handledning genomförts digitalt. I utbildningen har föreläsarna bland annat gått igenom metoden, hur våld påverkar barns hälsa och utveckling och psykologiska processer som påverkar våldsutsatta i nära relation. I handledningen har sjuksköterskorna fått stöd kring metoden och har både kunnat ta upp enskilda fall och generella funderingar.

Utvärdering

Samtliga sjuksköterskor som deltagit i utbildningen har besvarat fyra enkäter vid olika tidpunkter: inför utbildningen, direkt efter utbildningen, efter handledningen och efter sex månader. Syftet med uppföljningen är dels att studera om BVC-arbetet förändras genom utbildning och handledning dels att identifiera behov av extra stöd och utbildning. Insamlingen av enkätsvar beräknas vara färdig under hösten 2022. Därefter ska en sammanställning och analys av svaren genomföras.

» Region Sörmland

Samtal om våld med alla föräldrar - en pilotstudie inom barnhälsovården i Region Sörmland

JENNIE NIMBORG, VÅRDUTVECKLARE, BARNHÄLSOVÅRDEN SÖRMLAND

Ett globalt hälsoproblem

Våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem. Begreppet Våld i nära relation innefattar alla former av beteenden i nära förhållanden som innebär fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp och/eller kränkningar. Våldet kan förekomma mot barn och mot vuxna (WHO 2006) (Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S 2009).

Många studier har visat att barn som utsätts för våld i nära relationer generellt har en sämre psykisk och fysisk hälsa och utveckling än andra barn (Gartland D, Conway LJ, Giallo R, et al. 2021) (Miller-Graff LE, Cater AK, Howell KH, Graham-Bermann SA 2015) (Holt S, Buckley H, Whelan S. 2008).

En stor del av våld mot barn kan förhindras och förebyggas. För att våld mot barn ska kunna uppmärksammas och leda till tidiga insatser behöver alla som arbetar med barn ha kunskap om riskfaktorer och tidiga tecken på våld hos barn (WHO 2014) (Jernbro, Janson 2017).

Barnhälsovårdens betydelse

Ett grundläggande uppdrag för barnhälsovården är att främja barns hälsa och utveckling samt att erbjuda föräldrar stöd i sitt föräldraskap. Utgångspunkten är generella insatser som når alla barn och deras föräldrar (Socialstyrelsen 2014). Barnhälsovården är därmed viktig i det preventiva arbetet för att minska riskerna för att barn ska fara illa. Detta kan ske genom tidig identifiering av problem i familjen, föräldraskapsstöd samt andra insatser för att öka föräldrars förståelse för barns behov och utveckling, exempelvis genom samverkan med andra aktörer såsom socialtjänst och föräldra- och barnhälsovårds (FBHV)-psykolog.

Samtal med föräldrar om erfarenheter och upplevelser av våld i nära relationer är viktigt för att kunna synliggöra det egna och nya barnets situation. Få barn och mödrar berättar spontant om sin våldsutsatthet (Ramsden, & Bonner 2002). Däremot är det känt att både föräldrar och sjuksköterskor uppskattar ett arbetssätt där frågor om våld ställs. Vidare beskriver personal inom barnhälsovården ett värde av att både mammor som pappor får information och möjlighet att samtala om våld (Almqvist, Källström, Appell & Anderzen-Carlsson 2018) (Anderzen-Carlsson, Gillå, Lind, Almqvist, Lindgren Fändriks & Källström 2018).

Pilotprojekt

Barnhälsovården har tidigare saknat metoder för att strukturerat samtala och fråga föräldrar om våldsutsatthet utifrån ett barnperspektiv. Mot bakgrund av detta genomförde Barnhälsovården i Sörmland under 2018–19 pilotprojektet Samtal om våld till alla föräldrar inom barnhälsovården.

Syftet med projektet var att utveckla och utvärdera ett arbetssätt utifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammets och Rikshandbokens modell med en tredelning, där barnhälsovårds (BHV)-sjuksköterskor rutinmässigt informerar och samtalar om våld med alla - såväl mammor som pappor/partners. Efter projektet undersöktes i vilken utsträckning samtalen om våld hade genomförts och vilka faktorer som påverkat genomförandet. De deltagande BHV- sjuksköterskornas uppfattningar av det nya arbetssättet belystes också (Nimborg, Lindskog, Nordgren & Annerbäck 2022).

Fem av länets barnavårdscentraler (BVC) och totalt 20 BHV-sjuksköterskor deltog i projektet, som inleddes med två gemensamma utbildningsdagar. Teman i utbildningen var kort- och långsiktiga konsekvenser av våldsutsatthet samt kunskap om hälsofrämjande samtal om våld. Vidare utbildades i att hålla enskilda föräldrasamtal med fokus på psykisk hälsa och erfarenheter av våld. Socialtjänsten deltog och informerade om anmälningsskyldigheten vid kännedom om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa samt rutiner för samverkan. Dessa var viktiga aspekter för såväl projektledning som deltagande personal innan projektet startade. Projektet genomfördes även i nära samverkan med regionens FBHV-psykologer.

Under projekttiden har BHV-sjuksköterskorna haft tillgång till en manual med metod och rutiner för arbetssättet. Här ingick ett flödesschema som tydligt beskrev de åtgärder som skulle initieras vid utfall i samtalet om våld. Vidare fanns hela tiden möjlighet till konsultation med FBHV-psykologer och stöd från projektledarna.

Samtal och frågor om våld utifrån det nationella barnhälsovårdsprogrammets tredelning:

Universellt, till alla	Till alla utifrån behov 1	Till alla utifrån behov 2
Hälsosamtal (nyfödd) Samtal om förekomst av våld och hur barn påverkas av våld i nära relation Enskilt föräldrasamtal för respektive förälder Samtal och frågeformulär	Uppföljande samtal inom barnhälsovården Samverkan/hänvisning <ul style="list-style-type: none">• FBHV-psykolog• Socialtjänsten/familjevägledare• Kurator/psykolog på vårdcentralen	Anmälan till socialtjänst <ul style="list-style-type: none">• Direktkontakt utifrån behov med Socialtjänst/Barnahus• Skriftlig orosanmälan

Enskilda föräldrasamtal

Samtalen om våld med barnets föräldrar skedde vid tre ordinarie besök inom barnhälsovårds-programmet. Vid hembesöket under nyföddhetsperioden (medianålder 9 dagar) hölls ett hälsofrämjande samtal om våld, där konsekvenser för barns hälsa och utveckling vid utsatthet för våld togs upp. I samtalet kunde personalen hämta stöd i boken *Leva med barn*, material från 1177 samt broschyren *Barns rätt till en uppväxt fri från våld*. Vid de enskilda föräldrasamtalen, som hölls med mamma (medianålder 6 veckor) och med pappa/partner (medianålder 4 månader) användes ett frivilligt frågeformulär till föräldern om egna erfarenheter av våld och barnets eventuella utsatthet. Formuläret används sedan tidigare i Region Stockholm och finns översatt till fyra språk.

Totalt deltog föräldrar till 475 barn i pilotprojektet och i en stor andel av familjerna (94 %) erhöll en eller båda föräldrarna samtal om våld. Av de föräldrar som deltog vid enskilt samtal fick 92 procent av mammorna och 94 procent av papporna samtal och frågor om våld.

Från osäkerhet till professionell utveckling

Att rutinmässigt samtala och informera om våld var nytt för BHV-sjuksköterskorna i pilotprojektet. För många innebar det en osäkerhet inför att bryta tabun och gå över gränsen till det privata. Flera BHV-sjuksköterskor beskrev att det i början funnits ett obehag att fråga om föräldrarnas erfarenheter av våld, men att det blev lättare efterhand. Särskilt hade man oroat sig för föräldrarnas reaktion när frågan om våldserfarenhet ställdes. En BHV- sjuksköterska beskrev det som att efter att ha ”...fått en mängd olika svar så är man inte lika rädd”. BHV-sjuksköterskorna beskrev också hur de upplevt en professionell utveckling genom de enskilda samtalen med barnets båda föräldrar. Det hade dock varit viktigt att hitta sätt att hantera de reaktioner som kunde komma från föräldrarna och att utveckla ett anpassat förhållningssätt i linje med projektets manual.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att användning av frågeformuläret om våld gav tyngd till samtalet. De uppfattade att när föräldrarna läste frågorna ledde det till eftertanke och reflektion. En förälder hade sagt att ”när man läser frågorna tänker man till mer”. Personalen uppskattade att frågorna ställdes på rutin. Både därför att BHV-sjuksköterskan kände sig tryggare i att inte peka ut någon enskild och för att föräldrarna upplevde detsamma. En sjuksköterska sa att ”I början var det väldigt stolpigt, men jag kunde stärka mig själv med att denna fråga ställs till alla”. BHV-sjuksköterskorna upplevde även att de enskilda samtalen blev mer fördjupande och personliga när frågor om våld ställdes. Vidare att föräldrar uppskattade samtalen och frågorna.

Deltagande föräldrar i de olika samtalen om våld

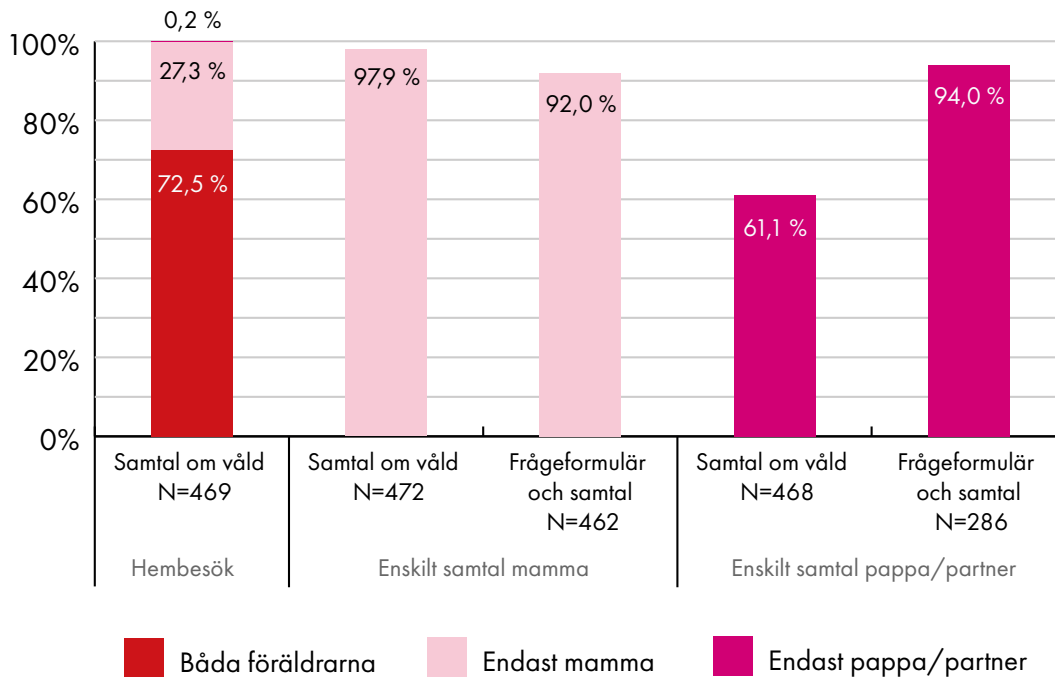


Diagram 1. Deltagande föräldrar i de olika samtalen om våld i Region Sörmland 2018-2019.

Att lära känna pappan

Pilotstudien visade att det är fullt möjligt att, under samtal med båda föräldrarna, samtala och fråga om våld i samband med ett samtal om psykisk hälsa och eventuell nedstämdhet. Av de föräldrar som erhöll frågor om nedstämdheter, erhöll i princip alla (98 %) även frågor om våld.

Pappor/partner som hade deltagit vid hembesöket i nyföddhetsperioden erhöll enskilt samtal om våld i högre utsträckning än pappor/partner som inte varit med vid hembesöket. En sjuksköterska beskrev att det var positivt om båda föräldrarna varit med vid hembesöket för "...då har båda två fått höra". En annan lärdom var att flexibilitet med tider för pappa/partner-samtalet många gånger var avgörande för deras möjlighet att delta. Att bjuda in och samtala med pappa om psykisk hälsa och våld var något nytt som uppskattades. En BHV-sjuksköterska beskrev att "Tidigare kändes det konstigt att exkludera papporna. Nu förmedlas att de också blivit sedda". En annan BHV-sjuksköterska sa att "Det är flera pappor som sagt - att vad bra att ni frågar oss". Att prata enskilt med pappa/partner om svåra ämnen och erfarenheter gav också BHV-sjuksköterskan en mer komplett förståelse för barnets hela familjesituation.

Skäl till att samtal om våld inte kunnat genomföras var ”praktiska orsaker” som arbete eller att pappa/partner vistades utomlands, att sjuksköterskan ”aldrig träffat pappa/partner eller att de hade ”erbjudits samtal men tackat nej”. En annan utmaning var att pappa/partner med utländsk bakgrund deltog vid det enskilda samtalet i lägre utsträckning än pappa/partner med svensk bakgrund.

Vart tionde barn

Någon form av åtgärd vidtogs efter samtalet om våld i knappt var tionde familj (8 %). Det kunde vara uppföljning inom barnhälsovården, hänvisning till vårdcentral/familjecentral eller hänvisning till extern aktör. Under projekttiden sågs en ökning av andel barn som fick en orosanmälan till socialtjänsten på grund av att de befann sig i en utsatt situation. BHV-sjuksköterskorna beskrev vikten av att agera utifrån barnet bästa, samtidigt som det ibland var svårt att veta vilket stöd som barn och föräldrar kunde erbjudas av andra aktörer.

Sammantaget beskrev BHV-sjuksköterskorna de enskilda föräldrasamtalen om våld som mycket betydelsefulla i sitt arbete. Den trygghet och kunskap inom området som man fått genom projektet upplevdes viktiga för samtalens kvalitet. Att föräldrar hade uppskattat samtalen hade varit särskilt motiverande i processen.

Implementering av arbetssättet

Att samtala om våld med alla föräldrar breddinfördes i barnhälsovården i Sörmland 2021. I praktiken kopplades det till införandet av det enskilda samtalet med pappa/partner. Under november 2020 erbjöds alla medarbetare i barnhälsovården en heldags utbildning om kort- och långsiktiga konsekvenser av våldsutsatthet samt hälsofrämjande samtal om våld, liksom kunskap om den specifika samtalsmetoden.

Utbildningen finns efter införandet med i Barnhälsovården Sörmlands introduktionsutbildning som årligen erbjuds alla nya medarbetare inom barnhälsovården. Barnhälsovården Sörmland följer årligen indikatorer för barns hälsa och tillgång till barnhälsovård. Under 2021, som var införandeåret, erhöll 85 procent av mammor i Sörmland EPDS-frågor om nedstämdhet och 59 procent frågor om våld. Pappor/partners nåddes i lägre utsträckning. Whooley-frågor om nedstämdhet besvarades av 26 procent medan 23 procent erhöll frågor om våld. En stor spridning sågs över länet. För närvarande pågår det fortsatta implementeringsarbetet parallellt med vidmakthållande av arbetssättet där man är i gång. Här är aktiv uppföljning genom konsultationsgrupper med regionens FBHV-psykologer en viktig del liksom stödinsatser av den centrala barnhälsovårdsenheten. Allt med målet att kunna erbjuda barn och föräldrar en jämlik barnhälsovård.

Sammanfattning

Genom att ge föräldrar stöd och kunskap om våldsutsatthet och konsekvenser av detsamma kan BHV-personalen bidra till att främja barnets rätt till en god hälsa och utveckling redan på ett tidigt stadium.

Pilotprojektet i Sörmland belyser möjligheten och vikten av att inom barnhälsovården använda en metod för samtal om våld. Den här beskrivna samtalsmetoden genomfördes i hög utsträckning och deltagande BHV-sjuksköterskor upplevde samtalen som betydelsefulla. Utbildning, stöd från kollegor, möjlighet till konsultation samt att frågorna ställts på rutin till alla föräldrar var framgångsfaktorer i genomförandet. Ett strukturerat arbetssätt för att samtala om våld med alla skapar förutsättningar för en mer jämlik barnhälsovård. Vidare kan rutinmässiga samtal om våld möjliggöra att frågorna kan ställas på indikation vid behov.

Att tidigt uppmärksamma våldsutsatthet är till gagn för både barns och föräldrars hälsa. Nya studier behövs som beskriver föräldrars upplevelse av samtal om våld för att öka förståelsen och behovet av dessa samtal. Likaså behöver tillgången till stödjande insatser till såväl utsatta barn som deras föräldrar följas och säkras.

» **Region Dalarna, Region Uppsala, Region Jönköpings län,
Region Gotland & Region Blekinge**

BarnSäkert – ett strukturerat arbetssätt för att identifiera psykosociala riskfaktorer och erbjuda rätt stöd i rätt tid

REGION UPPSALA:

STEVEN LUCAS, PROJEKTLEDARE & BARNHÄLSOVÅRDSÖVERLÄKARE
MARIA ENGSTRÖM, BITR. PROJEKTLEDARE & VÅRDUTVECKLARE

REGION DALARNA:

KRISTIN LINDBLOM, BARNHÄLSOVÅRDSÖVERLÄKARE
ANNA BERG, PROJEKTKOORDINATOR & VÅRDUTVECKLARE
INGA-LILL HELLSING, PROJEKTKOORDINATOR & BHV-SJUKSKÖTERSKA
ÅSA FORSBERG, BARNHÄLSOVÅRDSÖVERLÄKARE

REGION GOTLAND:

ANNA LEVIN, BARNHÄLSOVÅRDSÖVERLÄKARE

REGION JÖNKÖPING:

CARIN OLDIN, BARNHÄLSOVÅRDSÖVERLÄKARE
MARIE GOLSÄTER, VÅRDUTVECKLARE

REGION BLEKINGE:

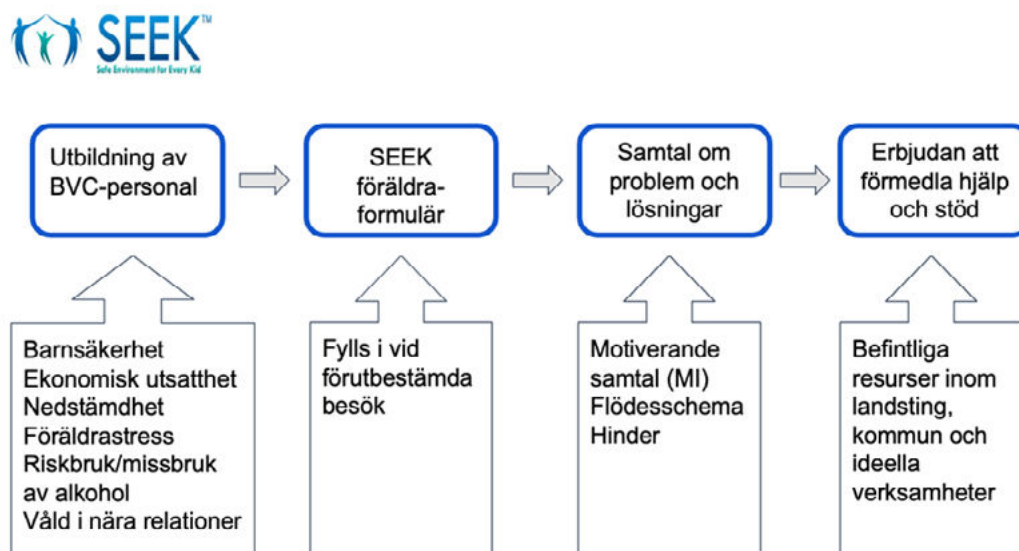
LINDA HÅKANSSON, VÅRDUTVECKLARE



Det är väl känt att barn som lever i familjer där det förekommer ekonomisk oro, psykisk ohälsa, extrem stress, missbruk/riskbruk av alkohol eller våld i nära relationer löper större risk att utsättas för våld och försummelse, som kan leda till fysisk och psykisk ohälsa både under barndomen och senare i livet.

Barnhälsovårdens (BHV) uppdrag är att främja barns hälsa och förebygga ohälsa. I dagsläget saknar BHV strukturerade arbetssätt för att identifiera de flesta psykosociala riskfaktorerna. Eftersom BHV träffar i stort sett alla barn och deras föräldrar är det ett utmärkt forum för att tidigt identifiera barn som lever i en riskmiljö och erbjuda familjen hjälp och stöd.

Safe Environment for Every Kid (SEEK) är en arbetsmodell med syfte att upptäcka psykosociala riskfaktorer i små barns uppväxtmiljö som är kopplade till att barn kan fara illa och erbjuda hjälp till åtgärd.



Figur 5. Arbetsmodellen Safe Environment for Every Kid (SEEK).

Modellen innebär att alla föräldrar som kommer till BHV vid sex ordinarie besök (6-8 veckor, 4-6 månader, 8-10 månader, 18 månader, 2,5 år och 4 år) erbjuds ett program för att identifiera ovan nämnda riskfaktorer och erbjuda föräldrarna rätt stöd och hjälp utifrån behov och önskemål.

Forskningsstudien BarnSäkert startade 2017 och är ett samarbete mellan BHV i Region Dalarna och Uppsala universitet. Den klusterrandomiserade kontrollstudien avslutades i mars 2020 efter en två år lång intervention där hälften av barnvårdscentralerna (BVC) arbetade enligt SEEK-modellen och hälften arbetade enligt nuvarande rutiner.

Åren 2020-2021 har fler regioner i Sverige infört BarnSäkert som arbetssätt, antingen som projekt eller i det ordinarie arbetet inom BHV. I flera av dessa regioner har tillägget gjorts att BHV också har ett nära samarbete med socialtjänstens förebyggande verksamhet. När SEEK-modellen och samtalet vid ordinarie besök inom BHV identifierar familjer med behov av särskilt stöd kan sjuksköterskan och familjebehandlare erbjuda gemensamma hembesök för att bättre kartlägga familjens behov.

I dagsläget ingår SEEK-modellen i ordinarie verksamhet i Region Dalarna, Region Gotland, Region Uppsala och Region Jönköping. Ett utvidgat pilotprojekt pågår i Region Blekinge med planerad breddimplementering under 2022-2023. Region Gävleborg, Region Västernorrland och Region Jämtland-Härjedalen startar piloter under 2022.

Resultat presenteras här från BarnSäkert-studien i Dalarna, och för respektive region ges en kort beskrivning av hur arbetet med modellen har fungerat i deras sammanhang. Fokus läggs på både kvantitativa och kvalitativa aspekter av föräldrarnas, sjuksköterskornas och familjebehandlarnas upplevelser och bilden som skapas av skydds- och riskfaktorer i barnets psykosociala miljö.

Vill du veta mer om BarnSäkert kan du ladda ner rapporten "BarnSäkert – slutrapport från forskningsstudien och blickar framåt" från www.allmannabarnhuset.se

Region Dalarna

Slutsatser från intervjuer och enkätundersökningar med BHV-sjuksköterskor

Före start och i samband med avslutet av den tvååriga interventionen i Region Dalarna genomfördes fokusgruppsintervjuer och enkätundersökningar bland BHV-sjuksköterskorna i länet. Det framgick av båda studierna att BHV-sjuksköterskorna har stor erfarenhet av att hantera psykosociala riskfaktorer hos familjerna de möter, men att användningen av SEEK-modellen stärkte deras kunskap, kompetens och känsla av trygghet i att identifiera och tillgodose behoven hos familjer med sådana problem. Att använda SEEK-modellen verkar ha minskat klyftan mellan sjuksköterskornas uppfattning att det är både viktigt och lämpligt att ta itu med psykosociala riskfaktorer inom BHV och deras tidigare begränsade förmåga att göra det.

Förekomst av psykosociala riskfaktorer

Under interventionen inkom 8 239 formulär från föräldrar som besökte SEEK-BVC, varav 7 666 var på svenska. 72 procent av dessa besvarades av en kvinna. Resultat visar att psykosociala problem var vanliga bland dessa föräldrar, drygt 50 procent uppgav minst en riskfaktor. Män uppgav problem i nästan samma utsträckning som kvinnor. Andelen föräldrar som uppgav ekonomisk oro, nedstämdhet, föräldrastress eller riskbruk av alkohol minskade successivt under interventionsperioden på ett statistiskt signifikant sätt.

Utfall (svenska)	Kvinnor %	Män %	Totalt %
Barnsäkerhet	15	13	14
Ekonomisk oro	15	15	15
Nedstämdhet	31	28	30
Föräldrastress	19	15	18
Riskbruk/missbruk av alkohol	4	6	5
Våld i nära relationer	12	6	10
Något problem	53	49	51

Region Uppsala

År 2020 påbörjades arbetet enligt BarnSäkert med tillägg av ett strukturerat samarbete med socialtjänstens öppna verksamhet. Införande startade successivt vid åtta BVC i fyra av länets åtta kommuner. Under året inhämtades sammanlagt 2 360 föräldraformulär från 1 785 mödrar och 575 fäder vid ordinarie besök på BVC. Hos knappt hälften av föräldrarna förekom någon av de efterfrågade riskfaktorerna.

Andel (procent) kvinnor och män som uppgav respektive riskfaktor	Kvinnor	Män
Oro för ekonomin	15 %	12 %
Symtom på nedstämdhet	27 %	23 %
Extrem stress	19 %	12 %
Riskbruk eller missbruk av alkohol	4 %	6 %
Tidigare eller nuvarande våld från partner	10 %	5 %
Något av dessa problem	45 %	37 %

Väsentligen alla föräldrar som uppgav någon riskfaktor erbjöds insatser i form av bl.a. stödsamtal från BVC, remiss till psykolog, eller hänvisning till socialtjänstens Råd och stöd eller familjerådgivningen.

Andel (procent) föräldrar som erbjöds insatser i samband med SEEK-besök på BVC	Andel*	Antal
Samtal med sjuksköterskan under BVC-besöket eller återbesök till BVC	42 %	955
Remiss till psykolog eller samtalskontakt	7 %	156
Hänvisning till familjerådgivning	1 %	25
Hänvisning till socialtjänstens Råd och stöd	6 %	139
Hembesök	4 %	91
Remiss till rökavvänjning	3 %	76
Någon insats	55 %	1247

Genomförandet av arbetssättet har bidragit till ett unikt samarbete mellan sjuksköterskorna inom barnhälsovården och familjebehandlarna inom socialtjänstens Råd och stöd. Alla som arbetar med familjerna inom ramarna för BarnSäkert-2 har deltagit på samma utbildningsdagar och kunde redan då börja planera för hur de skulle lägga upp gemensamma hembesök och tider för diskussion och konsultation. Vid två uppföljande inspirationsdagar, som har skett digitalt på grund av pandemin, har både familje-behandlare och sjuksköterskor uttryckt att samarbetet har fördjupat och underlättat deras professionella arbete med familjerna. Sjuksköterskorna har berättat att arbetssättet ofta bidrar till att föräldrar berättar om problem som de aldrig tidigare hade pratat om, och att föräldrarna har upplevt att de fått ett påtagligt stöd. Familjebehandlarna berättar att de får träffa en ny grupp som tidigare inte har kommit till socialtjänsten, familjer som har behov av stöd i ett relativt tidigt skede, innan problemen har vuxit sig så pass stora att myndighetssidan har behövt agera. På så sätt har de kunnat arbeta preventivt med familjerna för att förbättra deras livsvillkor.

I juni 2021 beslutade Vårdstyrelsen att BarnSäkert skulle ingå i Region Uppsalas barnhälsovårdsprogram, med fullskalig implementering under 2022 vid alla länets BVC.

Region Gotland

Det finns nationellt ett beslut om att Barnhälsovården på ett strukturerat sätt ska fråga efter våld i nära relation. Olika utvecklingsprojekt har pågått runt om i landet för detta, men ännu finns inget sagt om en enhetlig metod. Vi har från CBHV-enheten på Gotland följt dessa utvecklingsprojekt och särskilt fastnat för modellen med SEEK/Barnsäkert, på grund av både dess breda uppfångande av psykosociala riskfaktorer, och med anledning av hur den modellen återkommer under barnets BHV-tid i flera olika åldrar.

CBHV-enheten har haft nära kontakt med ansvariga för BarnSäkert-studien. BHV-överläkare och MBHV-psykolog deltog i januari 2020 på en av Region Uppsalas utbildningar för BHV-ssk och familjebehandlare kring SEEK/Barnsäkert, som en förberedelse för den egna implementeringen. Under året har arbete gjorts för att lokalanpassa befintliga rutiner samt för att göra en lokal "Kontaktlista" som är en central del i metoden, för att BHV-sjuksköterskor ska ha tydliga rekommendationer och hänvisningar utifrån olika utfall i föräldraformulären.

Under hösten mellan den 30 september och den 1 oktober 2020, fick vi sedan, under en lucka i pandemirestriktionerna, till en tvådagarsutbildning för samtliga BHV-sjuksköterskor i metoden. Första förmiddagen fick BHV-sjuksköterskorna en "inflygning" till ämnet och vad vi ville uppnå, samt möjlighet att bekanta sig med materialet. Vid lunch anslöt BHV-överläkare Steven Lucas (projektledare Barnsäkert) från Uppsala samt vårdutvecklare Maria Engström (biträdande projektledare Barnsäkert) för att tillsammans med BHV-sjuksköterska Inga-Lill Hellsing (koordinator Barnsäkert Dalarna), som deltog digitalt, sedan hålla i utbildningen från lunch till lunch. Sista eftermiddagen var tänkt att vikas till praktiska övningar, men utmynnade i stället i fortsatt diskussion i grupp. Utbildningen (en heldag) är ett krav för att man som BHV-ssk ska kunna jobba med metoden på BVC, och det första av de fyra "benen" i metoden.

Vi startade med arbetet på samtliga BVC fr.o.m. 1 november 2020, men då bara med formulär och samtal vid det tre yngsta åldrarna (6–8 v, 3–5 mån och 10 mån). Övriga åldrar planerades att startas något senare, fr.o.m. 1 januari 2021, för att få en mjukare uppstart för BHV-sjuksköterskorna på egen begäran. Detta trots att det vid den tidpunkten ännu var oklart ifall den tillfälliga tjänsteförstärkningen som skulle underlätta implementeringen skulle få fortlöpa efter årsskiftet. Vid utbildningen rekommenderades att extra 15 minuter skulle avsättas i bokningen för de aktuella besöken initialt, för att känna att tid fanns innan man vant sig vid arbetssättet. Jämförande tidsstudier mellan BVC:er med respektive utan arbetssättet BarnSäkert har i Dalarna annars visat att skillnaden i tidsåtgång för att genomföra metoden bara rör sig om några minuter, varför metoden efter fullbordad implementering bör kunna genomföras med ordinarie bemanning. Arbetet med att hålla Kontaktlistan uppdaterad ska dock inte underskattas. Det arbetet ansvarar i nuläget psykolog inom CBHV för.

Fr.o.m. den 1 januari 2021 startades metoden även i de äldre åldrarna. Bemanningen under året var i perioder sviktande, både p.g.a. pandemi och sjukfrånvaro, men även

p.g.a. vakanta tjänster. Barnhälsovården beviljades även under 2021 ekonomiskt tillskott för förstärkt bemanning, men någon rekrytering lyckades aldrig genomföras. Detta har fått till följd att delar av arbetet på BVC i olika områden har prioriterats bort i perioder. BarnSäkert-screeningen har varit en av dessa delar som man då valt att inte göra, annat än vid de enskilda föräldrasamtalen vid 6-8 veckor respektive 3-5 månader.

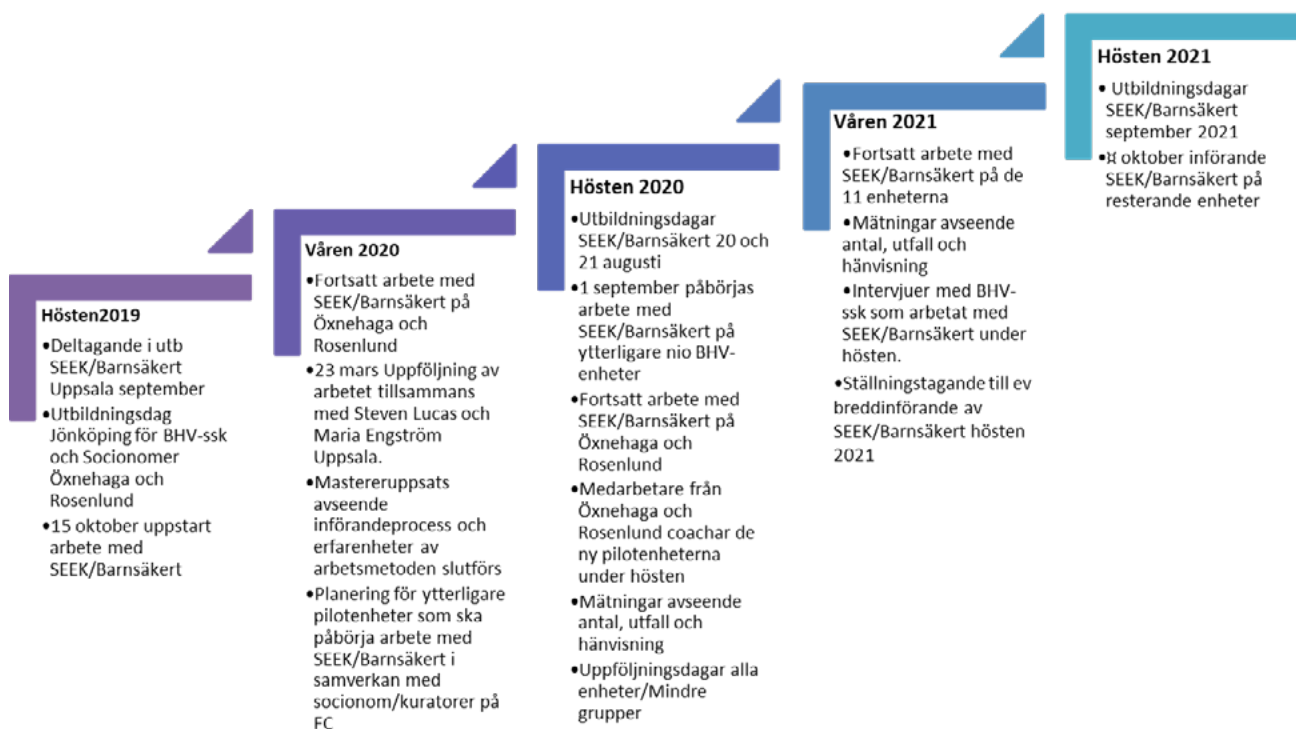
I vilken utsträckning det genomförts i olika åldrar under 2021 samt 2022 finns inga uttagna data på. Troligen varierar detta över tid och mellan olika BHV-sjuksköterskor.

En intervjustudie har genomförts med Gotlands BHV-sjuksköterskor för att följa upp hur implementering av nya metoder har uppfattats och tagits emot. Man fångar då en ambivalens, där å ena sidan den strukturerade metoden underlättar arbetet och fångar familjer i behov av hjälp som man inte hade hittat annars. Å andra sidan beskrivs hur man ser att BHV-arbetet mer och mer fylls av uppdrag inom det mellangröna och mörkgröna området i BHV-programmet, där BHV-sjuksköterskor dels upplevs få uppdrag som inte självklart hör hemma i yrkesrollen, samt framför allt begränsas av tidsfaktorn då uppdraget generellt ökat över åren.

Region Jönköpings län

Arbetet med SEEK/BarnSäkert i Region Jönköpings län

Införandet av SEEK/BarnSäkert i Region Jönköpings Län har genomförts i tre steg (se figur nedan) och från 4 oktober 2021 används modellen på samtliga barnhälsovårdsenheter i regionen och näst intill alla är organiserade inom ramen för en familjecentral.



Figur 6. Översikt införande av modellen SEEK/BarnSäkert i Region Jönköpings län.

Resultat från den andra delen i införandet då elva BHV-enheter arbetade med modellen visade att SEEK-formuläret hade använts i nästan 90 procent av de möjliga hälsobesöken. Den mesta använda åtgärden var ett fördjupat samtal vid besöket följt av kontakt med kurator på familjecentralen. Det fanns en variation avseende utfall i SEEK-formulären mellan de olika enheterna från ca 30 procent till ca 50 procent. Avseende utfall i olika åldrar rapporterades flest utfall i åldersgruppen 10 månader.

BHV-sjuksköterskorna uttryckte att SEEK var en väl användbar modell och att frågorna normaliserade då formuläret användes till alla föräldrar inom barnhälsovården. Det samlade resultatet av BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av införandet av SEEK visade att modellen berikade verksamheten genom att konkretisera viktiga delar av barnhälsovårdens mål i praktiken. SEEK bidrog i det förebyggande arbetet genom att tidigt identifiera riskfaktorer hos familjer i behov, vilket ledde till att fler familjer fångades upp och erbjöds stödinsatser. Formuläret öppnade på ett naturligt sätt upp för fördjupande samtal med föräldern och känsliga frågor blev betydligt lättare att samtala kring. Den riskfaktor som BHV-sjuksköterskorna belyste som svårast att samtala om med föräldern var våld i nära relationer. Det framkom även att BHV-sjuksköterskorna upplevde ett större ansvar för familjen i och med SEEK som kunde upplevas betungande. Samverkan med kuratorn var en nyckel för att minska den ökade känslan av ansvar.

Citat från en av fokusgruppsintervjuerna med BHV-sjuksköterskorna:

”Jag tror att när vi pratade om det, när SEEK kom också, att vi va lite fundersamma: En sak till! Och hur ska vi kunna liksom tränga in det här i allt annat? Men det har blivit väldigt, just det här att det har höjt kvalitén på vårat jobb, har gjort att det inte känts så tufft som vi till en början va lite oroliga för.”

”Och det handlar ju egentligen om att vi fångar upp dom här föräldrarna tidigt genom dom här frågorna... och att dom får hjälp i tidigt skede så det inte hinner bli någon stor problematik för föräldrarna, utan att de kan hantera det i rätt tid och så. Så det är mycket såna saker som vi har upptäckt nu under tiden vi har jobbat med SEEK:en.”

Region Blekinge

Blekinge är landets näst minsta region med fem kommuner, där det finns 18 BHV-enheter och tre filialer. BarnSäkert tas upp som en särskild satsning inom barnhälsovården i Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2020–2023 och i länsövergripande satsningar *Uppdrag psykisk hälsa 2022–2024*.

Arbetet med BarnSäkert i Blekinge bygger på nära samverkan och samarbete mellan barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten.

Planering och förankringsarbete gjordes 2020 och fortbildning och pilotimplementering påbörjades våren 2021. Under våren 2021 påbörjades implementering av BarnSäkert-modellen inom barnhälsovården och den förebyggande socialtjänsten i Ronneby och i Kungsmarken, en stadsdel i Karlskrona. Hösten 2021 påbörjades implementeringen i Olofström och fortsatte under 2022 inom återstående BHV-enheter i Karlskrona samt i de två kvarvarande kommunerna, utbildningar för personalen inom BHV och socialtjänsten sker under hösten.

Den tekniska lösningen med iPads kom på plats under 2022 med koppling till databasen vid Uppsala universitet, där anonyma data om föräldrarnas svar samlas även för Region Blekinge.

När det finns psykosociala riskfaktorer i barnets hemmiljö erbjuder BHV-sjuksköterskan lämpliga åtgärder. Vid behov erbjuds familjen gemensamma hembesök med BHV-sjuksköterska och familjebehandlare från socialtjänsten.

Exempel på olika insatser som erbjudits föräldrar som besvarade föräldraformulären och hade utfall kring psykiska ohälsa/depressiva symtom, ekonomiska svårigheter, våld:

- **Psykiska ohälsa/depressiva symtom:** Samtal med BHV-ssk, kontakt med KBT-terapeut/kurator på VC eller remiss till psykolog.
- **Ekonomiska svårigheter:** Samtal med BHV-ssk, hänvisning eller kontakt med socialtjänstens råd och stöd eller skuld och budgetrådgivning.
- **Våld:** Samtal med BHV-ssk, kontakt med socialtjänsten frivillig, familjerådgivning, kontakt med kvinnojouren, anmälan till socialtjänsten.

Erfarenheterna i Blekinge är att BarnSäkert-modellen verkar kunna bidra till en mer jämlik och jämställd barnhälsovård. Uppföljningar visar att BHV-sjuksköterskorna upplever att det fått ett verktyg och kan identifiera riskfaktorer hos familjerna på ett sätt som de tidigare inte kunnat. De förvånas över hur öppna föräldrar är i samtalen kring frågorna och dess utfall.

BarnSäkert bidrar till ett fördjupat samarbete och god relation mellan BHV och familjebehandlarna, vilket underlättar samarbetet med familjer som behöver särskilt stöd. På så vis bidrar arbetet till en jämlik hälsa och utveckling bland regionens barn.

Från kunskap till handling – för barnens bästa

BOEL ANDERSSON GÄRE, PROFESSOR, KVALITETSFÖRBÄTTRING & LEDARSKAP INOM HÄLSA- OCH VÄLFÄRD, JÖNKÖPINGS UNIVERSITET

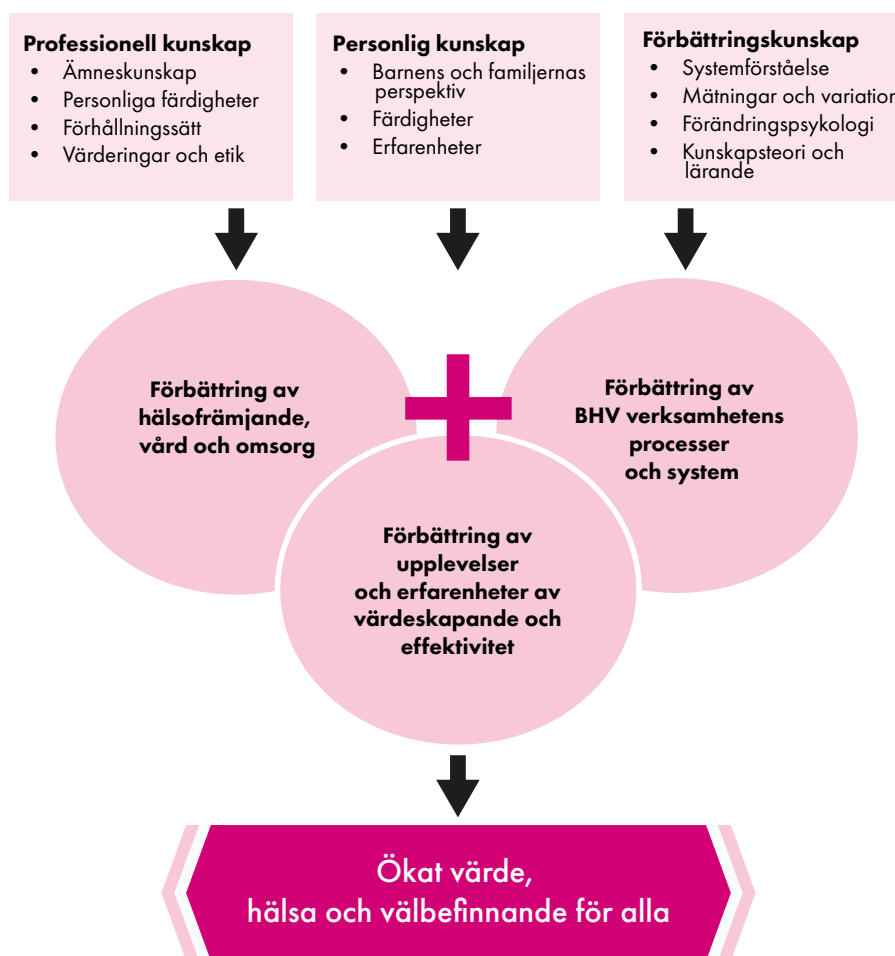
ANN-CHRISTINE ANDERSSON, UNIVERSITETSLEKTOR, DOCENT & FIL.DR, KVALITETSFÖRBÄTTRING & LEDARSKAP INOM HÄLSA- OCH VÄLFÄRD, JÖNKÖPINGS UNIVERSITET

Kvalitet och förbättringsarbete som grund för förändring

Rapporten ”Kraftsamling för barn som far illa” är ett viktigt underlag för att gå vidare med det inriktningsbeslut som barnhälsovården tagit om att systematiskt fråga om och identifiera våldsutsatthet i familjer. Rapporten speglar bredden av de psykosociala riskfaktorer som är kopplade till att barn far illa/riskerar att fara illa och hur de kan identifieras tidigt för att ge rätt stöd efter behov. Risken för långsiktiga negativa effekterna av psykosociala riskfaktorer är väl belysta inom forskning och sammanfattade i bakgrundskapitlet. I samhällsdebatten framförs idag behov av mer och bättre förebyggande arbete. Den kunskap som sammanfattas i rapporten är ett starkt argument för att identifiera problem tidigt och möta dessa med evidensbaserade metoder tidigt och systematiskt. Barnhälsovården, som möter alla barn och familjer, är en viktig bas i det arbetet. Rapporten ger många goda exempel från barnhälsovården att lära från när det nu är dags att gå från ord till handling i hela landet.

Detta kapitel handlar om tankesätt, koncept och metoder som kan vara till hjälp i spridning-, införande- och användningsprocessen, hur systematiskt förbättringsarbete kan stödja nyttiggörande av vunnen kunskap och den fortsatta utvecklingen av nya arbetssätt. Förutom generell kunskap om förbättringsarbete, beskrivs i varje avsnitt en möjlig ”översättning” av den kunskapen till Barnhälsovårdens verksamhet/system och sammanhang.

Utgångspunkten i kapitlet är hur verksamhetens kvalitet utvecklas dvs. hur väl lyckas man möta de behov som verksamheten är till för. Pionjärer som Florence Nightingale förespråkade att kunskap och lärande utifrån mätningar var viktigt, och Ignaz Semmelweis, visade redan i mitten av 1800-talet att fokus på kvalitet förbättrar vården. Den amerikanska läkaren Avedis Donabedian beskrev tre dimensioner för att mäta kvalitet utifrån struktur, process, och resultat. I rapporten *Crossing the Quality Chasm* (Institute of Medicine, 2001) identifierades sex dimension av kvalitet inom hälso- och välfärdens verksamheter; Verksamhet ska vara säker, kunskapsbaserad, personcentrerad, i tid, effektiv och jämlik. I Sverige introducerade Socialstyrelsen dessa dimensioner i handboken "God vård" (Socialstyrelsen, 2017). De nödvändiga kompetensområdena för kvalitet och patientsäkerhet som lyftes fram är grundade i W E Demings kvalitetsteori, som översattes till hälso- och sjukvården av Batalden & Stoltz (1993): Det behövs förståelse av *system, variation, förändringspsykologi* och *lärandestyrt förändringsarbete*, begrepp som utvecklas vidare under respektive rubrik i kapitlet. Senaste decenniet har kvalitetsarbete utvecklats till att även ta vara på och integrera invånares, patienters och närståendes *egenlevda erfarenheter* för en kontinuerlig samskapande process "Kvalitet 3.0" (Lachman m.fl., 2021), illustrerat i figur 7. Paul Batalden brukar uttrycka det som att "vi har alla två jobb, att göra jobbet och att utveckla det" och då behövs det specifika kompetens inom det professionella området, inom förbättringskunskap samt den levda erfarenheten.



Figur 7. De tre kunskapsdomänerna enligt Batalden & Stoltz.

En viktig skillnad mellan kvalitet i produktion (ex. tillverkning) och service (ex. hälso- och sjukvård) är att kvalitet i den senare skapas i stunden, i mötet mellan den som har ett behov och den som ska stödja. Relation och kompetens blir då avgörande i om värde skapas. En viktig förutsättning för att åstadkomma bättre resultat är också *allas delaktighet*.

“Den kombinerade och outhärliga ansträngningen av alla – hälso- och sjukvårdens professioner, patienterna och deras familjer, forskarna, finansierarna, planerarna och lärarna – att genomföra de förändringar som leder till bättre resultat för befolkningen/patienterna (hälsa), bättre system och processer (vård) och bättre professionell utveckling (lärande).”

Box 1. Definition av kvalitetsutveckling (Batalden & Davidoff, 2007, översättning SKR).



Barnhälsovårdens perspektiv

Barnhälsovården (BHV) är en verksamhet med *hög kvalitet* som har fantastiska möjligheter att vara en central aktör i att fånga upp barns eventuella utsatthet tidigt och agera när problem identifieras. BHV har både en struktur och processer som ger en bra grund för hög kvalitet enligt definitionen ovan genom att den är:

1. **Tillgänglig** – BHV når i princip alla barn, oberoende av socioekonomisk bakgrund.
2. **Kunskapsbaserad** – ett gemensamt nationellt program Rikshandboken, som finns tillgängligt digitalt för både professionella och familjer, beskriver program och metoder utifrån olika åldrar och bygger på bästa möjliga kunskap. Handboken har tagits fram i samarbete mellan flera professioner inom BHV och den revideras regelbundet när ny kunskap och nya uppdrag tillkommer.
3. **Personcentrerad** – alla barn erbjuds samma basprogram, medan två ytterligare nivåer av insatser kompletterar i relation till enskilda barns och familjers behov.
4. **Effektiv** – BHV har ofta god personkontinuitet mellan BHV-sköterska och familj, vilket bygger tillit, är effektivt och värdeskapande. Familjecentraler är en vidareutveckling med flera aktörer som är samlokaliserade, och som stödjer barns och familjers hälsa.
5. **Säker** – alla verksamheter inom Hälso- och sjukvård ska arbeta aktivt med säkerhet, det gäller både att göra riskbedömningar när nya metoder introduceras samt kontinuerlig uppföljning av risker och avvikelser i verksamheten.
6. **Jämlig** – Gemensamma nationella riktlinjer är en viktig komponent i att uppnå jämlik hälsa och vård, erbjudande av basprogrammet till alla samt tillägg efter identifierade behov. Uppföljningar visar dock att det kan finnas stora variationer i hur riktlinjerna omsätts i praktiken inom och mellan regioner. Därför är det angeläget att nätverket som BHV organisationerna utgör kan arbeta nationellt som ett ”lärande system/nätverk” (se också avsnitt om lärandestyrkt förbättringsarbete) med kontinuerlig återkoppling på ”hur det går” – för att alla barn i landet ska ges samma goda förutsättningar utifrån behov. Barnhälsovårdens kvalitetsregister (BHVQ) är en viktig komponent för aktivt förbättringsarbete mot målet att stödja jämlika förutsättningar. Barnhälsovårdens utvecklingsenheter, som finns i alla regioner, är också avgörande för att analysera och återföra resultat till barnhälsovårdsenheter samt bevaka och koordinera införande av nya metoder och arbetssätt.

Det kan vara enkelt att säga att ”nu är det dags för implementering”, utan att inse vad som krävs när en komplex intervention ska införas i en komplex verksamhet (Braithwaite m.fl., 2018; Greenhalgh & Papoutsis, 2018), se exemplet i figur 5 på s.47 av arbetsmodellen Safe Environment for Every Kid (SEEK).

Det finns ingen ”implementeringsknapp” att trycka på och linjära modeller fungerar inte i komplexa system, där varje förändring påverkar nästa i oregelbundna mönster. Införande av nya arbetssätt kräver kompetens, dvs både kunskap och färdigheter från flera professioner i de kunskapsbaserade metoder som ska införas, teamarbete mot

gemensamma mål, stöd från ledningar, återkoppling i realtid samt förståelse för och färdigheter i hur förbättringsarbete bedrivs. I grunden ligger några ”förbättringslagar”: Varje system är designat för det resultat det ger. All förbättring kräver förändring (av systemet), men alla förändringar innebär inte förbättringar – vi behöver ständigt utvärdera för att veta skillnaden (Berwick, 1996). Förbättring sker sällan av sig själv utan kräver ofta att någon – jag själv, någon annan eller en hel grupp med människor, arbetar aktivt arbetar med förbättring för att nå önskat läge. Ambitionen i hälso- och sjukvården – från att bidra till god hälsa, till att förebygga, bota, lindra, stödja, förklara, trösta och så vidare – ger oss motivation att alltid sträva efter förbättring. Även om BHV redan är en verksamhet med hög kvalitet, så kommer nya utmaningar som kräver ett systematiskt förbättringsarbete – man måste bli ”bäst på att bli bättre” – och det finns det goda förutsättningarna för. Tre guidande frågor, som är del av förbättringsmodellen, kan vara till hjälp att komma igång, vilka illustreras i figur 8 tillsammans med PDSA-hjulet.

Figur 8. 1) Vad vill vi åstadkomma? 2) Hur kan vi veta att en förändring är en förbättring? 3) Vad behöver vi göra för att nå den önskade förbättringen?

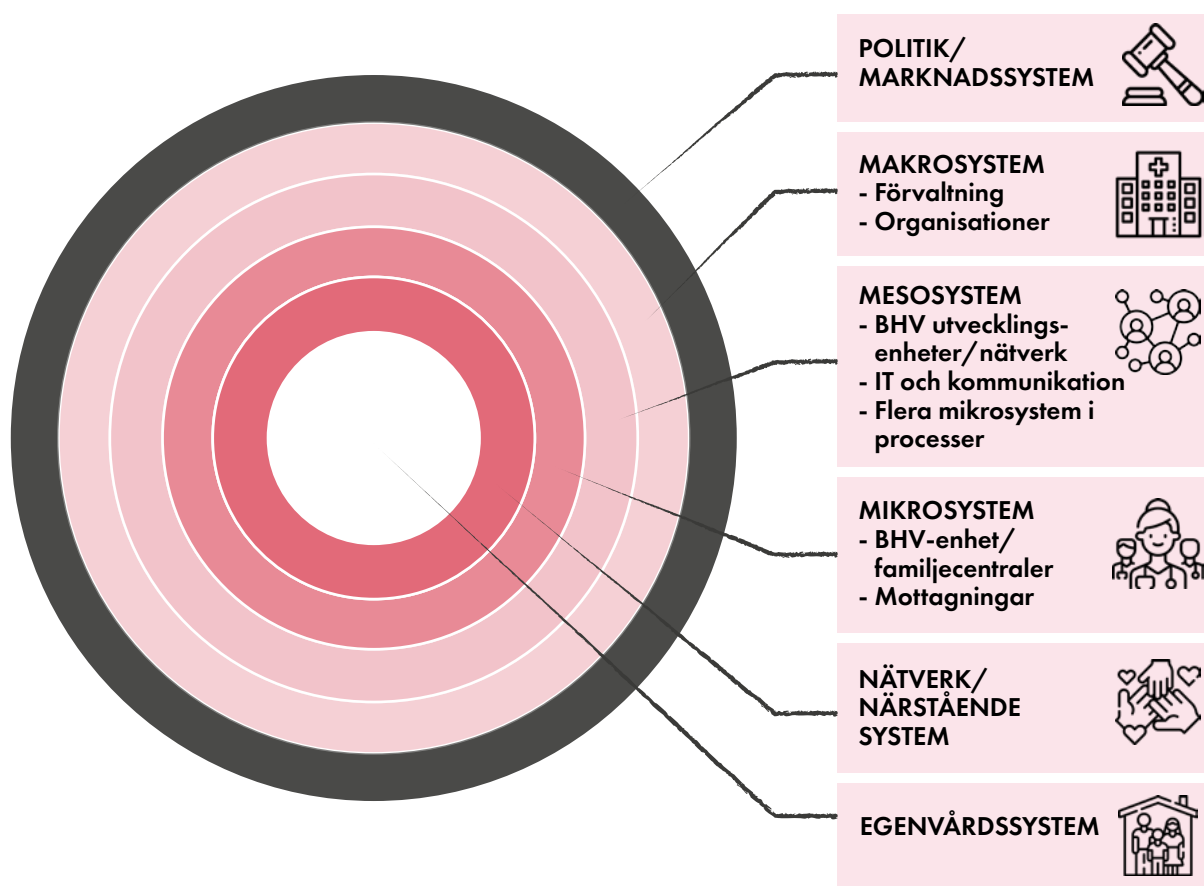


Figur 8. Förbättringsmodellen och PDSA-hjulet.

Förståelse av system

I denna rapportens bakgrund (s. 10), beskrivs den komplexa problematiken runt barns utsatthet för våld i olika former genom Bronfenbrenners socio-ekologiska modell, vilken inkluderar fyra nivåer; individ, relationer (mikro- och mesonivån), närsamhälle (exonivån) och samhället (makronivån). Modellen visar hur de olika nivåerna, genom att samverka med varandra, kan påverka risken för att barn utsätts för våld. Motsvarande systemkartläggning av organisationer och verksamheter kan vara till hjälp genom att skapa en gemensam bild av komplexiteten. Genom att inkludera flera perspektiv (mikro, meso, makro), som tydliggör interaktioner mellan delarna i systemet med ”dubbelriktade pilar”, kan behov av förändring, *gap*, identifieras. Detta synsätt skiljer sig från en traditionell hierarkisk *top-down* modell, som utgår från ett linjärt tänkande med enkelriktade pilar pekande uppifrån och ned i form av beslut och direktiv. ”Om du vill förstå din organisation – försök att förändra den” är ett ofta använt citat av organisationsteoretikern Kurt Levin. I slutet av detta avsnitt görs ett försök till översättning av modellen till barnhälsovårdens verksamhet som kan vara till hjälp när man ska ”framkalla” bilden av den egna verksamheten.

Mikrosystemmodellen (Nelson m.fl., 2007) utgår från studier av verksamheter som visat sig lyckas långsiktigt och hållbart inom näringslivet (exempelvis IKEA och McDonald’s) såväl som inom offentliga verksamheter. När ledningen på olika nivåer ser som sitt primära uppdrag att stötta verksamheten i mikrosystemet, där värdet för verksamheten skapas, har man bäst förutsättningar att lyckas över tid. Se figur 9.



Figur 9. Microsystemmodellen. Ett microsystem definieras som ett team av professionella, de verksamheten är till för (här barn och familjer), informationssystem (kunskapsunderlag, dokumentation, uppföljning) och teknologier. Det är ”inbäddat” i stödjande meso- och makrosystem.

Utvecklingen har inneburit att vård och välfärdsorganisationer blivit alltmer komplexa. Med detta sagt, alla delar i våra verksamheter är inte komplexa, det finns uppgifter som kan regleras av en checklista (enkla system) eller går att åstadkomma genom gemensamma ansträngningar (komplicerade system) (Palmberg Broryd, 2021). I komplexa system fungerar inte det linjära tankesättet utan det är viktigare att lära av det vi gör och styra utifrån våra mätningar och resultat. Det brukar benämnas för *adaptiva komplexa system*, att verksamheten och de personer som finns i systemet kan lära och anpassa sig. Komplexiteten blir än större av att olika personer och verksamheter är organiserade på olika sätt och styrs av olika regelverk och lagar. Otydligt definierade befogenheter och gränser för personer som skall samverka skapar osäkerhet och leder till mer rigida system, vilket inte gynnar samverkan för bättre vård, då behövs dialoger för ett gemensamt synsätt snarare än förhandlingar om vem som ska finansiera vad.

Barnhälsovårdens perspektiv

Som illustrerats i figur 5 (s. 47), är införande av Barnsäkert ett exempel på en komplex intervention som införs i ett komplext system, då många olika verksamheter behöver involveras för samskapa ett säkert system. I barnhälsovården har det alltid funnits inslag av samskapande, samtidigt som införande av nya metoder ännu tydligare visar att barnhälsovård är en service som behöver samskapas. Familjens delaktighet och tillit är en förutsättning för att kunna tillgodose barns behov. Likaså måste olika verksamheter i vård och välfärdssektorn samverka, vilket innebär att olika professioner med olika organisatorisk tillhörighet skall verka tillsammans för god och behovsanpassad vård och stöd med barn och familj som aktiva parter.

BHV-enheter och familjecentraler kan ses som microsystem – dvs där de verksamheten är till för, barn och familjer möter personer från olika professioner. Det är i de mötena som värdeskapandet sker – inte i meso- och makrostrukturer, vars stöd dock är avgörande för att microsystemet ska kunna skapa värde med bästa möjliga kvalitet. Alla ni som finns inom dessa verksamheter vet hur avgörande det är att ha enkel tillgång kunskapsstöd, riktlinjer, fungerande journal- och uppföljningssystem samt mötesplatser för att kunna utbyta erfarenheter med andra. Förståelse från ledningssystemen för dessa behov är avgörande för att rätt stöd ska ges. En annan viktig komponent är att det finns nyfikenhet från ledningar på vad verksamheten åstadkommer – där ha BHV ofta varit föredömlig genom att kontinuerligt visa upp data på resultat över tid.

Medan team och teamsamarbete är en viktig del i microsystemet så är definitionen av ett microsystem bredare, inom BHV inkluderas förutom professionella team; de verksamheten är till för dvs barn och familjer, kunskapsbasen verksamheten utgår ifrån, informationssystem/data, samt material och tekniskt stöd (enkäter, våg, hörseltest, vaccin etc.).

Ett redskap för analys av microsystemet – 6 P:n

En metod för att få en överblick och samsyn på sitt mikrosystem, den kontext man finns, i är 6 P:n. Det första att tänka på är syftet med arbetet (Purpose), det andra är patienterna/i detta fall barn och familjer (Patients/families), det tredje personalen (Professionals), det fjärde arbetsprocesserna (Process), och det femte är arbetsätt och prestationer (Patterns). Det sjätte har vi lagt till i Sverige, passion (Passion), det vill säga vilka drivkrafter leder verksamheten framåt. De flesta utmaningar och resurser i kliniskt förbättringsarbete låter sig sorteras under ett av dessa 6 P:n och kan hjälpa till att förstå den egna kontexten samt peka ut det som är viktigt för att lyckas i förändringsprocessen. Ofta är våra arbetsprocesser och vår arbetsorganisation inte medvetandegjord i det vardagliga arbetet, de är som vattnet som fisken i akvariet simmar i, det finns men syns inte. Då kan 6P-analysen hjälpa till att synliggöra och bli ett underlag för fortsatta dialoger inom gruppen och med ledningen.

Variation och mätning

Inom komplexa system förekommer ofta stor variation. Målet är inte att få bort all variation, utan att förstå vad som är normal variation, så kallat brus eller slumpmässig variation, och vad som är sådant vi behöver reagera och agera på, kallat signaler (Elg, 2022). Variation kan också vara oönskad, då den är ett uttryck för ojämlikhet. Det är en fördel om mätningarna startar innan förändringen (idén) testas för att ha utgångsvärde eller *baslinjemätningar* att jämföra med. Ett styrdiagram, det vill säga mätning över tid, kan användas för att analysera variation och eventuella förändringar under och efter test av förbättringsidén. Ofta försöker man lösa verksamhetens utmaningar med nya guidelines, vilket forskning visar är otillräckligt. Man lägger till utbildning vilket också är en nödvändig komponent, men inte heller tillräckligt. Det krävs både kunskap och träning i förbättringskunskapens modeller och verktyg, liksom en samsyn inom microsystemet och mellan samtliga aktörer i processen som helhet.

Det finns flera redan existerande datakällor man kan använda sig av, till exempel de kvalitetsregister (varav de första som Barncancerregistret startade redan på 1970-talet). Inom barnhälsovården finns till exempel kvalitetsregistret BHVQ. Andra befintliga datakällor är *Öppna jämförelser* och *Vården i siffror* (<https://vardenisiffror.se/>).

Förbättringsmodeller och verktyg

Alla vårdverksamheter består av olika processer (kopplade aktiviteter), och för att lära av dem behövs kunskap om hur processerna ser ut och varierar. För att åstadkomma varaktiga förbättringar kan man använda sig av de modeller, metoder och verktyg som förbättringskunskapen erbjuder. Här beskrivs kortfattat några av de vanligast förekommande metoderna och verktygen som sedan exemplifieras genom hur de kan tillämpas i barnhälsovårdens förbättringsarbete.

När ett förbättringsbehov har identifierats behöver det upprättas en *intressentanalys* och *kommunikations/samskapandeplan* för att kartlägga vilka som berörs och måste

vara involverade, samt hur dessa intressenter skall bjudas in att delta eller hållas informerade. En tydlig förankring i de berörda verksamheterna i starten underlättar genom hela förbättringsarbetet. En samskapande ansats antar en cyklisk lärandestyrd metodologi som bygger på designvetenskap. De vanligaste förbättringsverktygen, som att identifiera orsaker (gap) med hjälp av *fiskbensdiagram*, och att sedan använda förbättringsmodellen inklusive *Plan – Do – Study – Act* (PDSA)-hjulet (figur 8) är en vanligt förekommande struktur. En poäng med PDSA är att idéer testas i liten skala innan de införs i en större kontext. Det kan behövas flera varv i PDSA-hjulet innan man kommit fram till den bästa lösningen, och det är viktigt att bara testa en sak i taget, så man kan förstå vad det är som fungerar eller inte. Med hjälp av förbättringsmodellen identifieras de mål som förbättringen skall uppnå, vad som skall mätas för att förstå om en förändring är en förbättring, samt vilka idéer som ska testas. För att kunna lära av testerna måste mätningar göras kontinuerligt. Det kan också behövas balanserade mått för att kontrollera så inte förändringar för oönskade effekter i andra delar av verksamheten. För att ta fram balanserade mått kan verktyget Värdekompassen vara till hjälp genom de fyra perspektiv på mätetal som föreslås. (Nelson m.fl., 2007).

Reflektion och lärande är viktiga komponenter; vad visar mätningarna, och vilka förändringar behöver justeras för att uppnå målet? Det som bör poängteras är att evidens – fakta – inte bara är forskningsresultat utan även annan information, mätningar och variation, samt de olika aktörernas erfarenheter (se figur 7). Lärandestyrt förbättringsarbete utvecklas vidare under rubriken nedan.

Förändringspsykologi

Ledning och styrning är en viktig komponent i förbättringskunskapen. Att förstå hur personer (medarbetare) reagerar i ett förändringsarbete, och agera för att underlätta, kan göra skillnad om förbättringsarbetet blir lyckat eller inte. Alla människor reagerar olika på förändring, men ju mer involverade de är, och ju mer transparanta förändringsledare är, desto mer engagemang kan skapas kring arbetet. Ledarskap och medarbetarskap är båda lika viktiga i systematiskt förbättringsarbete, en chef eller ledare kan inte själv åstadkomma förbättringar, hela verksamheten måste ha gemensamma mål och visioner för sitt arbete och motivation att genomföra dem. Ett stöttande ledarskap som frågar efter resultat är en avgörande faktor (Kjellström m.fl., 2017). Ledare behöver, tillsammans med medarbetare, följa upp och analysera de förändringar som testas för att verksamheten skall kunna lära och utvecklas (se lärandestyrt förbättringsarbete längre ner). Förbättringsarbete kräver ett aktivt medarbetarskap, vilket innebär att personer på alla olika nivåer i organisationen får, och tar, ett egenansvar för att bidra till verksamhetens mål och visioner. Engagemang, motivation och samskapande är avgörande för att ”få till det”.

Barnhälsovårdens perspektiv

Barnhälsovården omfattar såväl medarbetare inom den egna organisationen som andra organisationer som är viktiga att samarbeta med, samt barnen och deras familjer. Processer eller vårdkedjor är en annan del. Delaktighet ingår i medarbetarskap och innebär att alla ska kunna bidra till verksamhetens mål utifrån sina förutsättningar. För att vara attraktiva arbetsgivare är meningsfullhet viktigt, och delaktighet är ofta en nyckel till meningsfulla och stimulerande arbetsuppgifter. Samskapande med de som är i behov av verksamhetens service, barnen och familjerna, är en annan del av delaktighet som lyfts alltmer inom vården idag.

Lärandestyrt förbättringsarbete

För att kunna erbjuda vård, stöd och behandling av god och hög kvalitet behöver vi ha kunskap om, och styra våra verksamheter efter, de resultat vi åstadkommer. Vi har tidigare skrivit om hur vård och stöd idag ses som en service snarare än produktion, ett integrerat system där de som är i behov av verksamheten inte bryr sig om vilken organisation som erbjuder stöd, bara att det fungerar.

Att åstadkomma förbättring handlar om att ständigt lära av det vi gör och utveckla våra verksamheter. Det är en skillnad mellan att *förändra* eller att *åstadkomma en förbättring*. Förändringar sker hela tiden antingen avsiktligt eller oavsiktligt, medan systematiskt förbättringsarbete handlar om ett proaktivt agerande med uttalat mål att göra bättre. Linjära förändringsmodeller passar ofta dåligt i välfärdsorganisationer pga. komplexiteten som diskuterats i tidigare avsnitt. Det behövs angreppssätt som tar hänsyn till hur verksamheter fungerar, ett utvecklingsarbete som försöker dra nytta av de personer och den kunskap som finns i mikrosystemen och deras stödsystem, BHV-enheter/familjecentraler och BHV utvecklingsenheter kan tjäna som exempel här. Om arbetet präglas av ett tydligt fokus på barn och familjer i detta sammanhang, intar ett systemperspektiv och mäter för att leda, kan förändrade beteenden och attityder utvecklas under arbetets gång. Viktiga delar är samskapande genom kommunikation och engagemang, allas delaktighet.

Genombrottsmetoden är en systematisk och lärandestyrd projektmodell som utgår från förbättringsmodellen (figur 8). Tvärprofessionella team träffas vid tre till fyra tillfällen för gemensamma lärandeträffar, och däremellan arbetar de med förbättringar i sin verksamhet. Ett genombrottsprojekt pågår mellan sex till nio månader, och har ofta ett gemensamt tema, till exempel skulle ett tema kunna vara att förbättra för barn och familjer i barnhälsovården. Till lärandeträffarna bjuds olika experter in som inspiration, och teamen har stöd av en *coach* som är duktig på förbättringsverktyg och gemensamma läroprocesser. På lärandeträffarna delger teamen varandra lärdomar från de pågående förbättringsarbetena och sprider på så sätt goda exempel av vad som fungerat eller vad som inte fungerat. En liknande modell har använts vid införande av Barnsäkert i Region Jönköpings län, se figur 6 på s. 55 i rapporten.

Barnhälsovårdens styrkor gör det möjligt!

Ständigt förbättringsarbete handlar om att lära av det vi gör och sträva mot att göra det ännu bättre nästa gång, att anpassa verksamheten efter utvecklingen runt om kring, ex nya anpassade arbetssätt när en ny metod införs. Barnhälsovården har goda förutsättningar att driva dessa ständiga förbättringar genom en gemensam nationell struktur, Rikshandboken, familjecentraler under utveckling, liksom en lång tradition av att mäta och följa upp. Det finns redan många processmått som går att följa, där oönskad variation kan vara en drivkraft för förbättring och lärande. Brännande samhällsproblem stärker behovet av att arbeta med tidiga insatser och kunskapsbaserade metoder. Professionella som känner stor passion för sitt uppdrag, och stödsystem genom BHV utvecklingsenheter och förstående ledningar, liksom stor tillit hos befolkningen är alla viktiga delar som talar för att rapportens målsättningar är möjliga att realisera. På kapitlets sista sida sammanfattas lärdomar och råd utifrån rapportens exempel tillsammans råd inför start av ett systematiskt förbättringsarbete.

Lärdomar från de 5 exemplen i rapporten

- Våld i nära relationer har varit huvudfokus. I BarnSäkert även ekonomisk oro, nedstämdhet, föräldrastress, riskbruk/missbruk av alkohol.
- BHV-sjuksköterskor uppger att de saknar och efterfrågar strukturerade arbetssätt för att identifiera psykosociala riskfaktorer. Frågeformulär till alla familjer underlättar. Motiverande samtal en viktig kompetens. Personligt stöd bör finnas för personalen. Fortsatt ovan att tala om alkohol och ekonomi.
- Strukturerat arbetssätt behöver inte ta längre tid (Barnsäkert).
- Utbildning om de olika riskfaktorerna angeläget för att våga fråga och agera.
- Föräldrar positiva till rutinmässigt frågeformulär till alla och till samtal med BHV-sjuksköterskan vid behov.
- Information och frågor ska finnas på flera språk.
- Identifiering och stöd bör införas tidigt, vid 6–8 veckors ålder med mamman och 3–4 månader med pappan/icke-födande föräldern, bör upprepas upp till 6 års ålder.
- Identifiera och skapa nätverk med verksamheter för samarbete vid utfall på frågor; Socialtjänstens råd och stöd, familjerådgivningen, ekonomisk rådgivning inom kommunen, folktandvård, förskola, primärvård, beroendevård m.fl. Familjecentral underlättar nätverkande.

Förbättringsarbete – kom igång!

- **Baslinjeanalys/mätning.** Använd 6 P:n för en gemensam bild av microsystemet/kontexten.
- **Gapanalys.** Exempelvis: Kunskapsbrist, vilken? Avsaknad av strukturerad metod och uppföljning?
- **Vilka stödstrukturer finns?** BHV utvecklingsenheter koordinerar. Förbättringscoacher?
- **Intressentanalys.** Vilka behöver vara med utanför vår egen verksamhet?
- **Föräldramedverkan i förbättringsarbetet?**
- **Följ flödet.** Hur långt har vi kommit i införande av strukturerat arbetssätt? Vad saknas?
- **Analysera och hantera eventuella risker.**
- **Börja i liten skala.** Lär av erfarenheter genom PDSA, sprid succesivt med hjälp av coacher från piloterna i de kommande stegen, se exempel på en ”införande trappa”, sidan 55 i rapporten.
- **Mätetal** som ger återkoppling på att vi är på rätt väg.
- **Glöm inte att fira framsteg som görs!**

Vill du lära mer?

De flesta regioner har egna ”verktyglådor” för förbättringsarbete på webben.

Andersson, A. -C. (2022). Förbättringskunskap och förbättringsforskning. Kunskapsöversikt om förbättringsarbetets framväxt inom hälso- och välfärdssektorn i Sverige, samt implikationer för projektet Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg. Rapport nr 4, Linné Universitetet.

Andersson, A. -C., & Nordin, A. (2019). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.). *Omvårdnadens Grunder – Ansvar och Utveckling*. (3 uppl., s. 279-304). Studentlitteratur. ISBN: 9789144123172.

Elg, M. (2022). Förstå, Förutse & Förbättra. Om mätningar och dataanalys för verksamhetsutveckling. Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-15343-8.

Referenser

Almqvist K, Källström Å, Appell P, Anderzen-Carlsson A. Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*. 2018;22(2):228-37.

Anderzen-Carlsson A, Gillå C, Lind M, Almqvist K, Lindgren Fändriks A, Källström Å. Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. 2018;27(13-14):2752-62.

Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Journal on Quality Improvement*, 19(10):424-447.

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2-3.

Bengtsson, D., Landberg, Å., & Jernbro, C. (2021). Increased risk of child maltreatment and mental health problems among adolescents with restrictions regarding choice of future partner: Results from a Swedish school-based survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948211053138

Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, 313. Doi: 10.1136/bmj.312.7031.619.

Björk, J & Örmon, K. (2022). Validering av frågeformuläret FOV- Frågor om våld till vuxna. VKV- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Medicine*, 16, 63. Doi.org/10.1186/s12916-018-1057-z.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.

Brännvall, M. (2022). Självklart och naturligt. Personalens perspektiv på rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke födande föräldrar på barnavårdscentraler. VKV- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International journal for equity in health*, 14(1), 1-8.

Enander, V. (2015). Nu har vi öppnat ögonen lite till. VKV- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*, 36(2), 156-165.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American journal of preventive medicine*.

Gartland D, Conway LJ, Giallo R, et al. Intimate partner violence and child outcomes at age 10: a pregnancy cohort. *Arch Dis Child*. 2021; 106(11): 1066-1074.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009; 373(9657): 68- 81.

Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81.

Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16,95. Doi: 10.1186/s12916-018-1089-4.

Heckman, J. J. (2008). Schools, skills, and synapses. *Economic inquiry*, 46(3), 289-324.

Hoeffler, A. (2017). What are the costs of violence?. *Politics, Philosophy & Economics*, 16(4), 422-445.

Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(8): 797- 810.

IoM (Institute of Medicine). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C., National Academy Press.

- Jernbro, C. & Janson, S. (2017). *Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jernbro, C., Landberg, Å. (2020). *Multiutsatta barn – Om barn som utsatts för flera typer av barnmisshandel*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jernbro, C., Landberg, Å., Thulin, J. (2023). *Våld mot barn 2022. En nationell kartläggning*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jernbro, C., Svensson, B., Tindberg, Y., Janson, S. (2012). Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse—results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 101(3).
- Jernbro, C., Tindberg, Y. & Janson, S. (2022). High risk of severe child abuse and poly-victimisation in families with parental substance misuse – results from a Swedish school-based survey. *Child Abuse Review*, 31(3). <https://doi.org/10.1002/car.2741>
- Jernbro, C., Tindberg, Y., Lucas, S., Janson, S. (2015). Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. *Acta Paediatrica*, 104(3).
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCay, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespear, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systemic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380, 899-907.
- Kjellström, S., Avby, G., Areskoug-Josefsson, K., Andersson Gäre, B., & Andersson Bäck, M. (2017). Work motivation among healthcare professionals. A study of well-functioning primary healthcare centers in Sweden. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 487-502.
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2021). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health [version 2; peer review: 2 approved with reservations]. *F1000Research*, 9:1140. <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.2>
- Landberg, Å., Jernbro, C., Janson, S. (2017). *Våld löser inget*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Lucas, S., Jernbro, C., Tindberg, Y., Janson, S. (2015). Bully, bullied and abused. Associations between violence at home and bullying in childhood. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(1).
- Lysell, H., Runeson, B., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2013). Risk factors for filicide and homicide: 36-year national matched cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(2), 18403.

Mackay, R. (2003). Family resilience and good child outcomes: An overview of the research literature. *Social Policy Journal of New Zealand*, 98-118.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Miller-Graff LE, Cater AK, Howell KH, Graham-Bermann SA. Victimization in childhood: general and specific associations with physical health problems in young adulthood. *J Psychosom Res.* 2015; 79(4): 265- 271.

Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (Eds.). (2007). *Quality by Design; A Clinical Microsystems Approach*. Jossey-Bass.

Nimborg, J, Lindskog, U, Nordgren, L, Annerbäck, E-M. Routine conversations about violence conducted in Swedish child health services—A mixed methods study of nurses' experiences. *Acta Paediatr.* 2022; 00: 1– 10. doi:10.1111/apa.16355

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.

Palmberg Broryd, K. (2021). Komplexitet. Enklare navigerat, bättre hanterat: så driver du utveckling i komplexa system. *Volante*.

Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202–237.

Ramsden, C., & Bonner, M. An early identification and intervention model for domestic violence. *Australian Emergency Nursing Journal*, 2002;5:15-20.

Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 282(6279), 1847.

Roygardner, D., Hughes, K. N., & Palusci, V. J. (2020). Leveraging family and community strengths to reduce child maltreatment. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 692(1), 119-139.

Sanzén, S., Eliasson, C., Naucér, N & Örmon, K. (2020). FOV frågor om våld. Utvecklingen av ett kliniskt frågeformulär. VKV- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Socialstyrelsen. (2017). *Handbok för utveckling av Indikatorer. För god vård och omsorg*. www.socialstyrelsen.se

Svedin, Jonsson & Landberg (2016). Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Titterton, M., & Taylor, J. (2018). Rethinking risk and resilience in childhood and child maltreatment. *The British Journal of Social Work*, 48(6), 1541-1558.

Vägledning för barnhälsovård. Socialstyrelsen 2014.

Wendt, E. & Svensson, J. (2018). Nu har vi kommit över tröskeln. VKV- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

WHO (2016). INSPIRE - Seven Strategies for Ending Violence Against Children. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/920857/retrieve>

WHO Regional Office for Europe. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020. Copenhagen; 2014.

World Health Organization. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. World Health Organization; 2006.

Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., Shockley McCarthy, K., Rae Napier, T., & Pei, F. (2021). Resilience following child maltreatment: Definitional considerations and developmental variations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 541-559.



”Du är liten.
Du är fin.
Dig får man inte skrämman.
Dig får man aldrig knuffa eller slå.
Så är det.
Den som är Stor ska ta hand om sin Liten.”

Stina Wirsén ur boken "Liten"

Kraftsamling för barn som far illa

» Strukturerade metoder inom barnhälsovården för att identifiera psykosociala riskfaktorer

Denna rapport presenterar fem olika strukturerade metoder som används inom svensk barnhälsovård för att identifiera psykosociala riskfaktorer med fokus på våldsutsatthet och som är kopplade till barn som far illa/riskerar att fara illa. Rapporten inleds med två kapitel som fokuserar på våld mot barn, ett folkhälsoproblem respektive hur vi kan arbeta för att stärka barns resiliens. Rapporten innehåller även ett avslutande kapitel som ger exempel hur vi kan gå vidare från kunskap till handling och implementera metoder och koncept – för att systematiskt kunna fråga om våldsutsatthet och se till barnets bästa.

Rapporten *Kraftsamling för barn som far illa* hade sitt startskott under en digital konferens i maj 2021, i ett samarbete mellan Nationella arbetsgruppen för barnhälsovård (NAG BHV), tillhörande Nationellt programområde barn och ungdomars hälsa inom Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, Barnhälsovårdens nationella utvecklingsgrupp för barn som far illa/riskerar att fara illa samt Stiftelsen Allmänna Barnhuset.



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset