



BarnSäkert

– slutrapport från
forskningsstudien
och blickar framåt

Maria Engström Steven Lucas



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset

CHILDHOOD

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN



UPPSALA
UNIVERSITET

ISBN: 978-91-86759-54-4
Utgiven med stöd av:
Stiftelsen Allmänna Barnhuset
Döbelsgatan 50
113 52 Stockholm
Org.nr: 802000-1072
Tel: +46 8 679 60 78
info@allmannabarnhuset.se
www.allmannabarnhuset.se

”Har precis träffat en 5 årig pojke med hans pappa. Pappan visade tatuering på sin arm med datum när han blev nykter alkoholist. Nykter tack vare samtal om alkohol i samband med BarnSäkert.

(BHV-sjuksköterska)

”Separerade föräldrar kom till BVC med sin 4 åring, båda svarade på föräldraformuläret. Pappan hade utfall på kränkande behandling och våld, och jag ringde upp honom efter besöket. Han berättade att han utsatts tidigare för psykiskt våld av barnens mamma. Jag hjälpte honom att ordna en samtalskontakt, men han sade också att barnen berättat för honom att deras mamma utsätts för våld i sin nya relation. Det ledde till att jag gjorde en orosanmälan.

(BHV-sjuksköterska)

”En familj som jag känt sedan åtta år kom till BVC med sitt yngsta barn, fyra år. Efter att föräldrarna hade svarat på SEEK-frågorna var det som att öppna en sluss, båda föräldrarna pratade samtidigt. Det visade sig att pappan kände sig nere och var orolig över sin ekonomi, mamman hade tidigare erfarenheter av våld i nära relationer. Båda föräldrarna kände sig lättnade efter besöket och fick hjälp att hitta en samtalskontakt.

(BHV-sjuksköterska)

”Jag träffade en mamma som vid 8 månaders besöket var orolig över ekonomin och därför kände sig stressad och nedstämd, hon berättade att de inte hade gemensam ekonomi och mammans föräldrapenning täckte inte hennes del. Vid uppföljning en månad senare hade mamman tagit upp detta med barnets pappa och de har lagt upp en plan tillsammans.

(BHV-sjuksköterska)

Förord

Varje barn har rätt att må bra och utvecklas utifrån sin förmåga. Enligt barnrättskommittén är det flera grundläggande mänskliga rättigheter som behöver främjas och skyddas för att skapa goda förutsättningar för barnets utveckling. Barnets hälsa, utveckling och psykosociala välfärd är i många avseenden beroende av varandra. Yngre barn har särskilda behov av fysisk omvårdnad, emotionell omsorg och vägledning, liksom tid och utrymme för lek, utforskning och inläring. Förebyggande arbete kan vara generella eller riktade insatser till individer eller grupper med syfte att främja hälsa och förhindra att problem uppstår eller förvärras.

Barn i utsatta livssituationer befinner sig i alla delar av samhället, i olika kontexter. Det finns flera olika anledningar, en del barn kan finna 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.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset delar årligen ut forskningsmedel till inriktad barn- och ungdomsforskning med fokus på barn och ungdomar i utsatta livssituationer. Denna rapport beskriver resultaten från projektet BarnSäkert som är ett universellt arbetssätt inom barnhälsovården i samarbete med socialtjänsten. Arbetssättet gör det möjligt att upptäcka psykosociala riskfaktorer tidigt i barnets liv och förmedla rätt hjälp och stöd till föräldrarna. Målet är att stärka familjer, bidra till en god och jämlik hälsoutveckling och minska risken att barn far illa.

Stiftelsen har varit delfinansiär till Barnsäkert - Jag hoppas att denna rapport kan bidra till att sprida och inspirera det framgångsrika arbetssättet att ställa frågor, fånga upp och stödja familjer. När barnhälsovården har ett strukturerat samarbete med socialtjänsten med tidiga insatser och främjande åtgärder vet vi nu genom forskning och praktik att det kan göra skillnad för ett barns liv här och nu, jag är övertygad om att detta arbetssätt kan skapa en bättre framtid för fler barn.

Cecilia Sjölander
Generalsekreterare
Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Childhood grundades av H.M. Drottning Silvia med visionen att alla barn ska få den barndom de har rätt till, en barndom fri från våld och sexuella övergrepp. En utmaning i Sverige, liksom i alla andra länder där vi verkar, är att tidigt och systematiskt identifiera barn som riskerar att fara illa- och se till att familjen och vuxna i barnets närhet får rätt stöd. Vi vet alla att det är avgörande med tidiga och samordnade insatser för att förebygga att barn far illa, och i värsta fall riskerar växa upp till en person som skadar sig själv eller andra. Trots detta misslyckas vi ändå allt för ofta. Det kan vara av byråkratiska orsaker som skapar stuprör och gör samverkan omständligt eller att en pressad ekonomi gör att barnhälsovårdssjuksköterskor, förskolelärare och socialsekreterare bara hinner med det de absolut måste. Andra gånger kanske det beror på att vi hoppas att det inte är så illa som vi tror, att vi hoppas att någon annan ska agera eller för att föräldrar inte vet att de kan be om hjälp och få stöd.

När Steven och Maria kom till oss och presenterade idén om BarnSäkert såg vi genast att projektet svarade på ett tydligt behov. Samtidigt tvekade vi om det verkligen var rimligt att Childhood, en privatfinansierad stiftelse med uppgift att fylla glapp och komplettera, inte ersätta skattefinansierade verksamheter, verkligen skulle investera i forskning och metodutveckling inom ett område som så tydligt är det offentligas ansvar.

Jag är väldigt glad över att vi sa ja. Idén är på ett sätt så enkel och genial att den borde ha funnits för länge sedan. I ett välfärdssamhälle som Sverige borde det inte vara möjligt att år efter år låta barn som lever i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld falla mellan stolarna utan att de får de stöd de har rätt till.

Det pratas ofta om vikten av tidiga insatser och att vi måste samarbeta över professionsgränserna. BarnSäkert är en modell som hjälper professionella att göra just detta. De får hjälp med att våga ställa de svåra frågorna som annars kan vara besvärliga att ta upp, men som kan göra de första dagarna, veckorna, månaderna och åren i livet tryggare för de barn som behöver det mest. Det kan bidra till att fler barn kan växa upp i trygghet med sin familj samtidigt som samhället i stort kan undvika kostsamma och komplexa åtgärdsprogram.

Som huvudfinansiär med flera års investering och nära samarbete med BarnSäkert -teamet är vi stolta över att ha bidragit till en modell som visar att det är möjligt. Det går att systematiskt ställa frågor om våld och risker för barn utan att stigmatisera eller skrämja bort vårdnadshavare och utan att det genererar tidskrävande merarbete. BarnSäkert gör svåra frågor pratbara, sätter alltid barnet i fokus och hjälper vuxna kring barnet se vad som behöver förändras.

BarnSäkert ingår också som en viktig länk i initiativet Barndom utan baksmälla där vi, tillsammans med andra barnrättsorganisationer och Systembolaget, arbetar för att minska alkoholens negativa skadeverkningar för barn som far illa av vuxnas drickande.

Vi hoppas att kunskapen och erfarenheterna från projektet fortsätter att spridas till fler regioner i Sverige. Att det inspirerar fler verksamheter, till exempel skolhälsovården, habiliteringen och ungdomsmottagningarna att systematiskt öppna upp för samtal om våld och övergrepp.

BarnSäkert visar att det är möjligt.

Britta Holmberg
Programchef och biträdande generalsekreterare
World Childhood Foundation

Sammanfattning

Varje barns rätt till en god och jämlik hälsa och utveckling och en barndom fri från våld och försumelse är utgångspunkten för arbetet som sammanfattas i denna rapport. BarnSäkert är en arbetsmodell som bygger på den amerikanska förlagan Safe Environment for Every Kid (SEEK), som vi har översatt, anpassat och testat för att användas inom den svenska barnhälsovården. Modellen är enkel, och går ut på att tidigt identifiera barn som lever i en hemmiljö där det förekommer psykosociala problem, som nedstämdhet, oro för ekonomin, extrem föräldrastress, riskbruk av alkohol eller upplevelser av våld, samtala öppet med föräldrarna om hur de själva och barnet påverkas och erbjuda hjälp och stöd för att förbättra familjens och barnets förutsättningar. Erfarenheterna från en extensiv pilotstudie, en tvåårig randomiserad intervention på alla barnavårdscentraler i Dalarna och fortsatt utveckling och spridning av modellen till fler regioner i Sverige har gett en tydlig bild. Arbets sättet uppfyller sitt syfte. Sjuksköterskor som har använt BarnSäkert känner en större trygghet och kompetens att möta familjer med psykosociala problem, och berättar att modellen hjälper dem i det dagliga arbetet på BVC. Det öppnar upp samtalet med föräldern till ämnen de aldrig hade diskuterat tidigare och gör svåra saker pratbara. Många problem som annars hade kunnat gå obemärkta förbi har blivit identifierade, och många familjer har fått tillgång till hjälp som de annars inte hade fått. Nu innefattar BarnSäkert även ett strukturerat samarbete med socialtjänstens öppna verksamhet, ett nytt och unikt sätt att samverka tvärprofessionellt som stärker båda yrkesgrupperna och erbjuder småbarnsfamiljerna möjligheten till ett kraftfullt stöd.

Med denna rapport ger vi en överblick över BarnSäkert-projektet, med en inledande beskrivning av bakgrunden till varför strukturerade arbetssätt behövs för att förebygga barns utsatthet och en presentation av hur BarnSäkert-modellen har anpassats, testats och implementerats i flera län. Vi presenterar resultat från forskningsstudien och en blick framåt om förutsättningarna för utveckling och spridning av modellen vidare i Sverige och internationellt. Behovet av en nationell samordningsfunktion för införandet och uppföljningen av BarnSäkert diskuteras för att bibehålla kvalitet och följsamhet till modellen och därigenom bidra till en mer jämlik hälsovård för barn 0-5 år i Sverige.

Inledning

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

Förutom de fysiska förutsättningarna, som mat, värme, kläder och en säng att sova i behöver barn stimulans, utmaningar, känslomässig närhet och mest av allt ett ömsesidigt samspel med viktiga vuxna och att bli sedda. Behoven ser olika ut för olika barn, utifrån barnets ålder och inneboende egenskaper, och förändras över tid. Det innebär att varje barn har en unik konstellation av behov som föräldrarna behöver ta hänsyn till.

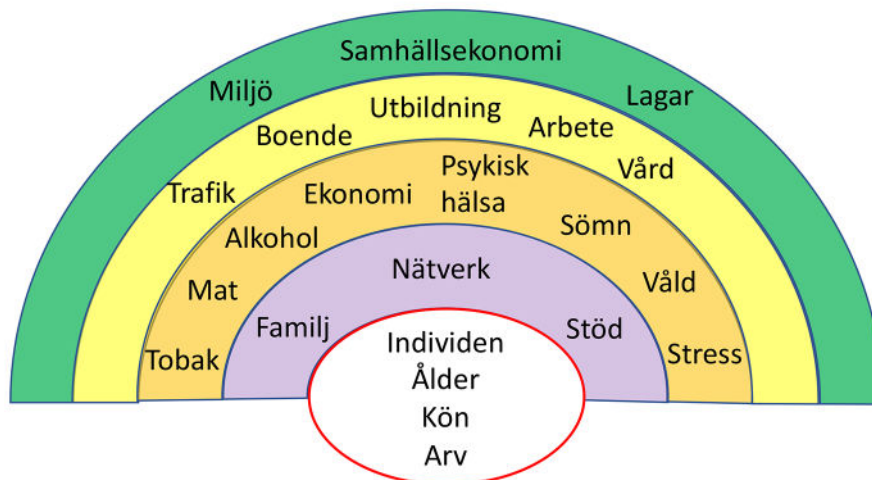
De flesta barn i Sverige växer upp i en miljö som främjar deras hälsa och utveckling. Deras föräldrar har en förmåga att uppfatta och förstå barnets behov och en kapacitet att erbjuda det barnet behöver. Ändå är det många barn som växer upp i en miljö som inte är hälsosam, där föräldrarna har svårt att möta barnets behov eller utsätter barnet för våld. Detta sker inte i ett vakuum, sådana situationer uppstår när balansen mellan risk- och skyddsfaktorer störs på grund av omständigheter kring barnet och föräldrarna.

Barns utsatthet för våld och försummelse

Internationella studier visar att en stor andel av barnen i olika delar av världen har blivit utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller försummelse i sin hemmiljö innan de fyller 18 år. Även i Sverige har en betydande andel av barnen sådana upplevelser. I enkätstudier berättar omkring 25-30 procent av ungdomar och vuxna att de hade blivit utsatta för våld eller försummelse av en vuxen i hemmet under sin barndom, och många av dessa hade upplevt flera typer av utsatthet (Lucas & Janson, 2021; Öberg 2021; Jernbro & Landberg 2020). Det finns också tydliga kopplingar mellan utsatthet under barndomen och senare fysisk, psykisk och social ohälsa, både under tonårsperioden och i vuxen ålder (Jernbro & Janson, 2017; Felitti, 2019). På så sätt innebär utsatthet för våld eller försummelse under barndomen ett av våra största folkhälsoproblem och en bidragande faktor till enorma samhällskostnader kopplade till kriminalitet, arbetslöshet, sjukskrivning och utanförskap (Peterson et al., 2018; Bellis et al., 2019).

Skydds- och riskfaktorer

Miljön som barnet lever i präglas av många faktorer hos barnet, föräldrarna och samhället runt omkring. Denna komplexa sammansättning av faktorer och interaktionerna mellan dem skapar förutsättningarna för det enskilda barnets livsvillkor, och beskrevs av Bronfenbrenner i den ekologiska systemteorin (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Hälsans, eller ohälsans, bestämningsfaktorer finns således i sfärerna som omger barnet, från barnets personliga egenskaper till föräldrarnas och familjens förutsättningar, andra närstående och nätverket kring familjen, förskola, skola och andra delar av närsamhället, det större samhället som barnet lever i och det globala samhället.



*Hälsans bestämningsfaktorer.
 Bearbetning av originalet från Dahlgren G, Whitehead M. (1991).
 Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.
 Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.*

Hälsans bestämningsfaktorer kan vara av skyddande karaktär eller innebära en risk för sämre hälsa och utveckling. Skyddsfaktorer kan till exempel vara en god fysisk och psykisk hälsa hos barnet och föräldrarna, stabil familjeekonomi och ett starkt nätverk av närstående kring familjen. Riskfaktorer innefattar bland annat sårbarhet hos barnet eller föräldern, till exempel en kognitiv eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, kronisk sjukdom eller föräldrars egna upplevelser av våld och försummelse under sin egen barndom. Sårbarhet hos barnet kan innebära ökade krav på föräldern, och därmed en ökad stress i föräldraskapet. Sårbarhet hos en förälder kan innebära svårigheter för föräldern att uppfatta, förstå och tillgodose barnets behov. Sårbarhet hos både barnet och föräldern kan innebära stora utmaningar och betydande risk att barnet påverkas negativt.

Andra faktorer som ökar risken att barn blir utsatta är bland annat missbruk eller psykisk ohälsa hos en förälder, fattigdom, våld mellan de vuxna i hemmet och betydande föräldrastress. Alla dessa kan påverka föräldraförmågan negativt och öka den allmänna stressen i familjen. Negativa spiraler kan uppstå där föräldrarnas stress triggat igång otrygga eller utåtagerande beteenden hos barnet, vilket ytterligare ökar föräldrarnas stressnivå och skapar en grogrund för våld och försummelse när en förälders trösklar 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 individens 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. 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.

Faktorer som främjar resiliens

- Känslomässig flexibilitet
- Coping-mekanismer som är aktiva
- 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

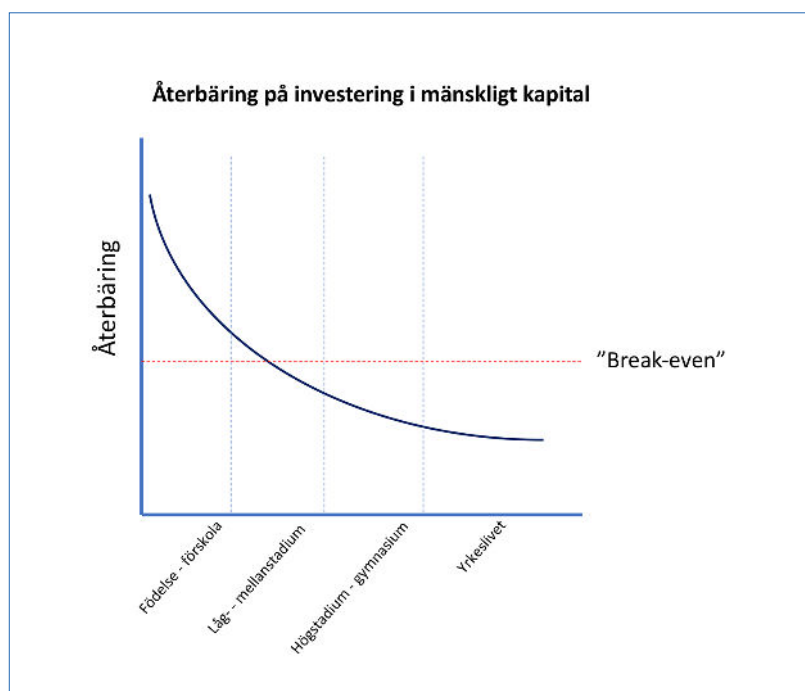
Vad behövs för att varje barn ska få bästa möjliga chans?

Varje individ har en unik kombination av egenskaper, beteenden och omgivande förhållanden, och det finns därför inte ett enkelt recept för att säkerställa att varje barn får växa upp i en miljö som ger de mest optimala förutsättningarna för en god och jämlik hälsa och utveckling. Det behövs ett heltäckande system som når ut till alla barn och deras föräldrar tidigt i barnets liv och som samtidigt kan identifiera de unika behoven hos varje barn för att kunna erbjuda rätt stöd i rätt tid på ett avvägt sätt som möter behoven hos just den individen (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 kunna fungera i praktiken behöver erbjudandet vara strukturerat och användas systematiskt av kunnig personal i ett tvärprofessionellt samarbete mellan samhällets stödjande funktioner inom hälso- och sjukvården, kommunerna och idéburna organisationer. Och det måste vara hållbart ekonomiskt, personalmässigt och över tid.

I takt med att förståelsen för betydelsen av de första åren av barndomen för efterföljande hälsa och produktivitet har ökat har fokus lagts av forskare, beslutsfattare och vårdpersonal på att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet till spädbarn och förskolebarn, särskilt de i missgynnade familjer. Som Heckman och kollegor har visat i ett antal studier, är avkastningen på investeringar i humankapital som högst när de erbjuds i tidig barndom (Campbell et al., 2014).

Varje individ har en unik kombination av egenskaper, beteenden och omgivande förhållanden, och det finns därför inte ett enkelt recept för att säkerställa att varje barn får växa upp i en miljö som ger de mest optimala förutsättningarna för en god och jämlik hälsa och utveckling. Det behövs ett heltäckande system som når ut till alla barn och deras föräldrar tidigt i barnets liv och som samtidigt kan identifiera de unika behoven hos varje barn för att kunna erbjuda rätt stöd i rätt tid på ett avvägt sätt som möter behoven hos just den individen (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 kunna fungera i praktiken behöver erbjudandet vara strukturerat och användas systematiskt av kunnig personal i ett tvärprofessionellt samarbete mellan samhällets stödjande funktioner inom hälso- och sjukvården, kommunerna och idéburna organisationer. Och det måste vara hållbart ekonomiskt, personalmässigt och över tid.

I takt med att förståelsen för betydelsen av de första åren av barndomen för efterföljande hälsa och produktivitet har ökat har fokus lagts av forskare, beslutsfattare och vårdpersonal på att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet till spädbarn och förskolebarn, särskilt de i missgynnade familjer. Som Heckman och kollegor har visat i ett antal studier, är avkastningen på investeringar i humankapital som högst när de erbjuds i tidig barndom (Campbell et al., 2014).



Efter: Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1900-2

SEEK-modellen

Uppslaget till BarnSäkert-projektet kom i samband med en konferens om barn som far illa i USA i början av 2013. Där presenterade professor Howard Dubowitz, barnläkare och renommerad expert inom forskningsområdet kring barns utsatthet för våld och försummelse, resultat från sina senaste studier. Efter många års forskning om effekterna av våld och omhändertagande av de utsatta barnen hade han fokuserat sitt arbete alltmer på förebyggande insatser, att utveckla en modell för att inom den pediatrika öppenvården identifiera familjer där det förekom viktiga psykosociala riskfaktorer och erbjuda hjälp till föräldrarna i ett tidigt stadium, och på så sätt minska risken att barn far illa. Hans modell hade tagits fram genom ett tvärprofessionellt arbete tillsammans med barnläkare, psykologer och socionomer och utgick från två huvudsakliga teoretiska ramverk - Bronfenbrenners ekologiska systemteori, där barnets förutsättningar ses i kontexten av den omgivning hen befinner sig i, och Prochascas transteoretiska modell, som beskriver hur stödinsatser måste ta hänsyn till individens nivå av beredskap till förändring (Dubowitz, 2020; Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1992). Den senare är en viktig förutsättning när stödinsatser ska erbjudas för att ändra ett beteende (exempelvis att sluta röka eller minska sin alkoholkonsumtion) eller ta emot hjälp eller behandling (exempelvis föräldrastödsprogram, psykologsamtal eller budget- och skuldrådgivning).

Prochascas stadier av beredskap till förändring

Pre-kontemplation

Personen har inte insikt i att det finns ett problem, eller tror inte att problemet påverkar hen själv eller sin omgivning

Kontemplation

Personen börjar inse att det finns ett problem och funderar över vad som kan göras

Beredning/bestämning

Nu tas ett beslut om att ta emot hjälp eller göra något åt sin situation

Handling

Förändringsprocessen börjar, med stödinsatser, behandling m.m.

Underhåll

Nya beteenden befästs och förstärks genom fortsatt reflektion och kontakt med stödinsatser

Professor Dubowitz och hans team hade testat sin modell, Safe Environment for Every Kid (SEEK) i två randomiserade studier i staden Baltimore på amerikanska östkusten och fått lovande resultat. Barnläkarna som hade använt modellen kände sig kunnigare och mer kompetenta att samtala med föräldrar kring psykosociala problem och de tog upp sådana ämnen i större utsträckning vid sina patientbesök. Föräldrar som hade tagit del av modellen uppgav att de mindre ofta använde kroppslig bestraffning mot sina barn och färre barn blev föremål för anmälan till socialtjänsten (Dubowitz et al., 2009; Dubowitz et al., 2012).

SEEK-modellen i USA består av flera kärnkomponenter: 1) utbildning av personal i att identifiera och bemöta de psykosociala riskfaktorerna som ingår i modellen (barnfattigdom, nedstämdhet, betydande föräldrastress, våldsamma uppfostringsmetoder, missbruk och våld i nära relationer); 2) användning av ett evidensbaserat frågeformulär, parent questionnaire (PQ), som föräldrarna fyller i vid ordinarie barnhälsovårdsbesök; 3) SEEK-flödesscheman för varje riskfaktor, som hjälper personalen att kartlägga och bemöta problem som identifieras; 4) principer från motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI); 5) Informationsbroschyrer om varje problemområde med tips, råd och kontaktinformation till lokala resurser; och 6) ett tillvägagångssätt för att remittera eller hänvisa föräldrarna till lämpliga resurser i samhället.

Snabbt såg vi möjligheterna som SEEK-modellen skulle kunna erbjuda i en svensk kontext, med barnhälsovården som utgångspunkt. Vi sökte och beviljades ett anslag från Uppsala universitet för att engagera professor Dubowitz som gästforskare under fyra år, och planeringen började för en forskningsstudie.

Barnhälsovården (BHV) har en lång historia i Sverige, och blev en lagstadgad service för alla barn och deras föräldrar redan 1938. BHV bedrivs således i alla län, i de flesta fall inom primärvården, och utgår från en vägledning från Socialstyrelsen och ett nationellt barnhälsovårdsprogram som beskriver BHV:s målsättning, arbetssätt, och innehåll (Socialstyrelsen, 2014; Rikshandboken barnhälsovård, 20). Genom sin heltäckande närvaro och universella utbud når BHV nästan alla barn 0-5 år, och utgör därmed ett av Sveriges största arenor för folkhälsoarbete.

Barnhälsovården som arena för att bemöta psykosociala problem



BHV som folkhälsoarena
Illustration: Sofia Lucas

Grundläggande för BHV-arbetet är ett salutogent förhållningssätt (salus = hälsa, genesis = ursprung) där samtal kring livs ingredienserna som främjar hälsa och förebygger ohälsa är i fokus i varje möte med barnet och föräldrarna (Antonovsky, 1996). Ett annat viktigt fokus är att tidigt identifiera barn som har eller riskerar att få hälsoproblem eller sämre utveckling på grund av fysiska eller psykiska problem eller negativa faktorer i uppväxtmiljön. 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 BHV-sjuksköterska och läkare tillsammans. Familjen har oftast en mycket förtroendefull relation med "sin" BHV-sjuksköterska och en god kontinuitet som innebär att BHV-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

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

Barnhälsovårdens nationella program

För alla		För alla vid behov	
I	II	III	
<p>Hälsövervakning - att följa barns hälsa, utveckling och livsvillkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tälväxt 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>Hälsöfrämjande arbete (levnadsvanor och miljö):</p> <ul style="list-style-type: none"> Spädbarnsvård Ämning, tillväxning till annan kost Kost Tandhälsa Fysisk aktivitet Läk och kultur Barnsäkerhet Förebygga skalvård (abusive head trauma) Förebygga SIDS (plötsligspädbarnsdöd) Tobak Alkohol/droger Våld i nära relationer <p>Hälsöfrämjande 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 föräldrarverksamheter</p> <ul style="list-style-type: none"> Mödrhälsovård 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>Hälsövägledning - motivera till förändrade levnadsvanor i familjen (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet)</p> <p>Utökat föräldrastöd individuellt eller i grupp, inklusive hembesök (sjuksköterska, läkare, psykolog, konsulter)</p> <p>Stödsamtal vid nedstämdhet/depression postpartum</p> <p>Tvårprofessionell konsultation/samverkan kring barn och familj med ökade behov T.ex. med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykolog för barnhälsovården. Mödrhälsovård 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>Utökat 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 Läkemedelverket vid biverkan</p>	

Barnhälsovårdens nationella program

För att kunna erbjuda insatser i den andra och tredje kolumnen behöver BHV-personalen verktyg för att identifiera barnets och familjens behov. Sedan snart två decennier ingår screening för postpartum-depression hos den födande kvinnan vid ett tillfälle när barnet är 6-8 veckor gammalt och för den icke födande föräldern erbjuds ett enskilt samtal sedan 2018 i många sjukvårdsregioner. Men för övrigt har det saknats ett strukturerat sätt för barnhälsovården att identifiera psykosociala riskfaktorer i barnets hemmiljö och erbjuda hjälp till föräldrarna i ett tidigt stadium.

Anpassning av SEEK-modellen för svensk barnhälsovård

Vi såg således den svenska barnhälsovården som en idealisk miljö för att testa SEEK-modellen i Sverige, och behovet fanns av ett strukturerat sätt att kartlägga familjens psykosociala situation och förmedla hjälp. Diskussioner hade tidigare förts mellan vårt forskarteam och centrala BHV-enheten i Dalarna för att studera sätt att ställa frågor om våld i nära relationer på ett systematiskt sätt inom BHV. Det blev därför ett naturligt val att planera för en studie om SEEK inom BHV i Dalarna.

Första steget var att översätta allt SEEK-material som används i USA. Snabbt såg vi att vissa frågor behövde anpassas till den svenska kontexten, till exempel frågor kring uttalad fattigdom, barnaga och innehav av handeldvapen, som är vanliga i USA men relativt ovanliga i Sverige. Vi såg också detta som en möjlighet att prova olika kombinationer av frågor kring våld i nära relationer och missbruk av alkohol och droger, ämnen som kan vara känsliga att fråga om och svåra att fånga upp i frågeformulär.

Till vår hjälp hade vi en grupp av sex erfarna BHV-sjuksköterskor som hade anmält sitt intresse för att agera som piloter, att vara våra konsulter om frågeformulärens utformning och testa formulären i ett utförligt pilotprojekt. Vi träffades vid ett intensivt tvådagars internat i Rättvik i slutet av augusti 2015, där vi slipade till två förslag till föräldraformulär, version A och B, och detaljerna kring hur pilotsjuksköterskorna skulle erbjuda modellen, hur många gånger och vid vilka åldrar den skulle användas.

Efter internatet skapade vårt team och koordinatörerna vid CBHV-enheten i Dalarna en sammanställning av kontaktinformation till resurser inom hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och ideella organisationerna, som skulle underlätta för sjuksköterskorna att remittera eller hänvisa föräldrar till rätt resurs. Vi översatte också de amerikanska flödesschemana för varje riskfaktor och delade ut till alla piloterna. Sedan satte de i gång att använda SEEK-modellen på sina respektive BVC, hälften med formulär A, som innehöll tre frågor om alkohol och droger och tre frågor om våld, och hälften med formulär B, som innehöll sex frågor om alkohol och droger och en fråga om våld. Efter sex veckor skulle de skifta till det andra formuläret. Alla föräldrarnas svar samlades in, och vi återsamlades i december 2015 för en avstämning.


Lärdomar från tre pilotomgångar

Före piloten hade vi genomfört fokusgruppsintervjuer med småbarnsföräldrar, som fick läsa frågorna (direktöversatta från den amerikanska versionen) och fick höra en beskrivning av hur modellen skulle användas inom barnhälsovården. Trots att de flesta föräldrar som deltog i intervjuerna var mycket positiva och insåg värdet i modellen visste vi inte hur föräldrar skulle reagera vid riktiga besök på BVC. Därför var det med spänningsfylld förväntan vi tog emot pilotsjuksköterskornas erfarenheter. Deras berättelser var överraskande positiva. Sjuksköterskorna beskrev hur arbetssättet öppnade upp samtalet, hur föräldrarna berättade om sin situation och om problem som de aldrig hade nämnt tidigare, och att många föräldrar berättade att de uppskattade frågorna. Sjuksköterskorna upplevde att det var för tidigt att använda SEEK redan vid 2 veckors ålder, att det är bäst att lämna fram formuläret tidigt under besöket och att frågorna om missbruk och våld inte verkade fånga upp föräldrar med sådana problem.

Stärkta av den positiva responsen var alla redo att fortsätta med en andra pilotomgång. Vi justerade föräldraformuläret genom att ändra frågorna om missbruk till en något bredare formulering och lade till en fråga om rädsla för andra personer i sin omgivning. Version C testades under vårvintern 2016, och vid ett återkopplingsmöte i maj framkom att samma problem kvarstod, få föräldrar svarade jakande på någon fråga om missbruk eller våld.

Detta var ett dilemma. Vi visste utifrån vår egen forskning om våld i nära relationer att över 20 procent av kvinnor och 10 procent av män 18-74 år rapporterar att de någon gång blivit utsatta för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld av en partner (Heimer et al., 2014). Därför beslöt vi att använda frågor från vår tidigare forskningsenkät Våld och hälsa, med separata, detaljerade frågor om psykiskt våld

och kontrollerande beteende, fysiskt våld och rädsla för en närstående person, som vi anpassade för föräldraformuläret. Tidigare undersökningar genomförda av Folkhälsomyndigheten hade visat att riskbruk eller missbruk av alkohol rapporterades av nästan 20 procent av vuxna i Sverige. Därför skulle vi använda samma instrument, WHO:s AUDIT-C (Folkhälsomyndigheten, 2022). Version D pilotades under hösten 2016, och skillnaden var påtaglig – 11 procent av föräldrarna uppgav riskbruk eller missbruk av alkohol och lika stor andel uppgav tidigare eller nuvarande upplevelser av våld i nära relationer. Vi hade till slut fått fram en svensk version av föräldraformuläret SEEK-PQ (kallas här efter SEEK-föräldraformulär), som kunde anses uppfylla sitt syfte. Arbetssättet hade finslipats och fungerade bra vid besöken på BVC. Nu var vi redo att planera en interventionsstudie.



Bästa förälder eller vårdnadshavare

Att vara förälder är inte alltid enkelt. En av våra viktigaste uppgifter på BVC är att hjälpa familjer så att barnen får en trygg uppväxtmiljö. Därför erbjuder vi alla familjer som besöker oss att besvara nedanstående frågor. Frågorna handlar om sådant som kan påverka många familjer. Frågorna gäller dig och det barn som har besöket på BVC idag. Att fylla i formuläret är frivilligt, och du kan välja att svara på alla, vissa eller inga av frågorna.


Barnets kön: _____ Barnets ålder: ____år ____ månader Förälders kön: _____

- 1 Ja Nej Vet du vart du ska ringa om ditt barn har fått i sig något giftigt?
- 2 Ja Nej Har du brandvarnare i ditt hem?
- 3 Ja Nej Finns det någon som röker i ditt hem?
- 4 Ja Nej Har du, under det senaste året, varit orolig för att pengarna inte ska räcka månaden ut?
- 5 Ja Nej Har du, under det senaste året, inte haft råd att köpa mat eller kläder som barnet behöver?
- 6 Ja Nej Har du, under de senaste månaderna, varit nedstämd, deprimerad eller haft känslor av hopplöshet?
- 7 Ja Nej Har du, under de senaste månaderna, känt mindre intresse eller glädje för saker som du annars brukar glädjas åt eller vara intresserad av?
- 8 Ja Nej Känner du dig ofta extremt stressad?
- 9 Ja Nej Upplever du ofta att ditt barn är särskilt besvärligt?
- 10 Ja Nej Skulle du behöva mer hjälp med ditt barn?
- 11 Ja Nej Är du orolig att du skulle kunna tappa kontrollen mot ditt barn?
- 12 Ja Nej Har du någon gång upplevt att nuvarande eller tidigare partner har nedvärderat, förolämpat eller bestämt över dig t.ex. vem du får träffa, hur mycket pengar du får ha, vilka kläder du ska ha?
- 13 Ja Nej Har du någon gång upplevt att nuvarande eller tidigare partner har hotat, knuffat, slagit, sparkat eller utsatt dig för annan typ av kroppslig misshandel?
- 14 Ja Nej Har du någon gång varit rädd för din partner eller någon annan person i din närhet?
- 15 Hur ofta dricker du alkohol?


<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> En gång i månaden eller mer sällan	<input type="checkbox"/> 2-4 gånger i månaden	<input type="checkbox"/> 2-3 gånger i veckan	<input type="checkbox"/> 4 gånger i veckan eller mer
---------------------------------	---	---	--	--
- 16 Hur många "standardglas" (se exempel nedan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 eller fler
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--
- 17 Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?


<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång i månaden	<input type="checkbox"/> Varje månad	<input type="checkbox"/> Varje vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag
---------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--




33cl
ölköll




33 cl
vinsköll



1 glas rött
eller vitt vin
(10-15cl)



1 likör glas
storkölsin
(8-10 cl)



4 cl sprit
1 ex whisky

- 18 Ja Nej Är det några andra problem som du önskar hjälp med idag?

SEEK-föräldraformuläret

BarnSäkert-studiens upplägg och genomförande

Förberedelser

BarnSäkert-studien planerades med en så kallad kluster-randomiserad, kontrollerad design, där varje BVC utgör ett kluster där alla sjuksköterskor arbetar på samma sätt, antingen med SEEK-modellen eller enligt befintliga rutiner. Vi tillfrågade verksamhetscheferna vid alla 29 BVC i Dalarna om att delta i studien, och alla tackade ja. En BVC var tvungen att dra sig ur studien strax före start på grund av bemanningsproblem, men för övrigt genomfördes den tvååriga interventionen på alla resterande 28 enheter. Randomiseringen skedde genom att BVC matchades parvis utifrån antal inskrivna barn och sociodemografiska faktorer (care need index, CNI, och andel föräldrar födda utanför Sverige) och lottades till antingen SEEK- eller kontrollgruppen genom att singla slant. BVC som hade agerat som pilotverksamheter fortsatte som SEEK-enheter och matchades till BVC enligt samma kriterier som ovan.

SEEK-föräldraformuläret översattes till de sju vanligaste språken i Dalarna (engelska, arabiska, somaliska, tigrinja, kurmanji, dari, turkiska). Översättningarna kontrollerades genom återöversättning till svenska och genomgång tillsammans med högskoleutbildade personer med respektive modersmål. För att underlätta datainsamlingen och arbetet på BVC använde vi en webb-baserad lösning. Föräldraformulären lades in i databasverktyget REDCap tillsammans med åtgärdsformulär för dokumentation av insatser som sjuksköterskorna erbjöd. Läsplattor (iPad) inhandlades och distribuerades till alla SEEK-BVC så att föräldrarnas och sjuksköterskornas svar kunde överföras automatiskt till databasen.

En manual skapades för att vägleda BHV-sjuksköterskorna i det dagliga arbetet med SEEK-modellen, tillsammans med en guide där alla flödesscheman, förslag på formuleringar för att stimulera samtal och bemöta hinder och motstånd och en mall för utfall i SEEK-föräldraformuläret samlades i ett spiralblock.

Studiens dimensioner

BarnSäkert-studien består av fyra huvudsakliga dimensioner:

1. Validering av SEEK-modellen mot vedertagna mått på samma riskfaktorer som ingår i SEEK-föräldraformuläret samt analys av effekten av interventionen på föräldrars psykiska hälsa, välbefinnande och attityder till barnuppfostran och konflikthantering samt på barnens hälsa, vårdutnyttjande och behov av särskilda vård-, skydds- och pedagogiska insatser
2. Kartläggning av förekomsten av riskfaktorer för våld och försummelse i hemmiljön för barn 0-5 år och BHV-sjuksköterskans vidtagna åtgärder när riskfaktorer identifieras
3. Utvärdering av SEEK-interventionen med mätning av effekt på vårdgivarnas 1) upplevelse av professionell kompetens och trygghet, 2) benägenhet att fortsätta arbeta med SEEK-modellen efter avslutad intervention, samt 3) föräldrars uppfattning av BVC:s användning av systematiska metoder för identifikation av psykosociala riskfaktorer.
4. Hälsoekonomiska analyser av SEEK-modellens kostnadseffektivitet gentemot ovanstående utfallsmått för barn och föräldrar.

Datainsamling för alla dimensioner pågick samtidigt under interventionen.

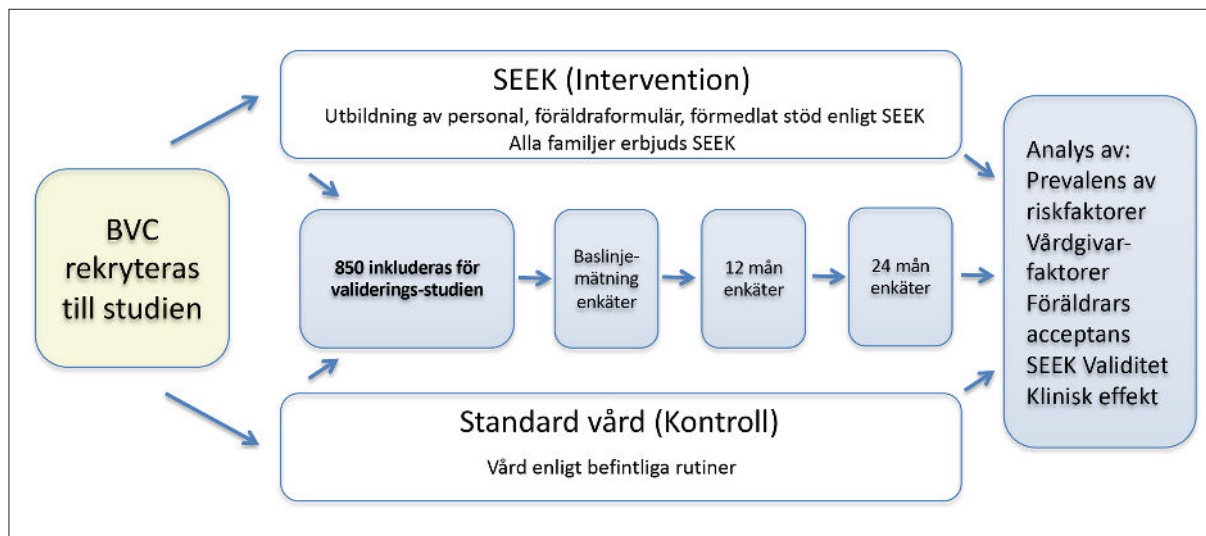


Diagram över studieupplägget

För den första dimensionen, fördjupningsstudien, rekryterade vi 850 föräldrar med barn 0-18 månader från både SEEK- och kontroll-BVC. Denna grupp gav sitt samtycke till att vi skulle följa dem och deras barn från början av interventionen tills barnen avslutade tredje klass i skolan. Vi fick deras tillgodkännande att inhämta information om barnen från hälso- och sjukvården och skolan och att hantera deras personuppgifter enligt gällande sekretesslagstiftning. Föräldrarna godkände också att delta i enkätundersökningar inför samt ett och två år efter interventionens start.

Materialet för kartläggningen av riskfaktorer bland familjer bestod av anonymt insamlade SEEK-föräldraformulär från hela interventionsperioden, med identifierande uppgifter endast om barnets kön och ålder och föräldrarnas kön. I samband med varje besök fyllde BHV-sjuksköterskan i en åtgärdsblankett med kompletterade information om erbjudna insatser, till exempel remisser, hänvisningar, återbesök till BVC och skriftlig information.

Hur SEEK-modellen upplevs av sjuksköterskorna och föräldrarna undersöktes genom intervjuer och enkäter till sjuksköterskorna och föräldrar. En baslinjemätning bland sjuksköterskorna genomfördes före interventionen och en uppföljning skedde efter avslut. Intervjuer med och enkäter till föräldrar pågår under 2022.

Genomförande av interventionen

Den svenska versionen av SEEK-modellen såsom den användes i interventionen består av fyra moment:

1. Grundläggande utbildning av BHV-sjuksköterskan i de riskområden som ingår i SEEK-föräldraformuläret
2. Användning av SEEK-föräldraformulär i samband med förutbestämda rutinbesök på BVC
3. Utifrån det besvarade föräldraformuläret använder BHV-sjuksköterskan motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) med stöd av framtagna flödesscheman för respektive riskområde

4. Vid behov ges föräldern skriftlig information från relevanta vård- eller samhällsinstanser i närområdet samt förslag till rådgivning, hänvisning eller remiss

Deltagande som SEEK-BVC innefattade:

I. Utbildning av alla sjuksköterskor som arbetar på BVC:

Samtliga BHV-sjuksköterskor och mödra-barnhälsovårdspsykologer på SEEK-BVC genomgick en heldagsutbildning som innefattade grundkunskaper om de sex problemområden som ingår i SEEK:

- Barnsäkerhet
- Ekonomiska problem
- Extrem föräldrastress
- Nedstämdhet
- Risk- och missbruk av alkohol
- Våld i nära relationer.

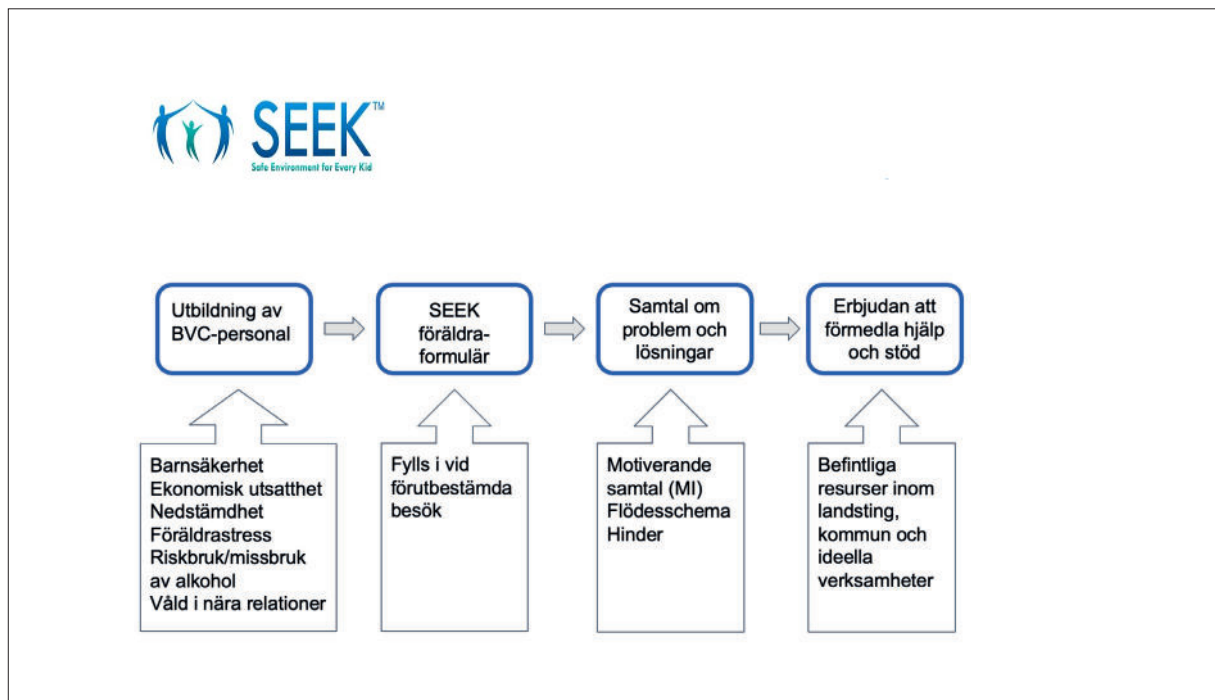
Utbildningen genomfördes av projektledningen och innefattade också den praktiska tillämpningen av SEEK-modellen och logistiken kring BarnSäkert-projektet.

II. Arbete enligt SEEK-modellen, som erbjuds till alla föräldrar vid specifika rutinbesök på BVC

Vid SEEK-BVC erbjöds föräldrar/vårdsnadshavare att besvara SEEK-föräldraformuläret i samband med ordinarie BVC-besök när barnet är 6-8 veckor, 8-10 månader, 18 månader, 2,5 och 4 år gammalt. Tid gavs för föräldrarna att fylla i formuläret under besöket inne på mottagningsrummet för att säkerställa enskildhet. Om två föräldrar var närvarande vid besöket erbjöds båda att fylla i var sitt formulär. Under BVC-besöket samtalade BHV-sjuksköterskan med föräldern om svaren på föräldraformuläret utifrån tekniken MI. De flesta sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården är förtrogna med MI och använder tekniken i sitt dagliga arbete. Samtalet gick ut på att diskutera föräldrarnas tankar och känslor om sin egen situation och hur de såg på sitt behov av stöd och förändring. I slutet av samtalet kunde BHV-sjuksköterskan erbjuda rådgivning och eventuell hänvisning eller remiss för hjälp, stöd eller behandling till befintliga vård- och samhällsinstanser utifrån föräldrarnas önskemål. Skriftlig information från relevanta vård- eller samhällsinstanser gavs också vid behov.

Deltagande som kontroll-BVC innefattade:

- Information och kontaktförmedling för rekrytering av föräldrar till valideringsstudien
- BHV arbete enligt befintliga rutiner, med rådgivning, stöd och remiss till relevanta samhällsinstanser vid upplevt behov eller t.ex. utfall vid screening för post-partum depression.



SEEK-modellen som användes i BarnSäkert-studien

Support, feedback och inspiration

Flera insatser gavs för att stödja personalen under interventionsperioden. Sjuksköterskorna på kontroll-BVC bjöds in till ett heldagssymposium om forskning inom barnhälsovården med tonvikt på betydelsen av en kontrollgrupp vid interventionsstudier. För att ge kontinuerligt stöd till sjuksköterskorna på SEEK-BVC arbetade två koordinatörer på plats i Dalarna. De hade regelbunden kontakt med alla BVC och kunde svara på frågor och ge teknisk support vid eventuella problem med utrustning, uppkoppling eller formulär och rådgivning angående hantering av enskilda ärenden som uppstod. Tre till fyra gånger per termin anordnades videokonferenser där alla SEEK-sjuksköterskor kunde ansluta för att diskutera arbetet med SEEK-modellen tillsammans med koordinatörerna och projektledningen. Det blev en viktig informationskälla för oss i projektledningen och en möjlighet att skapa ytterligare stödinsatser för personalen. Det ledde till att vi anordnade fortbildningsdagar om bland annat förhållningssätt vid svåra samtal och hur man kan bemöta föräldrar kring frågor om alkohol och våld i nära relationer. Dessa kallade vi sedan för ”inspirationsdagar”, och har blivit en bestående komponent i BarnSäkert-modellen.

Referensgrupper och styrgrupp

Tidigt i planeringsfasen skapades två referensgrupper, en lokal grupp i Dalarna med representanter från berörda verksamheter samt föräldrar till barn på BVC, och en nationell grupp bestående av representanter från idéburna organisationer som arbetade med frågor kring barn som far illa. Deras input har varit ovärderlig under studiens genomförande och har bidragit till att justera projektets utformning och framfart och till att förankra processen hos sina respektive organisationer. En styrgrupp från Landstinget i Dalarna och Falu kommun bidrog också till projektets stadga och framgång.

Styrgrupp

Barnhälsovårdsöverläkare
Socialförvaltningschef
Biträdande divisionschef
primärvården
Vårdcentralschef
Barnkonventionssamordnare
Projektledare
Biträdande projektledare
Projektkoordinatorer

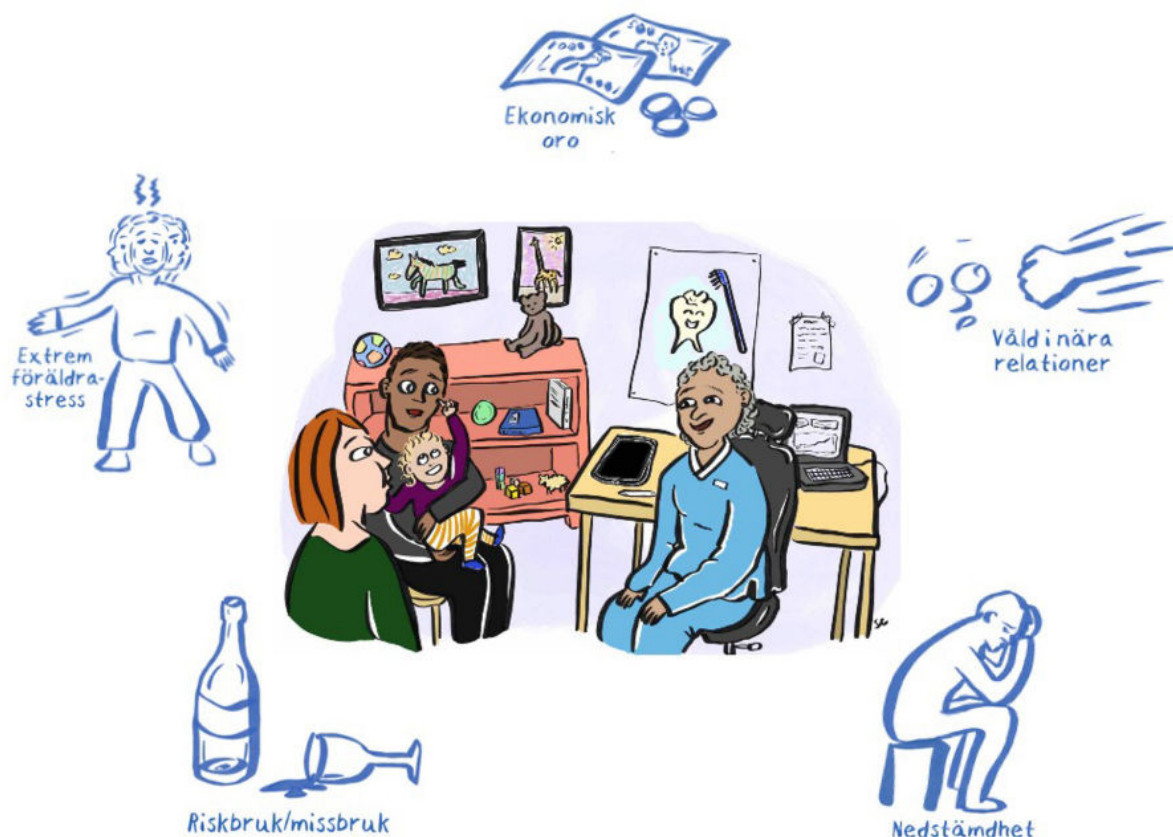
Referensgrupp Dalarna

BHV-sjuksköterska
Missbrukssamordnare
Kvinnojoursrepresentant
MBHV-psykolog
Två föräldrar till barn 0-5 år
Enhetschef omsorgs-
förvaltningen
Familjerådgivare

Referensgrupp Idéburna organisationer

World Childhood Foundation
Stifelsen Allmänna Barnhuset
Rädda Barnen
Mind
Knas hemma
Barnombudet i Uppsala
Maskrosbarn
Karolinska institutet

BarnSäkert-interventionen i Dalarna pågick mellan 9 april 2018 och 30 mars 2020



Resultat från BarnSäkert-studien

Under inledningsfasen, interventionen och de första två åren efteråt har en stor mängd data inhämtats. Hittills har två vetenskapliga artiklar publicerats, och i skrivandets stund är ytterligare två vetenskapliga artiklar under bearbetning. Här redovisar vi en del av resultaten som framkommit hittills, och i slutet av kapitlet ger en kort sammanställning av planerade analyser.

Sjuksköterskornas upplevelser – baslinjemätningen

Studien använde en så kallad mixed-methods design, med både fokusgruppsintervjuer och en enkätundersökning (Engström et al., 2021). Alla sjuksköterskor som arbetade kliniskt inom BHV i Dalarnas län (n=84) bjöds in att delta i de kvalitativa och kvantitativa delarna av studien. Tolv sjuksköterskor deltog i fokusgruppsintervjuer och 59 sjuksköterskor besvarade den webbaserade enkäten (70 %). Kvalitativa data analyserades med hjälp av systematisk textkondensering (Malterud, 2012).

Den kvalitativa analysen resulterade i fem teman med tre till fem kodgrupper vardera

Teman				
Informationen som föräldrar ger beror på hur vi frågar	Att bygga en relation är särskilt viktigt för att diskutera känsliga frågor	Alla delar av organisationen måste vara på plats för att detta ska fungera	Det är en del av vårt jobb men det är inte alltid lätt	Mitt arbete kan göra skillnad för barnet
Kodgrupper				
Allmänna frågor eller specifika?	Att etablera kontakt Öppet samtalsklimat	Vad ska man göra när föräldrar avslöjar	Barnhälsovårdarens roll har förändrats	Barnets bästa Tidig identifiering
Följa upp oklara situationer	Hantera känsliga frågor med omsorg	Teamexpertis är inte alltid tillgänglig	Att lära sig genom erfarenhet	På barnets sida
Screeningverktyg tillgängliga för oss	Identifiera styrkor	Samverkan med mödrahälsovården och socialtjänsten	Att känna sig trygg är viktigt Prioriteringar när tiden är knapp	Pågår i generationer Skuld känslor över missade fall

Den kvantitativa analysen visade att sjuksköterskorna upplevde att de sällan kom i kontakt med familjer med ekonomiska problem, riskbruk av alkohol eller våld i nära relationer.

En sammanvägning av båda analyserna visade att sjuksköterskor ansåg att det var både viktigt och relevant för deras arbete att identifiera psykosociala riskfaktorer. De hade dock lite formell utbildning om riskfaktorerna som efterfrågades och de saknade strukturerade metoder för att ta itu med flera av dem. De beskrev också att det var otydligt vart man skulle hänvisa föräldrar för hjälp och vilka resurser som fanns tillgängliga. Inom områdena ekonomiska problem, riskbruk av alkohol och våld i nära relationer uppgav sjuksköterskorna att de i låg grad hade tillräcklig kompetens och känsla av trygghet jämfört med områden där de hade formell utbildning och en strukturerad metodik (depression, föräldrastress).

Resultaten pekar på att det fanns en klyfta mellan sjuksköterskornas inställning att det är viktigt och lämpligt för barnhälsovården att identifiera och bistå familjer med psykosociala problem och deras förmåga att göra det med tanke på deras dåvarande kompetensnivå och det metodstöd som stod till buds.

”Och det är generationer av kanske alkohol och missbruk och de här barnen som kommer nu, de har själva växt upp i ett... Med missbrukande föräldrar eller ekonomisk utsatthet eller... Och då vill man ju att det ska bli någon ändring någonstans...

(BHV-sjuksköterska)

”Jag menar, vi har ju ett litet barn där. Som ska växa upp i det här, också. [...] Så att om man fångar upp det tidigt kan man väl hjälpa dem tidigt också.

(BHV-sjuksköterska)

Sjuksköterskornas upplevelser – uppföljning efter interventionen

Vi använde samma metodik som i den första studien för att efterhöra om sjuksköterskornas upplevelser skiljde sig åt mellan SEEK- och kontrollgrupperna (Engström et al., 2022). Uppföljningsstudien syfte var att undersöka eventuella kontraster mellan BHV-sjuksköterskor som arbetat enligt SEEK-modellen och de som arbetat enligt befintliga rutiner. Data analyserades genom innehållsanalys (n=18), deskriptiv statistik och sambandsanalyser (n=50).

Den kvalitativa innehållsanalysen gav ett övergripande tema och fyra kategorier med 2-4 underkategorier vardera.

Övergripande tema: Universell tillämpning av en strukturerad metod ger mervärde till erfarenhetsbaserad kunskap vid bemötande av psykosociala riskfaktorer

Kategorier			
Att skapa förutsättningar för framgångsrik praktik	Att hantera barnhälsovårdens uppdrag	Att möta familjen som professionell	Att arbeta med psykosociala riskfaktorer väcker många känslor
Underkategorier			
Tillräcklig tid och rätt prioriteringar	BHV-sjuksköterskans uppdrag är komplex	Att ta itu med riskfaktorer kopplade till föräldraskap	Att känna olika känslor när man frågar
Att skapa en förtroendefull relation underlättar att prata om känsliga frågor	Identifiera risker i barnets miljö	Vad föräldrar berättar för oss beror på hur vi frågar	Hantera svåra känslor när barn kan vara i riskzonen
Att dela och vägleda är centralt		Att agera för att hjälpa familjen	Att ha kunskapen att fråga
Samarbete med andra professionella främjar en effektiv vård			

Enkät svar

Det fanns signifikanta skillnader mellan SEEK- och kontrollgrupperna när det gällde respondenternas självskattning av i vilken utsträckning de hade tillräcklig kunskap, kompetens och trygghet för att ta itu med de flesta psykosociala riskfaktorer. Inga signifikanta skillnader mellan grupper sågs för kunskap, kompetens eller trygghet angående depression, och svaren angående självförtroende var inte signifikant olika för extrem föräldrastress.

Sammanfattningsvis visade resultatet att:

- Upplevelser av färdigheter och kompetens i att hantera psykosociala riskfaktorer framkom i båda grupperna
- SEEK-gruppen upplevde att problemen var vanliga och ringades in tidigare, vilket gjorde en positiv skillnad för familjen
- SEEK-gruppen skattade i signifikant högre grad att de hade tillräcklig kunskap, kompetens och känsla av trygghet att arbeta med ekonomiska problem, extrem föräldrastress, riskbruk/missbruk av alkohol och våld i nära relationer jämfört med kontrollgruppen

“Det var så många föräldrar som tog upp saker som man aldrig skulle fått reda på tidigare. Om våld i nära relationer, om ekonomisk oro, om hur de kände sig och framför allt vad papporna svarade, om deras känslor av stress.

(BHV-sjuksköterska)

“Jag tänker att om vi som personal känner oss trygga i och ställa frågorna, då får vi också mer ärliga svar.

(BHV-sjuksköterska)

Slutsatser från båda studierna

Även om det framgick av båda studierna att BHV-sjuksköterskorna har stor erfarenhet av att hantera psykosociala riskfaktorer hos familjerna de möter, stärkte användningen av SEEK-modellen 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 BarnSäkert-interventionen

Av drygt 10 300 föräldrar som besökte BVC under den tvååriga interventionen vid åldrar som ingår i BarnSäkert besvarades över 8200 SEEK-föräldraformulär på åtta olika språk.

Antal SEEK-föräldraformulär som registrerades totalt och antalet besvarade formulär på respektive språk

SEEK-formulär	Antal besökande föräldrar	Antal besvarade formulär	Svarsfrekvens
Svenska	9526	7666	80%
Arabiska	283	205	72%
Dari	94	65	69%
Engelska	84	74	88%
Kurmanji	23	7	30%
Somaliska	114	90	79%
Tigrinja	167	111	66%
Turkiska	29	21	72%
Totalt	10 320	8239	80%

Anledningar till att föräldrar inte hade fyllt i formuläret var framför allt tidsbrist eller att barnet eller medföljande syskon var trötta och missnöjda. Relativt få föräldrar tackade aktivt nej till att svara på frågorna, och även då var anledningen oftast tidsbrist. Mycket få föräldrar tackade nej efter att ha läst frågorna. Andra anledningar till att BHV-sjuksköterskan inte erbjöd formuläret var att föräldern inte var läskunnig eller inte förstod frågorna (formulär på andra språk än svenska), att det var BHV-sjuksköterskans första möte med familjen eller att föräldern nyligen hade fyllt i formuläret vid ett besök med ett annat syskon. Ibland bedömde BHV-sjuksköterskan att det var olämpligt att erbjuda formuläret, till exempel att BHV-sjuksköterskan visste att föräldrarna var osams och båda var närvarande, att mamman var djupt nedstämd och orkade inte svara på frågorna eller att familjen nyligen varit med om en tragisk händelse.

Anledning till att föräldern inte fyllde i eller inte erbjöds att fylla i SEEK-föräldraformuläret

Anledning	Antal formulär
Tidsbrist	1178
Tackade nej	156
Språkproblem	140
Olämpligt	241
Annat	274
Totalt	1989

Ungefär 70 procent av formulären besvarades av en kvinna och 30 procent av en man, med relativt lika fördelning på alla språk. Eftersom tidigare forskning kring SEEK-modellen har inkluderat framför allt mammor utgör våra data ett viktigt material för att beskriva även pappors situation. Två föräldrar var närvarande vid ungefär 20 procent av besöken. Vid tre procent av besöken där formuläret fylldes i på svenska var två mammor eller två pappor med på samma besök.

Andel (%) barn och föräldrar av respektive kön och andel BHV-besök där båda föräldrar var närvarande för registrerade SEEK-föräldraformulär på respektive språk

SEEK-formulär	Svenska	Arabiska	Dari	Engelska	Kurmanji	Somaliska	Tigrinja	Turkiska
Flickor	49	51	58	49	57	38	44	50
Pojkar	51	49	42	51	43	62	56	50
Kvinnor	72	69	73	76	65	74	88	62
Män	28	31	27	24	35	26	12	38
Gemensamt båda föräldrar	22	21	17	19	26	11	11	35

”Jag tycker att dom berättar ju mycket mer när man ställer frågorna, för förut så har man inte frågat, då har man inte fått veta.

(BHV-sjuksköterska)

Det framkom att en relativt stor andel av föräldrarna uppgav minst ett problem när de svarade på SEEK-formuläret. I samband med återkopplingsmöten med projektledningen berättade sjuksköterskorna att de förvånades över att många föräldrar tog upp saker som de aldrig tidigare hade pratat om, även efter lång tids kontakt med samma BHV-sjuksköterska. Arbetssättet öppnade upp samtalet på ett naturligt sätt även till

känsliga ämnen. De upplevde att förvånansvärt många föräldrar berättade om ekonomiska problem, både låga inkomster men även stress i samband med höga lån och oro att inte kunna betala de löpande avgifterna. Föräldrar pratade om spelmissbruk, problem att behärska sitt drickande och känslor av nedstämdhet, och fick hjälp att komma i kontakt med professionella som kunde ge stöd och vägledning. Vid några tillfällen uppdagades pågående utsatthet för våld, och föräldrar fick omedelbar hjälp att komma till ett skyddat boende.

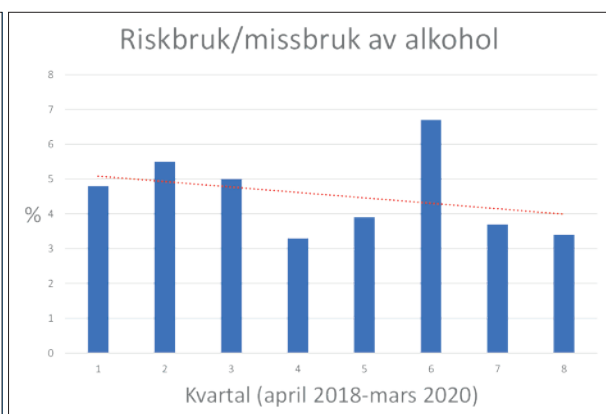
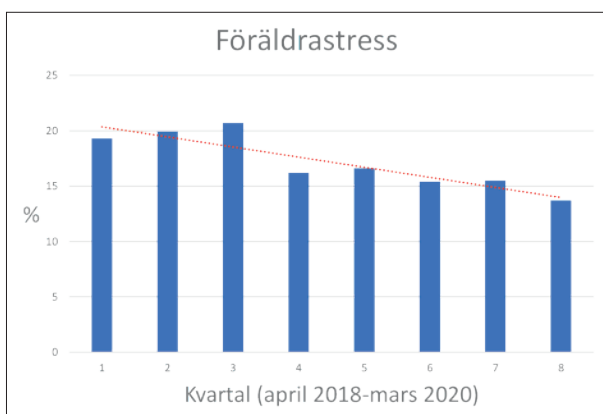
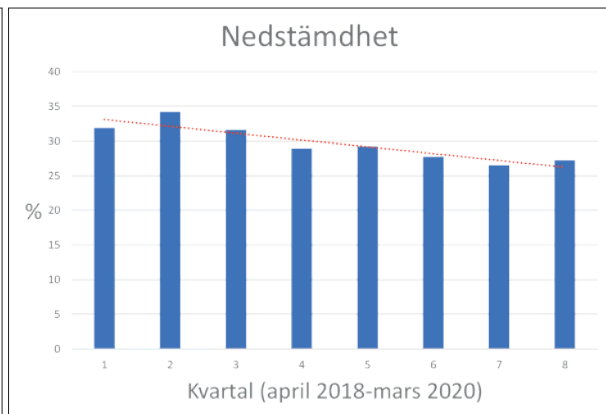
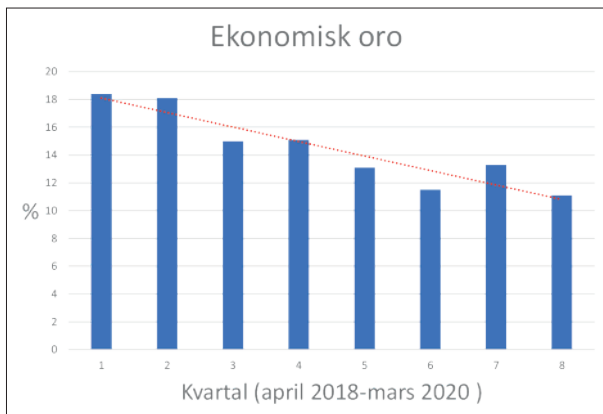
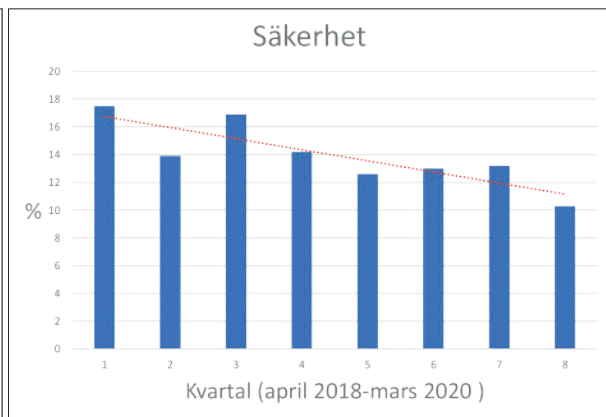
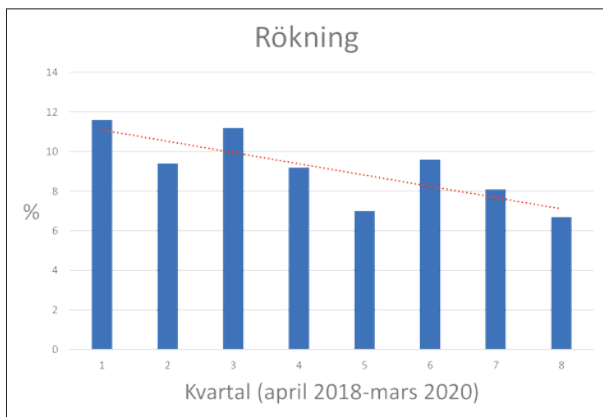
Andelar (%) föräldrar som uppgav respektive psykosocial riskfaktor i samband med sitt besök på BVC under interventionens första tre månader

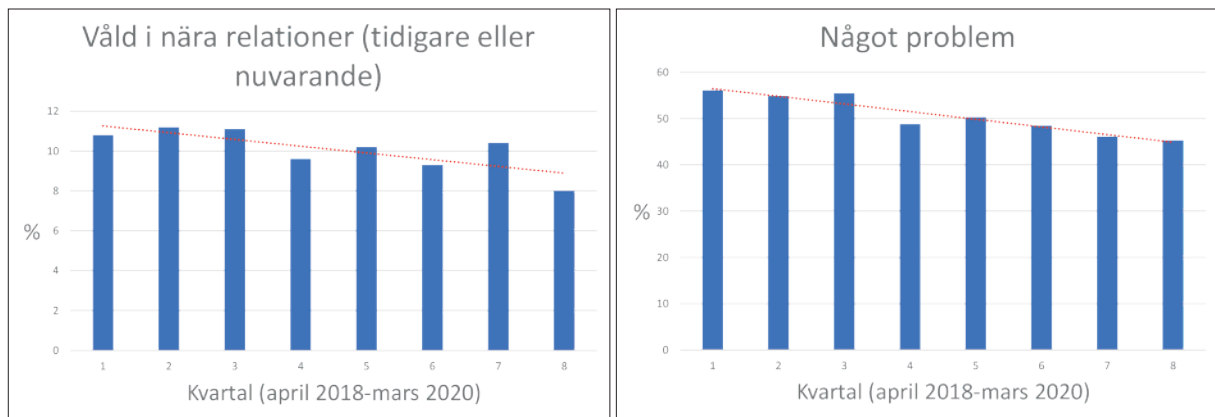
Problem (svenska formulär)	Kvinnor %	Män %	Totalt %*
Barnsäkerhet	15	13	18
Ekonomiska problem	17	21	19
Nedstämdhet	32	31	32
Extrem föräldrastress	20	18	20
Riskbruk av alkohol	4	6	5
Våld i nära relationer	11	10	11
Något problem	56	57	57

*Inkluderar formulär där förälderns kön inte var angivet

Trender över tid

Vi har följt föräldrarnas svar över interventionsperioden, och för flera av riskfaktorerna har andelen föräldrar som uppger ett problem minskat successivt på ett statistiskt signifikant sätt (formulär på svenska). Detta gäller för rökning i barnets hem, barnsäkerhet, oro för ekonomin, nedstämdhet, extrem föräldrastress, riskbruk av alkohol eller ett jakande svar på någon av riskfaktorerna. Andelen föräldrar som uppgav våld i nära relationer (tidigare eller nuvarande) förändrades inte signifikant under studieperioden.





Anledningarna till nedgångarna är inte klarlagda och ytterligare analyser pågår för att närmare förstå vad som kan ligga bakom. Om det representerar en äkta minskning i andelen föräldrar som upplever respektive problem som en följd av BarnSäkert-projektet är det ett viktigt resultat. I intervjuer har BHV-sjuksköterskor berättat att föräldrar som har fått insatser har vid senare besök fyllt i SEEK-föräldraformuläret och uppgivit att de inte har samma problem längre. De har beskrivit att hjälpen som de fick fungerade, och att deras situation nu är bättre. En pågående studie där föräldrar har tillfrågats om sina erfarenheter av BarnSäkert-modellen genom en enkät visar att cirka 20 procent svarar att de har fått hjälp som de annars inte hade fått, 15 procent uppger att deras situation har blivit något bättre eller mycket bättre på grund av arbetssättet. Dessa resultat är preliminära och baseras på 200 enkätsvar, och vi måste därför vara försiktiga i hur vi tolkar dem. Sammantaget ser vi dock tecken från våra resultat att många föräldrar upplever att arbetssättet är verkningsfullt och många verkar ha fått hjälp och stöd.

Skillnader när föräldrar svarar på andra språk

Det fanns markanta skillnader i andelen föräldrar som uppgav olika problem när de svarade på andra språk jämfört med svenska. Det var påtagligt fler som hade utfall för frågor kring barnsäkert, framförallt att någon i barnets hem rökte, och för flera av språken var andelen föräldrar som uppgav ekonomiska problem dubbelt eller flerfaldigt högre än på svenska. Stora skillnader sågs mellan språken avseende känslor av nedstämdhet och våld i nära relationer, medan uppgifter om riskbruk var relativt ovanliga för de flesta andra språk än svenska.

Andel (%) föräldrar som uppgav respektive riskfaktor i SEEK-föräldraformuläret på respektive språk under hela interventionsperioden

Riskfaktor	Svenska	Arabiska	Dari	Engelska	Kurmanji	Somalika	Tigrinja	Turkiska
Barn-säkerhet	15	51	53	37	63	24	30	82
Ekonomiska problem	16	31	69	34	38	12	20	9
Nedstämdhet	31	34	66	39	25	10	18	18
Extrem föräldrastress	18	16	48	26	38	5	14	5
Riskbruk av alkohol	5	0	0	2	0	0	2	0
Våld i nära relationer	11	3	26	11	0	2	2	5
Något problem	53	73	85	72	75	40	41	96

Associationer mellan olika utfall och till att vara oroliga att tappa kontrollen

En av frågorna i SEEK-föräldraformuläret lyder "Är du orolig att du skulle kunna tappa kontrollen mot ditt barn". Frågan är en omformulering av den ursprungliga amerikanska versionen, som handlar om kroppslig bestraffning, och är menad i den svenska versionen att även fånga upp föräldrarnas oro att använda verbalt aggressivt beteende och andra kränkningar mot barnet. Trots att ett fåtal föräldrar svarar ja på denna fråga finns det tydliga samband mellan ett jakande svar om oro för att tappa kontrollen och utfall för alla de andra problemen. Frågan visade sig ha en stark koppling till nedstämdhet och stress,

Riskökning (odds ratio, OR) för oro att tappa kontrollen mot sitt barn vid utfall på olika psykosociala riskfaktorer jämfört med föräldrar utan utfall

Problem (svenska formulär)	Odds ratio*
Barnsäkerhet	3
Ekonomiska problem	5
Nedstämdhet	11
Extrem föräldrastress	8
Riskbruk av alkohol	3
Våld i nära relationer	5
Ett problem	5
Två problem	21
Tre problem	37
Fyra problem	49
Fem problem	163

*Ett odds ratio på 1 innebär ingen ökad risk, 3 att risken är tredubbel förhöjd, etc.

men även till säkerhetsbrister, ekonomiska problem, våld i nära relationer och riskbruk av alkohol. En stegvist ökande risk för utfall om oro att tappa kontrollen ses ju fler typer av problem föräldrarna uppgav. Föräldrar som uppgav problem inom ett område hade fem gånger högre risk och en liten grupp föräldrar med problem inom alla fem områden hade 163 gånger högre risk att uppges oro att tappa kontrollen jämfört med gruppen som inte uppgivit några problem.

Validering av det svenska SEEK-föräldraformuläret

Det svenska SEEK-föräldraformuläret har inte tidigare utvärderats avseende hur väl det identifierar de riskfaktorer som ingår i modellen. Därför har vi utvärderat sensitiviteten, specificiteten och det negativa och positiva prediktiva värdet av den svenska anpassningen av föräldraformuläret som används inom BarnSäkert-studien jämfört med vedertagna, standardiserade instrument som används för att upptäcka samma problem.

Data som vi analyserade togs från den första webbaserade föräldraenkäten som erbjöds före interventionen till alla föräldrar som givit sitt samtycke till den fördjupade, individuella delen av studien. Där ingick vedertagna frågeformulär för att värdera förekomsten av ekonomiska problem, nedstämdhet, extrem föräldrastress, riskbruk eller missbruk av alkohol och våld i nära relationer (The Public Health Agency of Sweden, 2021; Smarr & Keefer, 2020; Östberg et al., 1997; Hegarty et al., 2017; Babor et al., 2001).

Sammanställning av de validerade instrumenten som användes som "bronsstandard" i de psykometriska analyserna. Antalet frågor för varje riskfaktor uppges för SEEK-föräldraformuläret och brons-standard-instrumenten

Riskfaktor	Antal frågor i SEEK-föräldraformulär	Bronsstandard instrument	Antal frågor i brons-standard-instrument
Ekonomiska problem	2	Swedish National Public Health Survey	2
Nedstämdhet	2	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	14
Extrem föräldrastress	4	Swedish Parenthood Stress Questionnaire (SPSQ)	34
Våld i nära relationer	3	Composite Abuse Scale (CAS)	30
Riskbruk eller missbruk av alkohol	3	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	10
Totalt:	14		90

Sammanlagt 611 föräldrar svarade på enkäten, 500 kvinnor och 111 män. Svarefrekvensen var 73%. Resultaten av analyserna visade att sensitiviteten var måttlig till mycket god för alla riskfaktorer förutom våld i nära relationer. Sensitivitet var generellt högre för kvinnor jämfört med män för alla riskfaktorer förutom riskbruk. Specificiteten var måttlig till mycket god för alla riskfaktorer. Det positiva prediktiva värdet var generellt lågt för alla riskfaktorer förutom våld, som uppvisade ett måttligt värde. Det negativa prediktiva värdet var högt till mycket högt för alla riskfaktorer.

Sensitivitet, specificitet, positivt prediktivt värde och negativt prediktivt värde i procent för kvinnor, män och totalt för respektive riskfaktor

Riskfaktor	Sensitivitet (%)	Specificitet (%)	Positivt prediktivt värde (%)	Negativt prediktivt värde (%)
Ekonomiska problem				
Kvinnor	83	82	46	96
Män	64	87	43	94
Totalt	80	83	45	96
Nedstämdhet				
Kvinnor	93	65	31	98
Män	67	61	18	93
Totalt	89	64	29	97
Extrem föräldrastress				
Kvinnor	79	76	31	96
Män	71	79	23	97
Totalt	78	76	29	97
Riskbruk				
Kvinnor	91	71	7	100
Män	100	70	24	100
Totalt	95	71	11	100
Våld i nära relationer				
Kvinnor	52	91	70	83
Män	27	93	64	72
Totalt	47	91	69	81
Hela formuläret				
Kvinnor	95	42	63	88
Män	92	39	62	82
Totalt	94	42	63	87

Sensitivitet – hur väl instrumentet fångar upp personer som har ett specifikt problem

Specificitet – hur väl instrumentet korrekt identifierar personer som inte har ett specifikt problem

Positivt prediktivt värde – hur väl ett positivt utfall i instrumentet stämmer med att personen har det problemet

Negativt prediktivt värde – hur säkert det är att ett negativt utfall i instrumentet innebär att personen inte har problemet som efterfrågas

De relativt höga värdena för sensitivitet innebär att de flesta som har ett specifikt problem fångas upp av frågorna i SEEK-formuläret, och de mycket höga negativa prediktiva värdena innebär att ett negativt utfall i SEEK-formuläret i de allra flesta fall innebär att personen inte har det specifika problemet. Det sistnämnda är särskilt viktigt för att inte missa föräldrar med behov av hjälp. De låga värdena för positivt prediktivt värde innebär att SEEK-formuläret fångar upp många föräldrar som egentligen inte har en specifik riskfaktor, d.v.s. de får falskt positiva utfall. Detta är sällan ett problem i praktiken vid ett besök på BVC, eftersom arbetssättet går ut på att lyfta eventuella problem med föräldrarna och diskutera hur det påverkar dem och deras barn. Om det visar sig genom samtalet att föräldrarnas svar i SEEK-föräldraformuläret inte innebär ett problem för familjen händer inget mer, och förfarandet har inte inneburit en belägenhet för familjen eller en belastning för BHV-sjuksköterskan.

”Så har man talat om att det finns hjälp att få ifall man skulle ha behov av det. Och det har jag varit med om, att dom har svarat på ett sätt och sen kanske dom har flera barn eller kommer på ett annat besök och då svarat annorlunda.

(BHV-sjuksköterska)

Den låga sensitiviteten för frågorna om våld i nära relationer innebär att många som upplever upplevelser av våld från en nuvarande eller tidigare partner i CAS-instrumentet, med många och detaljerade frågor om våld, inte fångas upp av de tre frågorna som används i det svenska SEEK-formuläret. Detta är särskilt påtagligt för männen. Tidigare forskning kring screening för våld visar stor variation i både sensitivitet och specificitet för både kvinnor och män (Rabin et al., 2009). När höga värden på sensitivitet uppges har man oftast använt en hög nivå av våldsutsatthet som jämförelsemått, till skillnad från vår

analys där varje uppgift om våldsutsatthet eller rädsla för en partner, oavsett frekvens eller allvarlighetsgrad, har använts som ett positivt utfall i vår brons-standard-instrument (CAS).

SEEK-modellen innebär att samma frågor ställs flera gånger under en femårsperiod, vilket ökar möjligheten att fånga upp föräldrar som först var tveksamma till att berätta om utsatthet för våld eller någon av de andra riskfaktorerna. Sjuksköterskorna har framfört många berättelser om att så också sker i praktiken, och flera föräldrar har vid ett senare tillfälle berättat om sina problem. Resultaten ger ändå anledning till att överväga om frågorna om våld i nära relation i den svenska versionen av SEEK-föräldraformuläret ska revideras för att kunna identifiera en större andel av de våldsutsatta föräldrarna.

Sammanfattning av resultaten från BarnSäkert-studien

- BarnSäkert är en universell metod som kan nå alla familjer med barn 0-5 år
- Många föräldrar berättar om sina svårigheter
- Problemen ringas in snabbare
- Arbetssättet gör även svåra problem pratbara
- Individuellt stöd kan ges utifrån familjens behov
- Att fråga vid flera tillfällen sår frön – föräldrar som först inte var redo återkommer senare och berättar
- BHV-sjuksköterskor upplever sig mer kompetenta och trygga att bemöta psykosociala problem i sitt arbete

- Andelen föräldrar som uppgav problem med ekonomin, nedstämdhet, extrem stress och riskbruk av alkohol minskade successivt under interventionsperioden
- Den svenska versionen av SEEK-föräldraformulär fångar upp de flesta föräldrar som har problem med ekonomin, nedstämdhet, extrem stress och riskbruk av alkohol, men har lägre sensitivitet för våld i nära relationer

Pågående och planerade studier

Föräldrars upplevelser av SEEK-modellen

För närvarande pågår två studier där föräldrars upplevelser av SEEK-modellen och huruvida deras situation har förändrats, tillsammans med forskare vid Högskolan i Dalarna och Jönköpings universitet. Enskilda intervjuer har genomförts med 18 föräldrar, och analyser pågår av deras uttalanden. Samtidigt har vi påbörjat en enkätundersökning för att efterhöra i vilken utsträckning föräldrarna har blivit erbjudna och fått hjälp, och huruvida de upplever att BarnSäkert/SEEK har förändrat deras livssituation. Analyserna från dessa studier beräknas vara klar under hösten 2022, med publikation av resultaten under vintern 2023.

”Jag tycker det var ett bra samtal för det var då liksom det här med nedstämdheten kom upp och så vidare. Så att det var liksom det som vi diskuterade. Och jag fick hjälp.

(mamma, 35 år)

”Jag förstår varför de här frågorna är väldigt bra. För att barn kan ju råka jätteilla ut om föräldrar oroar sig för hur får de mat på bordet eller kan de ha tak över huvudet? Det, det är ju jätte, jättebra frågor att kunna ställa.

(pappa, 34 år)

”Det samtalet jag hade där, det blev ju också erbjudet till min sambo. Och jag blev ganska förvånad över men jättejätteglad över att man tar med pappan i familjen också i samma typ av samtal. Att de också får det utrymme känns ju jätte viktigt. Så det tycker jag var riktigt bra.

(mamma, 30 år)

”Vår dotter har mycket känslor. Ja, och det var någonting som min sambo lyfte då till vår sjuksköterska och då hjälpte hon oss att komma i kontakt med någon att prata med om det hela. När hon upplevde att hon inte hade kompetensen själv så hänvisade hon oss vidare till någon som hade det. Superbra.

(pappa, 34 år)

Hälsoekonomiska analyser

Kompletterande information från hälso- och sjukvården i Dalarna kommer att hämtas in under hösten 2022 – våren 2024 för att komplettera våra redan insamlade data från interventionen och fördjupningsstudien. Med hjälp av dessa kan vi genomföra analyser för att värdera huruvida SEEK-interventionen har lett till förändringar i barnens och föräldrarnas hälsa och välbefinnande och beräkna eventuella hälsoekonomiska effekter. Om till exempel andelen föräldrar med symtom som tyder på nedstämdhet har minskat, innebär det en minskning i kostnader som är nära förknippade med nedstämdhet, exempelvis för sjukvårdsbesök, behandling hos terapeut, läkemedel, sjukskrivning och minskad produktion.

Implementeringsforskning kring BarnSäkert

När SEEK-modellen testas i allt fler regioner finns stora möjligheter till att studera implementeringsprocessen i detalj. Det kan ge oss insikter i viktiga faktorer som kan stärka införandet och vidmakthållandet av arbetssättet inom BHV. Forskning kring BarnSäkert som en så kallad komplex intervention kan också hjälpa oss att förstå vilka effekter arbetssättet har på längre sikt på bland annat barns och föräldrars hälsa och välbefinnande, behov av sjukvårdsinsatser och särskilt stöd, frånvaro från arbetet på grund av sjukskrivning och vård av barn. På så vis kan vi följa kostnadseffektiviteten av BarnSäkert under en längre tid samtidigt som modellen sprids.

Fortsatt utveckling av SEEK-modellen i Sverige – BarnSäkert

Från forskning till implementering

Under tiden BarnSäkert-studien har pågått har projektgruppen presenterat arbetet och resultaten vid många tillfällen för professionella och allmänheten vid bland annat konferenser, symposier, utbildningar, webinarier och samverkansdagar. Utifrån de positiva erfarenheterna av arbetssättet som kom fram under interventionen i Dalarna och sjuksköterskornas berättelser om alla familjer som hade fått hjälp växte ett intresse hos många att testa SEEK-modellen i deras egna BHV-verksamheter. Under 2019 startade pilotprojekt i ytterligare fyra regioner – Region Uppsala, Region Jönköping, Region Blekinge och Region Gotland, och sedan början av 2022 har arbetssättet införts i dessa regioners ordinarie BHV-verksamhet. Piloter planeras eller har startat i ytterligare fem regioner under 2022 – Region Västernorrland, Region Jämtland-Härjedalen, Region Västmanland, Region Gävleborg och Region Stockholm.

Strukturerat samarbete mellan BHV och socialtjänsten

Under BarnSäkert-studien insåg vi i projektledningen att modellen skulle kunna stärkas påtagligt av att integrera ett strukturerat samarbete mellan BHV och socialtjänstens öppna ingång, som ofta kallas Råd och stöd (RoS). Familjebehandlarna som arbetar inom RoS har, liksom BHV-sjuksköterskorna, ett fokus på föräldrastöd och tidiga förebyggande insatser. De är vana att arbeta med familjer som lever med olika utmaningar, däribland problemen som fångas upp av SEEK-modellen. Därför utvecklade vi

en samverkansmodell tillsammans med socialtjänsten i Uppsala och testade den ett pilotprojekt 2019-2021 i Region Uppsala och fem av länets åtta kommuner. Projektet fick stöd från ett särskilt statsbidrag riktat till barnhälsovården i Sverige för att öka tillgängligheten till BHV för familjer med särskilda behov, bland annat ekonomisk utsatthet, missbruksproblem, våld i nära relationer och psykisk ohälsa.

Samverkansmodellen i BarnSäkert

Gemensamma BarnSäkert-utbildningar för BHV-sjuksköterskor och familjebehandlare

Förbokade tider för gemensamma besök var till varannan vecka

Tid för konsultation

Gemensamma hembesök

Gemensamma uppföljningsbesök med familjerna

Gemensamma inspirationsdagar

”Det är ju mycket det här att man inte är ensam, utan man vet nästa steg. Man vet vart man ska vända sig eller söka på-fyllning eller vart man ska guida vidare den man har framför sig. Det är ju en förutsättning för att man ska kunna jobba med det, att man vet var man ska göra av...”

(BHV-sjuksköterska)

Efter snart tre års erfarenheter av den utvidgade modellen berättar sjuksköterskorna och familjebehandlarna att många nya dörrar har öppnats. Samarbetet innebär en trygghet för sjuksköterskorna, som regelbundet får träffa ”sin” familjebehandlare för att diskutera specifika familjer, trösklar för att rekommendera gemensamma hembesök och sätt att ge stöd. Familjebehandlarna uppfattar att de har fått möjlighet till att arbeta preventivt på ett sätt som de har saknat tidigare, att det är en ny grupp av föräldrar som kommer till dem. Familjer med svårigheter i ett relativt tidigt stadium, där stödinsatser snabbt kan ha en positiv effekt på familjens livssituation. I bostadsområden där det finns en utbredd

skepsis mot socialtjänsten har familjebehandlarna upplevt att samarbetet har spridit positiva ringar på vattnet, och att föräldrar har varit mindre tveksamma till att ta emot hjälp.

Resurspaletten

Kontaktlistorna som blev en central del av stödet till sjuksköterskorna under BarnSäkert-studien har utvecklats vidare, och utgör nu en digital resurspalett med information som underlättar förmedling av kontakt mellan föräldrar och stödinsatser. Strukturen på informationsinnehållet som organiseras på nationell, regional och lokal nivå för resurser inom bland annat hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och idéburna organisationer gör att paletten kan skräddarsys för varje BVC. En av koordinators viktiga uppgifter är att anpassa informationen för varje respektive verksamhet i början av varje implementering och att sedan uppdatera innehållet fortlöpande. Planering finns för att skapa en nationell plattform för Resurspaletten, för att säkerställa en homogen och jämlik tillgång till resurser överallt där BarnSäkert implementeras. BarnSäkert-utbildningen



BarnSäkert-utbildningen

Redan under inledningsfasen av BarnSäkert-studien bestämde vi oss för att utbilda BHV-personalen via "live" utbildningstillfällen. Av praktiska skäl har den amerikanska SEEK-utbildningen skett via ett webbaserat utbildningsmaterial, med noggrant utvecklade videoinslag om arbetssättet och de ingående riskfaktorerna som personalen själv går igenom i sin egen takt. Även om en sådan lösning kan vara tilltalande ur en logistisk synvinkel ser vi stora fördelar med att utbilda på plats, eller vid behov via en webbaserad videokonferens. Det senare har varit ett viktigt andrahandsalternativ under Covid-19-



pandemin, och kan underlätta till exempel genom att regioner kan ansluta till varandras utbildningar när ett fåtal nyanställda i en region behöver utbildas. En viktig ingrediens i utbildningen är möjligheten för personalen att diskutera sina intryck och tidigare erfarenheter tillsammans med sina kollegor och mellan sjuksköterskor och familjebehandlare. Det ger också möjlighet för utbildaren att fånga upp och bemöta deltagarnas frågor och farhågor om arbetssättet. BarnSäkert-utbildningen har utvecklats genom interventionen och den efterföljande spridningen av modellen till fler regioner, och utgör nu ett strukturerat koncept med bildspel och videomaterial. Vi har skapat egna BarnSäkert-filmer om arbetssättet och varje respektive riskfaktor, med inspelade sekvenser av möten mellan sjuksköterskor och föräldrar baserade på realistiska erfarenheter vi har tagit del av genom projektets gång. Ett instruktionsmaterial för utbildare har också skapats, med tanken att CBHV-enheten i varje region på sikt kan utbilda sin egen personal. Hittills har BarnSäkert-utbildningen genomförts vid cirka 50 tillfällen i sju regioner för grupper om upp till 60 deltagare.

BarnSäkert – den svenska versionen av SEEK-modellen

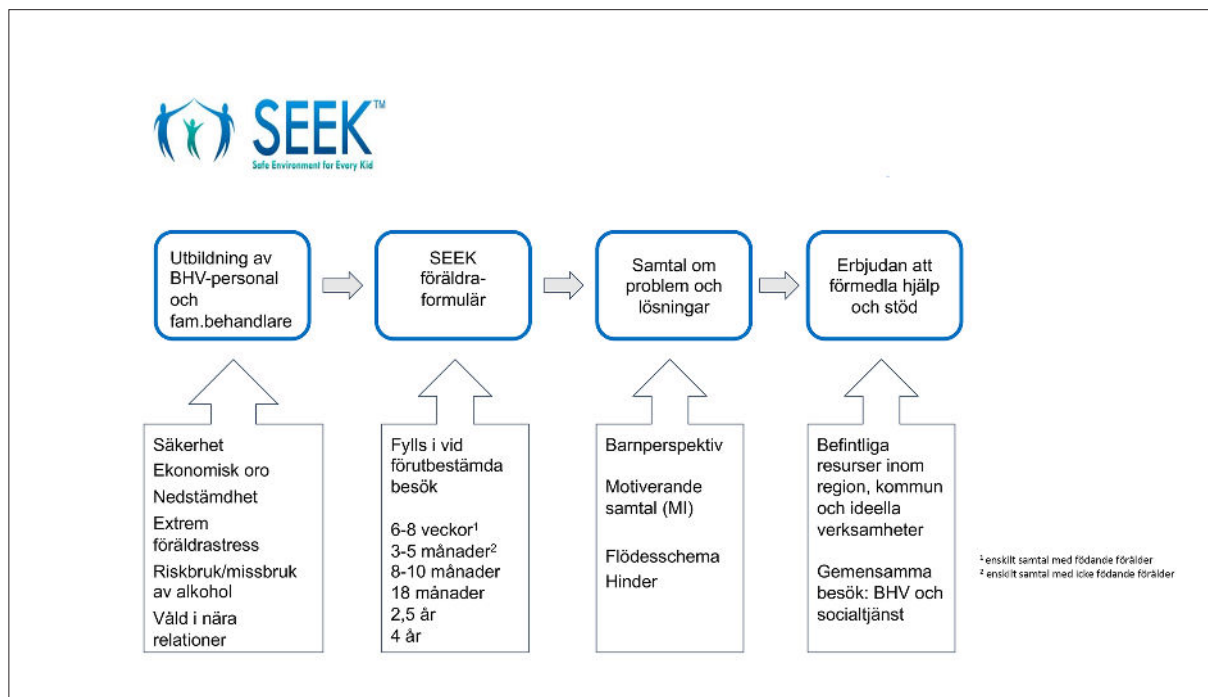
Anpassningen av SEEK-modellen till svensk barnhälsovård har fungerat väl, och för att arbetssättet ska passa in i sitt sammanhang i barnhälsovårdsprogrammet och i den svenska kontexten bland professionella och familjer har vi döpt den svenska versionen till BarnSäkert. I BarnSäkert-modellen ingår således det ursprungliga materialet som tillhör SEEK med tillägg av BarnSäkert-utbildningen, ett strukturerat samarbete mellan BHV och socialtjänsten, Resurspaletten och regelbundet återkommande inspirationsdagar.

”Det här är verkligen nytt, vi inom socialtjänsten har nu möjlighet att nå ut till alla i samhället på ett sätt vi aldrig tidigare har gjort. Genom det strukturerade sättet som barnhälsovården arbetar med BarnSäkert identifierar de familjer som behöver hjälp och vi kan ge dem det stöd de behöver tillsammans...Ett plus ett är tre!

(Familjebehandlare, Socialtjänsten)

”Jag tycker att vårt samarbete med socialtjänsten har stärkts av det här arbetssättet. Nu jobbar vi mer som ett team, jämfört med tidigare då man på sin höjd slussade personer emellan eller hänvisade. Nu har vi en egen familjebehandlare som vi har tät kontakt med och som vi gör gemensamma besök tillsammans med. Det blir en ”vi-känsla” där vi samarbetar kring att hitta bra lösningar med våra familjer.

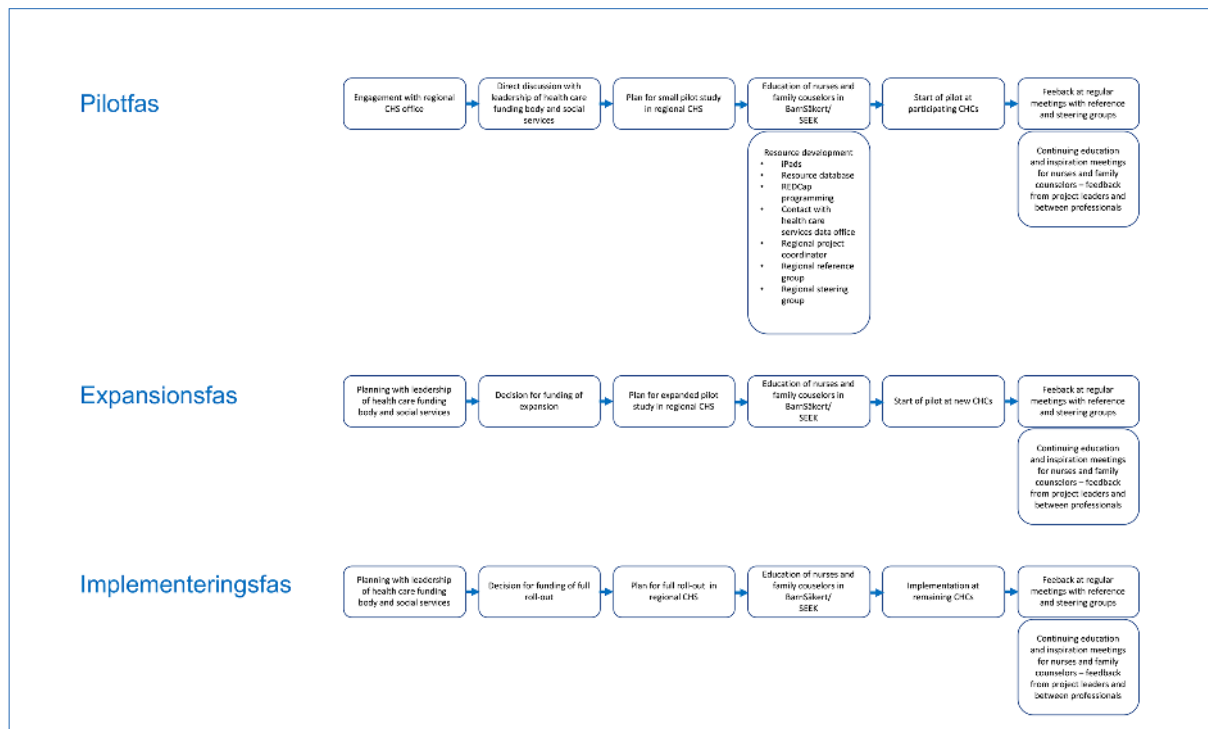
(BHV-sjuksköterska)



Barn-Säkert-modellen

Implementeringsstrategi för BarnSäkert i Sverige

Genom erfarenheterna från BarnSäkert-studien och den fortsatta spridningen av arbetssättet i Sverige har en tydlig implementeringsstrategi vuxit fram som är i god överensstämmelse med vedertagna modeller för införande av nya metoder inom offentliga verksamheter (Socialstyrelsen, 2012).



Barn-Säkert-implementeringsstrategi

Strategin används i varje ny region som testar BarnSäkert och lägger grunden även till fortsatt kontinuerligt kvalitetsarbete.

Behov av nationell samordning

Snart har hälften av landets hälso- och sjukvårdsregioner börjat använda BarnSäkert-modellen inom barnhälsovården, men mycket arbete kvarstår i spridning av arbetssättet. Under de närmaste fem till tio åren kommer det att finnas stora behov av samordning av alla insatser som krävs för ändamålet:

Förankring – inför uppstart av BarnSäkert i en ny region, utvidgning eller breddimplementering behöver ett tydligt förankringsarbete ske gentemot berörda chefer, tjänstemän och beslutsfattare inom regionen och kommunerna. En sådan process kräver vägledning av ett team som är välinsatt i hela implementeringsprocessen och de förutsättningar som måste finnas på plats utifrån bland annat personalresurser, ekonomi och kompetens. Teamet måste också ha en tydlig koppling till ett nätverk av experter inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten med extensiv erfarenhet av hur modellen fungerar i den egna verksamheten och i samverkan med andra för att kunna informera och motivera de som beslutar om införandet.

Utbildningsinsatser – Även om flera hundra BHV-sjuksköterskor och familjebehandlare har genomgått BarnSäkert-utbildningen skulle flera tusen professionella behöva utbildas vid ett allmänt införande av modellen i hela landet. Utbildningsprogrammet som beskrivits ovan har tagits fram för att möta det behovet. Tanken är att BarnSäkert-kansliets experter utbildar utbildare i varje region, som i sin tur utbildar sin egen personal fortlöpande. Webbaserade utbildningar kan också erbjudas av BarnSäkert-kansliet med jämna mellanrum för att underlätta utbildning av nyanställd personal i de olika regionerna. Utbildningsprogrammet kommer också att behöva utvecklas kontinuerligt.

Produktion av utbildnings- och arbetsmaterial – Ett skriftligt material är framtaget för användning både utbildning och för det praktiska arbetet med BarnSäkert-modellen. Materialet behöver göras tillgängligt för distribution till deltagande regioner och kommuner i både elektroniskt och tryckt format, vilket kräver en fortlöpande administrativ lösning. Materialet behöver vara enhetligt och måste uppdateras regelbundet utifrån fortsatt utveckling av modellen och förutsättningar inom barnhälsovården och socialtjänsten.

Databashantering – För att kunna följa och utvärdera arbetssättet fortlöpande behöver data samlas in kontinuerligt från eller inom varje region. Hittills har flera av de BarnSäkert-regionerna anslutit sig till samma databas, som samlar information från alla SEEK-föräldraformulär. Detta skapar en kraftfull möjlighet att jämföra förekomsten av olika riskfaktorer och hur de ändras över tiden i olika delar av landet. Databashanteringen kräver en administrativ resurs som beräknas öka med varje ny region som tillkommer.

Webbplats-administration – En webbplats är idag ett självklart nav för tillgång till information, kontakt och förmedling av tjänster för alla samhällets aktörer, både offentliga och privata. BarnSäkert har startat en webbsida som behöver utvecklas och administreras för att kunna erbjuda både information till allmänheten och en lösenordsskyddad knutpunkt för tillgång till bland annat arbetsmaterial, utbildningsfilmer, Resurspaletten och datakällor för varje region och kommun som arbetar med BarnSäkert.

Utveckling och uppdatering av Resurspaletten – Informationen som ingår i Resurspaletten är skräddarsydd av och för varje respektive region och kommun. Denna information behöver kontrolleras och uppdateras kontinuerligt för att reflektera det aktuella utbudet. Vi behöver skapa en webbaserad lösning som kan underlätta för respektive organisation att skapa och uppdatera sin Resurspalett.

Support – De centrala BHV-enheterna och socialförvaltningarna behöver god tillgång till stöd och hjälp under uppstarten och i det dagliga arbetet med BarnSäkert. Det kan handla om allt från frågor om journalföring och strategier för effektiv samverkan till tips om ämnen och utformning för inspirationsdagar. En sådan resurs kräver en administrativ samordning och avsatt tid för handledning och rådgivning från välinsatt personal.

Analys och forskning – Insamlade data behöver bearbetas, analyseras och sammanställas på ett enhetligt sätt som underlättar för verksamheterna och beslutsfattare att följa utvecklingen i sin egen region. Detta kräver personal som är välbekanta med databasen, analysmetoder och betydelsen av den information som framkommer. Fortsättningsvis behöver BarnSäkert-modellen beforskas ur ett spektrum av olika perspektiv med nya infallsvinklar som växer fram med tiden.

Återkoppling till verksamheterna och beslutsfattare – Information om hur arbetet fortskrider kan återkopplas till berörda parter, inklusive myndigheter och beslutande organ, på flera sätt, bland annat genom tillgång till digitala sammanställningar som uppdateras i realtid, dels genom skriftliga rapporter som utkommer med jämna mellanrum. System behöver utvecklas och underhållas för att tillgodose detta.

För att hålla ihop arbetet och tillförsäkra att modellen tillämpas på samma sätt överallt där det införs behövs således en central enhet som kan följa implementeringen och erbjuda kontinuerlig support

för alla CBHV-enheter och kommuner. Ett centralt kansli bemannad av personer med mycket god kännedom om modellen är en nödvändighet och kan fungera som ett nav i implementeringsarbetet. I dagsläget finns det ingen struktur som kan fylla denna uppgift inom regionernas eller kommunernas organisationer. Ej heller länsstyrelserna, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten eller Sveriges kommuner och regioner (SKR) har möjlighet att åta sig ett sådant uppdrag inom ramarna för sin verksamhet.

Projektgruppen ser det som en central fråga att finna möjligheter för att finansiera och skapa ett nationellt kansli för samordning av spridningen och den fortsatta utvecklingen av BarnSäkert och ekonomiska förutsättningar för den fortsatta implementering och uppföljningen.

BarnSäkert i en samhällskontext

Barnets rätt till bästa möjliga hälsa och utveckling utifrån sina unika förutsättningar och en barndom fri från våld och försummelse är utgångspunkten för arbetet som har genomförts och som fortgår inom BarnSäkert. Vi ser målsättningen och resultaten av BarnSäkert-studien och erfarenheterna av det fortsatta arbetet i flera regioner genom prismet av viktiga internationella överenskommelser och globala så väl som nationella satsningar för att utrota barns utsatthet för våld och försummelse och erbjuda bästa möjliga villkor för god hälsa och utveckling.

Barnkonventionen

Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) skapades för att tillgoda alla barns mänskliga rättigheter. I sin helhet beskriver Barnkonventionen barnet rätt till liv och hälsa. Arbetet enligt BarnSäkert har en tydlig koppling till flera av artiklarna.

Artikel 2: Alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter. Ingen får diskrimineras.

Artikel 3: Vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara bäst för barnet.

Artikel 4: Varje stat ska ta ansvar för och nyttja sina resurser till fullo för att uppfylla barns rättigheter.

Artikel 5: Barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare ansvarar för barnets uppfostran och utveckling. De ska också stötta barnet i att få sina rättigheter uppfyllda.

Artikel 6: Barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling.

Artikel 18: Barnets föräldrar eller vårdnadshavare har gemensamt huvudansvar för barnets uppfostran och utveckling, med statens stöd.

Artikel 19: Barn ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp.

Artikel 23: Barn med funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv samt hjälp att aktivt delta i samhället.

Artikel 24: Barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas.

Artikel 26: Barn har rätt till social trygghet samt till statligt stöd, ifall föräldrar eller annan vårdnadshavare saknar tillräckliga resurser.

Artikel 27: Barn har rätt till skälig levnadsstandard, till exempel bostad, kläder och mat.

Artikel 33: Barn ska skyddas från narkotika.

Agenda 2030

Agenda 2030 är en global handlingsplan med sjutton mål som är framtagna för att främja ett hållbart samhälle. Flera av delmålen berörs av BarnSäkert-modellen.

Mål 1: Ingen fattigdom - Avskaffa fattigdom i alla dess former överallt

Delmål 1.4 | Lika rätt till egendom, grundläggande tjänster, teknologi och ekonomiska resurser

- Säkerställa att alla män och kvinnor, i synnerhet de fattiga och de utsatta, har lika rätt till ekonomiska resurser, tillgång till grundläggande tjänster.

Mål 3: Hälsa och välbefinnande - Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål 3.5: Förebygg och behandla drogmissbruk

- Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.

Mål 10: Minskad ojämlikhet - Minska ojämlikheten inom och mellan länder

Delmål 10.2 | Främja social, ekonomisk och politisk inkludering

- Möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet

Mål 16: Fredliga och inkluderande samhällen - Fredliga samhällen och frihet från våld utgör både ett mål och ett medel för hållbar utveckling.

Delmål 16.2 | Skydda barn mot övergrepp, utnyttjande, människohandel och våld

- Eliminera övergrepp, utnyttjande, människohandel och alla former av våld eller tortyr mot barn.

INSPIRE

Tio internationella organisationer (WHO, UNICEF, USAID, CDC, Together for Girls, End Violence Against Children, Pan American Health Organization, PEPFAR, UNODC och The World Bank) har samarbetat för att utveckla INSPIRE, ett paket av interventioner för att, på samhällsnivå, förebygga och svara upp mot våld och försummelse under barndomen (Sethi et al., 2018). INSPIRE omfattar sju strategier som tillsammans bildar ett ramverk för att eliminera våld och försummelse: 1) Implementera och tillämpa lagstiftning mot barnmisshandel i alla dess former; 2) Påverka normer och värderingar för att stärka barns rättigheter; 3) Skapa en säker uppväxtmiljö; 4) Stödja föräldrar och vårdnadshavare; 5) Stärka familjers ekonomi; 6) Bygga kompetenta verksamheter för vård av och omsorg för barn som farit illa; 7) Främja pedagogisk verksamhet inom förskola och skola och utbilda och informera samhället om effekterna av våld.

Tidiga samordnade insatser

År 2017 gav regeringen i uppdrag till Skolverket och Socialstyrelsen att genomföra ett treårigt utvecklings-

arbete med syftet att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att barn och unga ska få tidiga och samordnade insatser. I projektet, som fick namnet Tidiga samordnade insatser (TSI) skulle myndigheterna kartlägga och identifiera goda exempel, beskriva juridiska och strukturella hinder och följa upp, utvärdera och sprida resultat till viktiga aktörer.

Även om TSI-uppdraget berör barn i skolåldern har BarnSäkert ingått i TSI-projektet i Uppsala län under 2021. Där har arbetssättet lyfts fram som ett gott exempel på samordnade insatser som ges inte bara tidigt i förloppet av ett problem men även tidigt i barnets liv.

Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/17:10)

I den nationella strategin har regeringen lyft fram betydelsen av det preventiva arbetet mot mäns våld mot kvinnor. ”Alla samhällssektorer som kommer i kontakt med våldet och dess konsekvenser måste enligt regeringen bli bättre på att upptäcka det. Kunskapen om fungerande arbetssätt, om effekten av insatser samt om våldets utbredning och kostnader över tid behöver öka.”

Strategin har fyra huvudsakliga målsättningar:

- Ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld.
- Förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn.
- Effektivare brottsbekämpning.
- Förbättrad kunskap och metodutveckling.

BarnSäkert-modellen motsvarar flera av insatserna som föreslås i den nationella strategin, bland annat att

- ge fortbildning till yrkesverksamma inom bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvården samt rutiner kring att fråga om våldsutsatthet
- stärka skydd av och stöd till barn som bevittnat eller utsatts för våld
- stärka kunskap om verkningsfullt våldsförebyggande arbete

De folkhälsopolitiska målen

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken, som antogs av Riksdagen 2018, är att skapa förutsättningar i samhället för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Främst tre av de åtta målområden som ingår i Riksdagens beslut har direkt bäring på hälso- och sjukvårdens arbete:

- det tidiga livets villkor,
- levnadsvanor och
- en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

God och nära vård

Regeringens satsning på en omställning inom hälso- och sjukvården i samverkan med kommunala aktörer kallas God och nära vård.

Regeringen har nått en överenskommelse 2022 med SKR om innehållet, tillvägagångssättet och budgeten för att uppnå en närmare, mer jämlik och tillgänglig vård i hela landet. Bland annat nämns specifikt

- Att stödja nya personcentrerade arbetssätt med inriktning på proaktiva, hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatser och arbetssätt med stöd av digital teknik. Det kan tex. handla om stöd till arbeten för ökad tillgänglighet i barnhälsovården och ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer.
- Utökade hembesöksprogram i samverkan mellan region (bl.a. barnhälsovård) och kommun (förebyggande socialtjänst) för att tillsammans erbjuda barn och familjer tidigt och anpassat stöd i syfte att främja hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera risker och problem.
- Särskilda insatser kan behövas för grupper som är mindre benägna att söka vård eller av olika skäl som t.ex. socioekonomi, minoritetsspråk eller funktionsnedsättning har en sämre tillgänglighet till en nära vård.
- Samverkan mellan olika delar av den regionala och kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra relevanta aktörer behöver fungera mer effektivt, så att den som har stora behov eller samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa, till exempel till följd av våldsutsatthet, inte riskerar att falla mellan stolarna
- Den som söker hjälp för psykisk ohälsa behöver mötas med trygghet, förståelse och kompetens. Primärvården och övriga aktörer som möter barn och unga behöver vara särskilt rustade för att hantera denna målgrupps behov.
- Det hälsofrämjande arbetet kan också handla om att t.ex. utsatthet för våld eller våldsoövande upptäcks för att undvika fysisk och psykisk ohälsa under lång tid.
- För att möta befintliga och framtida utmaningar behöver hälso- och sjukvården arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser.
- Den nära vården, och i synnerhet primärvården, har en viktig roll både vad gäller förebyggande och främjande insatser samt hälso- och sjukvård för barn och unga. Detta gäller även andra grupper med komplexa behov, t.ex. personer med psykisk ohälsa.

En uppväxt fri från våld

För närvarande pågår en särskild utredning för att skapa en samlad nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn. Uppdraget ska avrapporteras under 2022 och innefattar att ”Utredaren ska ta fram förslag till mål för det långsiktiga arbetet att förebygga och bekämpa våld mot barn. Utredaren ska även identifiera brister och möjliga åtgärder. I syfte att nå de uppsatta målen ska utredaren föreslå åtgärder inom följande områden:

- samverkan mellan statliga myndigheter, kommuner, organisationer och andra berörda aktörer,

- förebyggande arbete mot våld mot barn samt upptäckt av våld mot barn,
- skydd, stöd och behandling för barn som upplevt våld (dvs. bevittnat våld och/eller utsatts för våld),
- brottmålsprocessen för barn som upplevt våld,
- kunskap, metodutveckling och uppföljbarhet.”

Tack

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till alla personer och organisationer som genom sitt engagemang och kunskap har bidragit till genomförandet BarnSäkert-projektet.

Till våra finansiärer och samarbetspartner

Vi vill särskilt tacka våra huvudfinansiärer World Childhood Foundation och Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Utan er hade inget av detta blivit verklighet. Förutom det ekonomiska stödet har ni bidragit med ett ovärderligt partnerskap som har möjliggjort BarnSäkert-studien.

World Childhood Foundation

Åsa Olsson, programansvarig och vår kontaktperson för din varma och kunniga vägledning i projektet, din tro på kraften i det preventiva arbetet och ditt engagemang för barns bästa

Britta Holmberg, vice generalsekreterare för att du trodde på BarnSäkert-projektet från början, och vågade driva denna satsning trots att det kan uppfattas som en angelägenhet för regioner och kommuner. Vi har känt ditt stöd genom hela projektet.

Ulrikah Reihls, programansvarig och tidigare kontaktperson för kreativt och entusiastiskt stöd i början av BarnSäkert-projektet

Paula Guillet de Monthoux, generalsekreterare för ditt intresse i BarnSäkert-projektet och ditt orubbliga stöd

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Cecilia Sjölander, generalsekreterare för ditt fantastiska engagemang som spänner över hela vårt projekt och alla barns rätt till hälsa och utveckling. Du har varit en ständig källa till inspiration och vägledning.

Susanne Björk, kommunikatör för all hjälp och support i samband med konferenser och med publiceringen av denna rapport

Tack till **Regionala forskningsrådet i Uppsala Örebroregionen** för finansiering som möjliggjorde planering av och genomförande av pilotstudien och efterföljande intervention

Till barnen och föräldrarna

Vi vill rikta ett särskilt tack till **alla barn och föräldrar** som har deltagit i BarnSäkert-studien i Dalarna, och i alla regioner där arbetssättet har införts. Det är för er som barnhälsovården och BarnSäkert finns, och genom era svar och samtal med barnhälsovårdens personal har ni hjälpt oss att utveckla modellen.

Till alla som har bidragit till BarnSäkert

Hjärtligt tack till **Howard Dubowitz**, professor och barnläkare, vår mentor och grundaren av SEEK-modellen. Tack för förtroendet att få pröva och utvärdera SEEK inom svensk barnhälsovård och för ditt lugna och kraftfulla stöd genom alla steg i processen.

För BarnSäkert-projektet i Dalarna:

BHV-sjuksköterskorna i både SEEK- och kontrollgrupperna, ni har gjort en fantastisk arbetsinsats med familjerna och gett oss ovärderliga synpunkter och återkoppling om hur arbetet fungerar i det praktiska arbetet på BVC

Kristin Lindblom, barnhälsovårdsöverläkare och ordförande i NAG-BHV för din vision och din fantastiska förmåga att skapa förtroende och förståelse av studiens betydelse inom organisationen

Anna Berg och **Inga-Lill Hellsing**, projektkoordinatorer och inspiratörer för er aldrig sinande entusiasm, hårt arbete och enorma kunskap och erfarenhet

Elisabeth Tangring Wällgast, mödra- och barnhälsovårdssamordnare, **Ulrika Nygren**, barnhälsovårdssamordnare, **Åsa Forsberg**, barnhälsovårdsöverläkare och **Helena Nyman**, administratör för insiktsfullt stöd i utvecklingen av modellen och stöd till BHV-sjuksköterskorna i Dalarna

Pilotsjuksköterskorna i Dalarna: **Anna-Kari Olsson**, **Helena Jofs**, **Veronica Andersson Topic**, **Maria Bäck**, **Birgitta Söderlund**, **Anna Berg** och **Inga-Lill Hellsing** för era ovärderliga insatser i anpassning och utveckling av SEEK-modellen och de första testen i era egna möten med familjerna på BVC

Referensgruppernas och **Styrgruppens medlemmar** för värdefulla synpunkter och er viktiga roll som bollplank under resans gång

Verksamhetschefer och **beslutsfattare** i Region Dalarna för er beredvillighet att testa en ny metod och avsätta resurser som skapade förutsättningarna för en lyckad intervention

Uppsala universitet

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Kerstin Ståhlberg, ekonom för kontinuerligt stöd i både ekonomiska och praktiska frågor genom hela projektet

Inger Sundström Poromaa, prefekt för ditt och styrelsens möjliggörande av studien genom medfinansiering och strukturellt stöd

Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap

Anna Sarkadi, professor för tidigare forskningssamarbete som inspirerade till utformningen av BarnSäkert-studien

Region Uppsala

Therese Norrman, projektkoordinator i Region Uppsala och central teammedlem för ditt oerhört entusiastiska och ambitiösa arbete med implementeringen av BarnSäkert i Region Uppsala och flera andra regioner. Med din värme och skicklighet skapar du förtroende och tillit som säkerställer en god start och fortsatt användning av modellen på BVC.

Py Rundqvist, f.d. projektkoordinator för engagerat nätverksarbete och sprudlande entusiasm som lade grunden till BarnSäkert i Region Uppsala

Våra kollegor vid **Centrala barnhälsovårdsenheten, Region Uppsala** för ert stöd i implementeringsarbetet

Monica Mäki Karlstrand, sektionschef Barns vård och hälsa, Akademiska barnsjukhuset och vår chef för ditt stöd och din förståelse för komplexiteten i att driva utvecklingsarbetet inom ramarna för BarnSäkert-projektet

Stefan Eneqvist, enhetschef och **Therese Skoog**, familjebehandlare och koordinator, socialförvaltningen i Uppsala kommun för er fantastiska dragkraft och nytänkande. Ni har varit motorn i att skapa ett unikt samarbete mellan barnhälsovården och socialtjänsten som nu är en hörnsten i BarnSäkert-modellen.

Vårdstyrelsen och **vårduppdragsenheten** för er visionära satsning på utvecklingen och implementeringen av BarnSäkert i Region Uppsala

Socialchefs nätverket i Uppsala län för ert stöd och engagemang i införandet av BarnSäkert i era respektive kommuner

CBHV-enheterna i **Region Jönköping**, **Region Gotland** och **Region Blekinge** för ert pionjärarbete med att testa BarnSäkert inom BHV-verksamheten i era regioner. Ni har hjälpt oss att vidareutveckla och utvärdera modellen och skapat förutsättningarna för en fortsatt spridning till fler regioner. Särskilt vill vi tacka **Marie Golsäter**, vårdutvecklare Region Jönköping, **Anna Levin**, barnhälsovårdsöverläkare Region Gotland och **Linda Håkansson**, BHV-samordnare Region Blekinge.

Tyra Warfvinge, handläggare vid Sveriges kommuner och regioner, för ditt engagemang i att göra barnhälsovården mer tillgänglig för familjer med större behov och för dina insiktsfulla kommentarer och förslag under hela projektet i Uppsala.

Våra forskningskollegor **Marie Golsäter**, **Eva Randell**, **Junia Joffer**, **Staffan Janson**, **Thomas Wallby** och **Inna Feldman** för ett oerhört stimulerande och spännande samarbete

Studenter vid läkarprogrammet och **distriktssköterskeutbildningen, Uppsala universitet** som har hjälpt oss att studera många viktiga aspekter av SEEK-modellen i Sverige genom sina examensarbeten/uppåtser

Och tack till alla **BHV-sjuksköterskor** och **familjebehandlare** som arbetar med BarnSäkert runt om i Sverige, ni gör skillnad för barnen och deras föräldrar.

Lista på publikationer från BarnSäkert-projektet inklusive studentuppsatser

Engström, M., Hiltunen, J., Wallby, T., & Lucas, S. (2021). Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta paediatrica*, 110(2), 574-583.

Engström, M., Randell, E., & Lucas, S. (2022). Child health nurses' experiences of using the Safe Environment for Every Kid (SEEK) model or current standard practice in the Swedish child health services to address psychosocial risk factors in families with young children—A mixed-methods study. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105820.

Rosenberg, A. (2015). The Parent's Perspective; Attitudes towards Routine Identification of Psychosocial Issues in the Child's Environment. Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Karberg, F, & Hell, N. (2016). Psykosociala riskfaktorer som kan leda till att barn far illa: En analys om förekomst och samband mellan kända riskområden inom ramen för Pilotstudien Barnsäkert. Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Sparrfelt, C. (2017). How do nurses at Swedish Child Health Services rate their competence, confidence and knowledge to identify and address psychosocial risk factors in families with young children? Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Yildiz, S. (2017). Optimering av ett frågeformulär för identifiering av psykosociala riskfaktorer i små barns hemmiljö. Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Hiltunen, J. (2017). Competence in addressing maltreatment risk factors among Swedish Child Care nurses – an interview study within the BarnSäkert project. Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Lindqvist, S. (2021). Assessing validity of the “Swedish version of the screening instrument Safe Environment for Every Kid Parent Questionnaire”. Självständigt arbete på avancerad nivå, Uppsala universitet.

Presentation av BarnSäkert på konferenser, vid lärosäten, till myndigheter och organisationer

2016

Almedalsveckan genom Rädda Barnen
Nationellt nätverk barn som far illa, riskerar fara illa

2017

Mind
Rädda Barnen
Barnläkarföreningens delförening, barn som far illa, konferens
Nationellt nätverk barn som far illa, riskerar fara illa
WHO, konferens Riga

2018

Barnafrid, konferens
Nationellt nätverk barn som far illa, riskerar fara illa
Barnveckan genom Barnläkarföreningens delförening, barn som far illa
British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect
BASPCAN - internationell konferens
Mödrabarnhälsovårdspedagogernas nationella konferens
Mänskliga rättighetsdagarna
Värna våra yngsta
Nationellt nätverk barn som far illa, riskerar fara illa
WHO, konferens Vilnius

2019

Adverse Childhood Experiences (ACE)-conference, Helsingfors
Barnkliniken Kristianstad
Barnhälsovårdens nationella konferens
Värna våra yngsta, konferens
Distriktssköterskeutbildningen, Uppsala universitet
Gothias BHV-konferens
Almedalsveckan genom Junis
Nationellt nätverk barn som far illa, riskerar fara illa
Uppmärksamhetsveckan, Region Dalarna, konferens

2020

Barnrättsdagarna, konferens
FoU-dagar, Högskolan i Dalarna, konferens
Barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp (NAG)

2021

Barn och våld hör inte ihop Länsstyrelsen Örebro, konferens
Barnafrid, konferens
Barnrättsdagarna, konferens
Barnhälsovårdskurs, Blekinge tekniska högskola
Förebygg.nu, konferens
Kraftsamlingskonferensen, BHV nationella utvecklingsgrupp Barn som far illa, riskerar fara illa (NUG), Barnhälsovårdens nationella arbetsgrupp (NAG) och Stiftelsen Allmänna Barnhuset Sveriges kommuner och regioner (SKR)
Barnrättsdagarna, konferens
Länsstyrelsen Uppsala län
Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF)
Tidiga samordnade insatser (TSI) Uppsala län, konferens
Socialstyrelsen
Frukostseminarium Uppsala kommun

2022

International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPCAN), internationell konferens
Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), konferens
Forskningssymposium, Högskolan Dalarna
Barnafrid talks, webinar
Konsumentverket –Budget och skuldrådgivning webinar
Länsstyrelsen Örebro Sputnik, konferens
Samverkan-Utveckling-Föräldraskap (SUF), konferens
Systembolagets alkoholforskningskonferens
Barnkonventionsdagen, Region Dalarna
Prevention är livsviktig, Länsstyrelsen, Uppsala län, konferens
Värna våra yngsta, konferens

Referenser

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528.

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.

Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478-1485.

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.

Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W., & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*, 123(3), 858-864.

Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N., & Magder, L. S. (2012). The SEEK model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population?. *Academic pediatrics*, 12(4), 259-268.

Dubowitz, H. (2020). Safe Environment for Every Kid (SEEK). In E. T. Gershoff & S. J. Lee (Eds.), *Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners* (pp. 63–72). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000162-007>

Engström, M., Hiltunen, J., Wallby, T., & Lucas, S. (2021). Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta paediatrica*, 110(2), 574-583.

Engström, M., Randell, E., & Lucas, S. (2022). Child health nurses' experiences of using the Safe Environment for Every Kid (SEEK) model or current standard practice in the Swedish child health services to address psychosocial risk factors in families with young children – a mixed-methods study. Submitted to *Child Abuse & Neglect*.

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*.

Folkhälsomyndigheten. Alkohol, riskkonsumtion [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 2022-09-02] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-alkohol>.

Heimer, G., Andersson, T., & Lucas, S. (2014). Våld och hälsa-en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa (Violence and Health-a population study on women's and men's exposure to violence and the link to health). Uppsala: NCK.

Jernbro, C., & Janson, S. (2017). Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning. Stockholm: Allmänna Barnhuset.

Jernbro, C., Landberg, Å. (2020). Multiutsatta barn – Om barn som utsatts för flera typer av barnmisshandel. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Lucas, S., & Janson, S. (2021). Childhood exposure to physical and emotional violence over a 57-year period in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 14034948211023634.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.

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.

Peterson, C., Florence, C., & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child abuse & neglect*, 86, 178-183.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1992). Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction*, 87, 825–828. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01973.x>.

Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 439-445.

Rikshandboken barnhälsovård. (2018). Barnhälsovårdens nationella program. Hämtad från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>.

Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). European status report on preventing child maltreatment. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342240>.

Socialstyrelsen. (2012). Om implementering. ISBN 978-91-87169-37-3 Artikelnr 2012-6-12. Tryck Edita Västra Aros, Västerås. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>.

Socialstyrelsen. (2014). Vägledning för barnhälsovården. Falun: Edita Bobergs. ISBN 978-91-7555-169-2. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>.

The Public Health Agency of Sweden. (2021). Purpose and background of the questions in the Swedish national public health survey the Public Health Agency of Sweden Retrieved 21203 from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsokenkaten-halsa-pa-lika-villkor-ar-2021/?pub=101644>.

Öberg, M., Heimer, G., & Lucas, S. (2021). Lifetime experiences of violence against women and men in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 49(3), 301-308.



Maria Engström
specialistsjuksköterska,
doktorand
Institutionen för kvinnors
och barns hälsa
Uppsala universitet



Steven Lucas
barnläkare, docent
Institutionen för kvinnors
och barns hälsa
Uppsala universitet

