

Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn

Karin Lundén



Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn

Vad kan vi lära av forskningen?

Karin Lundén, fil.dr.

Institutionen för Socialt arbete, Göteborgs Universitet

E-post: Karin.Lunden@socwork.gu.se

karinlunden@comhem.se



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset

Att identifiera omsorgsvikt hos förskolebarn

ISBN 978-91-86759-00-1

© Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författaren

Omslagsbild: Anneli Idnert

Tryck: Edita Västra Aros, 2010

Förord

Dette er en liten, men en gedigen bok. Den er lett å lese, samtidig som den formidler solid forskningsforankret kunnskap. Forfatteren viste med sitt doktorarbeid hvordan helsesøstre og daghjemspersonale har vanskelig med å se og ta ansvar for at de barn som er i risiko- og omsorgssviktsituasjoner får hjelp. Det er min erfaring, både som kliniker og forsker, at dette gjelder de fleste yrkesgrupper som i sitt arbeid møter barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner. Boken bør derfor være viktig, ikke bare for helsesøstre og daghjemspersonale, men for alle som i sitt arbeid møter foreldre og barn som strever. Det gjelder også jurister og politikere.

Forfatteren formidler teoretisk kunnskap fra ulike forsknings-tradisjoner på en måte som gjør den umiddelbart overførbar til praksis. Hun knytter sammen forskning om omsorgssvikt, hjerneforskning og forskning om tilknytning til et "alle manns eie". Det er en kunnskap som bør anvendes på tvers av alle yrkesgrupper som møter foreldre og barn i sitt arbeid. Den representerer det vesentligste kunnskapsgrunnlag som bør ligge til grunn for tverrfaglig samarbeid og som vil styrke det. Den er en gave til feltet.

En rekke begreper blir avklart og relatert til det lovverk som pålegger alle ansvar. Barnet blir satt i sentrum. Karin Lundén har da også omfattende klinisk praksis om temaet og arbeider med metodeutvikling og undervisning om utsatte barn og foreldre.

Boken er også et meget sterkt argument for å prioritere forebyggende arbeid.

Kari Killén

Kari Killén är socionom, fil.dr och emeritusforskare vid Norsk Institutt for forskning om Oppvekst, Velferd och Aldring (NOVA).

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Bokens innehåll i stort.....	9
Kapitel 1. Föräldrars betydelse för små barns hälsa och utveckling	11
Referenser	24
Kapitel 2. Betydelsen av att uppmärksamma omsorgssvikt tidigt.....	27
Referenser.....	36
Kapitel 3. Vad menas med begreppet barn som far illa?	39
Referenser.....	42
Kapitel 4. Olika sätt att studera omsorgssvikt och vad man kommit fram till	43
Referenser	52
Kapitel 5. Barns lagliga rätt till skydd	53
Referenser	59
Kapitel 6. Forskningsprojektet "Hur mår förskolebarnen?"	61
Referenser.....	72

Kapitel 7. Hur många barn identifierades som utsatta för omsorgssvikt?	73
Referenser	90
Kapitel 8. Några företeelser som påverkar professionellas förmåga att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn	91
Referenser.....	101
Kapitel 9. Vad betyder erfarenheterna från forskningen för det praktiskaarbetet?	103
Referenser.....	112
Kapitel 10. Avslutande diskussion	113
Referenser.....	122

Inledning

Även om det under senare år kommit rapporter om att fler barn upplever ökad psykisk stress har barn i Sverige det i många avseenden bra. Vi har fortfarande en relativt hög levnadsstandard. Barnadödligheten är låg. De flesta barn har ett gott hälsotillstånd och växer upp under förhållanden som möjliggör en god fysisk och psykisk utveckling. Vi har dessutom goda institutioner som bidrar till att barns behov blir tillgodosedda. Två av de viktigaste institutionerna för små barn är barnhälsovården och barnomsorgen.

Barnhälsovårdens yttersta mål är att medverka till en så god fysisk, psykisk och social hälsa som möjligt för alla barn. Den riktar sig till samtliga familjer med barn mellan 0 och numera 5 år. Det visar sig att så gott som samtliga barn i de åldrarna besöker Barnhälsovården och då särskilt Barnavårdscentralerna – BVC. Från att tidigare mest ha fokuserat på barns medicinska problem riktar barnhälsovården numera sin uppmärksamhet mot barns och familjers psykosociala situation.

Medicinska Forskningsrådet genomförde för ett antal år sedan en s.k. State-of-the-Art konferens, där kunskapsläget i flera av barnhälsovårdens områden belystes. I State-of-the-Art dokumentet som följde efter konferensen bekräftades barnhälsovården som en resurs i folkhälsoarbetet. Under barnens första levnadsår är barnhälsovården en av de verksamheter som har möjlighet att tidigt uppmärksamma behovet av insatser för barn. En viktig uppgift anses också vara att identifiera barn, som riskerar att 'fara illa' dvs. utsättas för omsorgssvikt¹. I förhållande till omsorgssviktande familjer är barnhälsovårdens viktigaste uppgifter att (1) identifiera utsatthet, (2) ge stöd och hjälp och (3) där så behövs fullgöra anmälningskyldigheten enligt kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen.

När det gäller barn som ännu inte börjat skolan och som riskerar att utsättas för omsorgssvikt är BVC-sjuksköterskor nyckelpersoner. Deras förmåga att identifiera omsorgssvikt har stor betydelse för om barn och familjer skall få hjälp tidigt eller ej. En annan samhällelig institution som också har stor betydelse för

¹ Barn som utsätts för omsorgssvikt är barn vars fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara p.g.a. föräldrarnas bristande omsorgsförmåga dvs. omsorgssvikt (Killén, 2009; Lundén, 2004). Mer om detta i senare avsnitt.

utsatta barn och deras möjligheter att få hjälp är förskolan. Förskolan når inte fullt så många förskolebarn som BVC, då färre barn är inskrivna. Förskolepersonalens uppgift är pedagogisk. Bland förskolans övergripande mål ingår att i grupp stödja barn i deras emotionella, sociala och intellektuella utveckling och därigenom bidra till goda uppväxtvillkor. Förskolan skall också ”ge barn med behov av särskilt stöd i sin utveckling den omsorg som deras speciella behov kräver” (Socialdepartementet, Ds 1996:57 s. 127). Vidare sägs att de arbetar utifrån metoder som skall göra det möjligt för barn att få den stimulans som de behöver utifrån sin utvecklingsnivå. Förskolepersonalen spelar också en viktig roll när det gäller att tidigt upptäcka barn vars hälsa och utveckling är i fara och där tidiga insatser kan hjälpa.

Barn som far illa dvs. utsätts för omsorgssvikt skickar ut signaler till omgivningen om att de inte har det tillräckligt bra. BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal är några av de vuxna som finns i barns omgivning och som därmed har stora möjligheter att uppfatta barns signaler. De flesta föräldrar utför sin uppgift att säkra barns hälsa och utveckling väl men då föräldrars förmåga brister har samhället ett mer övergripande ansvar för att barn får sina utvecklingsmässiga behov tillfredsställda. För att kunna fullgöra denna sin skyldighet måste samhället få veta att ett barns utveckling är i fara. Att BVC- och förskolepersonalen uppfattar barnets signaler om att det finns risk för omsorgssvikt är synnerligen viktigt. Liksom att de har kunskap att förstå och tolka barnets signaler så att barn och familj får det stöd och den hjälp som de behöver. Tillsammans med andra grupper professionella omfattas BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal av en ovillkorlig anmälningsskyldighet enligt kap 14 § 1 Socialtjänstlagen. Denna skyldighet betyder att de måste anmäla till Socialtjänstens Individ- och familjeomsorg när de misstänker att ett barn utsätts för omsorgssvikt. Syftet med anmälningsskyldigheten är ytterst att göra det möjligt för samhället att säkra barns hälsa och utveckling. Anmälningsskyldigheten beskrivs mer ingående senare i kapitel 5.

Bokens innehåll i stort

Erfarenheter från en lång praktisk erfarenhet som utredare, behandlare, utbildare och handledare gjorde mig nyfiken på vad det var som gjorde att vissa barns och familjers utsatthet uppmärksammades medan andras inte gjorde det. Jag insåg att BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen spelade en viktig roll då det gällde att tidigt uppmärksamma omsorgssvikt. De omfattas dessutom av den obligatoriska anmälningsskyldigheten. Vad var det som de professionella reagerade på? Denna och andra frågor ledde till att ett forskningsprojekt skapades vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Forskningsprojektet fick namnet ”Hur mår förskolebarnen?” och resulterade så småningom i min avhandling – Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn (Lundén, 2004). Avhandlingen och de studier som ingår tillsammans med de erfarenheter som gjorts inom forskningsprojektet utgör basen för denna bok. I kapitel I inleds boken med föräldrars betydelse för små barns hälsa och utvecklingen. Här ges en orientering i kunskapsområden som visat sig vara betydelsefulla då det gäller omsorgssvikt. Först går jag igenom vad vi vet om anknytning och omvårdnad. Faktorer som påverkar anknytningen i en icke önskvärd riktning beskrivs men också sådant som kan vara läkande. Här har den anknytningsforskning som riktat sig mot adoptivbarn och deras föräldrar lärt oss mycket. Ett annat område som berörs är neurobiologi² och omvårdnad, då det visat sig att vuxnas känslomässiga kapacitet påverkar utvecklingen av hjärnan hos de små barnen. Kapitel 2 inleds med ett avsnitt om betydelsen av att uppmärksamma omsorgssvikt tidigt. Därefter följer faktorer som ingår i föräldrars förmåga att utföra sitt föräldraskap och hur detta kan mätas. I kapitel 3 belyses vad som menas med begreppet *barn som far illa*. Ett begrepp som används flitigt både i den professionella världen och i litteraturen. Så följer i kapitel 4 olika sätt att undersöka omsorgssvikt. Att studera omsorgssvikt och därmed sammanhängande företeelser utan att också föra in lagliga aspekter är inte möjligt. Kapitel 5 handlar därför om barns lagliga rätt till skydd följt av anmälningsskyldigheten och hur den efterlevs och hur man beslutar sig för att agera. Sedan följer i kapitel 6 där själva forskningsprojektet inleds. Först beskrivs den pilotstudie,

2 Neurobiologi handlar om neurala processer och andra företeelser som har betydelse för hjärnans utveckling.

som gjorde det möjligt att fortsätta med en större studie. Metodologiska och etiska aspekter i huvudstudien går igenom, så att det blir lättare för läsaren att förstå hur vi gick tillväga och hur de resultat som vi fann växte fram. I de fyra studier som sedan beskrivs har olika delar av materialet använts för att besvara de forskningsfrågor som ställts. De frågor som besvarades i forskningsprojektet var

- hur många barn misstänkte BVC-sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen vara utsatta för omsorgssvikt,
- vilka tecken på omsorgssvikt observerades
- hur definierade deltagarna begreppet *barn som far illa*
- vilka strukturella faktorer påverkade professionellas förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt.

I kapitel 7 beskrivs de två studier som handlar om hur många barn som identifierades som utsatta för omsorgssvikt. I kapitel 8 beskrivs de studier som rör olika faktorer som påverkar förmågan att identifiera omsorgssvikt. Hur den kunskap som forskningsprojektet genererat kan användas i det praktiska arbetet belyses i kapitel 9. I kapitel 10 följer en avslutande diskussion. I syfte att göra det lättare för läsaren avslutas varje huvudavsnitt med en förteckning över de referenser som används men som inte finns med i avhandlingen. De referenser som finns i avhandlingen tas inte upp här.

Kapitel 1. Föräldrars betydelse för små barns hälsa och utveckling

Barn utvecklas i relation till sin omgivning där särskilt föräldrarna utgör en central punkt. Barn kommer till världen välutrustade men oerfarna. Under utvecklingens gång ställs barnet inför olika uppgifter som skall lösas på ett så bra sätt som möjligt. De behöver sina föräldrar som hjälp i denna process. Det är mycket som det lilla barnet skall lära sig. Erfarenheter skall göras begripliga och barnet skall lära sig att använda sig av sina erfarenheter i nya situationer. Förmågor av olika slag skall utvecklas som bl.a. hänger samman med den kognitiva utvecklingen. Föräldrarna deltar utan att egentligen tänka på det i sina barns utveckling. De hjälper barnen att förstå både erfarenheter och känslor. De hjälper också sina barn att bygga in strukturer för att ta emot och bearbeta information m.m. Hur väl barnet har lyckats lösa sina utvecklingsuppgifter har betydelse för hur senare uppgifter lösas. Uppgifterna lösas inte en gång för alla utan kommer tillbaka under utvecklingens gång. Har det inte varit möjligt för barnet att lösa uppgifterna på ett bra sätt kan detta bidra till att utvecklingen blir mer riskfylld. Föräldrars förmåga att hjälpa barnet att tillräckligt bra lösa utvecklingsmässiga uppgifter påverkar riktningen på den väg som utvecklingen kommer att gå. I ett utvecklingspsykologiskt sammanhang talas om en utvecklingslinje, där faktorer på olika nivåer påverkar relationen mellan barn och föräldrar.

Ekologiskt – transaktionellt synsätt

Föräldrars förmåga att tillräckligt bra hjälpa sina barn utvecklingsmässigt varierar. Forskning visar att omsorgssviktande föräldrar har svårare än andra föräldrar att t.ex. sätta barnets behov framför sina egna, låta barnets utvecklingsnivå styra sina förväntningar på barnet, uppskatta barnets speciella erfarenheter och perspektiv samt att uppmuntra öppenhet för nya erfarenheter. I ljuset av den kunskap som vi har idag talar mycket för att föräldrars erfarenheter av sina egna föräldrars känslomässiga tillgänglighet när de

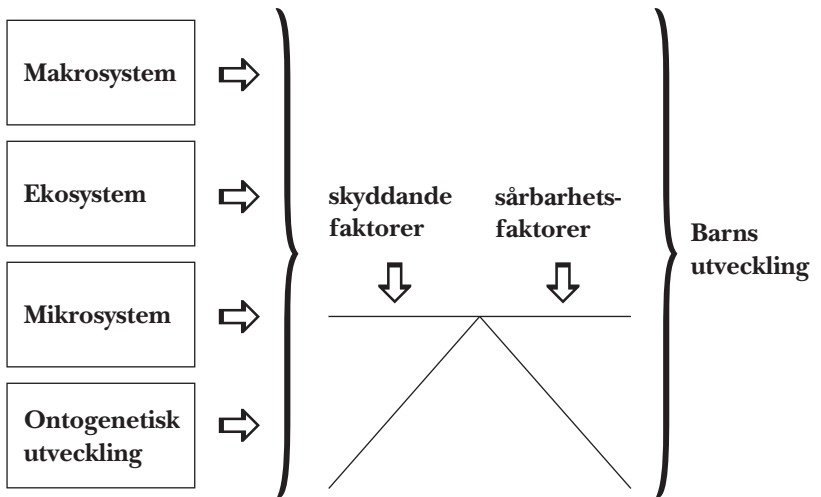
var små, har stor betydelse för hur de i sin tur bemöter sina barn. Föräldrars förmåga att ge omsorg är inte en gång för alla given. Föräldrars förmåga kan påverkas av faktorer på olika nivåer, vilket i sin tur påverkar barnets utvecklingslinje. En förälder kan vara ”tillräckligt bra” förälder för ett barn i en syskonskara men inte för andra. För att förstå hur detta kan gå till behövs en förklaringsmodell som tar hänsyn till att faktorer på olika nivåer samverkar och hur resultatet av denna samverkan påverkar inte bara barns utveckling utan även föräldrars förmåga att vara del i denna utveckling. På senare år har ett ekologiskt perspektiv växt fram, som har sitt ursprung i hur Bronfenbrenner på 1970-talet såg på människans utveckling. Han menade att människan påverkas av faktorer på olika nivåer som till exempel samhälle, grannskap, skola och familj och där samtliga faktorer tillmäts lika stor betydelse. När det gäller barns utveckling och särskilt när utvecklingen går i en icke önskvärd riktning kan ingen faktor ensam på ett tillfredsställande sätt förklara orsak och verkan. Samtliga nivåer innehåller delar, som bidrar till att vi bättre förstår den process, som barns utveckling utgör.

Bronfenbrenners sätt att tänka har under åren vidareutvecklats av andra forskare. Cicchetti och medarbetare har utvecklat en modell där barnet sätts i fokus och som gör det möjligt att förstå hur faktorer på olika nivåer interagerar med varandra och hur denna påverkan kan gå till. Modellen kallas för den *ekologisk – transaktionella modellen* och ger en bild av hur barns utveckling går till och hur omsorgsviskt utvecklas.

Modellen ger oss ett sätt att förstå hur faktorer på skilda nivåer inom barnet och i barnets omgivning påverkar och påverkas av varandra och hur de senare bidrar till riktningen på barnets utveckling.

Transaktionella ekologiska system

Balansen mellan skydds- och sårbarhetsfaktorer



Figur 1. Den ekologisk- transaktionella modellen (Bearbetad efter Cicchetti och Valentino, 2006).

Det kan vara sådant som har med barnet att göra (ontogenetisk nivå), som speciella egenskaper och/eller behov, eventuella handikapp av olika slag m.m. Det kan vara sådant som rör föräldrarna, som faktorer som kan ha med deras personligheter att göra, eventuella begränsningar i föräldrakapacitet m.m. (mikronivå). Andra faktorer kan finnas i omgivningen där förskola och skola ingår (exonivå) och i samhället i stort (makronivå). Faktorer som dels kan ha en skyddande effekt på utvecklingen och dels utgöra sårbarhetsfaktorer. Man skulle kunna likna förhållandet mellan risk- och skyddsfaktorer vid en våg, där skyddsfaktorer ligger i ena vågskålen och sårbarhetsfaktorer ligger i den andra. Hur balansen ser ut får betydelse för barnet. Barns utveckling är i fara då sårbarhetsfaktorer överväger. Exempel på skyddande faktorer kan vara en trygg anknytning medan grad av omsorgssvikt utgör exempel på sårbarhet. Ju fler riskfaktorer barnet utsätts för ju mer ökar risken för barnets hälsa och utveckling. Påverkan från sådant som finns inuti barnet eller i den närmaste omgivningen

kan vara lättare att förstå än påverkan från mer avlägsna nivåer som grannskap och samhälle. Det sätt som barnet handskas med de utvecklingsmässiga utmaningar det ställs inför återspeglas sedan i den inre utvecklingen. I allmänhet är det inte någon enskild faktor som långsiktigt påverkar utvecklingen i en avvikande riktning. Riktningen avgörs istället av faktorernas sammanlagda effekt.

Anknytning, omvårdnad och omsorgssvikt

Från ett utvecklingspsykologiskt perspektiv bygger människan inre mentala representationer av de erfarenheter de gör. Scheman skapas i barnets hjärna och det är därför här som effekterna av den omsorg som barnet utsatts för syns. Här visar det sig hur väl barnet med hjälp av sina föräldrar har kunnat integrera sina erfarenheter. Det är också här som konsekvenserna av fysisk och psykisk försummelse, vanvård och övergrepp dvs. omsorgssvikt visar sig. För att förstå det hot mot barns utveckling som omsorgssvikt utgör måste vi först förstå hur den normala utvecklingen går till. För det behöver vi en teoretisk referensram som beskriver både hur barns utveckling går till, själva utvecklingsprocessen i sig och hur utvecklingen kan bege sig av i en icke önskvärd riktning. Vi behöver också förstå föräldrars aktiva del i barns utveckling och vad som sker när barn utsätts för omsorgssvikt. En sådan teoretisk referensram kan anknytningsteorin anses vara. Anknytningsteorin är inte *en* teori utan fungerar som en metateori dvs. en övergripande teoretisk konstruktion, som inom sig innehåller de viktigaste utvecklingspsykologiska teorierna. Anknytningsteorin utvecklades av den engelske barnläkaren John Bowlby. Bowlby intresserade sig för de erfarenheter, som barn gjorde i verkliga livet. I motsats till många av sina kollegor var han inte så upptagen av barnens driftsliv. Han ansåg att erfarenheter i det vanliga livet påverkade framtida anknytningsrelationer men att det var komplexa orsakssamband som bidrog till kvalitet på anknytning och om eventuella psykologiska svårigheter skulle komma att utvecklas. Bowlby ville inte bara lyfta fram resultatet av anknytningen utan han intresserade sig också för anknytningsprocessen i sig. Han liksom senare anknytningsteoretiker såg barns psykologiska utveckling som resultatet av ett ständigt pågående samspel mellan barnet

och omgivningen. Barn utvecklas med andra ord i relation till sin närmaste omgivning.

Anknytningsteorin innehåller kognitiv teori som beskriver den kognitiva utvecklingen inklusive hur vi systematiserar erfarenheter och processar information. Den innehåller också objektrelationsteori, som beskriver hur inre representationer formas, samt etologi som är läran om djuren. Människan är designad för överlevnad både som individ och som släkte och har, precis som djuren, genetiskt utrustats med reflexer och beteendesystem som hjälper oss att överleva. I likhet med andra djurarter söker sig det lilla barnet till anknytningspersoner för att få skydd och tröst. I anknytningstänkandet är människan i likhet med djuren genetiskt utrustad med ett antal beteendesystem som underlättar överlevnaden. Hos barn – system för anknytning och för utforskande och hos föräldrar omvårdnadssystemet. När det lilla barnet känner sig rädd, eller när fara hotar, aktiveras anknytningssystemet. Barnet söker aktivt föräldern eller betar sig på ett sådant sätt att föräldern uppmärksammar dess belägenhet och skyndar dit för att trösta och skydda. Barns anknytningsbeteende aktiverar, enligt anknytningsteorin föräldrars omvårdnadssystem (ibland kallat omsorgssystem). Eftersom även detta system är ursprungligt kan föräldern vanligtvis inte låta bli att skydda och trösta sitt barn. Föräldrar bemöter barn som ber om skydd och tröst olika dvs. visar anknytningsbeteenden. De flesta föräldrar finns känslomässigt tillgängliga för sina barn. De är lyhörda för barnens anknytningsbeteende och ger det som barnen förväntar sig dvs. närhet, skydd och tröst. För föräldrar som själva i sin barndom upplevt känslomässigt tillgängliga föräldrar sker detta med lätthet. För andra däremot kan barns anknytningsbeteenden väcka upp känslor från hur de i sin barndom blev bemötta av sina föräldrar, när de i sin tur behövde skydd och tröst. Känslor som de inte vill kännas vid. Omvårdnaden kan alltså vara lyhörd och utan villkor men den kan också vara villkorad. Budskap kan utgå till barnet att föräldern alltid finns tillgänglig. Budskapet kan också vara att föräldern finns tillgänglig under vissa villkor. Ett sådant villkor kan vara att barnet inte får visa att det behöver skydd och tröst. Barnet lär sig då att så småningom trycka undan anknytningsbehoven helt. En annan typ av villkorad omvårdnad är den, där föräldern ibland finns tillgänglig och ibland inte. Barnet kan aldrig riktigt veta om föräldern kommer att bjuda skydd och tröst eller ej. För att vara säker på att

föräldern finns där för barnet måste barnet ha sitt anknytningssystem igång hela tiden. Barn kan inte låta bli att knyta an och de anpassar sig till hur de blir bemötta. De utvecklar strategier för att få tillgång till det som föräldern kan ge eller för att undvika sådant som barn inte vill uppleva. De barn som utsätts för ovillkorlig omvårdnad lever trygg i förvissning om att de är värdefulla och att föräldern finns där för dem när det gäller. De barn som utsätts för villkorad omvårdnad kan reagera på olika sätt. Antingen sätts inte anknytningssystemet igång när det egentligen borde göra det eller också är det igång hela tiden. En känslomässigt tillgänglig förälder tillåter anknytningsbeteende och kan lugna barnet, när anknytningssystemet är igång. Föräldern är lyhörd för barnets rädsla och obehag och kan sätta sig in i hur det är för barnet. Barnet vet att föräldern finns där för det när det behöver närhet, skydd och tröst. Det vet att anknytningsbehov får visas och anknytningssystemet behöver därigenom inte vara igång längre än nödvändigt. Barnet kan, trygg i sin tillit till föräldern, ägna sig åt att utforska världen. En känslomässigt otillgänglig förälder saknar förmåga att trösta och lugna barnet eller kan göra så endast till en viss grad och/eller under vissa omständigheter. Barnet gör sina erfarenheter och organiserar sig i förhållande till förälder. Vi talar här om trygg organiserad anknytning respektive otrygg organiserad anknytning.

Barns anknytningsbehov bemöts alltså på olika sätt. En viktig komponent i anknytningsteorin är tanken att barn bygger in erfarenheterna av hur de blir bemötta i anknytningsrelevanta sammanhang. Det som från början är en kognitiv process, där barnet lär sig genom de erfarenheter det gör som t.ex. att bli tröstad av sin förälder då det t.ex. har ramlat och slagit sig. Erfarenheterna blir så småningom till inre representationer inom barnet av att det är ett barn som är värdefullt och värt intresse och skydd. Barnet lär sig också att andra är intresserade av att trösta och skydda det. Barnet gör tydligt att det behöver skydd och tröst och förväntar sig att få det. Om föräldrarna inte finns i närheten räknar barnet med att få tröst av andra som t.ex. någon på förskolan. I anknytningsteorin talas om inre arbetsmodeller dvs. inre representationer av sig själv, av andra och av samspelet mellan sig själv och andra. Hur dessa inre arbetsmodeller ser ut påverkar vår självbild men också vårt sätt att se på andra som tillgängliga och intresserade av att finnas där för mig.

Det finns ett väl belagd samband mellan föräldrars omvårdnadsförmåga och den typ av anknytning som barn utvecklar. Trygg anknytning ses ofta som en skyddande faktor när det gäller barns utveckling medan otrygg anknytning ses som mer riskfylld. Otrygg anknytning skall emellertid inte i sig ses som avvikande. Inte heller kan man säga att otrygg anknytning ofrånkomligt leder till svårigheter. En mycket otrygg anknytning däremot kan dock leda till stora svårigheter senare i livet och därmed förorsaka stort lidande.

Desorganiserad anknytning och skräm/ skrämmande omvårdnad

Det finns en form av otrygg anknytning hos barn som är särskilt bekymmersam och som visat sig leda till stora psykologiska och psykiatriska svårigheter senare i livet. Vi talar här om den desorganiserade anknytningen. Medan barn som utvecklat andra former av otrygg anknytning ändå hittat ett sätt att organisera sina erfarenheter har barn med desorganiserad anknytning inte kunnat göra det. Idag vet vi att desorganiserade barn ofta har utsatts för en skräm/ skrämmande omvårdnad. Istället för att utgöra den trygga bas dit barnen kan komma för tröst och skydd utgör anknytningspersonen själv hotet. Föräldrar skrämmer sina barn antingen aktivt genom att t.ex. utsätta det för fysiska eller psykiska övergrepp eller genom att själva vara så rädda att det är omöjligt för dem att hjälpa sina barn. En förälder som t.ex. har svår ångest kan vara skrämmande för barnet och sakna förmåga att lugna barnet. Rädsla aktiverar anknytningssystemet hos barnet. Det naturliga vore för barnet att söka skydd hos föräldern. När hotet kommer från föräldern hamnar barnet i en olöslig konflikt. Å ena sidan är föräldern den som barnet söker sig till för att få närhet och skydd men å andra sidan är det föräldern som utgör själva hotet dvs. skrämmer barnet. Main och medarbetare talar om "fright without solution". Barnet hittar inte någon strategi för att hantera den stress som uppstår och får inte ihop närhetskänslan för skydd och tröst med flyktbeteendet bort från hotet vilket leder till att anknytningssystemet bryter samman.

I flera studier har mödrar till barn med en desorganiserad anknytning visat sig ha vissa gemensamma drag. Mödrarna uppfattade sig i sitt inre som hjälplösa. Antingen hjälplösa i förhållande till barnet eller hjälplösa i förhållande till sig själva. De trodde sig inte kunna kontrollera sina barn. De trodde sig inte heller kunna kontrollera sina egna känslor eller handlande utan blev ett hjälplöst offer. Skrämd/skrämmande omvårdnad kan förekomma vid olösta trauman och olika former av fysiska och psykiska övergrepp eller försummelse. Det kan också förekomma vid psykisk sjukdom inklusive depression och vid missbruk. Omsorgssvikt är emellertid den allra vanligaste företeelsen som leder till desorganiserad anknytning. I en metaanalys, dvs. en genomgång av ett antal studier, som Maurius van Ijzendoorn genomförde för ett antal år sedan, visade det sig att nästan hälften av små barn som utsatts för omsorgssvikt hade en desorganiserad anknytning.

I samband med desorganiserad anknytning talas också om kontrollerande anknytning. Flera forskare har visat att barn som klassificerats som desorganiserade under småbarnsåren senare utvecklade kontrollerande strategier i förhållande till sina föräldrar. Kontrollerande anknytning kunde visa sig på så sätt att barnen blev hotfullt kontrollerande, tvångsmässigt omhändertagande eller tvångsmässigt undfallande gentemot sina föräldrar.

Att föräldern är upphovet till rädslan hos barnet kan få stora utvecklingsmässiga konsekvenser för barnet, då föräldern inte förmår att utgöra den trygga bas, som det lilla barnet kan använda sig av för att utforska världen.

Anknytning hos barn och föräldrar utan biologiska band

Studier om adoptivbarn och deras adoptivföräldrar har varit och är av särskilt stort intresse för anknytningsteoretiker. Här ges möjlighet att pröva anknytningsteorins antagande om att interaktionen mellan barn och föräldrar har betydelse för barns utveckling och hur mycket det genetiska arvet påverkar. Barn som adopteras som mycket små har varit hos sina adoptivföräldrar i stort sett hela sitt liv, medan barn som adopteras som lite äldre däremot ofta har

erfarenhet av att ha haft ett flertal vårdare innan de adopterats. Dessutom har många av de barn, som adopteras senare, erfarenhet av olika former av fysisk och psykisk omsorgssvikt. De äldre barnens anknytningshistoria och inre arbetsmodeller som skapats i förhållande till tidigare anknytningspersoner fortsätter att vara aktiva i relation till adoptivföräldrarna efter adoptionen.

Det har visat sig att flera av de barn, som var placerade på barnhem innan adoptionen, utvecklade en desorganiserad anknytning. Som tidigare nämnts kan en desorganiserad anknytning på olika sätt vara ett hot mot barns utveckling. Studier som utförts av the English and Romanian Adoptee Study Team (ERA) har belyst den stora risk som barn som utsatts för svåra umbäranden löper ifråga om anknytning. Många av de barn som varit länge på barnhem innan de adopterades visade sig ha allvarliga anknytningsstörningar. Hos många av barnen minskade svårigheterna när de kommit till ro i adoptivhemmet. När barn har så svåra erfarenheter ställs det stora krav på blivande föräldrars omsorgsförmåga

Även med svåra erfarenheter i bagaget kan barns utveckling vändas. Kanuik, Steele och Hodges har jämfört barn som adopterats vid 4 till 8 år ålder och med erfarenheter av omsorgssvikt med barn som adopterades innan 1 års ålder. Vid en uppföljning efter några år visade det sig att även de äldre barnen i allmänhet utvecklades väl. I synnerhet om de hade placerats hos tryggt anknutna adoptivmödrar. Det är rimligt att tro att mammorna var tillräckligt känsliga för sina barns utvecklingsbehov. I denna studie och i andra är det mödrar som har undersökts. Det finns ingen anledning att tro att fäder skulle ge ett annat resultat.

Att adoptivmödrars känslighet har betydelse för barnens utveckling har holländska forskare visat. I en studie som följt adoptivbarn och deras adoptivmödrar tills barnen var sju år gamla visade Stams och kollegor att adoptivmödrarnas lyhördhet tillsammans med anknytningen i mor-barn relationen hade betydelse för om barnen senare utvecklade utvecklingsmässiga svårigheter. Det visade sig att ju tryggare anknytning och högre grad av känslighet i mor – barn relationen desto bättre social och kognitiv utveckling hos barnet. Känslomässig tillgänglighet får därför ses som en viktig faktor hos föräldrar.

Ett annat exempel på icke-biologisk föräldra-barn relation, där anknytningen visat sig ha betydelse är barn som är placerade i familjehem och deras fosterföräldrar. På samma sätt som med

adoptivbarn och adoptivföräldrar har studier kunnat visa ett samband mellan familjehemsplacerade barns anknytning och anknytningen hos deras fosterföräldrar i det här fallet fostermodrar. För betydligt äldre barn, barn i skolåldern, har Schofield och Beek funnit att de barn som hade en trygg bas i sitt familjehem uppfattade att det var där de hörde hemma. För de barn som inte funnit sin trygga bas i familjehemmet utvecklades inte en sådan känsla. Hur mycket barnen träffade sina biologiska föräldrar visade sig inte betydelsefullt. Vare sig de alternerade mellan sitt biologiska hem och sitt familjehem eller ej så utvecklade barnen en sådan känsla av tillhörighet som utifrån ett anknytningstänkande kan jämföras med en trygg bas.

Hjärnans utveckling, omvårdnad och omsorgssvikt

Barns utveckling är en komplicerad process som påverkas av samspelet mellan medfödda eller förvärvade biologiska förutsättningar och olika faktorer i barnets omgivning. Som framgått spelar anknytningen mellan barn och föräldrar stor roll i barnets fortsatta utveckling. Icke minst genom att den påverkar hjärnans utveckling hos det lilla barnet. Neurobiologisk forskning har givit oss viktig kunskap om hur mentala processer formas och om den roll som det lilla barnets erfarenheter spelar härvidlag. Hjärnans tillväxt och utveckling hänger samman med faktorer som är genetiskt betingade och med faktorer som är omgivningsrelaterade. Vissa funktioner som är genetiskt förutbestämda behöver sättas igång i relation till omgivningen. Andra erfarenheter från omgivningen är inte genetiskt förutbestämda att sättas igång i relation till omgivningen men bidrar även de till att hjärnans olika funktioner utvecklas. I hjärnforskningen talas om s.k. känsliga perioder i hjärnans utveckling. Man brukar tala om att ett ”fönster” är öppet mot omvärlden då det lilla barnet är särskilt känsligt för påverkan från omgivningen.

Tidigare har utvecklingspsykologin och neurobiologin studerats skilda från varandra. Utvecklingspsykologin har ansetts studera och mäta beteende, kognitiv och känslomässig utveckling medan neurobiologin har fokuserat på utveckling av celler, neurofysiologiska och biokemiska processer i hjärnan och i det centrala

nervsystemet. Idag finns ett ökat intresse bland forskare för t.ex. anknytning och neurobiologi. Det talas t.o.m. om psykobiologisk anknytningsteori där erfarenheter från neurobiologisk forskning och anknytningsforskning förenas. Bl.a. har viktiga företeelser i anknytningstänkandet som t.ex. inre arbetsmodeller studerats ur ett neurobiologiskt perspektiv. Även om orsakerna till en avvikande utveckling i huvudsak finns i omgivningen som till exempel när barn utsätts för omsorgssvikt så är effekterna neurobiologiska.

Psykobiologisk anknytningsteori menar att de grundläggande system som reglerar barnets beteende utvecklas i relation till föräldrar. Föräldrarnas känslighet har stor betydelse för hur den utvecklingen kommer att se ut.

Hos det späda barnet regleras till exempel beteende och fysiologi inledningsvis av föräldern, vilket kräver tillräcklig känslighet. Föräldern lugnar barnet innan det blivit alldeles för mycket för barnet att klara av. Spädbarnet sätter igång livsviktiga beteenden och fysiska reaktioner hos föräldern som gör att föräldern hjälper barnet att reglera känslor och reaktioner. En inre bild, en s.k. ”föräldraikon”, skapas hos barnet av hur lyhörd och känslomässigt tillgänglig föräldern är eller inte är. Föräldraikonen är den neurobiologiska mekanism som gör det möjligt för barnet att handskas med omgivningen kognitivt och emotionellt när omgivningen inte är så omhändertagande och känslomässigt tillgänglig som önskvärt vore.

Omsorgssvikt och hjärnans utveckling

Danya Glaser gick för några år sedan igenom forskningen om hjärna och omsorgssvikt. Hon menar att det idag finns ansevära bevis för att de erfarenheter barn varit med om av trauma och omsorgssvikt leder till förändringar i hjärnans funktion. Många av dessa förändringar hänger samman med inre stress – alarmtillstånd där kroppen försätts i alarmberedskap. Att ständigt vara försatt i alarmberedskap påverkar kroppen och kroppens olika funktioner som t.ex. de kognitiva funktionerna. Kanske kan detta ses som en del av förklaringen till att vissa barn, som utsatts för

svåra omständigheter, utvecklar psykologiska, känslomässiga och beteendemässiga svårigheter. Risker för utvecklingen av det lilla barnets hjärna kan vara förenade med faktorer både före födseln och under själva förlossningen. Även faktorer som hänger samman med den närmaste tiden efter förlossningen har stor betydelse. En bra hälsoutveckling, som innefattar god näringstillförsel, sensorisk stimulans, socialt samspel och möjlighet att forma relationer, är nödvändiga för hjärnans utveckling.

Stress-alarm tillstånd tycks alltså vara en sådan situation som sätter igång biologiska processer av betydelse för hjärnans utveckling. Föräldrars känslomässiga tillgänglighet och ansvarsfulla omhändertagande av barnet utgör en buffert. Stressfulla händelser får då inte så allvarlig effekt på det lilla barnets hjärna, vilket har stor betydelse för det lilla barnets utveckling.

Många barn som utsätts för omsorgssvikt av olika former har utvecklat en otrygg anknytning. Särskilt många har utvecklat en otrygg-desorganiserad anknytning. Desorganiserad anknytning utgör en stor risk för barn att utveckla psykologiska och psykiatriska svårigheter senare i livet. En stor del av de desorganiserade barnen har visat sig ha en förhöjd halt av stresshormonet cortisol även under omständigheter som normalt inte uppfattas som så stressande.

Svåra händelser, som beskrivits ovan, kan påverka hjärnans struktur och funktion på flera sätt. Samtliga med stor betydelse för barns utveckling. Barn kan till exempel ha varit utsatta för allvarlig fysisk och psykisk omsorgssvikt, vilket kan leda till bekymmer av olika slag.

- De kan ha ådragit sig blödningar i hjärnan vid för tidig födsel, allvarlig undernäring eller ha blivit skakade kraftigt (s.k. shaken baby syndrom) vilket kan skada hjärnvävnaden och resultera i skador på hjärnan.
- De kan ha varit utsatta för brist på stimulans eller stimulans utöver det normala som kan orsaka fel i hjärnans struktur och kemiska balans.
- Det kan också vara så att den neurobiologiska anpassningen till erfarenheter av svåra umbäranden innan t.ex. en adoption

kan göra det svårt för barnet att dra nytta av den läkande relationen till adoptivföräldrar vilket kan resultera i svårigheter av olika slag. Det behöver dock inte alltid bli så. Ibland blir resultatet bättre än förväntat.

Här har vi lärt oss en mycket från de studier om barn som varit placerade på barnhem och som senare adopterats. Rutter, O'Connor och the English and Romanian Adoptees Study Team har undersökt konsekvenserna för barn av tidiga synnerligen allvarliga umbäranden. De jämförde barn som varit placerade på barnhem sedan späda ålder och sedan adopterats med engelska barn som adopterats nationellt. De rumänska barnen adopterades när de var mellan 6 månader och 42 månader (3.5 år) gamla. De engelska barnen adopterades före 6 månaders ålder. Barnen följdes upp vid 4 och 6 års ålder. De rumänska barn som var äldst när de adopterades kunde inte följas upp vid 4 års ålder men däremot vid 6 års ålder. Det visade sig att många av de rumänska barnen förbättrades avsevärt ifråga om vikt och kognitiv kapacitet. När det gällde kognitiv förbättring skedde den i huvudsak innan 4 års ålder. Mellan 4 och 6 års ålder var den fortsatta förbättringen begränsad. Det verkade alltså som om det skedde en avsevärd förbättring för de rumänska barnen då de flyttades från en omgivning med svåra umbäranden till vanliga förhållanden i en adoptivfamilj. För några barn kvarstod dock de svårigheter de hade även efter de första åren i adoptivfamiljen. Skälet till det säger man kan ha varit att det blivit något fel i hjärnans utveckling som gjort att barnen inte kunnat tillgodogöra sig det som skulle kunna vara läkande i den relation som erbjudits dem.

För barn som adopterats, när de blivit några år gamla, kan den känslomässiga omgivningen till en början ha varit fylld av utmaningar. De kan ha utsatts för både traumatiska erfarenheter och olika former av omsorgssvikt. När barnen sedan kommer till sina adoptivföräldrar har det visat sig att föräldrarnas lyhördhet och ansvarsfulla omhändertagande av barnet minskar effekten av stressfulla händelser på den lilla hjärnan, vilket hade stor betydelse för barnens utveckling. Slutsatsen blir alltså att föräldrars känslomässiga tillgänglighet har en oerhört stor betydelse för barns utveckling. Att inte få tillgång till känslomässigt tillgängliga föräldrar dvs. att utsättas för känslomässig otillgänglighet utgör ett allvarligt hot mot barns utveckling.

Konsekvenserna av omsorgssvikt för barn är, som det ser ut, stora. En av de allvarligaste psykologiska effekterna är att barn påverkas i sin tillit och förtrostan på att föräldrar och andra vuxna finns tillgängliga för dem och erbjuder hjälp, skydd, tröst och stöd när de behöver det. Barn som växer upp under sådana omständigheter bygger in i sina inre arbetsmodeller bilden av en som inte är värd att skyddas och älskas. De lär sig att föräldrar och andra vuxna inte finns till för dem och att detta troligtvis beror på barnen själva. Så skall barn inte behöva ha det. Behovet av hjälp är stort. För att tidigt kunna erbjuda anpassade insatser och hjälp som verkligen förbättrar barns utvecklingsmässiga förutsättningar, måste de barn det handlar om först identifieras.

Alla barn som utsätts för omsorgssvikt utvecklar inte synbara svårigheter. Många barn uppvisar inte några symtom alls. Det betyder inte att de inte påverkas. Forskare både inom det utvecklingspsykologiska och i det neurobiologiska fältet har visat att utvecklingen påverkas långt innan barn uppvisar tecken på att utvecklingen går i en avvikande riktning. Detta innebär att vi inte kan förlita oss på att barn som inte uppvisar symtom utvecklas väl, vilket har stor betydelse inte minst för de professionella som skall avgöra om ett barn utsätts för omsorgssvikt eller ej.

Referenser

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2005). Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 26, 3 s. 191–216.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (2006). *Developmental Psychopathology. Volume 3: Risk, Disorder and Adaptation. Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467–1477.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Second edition*. New York: Guilford Press.
- Howe, D. (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. Basinstoke: MacMillan Press Ltd.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 46, nr. 3, s. 263–274.
- Kanuik, J., Steele, M. & Hodges, J. (2004). Report on a longitudinal research project, exploring the development of attachments between older, hard-to-place children and their adopters over the first two years of placement. *Adoption and Fostering*. Vo. 28, nr. 2, s. 61–67.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2010 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Rutter, M., O'Connor, T. and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2004). Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings From a Study of Romanian Adoptees. *Developmental Psychology*. Vol. 48, nr. 1, s 81–94.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*. Vol. 7, nr 3, 269–281
- Stams, G-J. J. M., Juffer, f. & van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal Sensitivity, Infant Attachment, and Temperament in Early Childhood Predict Adjustment in Middle Childhood: The Case of Adopted Children and their Biologically Unrelated Parents. *Developmental Psychology*. Vol. 38, nr. 5, s. 806–821.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlsson, E A. & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.

- Verissimo, M. & Salvaterra, F. (2006). Maternal secure-base scripts and children's attachment security in an adopted sample. *Attachment & Human Development*. Vol. 8, 3 s. 261–273.
- Zeanah, C. H, Smyke, A. T., Carlsson, E. & Koga, S. F. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children I Romania. *Child Development*. Vol. 76, nr. 5, s. 1015–1028.

Kapitel 2. Betydelsen av att uppmärksamma omsorgssvikt tidigt

Att tidigt uppfatta barns utsatthet innan en ogynnsam utveckling gått för långt blir viktigare ju mer kunskap vi får om hur människan utvecklas och vilka omständigheter som måste finnas för att underlätta en gynnsam utveckling. Vi vet också att barn som utsätts för olika former av omsorgssvikt som fysisk vanvård, försummelse och övergrepp riskerar utvecklingsmässiga svårigheter av olika slag. Flera undersökningar som följt barn och deras familjer över lång tid har bidragit med kunskap och förståelse inom detta område. Den undersökning som kanske bidragit mest är den undersökning som startades 1975 och som kallades Minnesota Mother-Child Project. Projektet har ändrat namn och heter idag Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children. Här har man följt 267 barn och deras familjer från graviditeten till tonåren och in i vuxenlivet. Urvalskriterierna för studien var ursprungligen bara två; det skulle vara mammornas första graviditet och de behövde ekonomiskt bistånd från motsvarigheten till socialtjänsten. Barnen och deras mammor har genomgått omfattande undersökningar genom åren, bl.a. har kognitiva och emotionella funktioner undersökts liksom skolprestationer, relationen till kamrater och eventuella beteendeproblem. Studien pågår fortfarande och fortsätter att generera kunskap. De ursprungliga barnen är nu i vuxen ålder och flera har egna barn och är alltså föräldrar själva. För några år sedan (2006) gavs en sammanfattning ut i bokform av den kunskap som genererats under åren – *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*.

När barnen, som ingick i studien, blivit två år gamla kunde fyra grupper av barn som utsattes för omsorgssvikt identifieras: barn som misshandlades fysiskt, barn som misshandlades verbalt, barn som vanvårdades och barn vars mammor var psykologiskt otillgängliga. Grupperna överlappade delvis varandra, då en del barn utsattes för både fysisk misshandel och verbal misshandel, vanvård eller psykologisk otillgänglighet. Föräldrarna utförde inte alltid sina föräldrauppgifter så väl. På grund av oförmåga och/

eller oansvarighet såg t.ex. föräldrarna i den vanvårdande gruppen inte till att barnen fick tillgång till hälso- och sjukvård, fysisk omsorg och skydd när så behövdes. De psykologiskt otillgängliga mammorna å sin sida förhöll sig likgiltiga och oansvariga till sina barns bön om omsorg och uppmärksamhet. Samspelet mellan mor och barn befanns vara mekaniskt, oengagerat och utan synbar glädje och tillfredsställelse. I jämförelse med andra barn från samma område hade de undersökta barnen större svårigheter. Svårigheter som bland annat innefattade en otrygg anknytning. De vanvårdade barnen uppvisade vid två års ålder väldigt lite entusiasm, de var lättfrustrerade, arga och samarbetade inte. Vid fyra års ålder hade barnen också svårigheter med impuls kontroll och var dessutom olyckliga, rigida och visade ingen kreativitet. Vid fem års ålder visade sig de vanvårdade barnen vara mer beroende av sina lärare i skolan än andra barn och hade svårare att anpassa sig i klassrummet. Även om de vanvårdade barnen hade svårigheter var det dock mer bekymmersamt för barnen i den psykologiskt otillgängliga gruppen.

Det visade sig att psykologisk otillgänglighet hos föräldrarna medförde allvarigare och mer djupgående konsekvenser för barnen än t.ex. vad fysisk vanvård och andra former av omsorgssvikt gjorde. Barnen hade bl.a. större svårigheter när det gällde inlärning och i kontakten med kamrater än andra barn. Vid uppföljning fann man att de barn som under sina första två år utsattes för psykologisk otillgänglighet fortsatte att ha stora svårigheter även upp i skolåldern.

Kvaliteten på föräldrars omsorgsförmåga har med andra ord en stor påverkan på barns utveckling och kan, när kvaliteten inte är god nog, ge upphov till svårigheter som kan förorsaka barn lidande. Att säkra barns hälsa och utveckling och förebygga och förhindra lidande måste ses som en viktig uppgift för föräldrar men också för samhället. En uppgift som bl.a. lyfts fram i FN:s konvention om barnens rättigheter. Här säger man att barn skall växa upp under goda förhållanden. Varje barn har rätt att skyddas mot psykiskt våld och mot vanskötsel. Barns rätt till utveckling poängteras. Det betyder i ett vidare perspektiv att barn har rätt

att få sina grundläggande behov tillgodosedda. Vad som menas med grundläggande behov kan ibland vara något diffust. I synnerhet när det gäller de små barnen måste grundläggande behov innefatta deras fysiska och psykiska utvecklingsbehov. Behoven kan vara sådana som de delar med alla barn men också sådana som är specifika för det enskilda barnet. Att säkra barns hälsa och utveckling är en av de allra viktigaste uppgifterna för föräldrar. De flesta föräldrar klarar denna uppgift väl, men för somliga går det inte lika bra. Om föräldrar inte kan leva upp till sitt föräldraansvar härvidlag har samhället ett särskilt lagstadgat ansvar att skydda barn och säkra deras hälsa och utveckling. Att få kunskap om att ett barns utveckling är i fara är en viktig uppgift. Flera forskare har poängterat vikten av att uppfatta barns utsatthet tidigt för att därigenom kunna erbjuda barn och familjer hjälp innan en ogynnsam utveckling gått för långt. I Sverige har yrkesgrupper som BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal rika möjligheter att uppmärksamma barns utsatthet, då de träffar så gott som samtliga barn mellan 0 och 6 år och deras familjer. BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen omfattas dessutom av den ovillkorliga anmälningskyldigheten enligt kap. 14 § 1 i Socialtjänstlagen. Vilka signaler om att barn utsätts för omsorgssvikt som personalen ser och hur de hanterar sin kunskap har stor betydelse för barns och familjers möjligheter att få den hjälp de behöver.

När övergår omsorg som svikt i omsorgssvikt?

Hur illa får ett barn fara? Det är en fråga som många socialarbetare ställt sig under åren. Inte bara socialarbetare utan även BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal har sysselsatt sig med frågan om var gränsen går mellan sviktande men ändå tillräcklig god omsorg och omsorgssvikt. Som tidigare sagts har föräldrar en aktivt utvecklingsstödande uppgift i sina barns utveckling. Här ingår också en skyddande uppgift. De engelska forskarna Bifulco och Moran menar att omsorgssvikt uppstår när föräldrar inte fullgör den uppgift de har dvs. att ge sina barn tillräckligt god fysisk och psykisk omsorg. Omsorgssviktande föräldrar skiljer sig från andra föräldrar i vissa avseenden. De har t.ex. svårare

- att sätta sina barns behov framför sina egna
- att låta barnets speciella utvecklingsnivå styra sina förväntningar på barnet
- att uppskatta sina barns speciella erfarenheter och perspektiv samt
- att uppmuntra barnen att vara öppna för nya erfarenheter

Anknytningsteoretikerna har, som tidigare nämnts, visat oss att föräldrars förmåga och villighet att ta hand om och skydda sina barn är lika ursprunglig som barnets sökande av närhet när det behöver skydd och tröst. Barn visar anknytningsbeteenden som sätter igång föräldern. Föräldrarnas beteende styrs av omvårdnadssystemet (omsorgssystemet) som utgör grunden för förälderns förmåga och villighet att skydda sitt barn. Föräldrar kan inte låta bli att skydda och trösta sitt barn. Omsorgssystemet, som aktiveras hos föräldern, anses liksom anknytningssystemet vara genetiskt betingade.

Föräldrars omsorgsförmåga har alltså en stor betydelse för barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling. Föräldrarnas svar på barnets bön om skydd och tröst dvs. omsorgssystemet utgör själva grunden för föräldrars villighet att skydda sina barn. Man skulle kunna säga att omsorgssvikt uppstår när föräldrar inte fullgör denna sin uppgift. Föräldrars lyhördhet, känslomässiga tillgänglighet och reflexiva förmåga har en avgörande betydelse för om omsorgssvikt uppstår eller inte.

Hur känslomässigt tillgängliga föräldrarna är för sina barn tycks alltså vara nära sammankopplad med var gränsen går mellan det som kan kallas sviktande omsorg och det som är ren omsorgssvikt.

Forskningen har lärt oss att skräm/skrämmande omvårdnad hör samman med omsorgssvikt, då barn utsätts för en omvårdnad som går utanför det som barn under utvecklingens gång utrustats för att klara av. Föräldrar som av en eller annan anledning skrämmer sina barn aktiverar barns anknytningssystem. Barn söker närheten till föräldrarna för att få skydd och tröst men istället ökar föräldrarna barnets rädsla, vilket gör att barnet försätts i en omöjlig situation. Den som barnet vänder sig till för att få skydd

och tröst förmår inte lugna det aktiverade anknytningssystemet utan är istället den som skrämmer barnet.

Vad är viktigt för föräldrars förmåga?

Vilka erfarenheter barn än har måste alltså föräldrar i tillräcklig grad vara känslomässigt tillgängliga och lyhörda för sina barns behov. Något som inte minst erfarenheterna från den forskning som följt barn över många år har lärt oss. Ett antal uppgifter som föräldrar tillräckligt bra måste kunna utföra har blivit tydliga.

Forskningen säger att föräldrar måste kunna

- bjuda barn en trygg bas
- hjälpa barn reglera stress och upprördhet
- stå till tjänst med anpassad vägledning, gränser och struktur
- anpassa stimulans efter barnets behov
- hjälpa barnet med emotionell reglering
- hjälpa till med problemlösning och stötta barnet i att bli mer kompetent

Föräldrars anknytning och *förmåga att utgöra en trygg bas* för sina barn spelar stor roll för barns utveckling men det finns ytterligare faktorer som också är viktiga.

Som tidigare nämnts är *känslomässig tillgänglighet* något som beskrivs som en betydelsefull faktor när det gäller barns anknytning. I en israelisk studie undersökte Ziv och kollegor ett stort antal mor-barn dyader där fokus bl.a. var på mammornas känslomässiga tillgänglighet i förhållande till barnens anknytningsmönster. Det visade sig att graden av mammornas känslomässiga tillgänglighet hade betydelse för om barn utvecklade en trygg eller otrygg anknytning. Föräldrars känslighet eller känslomässiga tillgänglighet är något som undersöktes redan för drygt tjugo år sedan. Crittenden utvecklade då ett instrument, CARE-Index, som hade sin grund i anknytningsteori och de forskningsmässiga erfarenheter som gjorts ifråga om föräldrar som utsätter sina barn för misshandel/övergrepp och vanvård/försummelse. Hon fann att mödrarna var mer eller mindre lyhörda för sina barns signa-

ler, vilket resulterade i olika anknytningsmönster. CARE-Index har använts på flera håll i världen bl.a. i Norge. I instrumentet ingår en skala som mäter graden av känslighet i samspelet mellan barn och föräldrar. Kari Killén har kopplat samman graden av känslighet med behov av åtgärd. En del föräldrar, där känsligheten är begränsad, behöver någon form av anpassad hjälp. Killén har beskrivit skalan och hur den kan användas i det praktiska arbetet i den uppdaterade versionen av hennes bok *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer* (2008).

Kari Killén har utifrån sin egen och andras tidigare forskning och praktiska erfarenhet identifierat ett antal särskilt viktiga föräldrafunktioner. Föräldrafunktioner som är väl bekanta för socialarbetare som arbetar med barn och familjer. Som särskilt viktiga funktioner nämns;

- förmågan att se barnet som det är
- förmåga att engagera sig i barnet på ett känslomässigt positivt sätt
- förmåga att hysa empati med barnet
- förmåga att ha realistiska förväntningar på vad barnet klarar av
- förmåga till inlevelse med barnet

Att kunna sätta sig in i sitt barns mentala situation är en viktig förmåga hos föräldrar som kräver en väl utvecklad reflexiv förmåga.

Reflexiv förmåga är en både kognitiv och känslomässig funktion som innebär förmåga att känna igen mentala tillstånd hos sig själv och hos andra. Reflexiv förmåga gör det möjligt för oss att tolka både egna och andras beteenden utifrån inre mentala representationer och att svara på andra människors beteende. Forskning har visat att redan som barn har vi en sådan förmåga som gör det möjligt för oss att "läsa andras sinne". På så vis blir andra människors beteende meningsfulla och förutsägbara. Att ha en fungerande reflexiv förmåga är en ovärderlig tillgång för både barn och föräldrar. Allteftersom barn lär sig att förstå varför andra människors gör som de gör, kan de använda sig av tidigare erfarenheter som de gjort och som de har skapat inre mentala representationer av. Reflexiv förmåga är inte endast något som försiggår på den inre arenan. Forskning har visat att utvecklingen av reflexiv förmåga bl.a. hänger samman med hur vi föreställer oss och talar både om

känslor och de skäl som kan ligga bakom hur människor betar sig. Det har visat sig att anknytning och reflexiv förmåga hänger samman. Fonagy och kollegor fann till exempel ett samband mellan anknytningen hos blivande mammor och anknytning och reflexiv förmåga hos barnet, som mättes när barnet hunnit bli fem år gammalt. Barnen till de mammor som hade en trygg anknytning under graviditeten, hade förutom en trygg anknytning också en välutvecklad reflexiv förmåga. Föräldrars och barns anknytning har visat sig hänga samman. En förklaring till varför det är så ger oss författarna här. De såg reflexiv förmåga som den faktor som hjälpte till att föra över den vuxnes trygga anknytning till barnet när barnet väl fötts. En viktig faktor med andra ord som det idag finns möjligheter att undersöka närmare.

Föräldrar underlättar, enligt Fonagy och Target, för barnet att skapa inre arbetsmodeller genom sin dagliga kommunikation med och känslighet för barnet. Barnets inre mentala värld utvecklas i förhållande till föräldrarnas. Föräldrar hjälper barn att uppfatta mentala tillstånd hos sig själv och hos andra genom att visa barnet vägen. För barn som har föräldrar som av någon orsak inte kan delta i denna process är risken stor att de utvecklar svårigheter av olika slag. Alla människor föds med förutsättningar för att utveckla reflexiv förmåga och det är i de tidiga relationerna som barn lär sig om egna och andras inre tillstånd. Blir detta gjort på ett bra sätt blir det lättare för barn att förstå sin sociala omgivning och att handskas med den på ett konstruktivt sätt. Barnet lär sig först i relation till sina föräldrar sedan i förhållande till nya anknytningspersoner som barnet får allteftersom utveckling fortskrider som t.ex. mor- och farföräldrar. Sakta lär sig barnet vad som är dess egna mentala tillstånd och inre representationer och vad som är föräldrarnas och något senare andra människors. Barnet lär sig att det kan finnas olika tolkningar av samma fenomen. Föräldrarnas förmåga att på samma gång både kunna sätta sig in i barnets föreställningsvärld och hålla fast vid verkligheten har en avgörande betydelse för barnets utveckling. Föräldrars förmåga att hjälpa barnet med detta är inte bara betydelsefull då det gäller att underlätta utvecklingsprocesser. Forskning har visat att det finns ett samband mellan brister i den reflexiva förmågan hos föräldrar och olika former av psykologiska svårigheter hos barnen. Reflexiv förmåga hänger samman med trygg anknytning som anses vara en viktig skyddsfaktor. Reflexiv förmåga får därför

ses som en skyddande faktor och avsaknaden av sådan förmåga som en riskfaktor.

Hur kan vi mäta föräldrars förmåga?

Forskningen har visat att föräldrars känslomässiga tillgänglighet och reflexiva förmåga samt deras möjligheter att utgöra en trygg bas för sina barn har en stor betydelse för barns utveckling.

Barn med en otryggare kanske desorganiserad anknytning kan, under förutsättning att till exempel adoptiv- eller familjehemsföräldrar har en trygg anknytning, förändra sin anknytning i en tryggare riktning. Att försöka bilda sig en uppfattning om hur föräldrars anknytning ser ut blir därför viktigt för socialarbetare, när de utreder föräldrars förmåga i barnavårdsutredningar, medgivandeutredningar för adoption eller familjehemsutredningar.

Det finns idag ett flertal vetenskapligt förankrade instrument som kan användas i det praktiska arbetet. Broberg och hans kollegor går igenom ett stort antal instrument av olika slag som mäter anknytning hos barn, tonåringar och vuxna i boken *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytnings teorin* (2008). Här kan man läsa mer om vad som finns och vad de olika instrumenten mäter och hur de används. Ett fåtal instrument finns översatta till svenska och används i Sverige. Särskilt intressant för den, som utreder föräldrars förmåga att tillräckligt bra kunna tillfredsställa barns utvecklingsbehov, är de båda anknytningsintervjuerna Adult Attachment Interview (AAI) och Attachment Style Interview (ASI – på svenska Intervju om anknytningsstil IAS). Båda intervjuerna har använts och används i forskningssammanhang. AAI är det instrument som oftast använts i studier om anknytning men även ASI – IAS har använts i studier som bl.a. berör sambandet mellan erfarenheter i barndomen, anknytningsstil i vuxen tid och utvecklandet av svårigheter av olika slag.

Adult Attachment Interview (AAI) är en halvstrukturerad forskningsintervju med tillhörande kodningsprocedur som utvecklats av George, Kaplan och Main och som designats för att utforska

människors allmänna beskrivning av sina anknytningsrelationer i barndomen, sina minnen som antingen bekräftar eller motsäger denna allmänna beskrivning. Vidare utforskas nuvarande relationer med föräldrar och eventuella barn. Intervjun utvecklades som ett index på hur vuxna människor organiserade sina anknytningsrelevanta tankar, känslor och minnen. AAI är den forskningsintervju som oftast används i studier som undersökt anknytning hos vuxna och föräldrar i relation till barns anknytning. Adult Attachment Interview har översatts av Anders Broberg och kollegor till svenska och också utprovats forskningsmässigt. Intervjuns kodningsprocedur är emellertid en komplicerad historia, som inte så många har kompetens att koda. Intervjun används därför inte så ofta i det praktiska arbetet. Intervjufrågorna, som finns publicerade har däremot utgjort inspirationskälla för många socialarbetare i det utredande arbetet. Frågorna finns utgivna i en svensk rapportserie vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet,

Attachment Style Interview (ASI) eller *Intervju om anknytningsstilar (IAS)* är också det en halvstrukturerad forskningsintervju med tillhörande kodningsprocedur som har utvecklats av Antonia Bifulco vid Life Span Research Group, Royal Holloway i London. Inom anknytningsforskningen har IAS en kortare historia än AAI, men IAS har använts i tillräckligt många studier för att intervjun skall anses ha en god forskningsmässig grund att stå på. Intervjun om anknytningsstilar – IAS är designad för att mäta anknytningsstil utifrån kvaliteten i pågående nära relationer som partner, nära, stödjande personer och ursprungsfamiljen. Intervjun ger också en mer övergripande bild av vederbörandes förmåga att skapa och vidmakthålla nära relationer samt en bild av den intervjuades övergripande sätt att relatera till människor i allmänhet. IAS har ett kodningssystem som inte är fullt så komplicerat att lära sig och få behörighet i att utföra. Det kan därför vara ett betydelsefullt hjälpmedel i det sociala arbetet. Intervjun har översatts till svenska av Lundén och Frygner och prövas nu ut på svenska förhållanden. Intervjun används för närvarande vid urval av blivande adoptivföräldrar och familjehemsföräldrar och som en del i barnavårdsutredningar. Syftet med utprovningen av instrumentet är förutom forskning också dess användbarhet i praktiskt socialt arbete. Praktiskt har intervjun hittills visat sig användbar som ett komplement i de olika utredningar, där den används. Erfarenheterna från det praktiska arbetet har visat att resultaten av intervjun med fram-

gång kan användas för att göra det lättare för den intervjuade att förstå konsekvenserna av den anknytningsstil som framtonat. I samarbete med socialarbetare har återgivningen av intervjun till den/de intervjuade förfinats och utgör en god hjälp. Ofta känner den intervjuade igen sig väl i det som intervjun visat och det blir tydligt vilka svårigheter vederbörande har och vilken hjälp som kan behövas.

Hur föräldrar har inlemmat sina barn i sina inre arbetsmodeller är en viktig fråga. Kanske skulle man kunna säga att det handlar om reflexiv förmåga. Även här finns några vetenskapligt baserade instrument, som kan vara användbara i det praktiska arbetet. I Norge använder Kari Killén och hennes kollegor en intervju, som utvecklats med utgångspunkt i AAI och som undersöker föräldrars uppfattning och subjektiva upplevelse av sitt specifika barn (Föräldrars inre arbetsmodeller av barnet – WMCI). Om denna och andra metoder finns att läsa om på norska i Killéns omarbetade version av *Svikna barn* dvs. *Sveket I*, som nyligen kommit ut i sin första del. En andra del följer. På svenska står att läsa mer om både WMCI och andra intervjuer i Broberg och kollegors bok.

Referenser

- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (2006). *Developmental Psychopathology. Volume 3: Risk, Disorder and Ration. Second Edition.* New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self.* New York: Other Press.
- Howe, D. (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention.* Basinstoke: MacMillan Press Ltd.
- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer. Andra upplagan.* Lund: Studentlitteratur.
- Killén, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Utgave 4.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn.* Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.

- Stroufe, L. A., Egeland, B., Carlsson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.
- Ziv, Y., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A. & Koren-Karie, N. (2000). Emotional availability in the mother-child dyad as related to the quality of infant-mother attachment relationship. *Attachment and Human Development*. Vol. 2, nr. 2, s. 149–169.

Kapitel 3. Vad menas med begreppet barn som far illa?

Begreppet ”barn som far illa är” ett begrepp som har använts och fortfarande används flitigt i Sverige. Från början var det en översättning av ett begrepp som användes i den engelskspråkiga världen. Här talar man om ”child maltreatment” som ett mer övergripande begrepp. ”Child maltreatment” kan översättas med barn som behandlas illa. Child maltreatment delas upp i ”child abuse” dvs. misshandel/övergrepp, som kan vara fysisk, sexuell eller känslomässig och ”child neglect” dvs. vanvård/försummelse, som kan vara fysisk, känslomässig, utbildningsmässig eller medicinsk. Allteftersom betydelsen av den psykologiska faktorn i alla former av omsorgssvikt har blivit tydligare talar man om ”psychological maltreatment” och menar med det att barnets psykologiska utveckling är i fara.

Definitionen av ”child maltreatment” – barn som far illa – har skiftat under de år som begreppet använts. Det har varit svårt att enas om ett gemensamt sätt att se på barn som far illa. Olika perspektiv har varit aktuella ända sedan Henry Kempe och hans kollegor (1962) publicerade sin banbrytande artikel om fysisk barnmisshandel. Till en början förstod man begreppet ur ett medicinskt – diagnostiskt perspektiv, där uppmärksamheten låg på skador som röntgades och därigenom kunde dokumenteras. Intresset riktades mot föräldrarna och den grad av psykopatologi som kunde vara orsaken till att de åsamkade sina barn fysiska skador. ”The battered child syndrome³” identifierades och bilder på fysiska skador av misshandeln spreds över världen som berörde och upprörde många professionella. Efter detta mer sjukdomsinriktade perspektiv kom ett sociologiskt perspektiv, som såg föräldrabetenden som socialt acceptabla eller inte socialt acceptabla. Det lagliga perspektivet följde då riktlinjer utarbetades och vad som egentligen menades med fysisk och psykisk skada klargjordes. Begreppet ”child maltreatment” – barn som far illa

3 I fri översättning – syndromet det slagna barnet.

– reserverades för de riktigt allvarliga fysiska och psykiska skadorna.

I Sverige har länge rått viss oklarhet om vad som egentligen menas med begreppet ”barn som far illa”. Vid en genomgång av relevant litteratur visade det sig att det råder stor osäkerhet om vilka barn som egentligen avses. Flera begrepp användes. I en rapport från Socialstyrelsen 2001 som behandlar socialtjänstens, dvs. individ- och familjeomsorgens arbete med barn talas t.ex. både om *utsatta barn*, *barn som far illa* och *utsatta barn som riskerar att fara illa*. Begrepp som också förslås i det betänkande som Barnskyddsutredningen lämnade (SOU:2009:68).

Andra begrepp som används var *barn i riskzonen* och *psykosocialt utsatta barn*. *Barn i utsatta livssituationer* är ytterligare begrepp som särskilt på senare tid börjat användas. Gunvor Andersson har definierat utsatta barn som ”barn som är kända av, eller borde vara kända av, socialtjänsten, då hemförhållandena är sådana att föräldrar behöver socialtjänstens stöd för att klara föräldrappgifterna”. En liknande definition fann vi hos Vinnerljung som beskriver utsatta barn som ”barn som har någon form av problematik som berör den kommunala individ- och familjeomsorgens ansvarsområde”. I andra länder har forskare varit inne på liknande tankegångar då de låter den utredning som gjorts av motsvarigheten till socialtjänstens individ- och familjeomsorg (Child Protection Services) avgöra om ett barn far illa eller ej. Det finns flera invändningar mot ett sådant definitionssätt då endast en mindre andel av barn som utsätts för omsorgsvikt kommer till socialtjänstens kännedom. Erfarenheter både från Sverige och från andra länder visar att alla barn inte utreds. Amerikansk forskning har ifrågasatt kvaliteten på utredningarna, då de fann uppgifter om omsorgsvikt i utredningar trots att utredaren hävdade motsatsen. Hur det är i Sverige vet vi inte då motsvarande forskning ännu inte finns tillgänglig här.

Som framgår är det inte lätt att finna en vedertagen definition på det så vanligen förekommande begreppet ”barn som far illa”. I förarbetena till ändring i Socialtjänstlagen och till den ursprungliga Socialtjänstlagen från 1979/80 används begreppet flitigt. Någon begreppslig definition ges inte, men i samband med anmälningsskyldigheten lyfter lagstiftaren fram två nyckelbegrepp i de fall nämnden behöver skydda barn.

De två nyckelbegreppen är

1. *fara för barns hälsa och utveckling*
2. *på grund av brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet.*

En annan definition ger oss Sundell och medarbetare när de definierar ”barn som far illa” som barn vars hälsa och personlighetsutveckling löper risk att skadas på grund av otillfredsställande förhållanden i hemmet.

Det är inte bara i vårt land som vi har svårt att finna en bra definition av begreppet ”child maltreatment” utan det har framhållits från andra håll också. En av svårigheterna är att definitionen av begreppet skall tjäna flera syften. Den skall användas både i forskningssammanhang, i lagstiftning och praktisk verksamhet. I sina försök att skapa en bra definition har forskare fokuserat på faktorer som antingen berör föräldrarna eller barnets skada. Ett annat spørsmål har varit om ”child maltreatment” skall definieras snävt eller i ett vidare perspektiv. En snäv definition underlättar i juridiska sammanhang och i socialarbetarsammanhang. En vidare definition å andra sidan lyfter fram barns hälsa och utveckling samt betydelsen av faktorer på skilda nivåer. Faktorer som är både biologiska och psykologiska, verksamma inom familjen och utanför familjen som t.ex. socio-politiska och kulturella faktorer. Att ha ett sådant perspektiv anses nödvändigt för att förstå ”child maltreatment”. I det vidare perspektivet tar man hänsyn till barnets utvecklingsmässiga situation vilket inte forskare som förespråkar en snävare definition tycks göra.

Även i Sverige har definitionen av begreppet ”barn som far illa” och de svårigheter som är förenade med en sådan definition varit föremål för intresse. Lagerberg anser att begreppet ”barn som far illa” är alltför vagt när man betänker allvaret i situationen. Det ger utrymme för en gråzon där man inte vet om ett barn far illa eller ej. Hon säger också att det är oklart om definitionen skall bygga på yttre riskfaktorer eller på faktiskt skada. Ingenstans sägs något om vad barn kan fara illa av eller varför det är så allvarsamt. I Barnskyddsutredningens betänkande förordas att begreppen barn som far illa eller riskerar att fara illa skall användas. Inte heller här framgår klart vad som avses och varför.

Killén införde begreppet *omsorgssvikt* som är mer specifikt och mer förankrat än vad begreppet *barn som far illa* är. Med omsorgssvikt menade hon att föräldrarna eller de, som har omvårdnaden om barnet, skadar det fysiskt och/eller psykiskt eller försummar det så allvarligt att barnets hälsa och psykiska utveckling är i fara. Definitionen av omsorgssvikt ansluter sig till den vidare definitionen av begreppet ”barn som far illa” i så motto att fokus är på om barnets utveckling är i fara eller ej. Vilket inte behöver betyda att det redan finns en påvisbar skada.

Referenser

- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Killén, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktssituasjoner. Utgave 4*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga* (LBU). Barnskyddsutredningens slutbetänkande. Socialdepartementet.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlsson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.

Kapitel 4. Olika sätt att studera omsorgssvikt och vad man kommit fram till.

Många frågor dyker upp i samband med barn som utsätts för omsorgssvikt. Frågor som intresserat både praktiker och forskare. En del av frågorna har varit – hur vanligt förekommande är omsorgssvikt? Vilka enskilda tecken kan anses tyda på omsorgssvikt? Vilka indikationer på att barn är utsatta för omsorgssvikt finns? Vad är det som t.ex. personal inom BVC och barnhälsovård bör reagera på? Förutom de studier som ingår i forskningsprojektet ”Hur mår förskolebarnen?” finns det flera undersökningar både i Sverige och utomlands som försökt ge svar på hur vanligt förekommande omsorgssvikt är och vilka tecken som kan anses vara omsorgssvikt. Undersökningarna har gjorts på olika sätt. Ett sätt har varit att vända sig till unga vuxna eller vuxna och undersöka vilka företeelser som de varit utsatta för i sin barndom. Ett annat sätt är att studera vilka tecken på omsorgssvikt som professionella, som i sitt arbete träffar ett stort antal barn, uppmärksammat. Ytterligare ett sätt är att utgå ifrån socialtjänstens (Child Protection Services) akter och utredningar. För att ge läsaren en bild av hur kunskapsområdet såg ut innan erfarenheterna från forskningsprojektet Hur mår förskolebarnen? fanns tillgängliga, presenteras här några studier som använt olika informationskällor och vad man fann.

Studier där vuxna och ungdomar tillfrågades om erfarenheter i barndomen

I England intervjuade Bifulco och Moran i slutet av 1990-talet ca 800 kvinnor om deras upplevelser i barndomen, där bl.a. frågor om omsorgssvikt förekom. Författarna betonar särskilt psykologiska övergrepp som för dem innebar att föräldrarna utnyttjade det faktum att barnen är beroende av dem. Psykologiska övergrepp kunde handla om allt från mer tillfällig förödmjukelse till regelrätt förnedring. Barn är så utlämnade till sina föräldrar

eller andra vuxna som är i föräldrars ställe. Författarna menade att det faktum att barn utsätts för fara är viktigare än att en reell skada uppstått. Resultaten visade att kvinnorna i de fyra studierna inte så ofta berättade om just psykologiska övergrepp. Det var vanligare att de berättade om andra former av omsorgssvikt i barndomen. Författarna tror att det beror på att psykologiska övergrepp dels är svårdefinierade, dels att de förekom tillsammans med andra former av övergrepp och därför inte registrerades som psykologiska övergrepp. Vilket kan ge en missvisande bild. En annan svårighet kan vara att det kan vara svårt att som vuxen minnas psykologisk omsorgssvikt som skett när man var barn. En tredje svårighet kan ha att göra med det instrument som användes och dess känslighet för psykologisk omsorgssvikt och vilka frågor som ställdes.

Omsorgssvikt har ofta kopplats samman med socioekonomiskt sämre lottade områden. I en av sina fyra studier riktade sig Bifulco och Morans till kvinnor med olika ekonomisk bakgrund. Här visade det sig att omsorgssvikt oftare förekom i familjer som hade det ekonomiskt besvärligt. En del av kvinnorna hade dessutom erfarenhet av en annan sorts fattigdom. De växte upp i familjer som hade det gott ställt men där kvinnorna som barn inte blev delaktiga i familjens välstånd. Av något skäl särbehandlades de och var de enda av syskonen som utsattes för t.ex. vanvård.

I början av 2000-talet genomförde the National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) i England en studie som utgick från Bifulcos och Morans arbeten. Studiens syfte var att undersöka unga människor mellan 18 och 24 år och deras erfarenheter från barndomen. Bl.a. efterfrågades deras erfarenheter av omsorgssvikt som fysiska och psykiska övergrepp, försummelse och fysisk vanvård. I studien har särskild hänsyn tagits till förhållanden som kanske inte ger omedelbar skada men som i förlängningen kan skada barns hälsa och utveckling. Att intervjua unga människor om förhållanden i barndomen visade sig ha vissa begränsningar. Det var inte så lätt för deltagarna att komma ihåg hur det var när de var riktigt små. Det var särskilt svårt att komma ihåg sådana ting som tillsyn och skydd, som i studien ingick i omsorgssviktsformen *försummelse*. Att minnet inte kunde anses tillförlitligt påverkade naturligtvis vilka förhållanden, som deltagarna överhuvudtaget kunde ta ställning till. Att undersöka

omsorgssvikt på det här sättet har sina begränsningar, vilket även andra forskare har lyft fram.

Ungdomar har också tillfrågats om sina erfarenheter i barndomen. McGee och medarbetare bad ungdomar, som var kända av Child Protection Services (motsvarande Socialtjänstens individ- och familjeomsorg) att berätta om sina erfarenheter av omsorgssvikt. Till sin hjälp hade forskarna en frågemall. Utifrån samma mall ombads socialsekreterarna att berätta vilken form av omsorgssvikt som de ansåg att den unge varit utsatt för. Ur ungdomarnas akter togs sedan fram uppgifter om omsorgssvikt. Det visade sig att ungdomarna rapporterade mer fysisk misshandel än vad handläggarna gjorde och vad som stod i akterna. Handläggarna och uppgifter i akterna rapporterade å andra sidan mer uppgifter om känslomässig omsorgssvikt och fysisk vanvård, som inte ungdomarna berättade om. Ytterligare ett exempel på att vissa former av omsorgssvikt är svåra att få fram när deltagare ombeds berätta om erfarenheter i barndomen.

Studier som utgår från socialtjänstens (Child Protection Services) akter och utredningar

I studien om ungdomar beskrivits ovan användes delvis information från socialtjänstens akter. I andra undersökningar har uppgifter därifrån varit huvudkällan. I Kanada har t.ex. vid upprepade tillfällen nationella studier genomförts där bl.a. förekomsten av omsorgssvikt undersöktes. Bl.a. undersöktes hur många rapporter om omsorgssvikt som kommit in och där utredningar inletts. Ungefär hälften av rapporterna ledde till utredning. Uppgifter om omsorgssvikt togs sedan fram ur de utredningar som gjordes. De kategorier som användes var känslomässig omsorgssvikt, exponerad för familjevåld, sexuella övergrepp, fysisk misshandel och fysisk vanvård. I de utredningar som bekräftade omsorgssvikt förekom fysisk vanvård oftast, tätt följd av exponerad för familjevåld och fysisk misshandel. Känslomässig omsorgssvikt var hälften så vanligt förekommande som fysisk vanvård. Sexuella övergrepp förekom sällan.

Studier som riktade sig mot professionella som arbetar med barn

I USA har flera nationella undersökningar genomförts som vänt sig till professionella som arbetar med barn. Undersökningar som har fått stor betydelse även utanför USA. Den senaste, The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect – NIS-4 vände sig till flera olika grupper bl.a. till personal inom sjukvård, barnhälsovård och barnomsorg. Syftet med studien var bl.a. att undersöka hur många barn som professionella, som arbetar med barn, ansåg vara utsatta för olika former av omsorgssvikt som fysiska och psykiska övergrepp, vanvård och/eller försummelse. Innan de tillfrågades om hur många barn de misstänkte var utsatta för omsorgssvikt utbildades deltagarna i de omständigheter som gällde för de olika formerna av omsorgssvikt.

I NIS 4 avsågs med de olika formerna av omsorgssvikt följande:

- *fysiska övergrepp* – skador som uppstått då barnet t.ex. blivit slaget, sparkat, bränt eller skakat av föräldern eller någon i förälders ställe.
- *Vanvård/försummelse* – för lite eller för mycket mat, otillräcklig klädsel, hygien och övervakning, dröja för länge med eller helt låta bli att söka sjukvård.
- *Emotionella övergrepp* – föräldrar band barnet, höll det instängt, kränkte det verbalt eller känslomässigt genom hot, förlöjliganden, gjord till syndabock, öppen fiendlighet eller avvisning. Emotionella övergrepp innehöll vidare bestraffning av annat slag, utnyttjande eller kränkande behandling.
- *Känslomässig vanvård och försummelse* – innebar att föräldern inte tillräckligt bra förmådde möta och stödja barnet utifrån deras känslomässiga behov eller att låta barnet uppleva en våldsam hemmiljö. Känslomässig vanvård innebar också att tillåta barnet att använda alkohol och andra droger eller att ge stöd för andra asociala beteenden. Att vägra helt eller att dröja alltför länge med att söka psykologisk hjälp för sitt barns känslomässiga eller

beteendemässiga problem ansågs också vara känslomässig vanvård liksom att överbeskydda barnet eller att ha förväntningar på barnet som inte barnet kunde leva upp till. Att hålla barnet hemma från skolan under längre tid utan giltiga skäl ansågs vara utbildningsmässig vanvård.

I undersökningen, som berör barn mellan 0 och 18 år, skiljde man på om barn redan lidit fysisk och psykisk skada eller om de var utsatta för ökad risk för sådan skada. Den senare kategorin är kanske mer intressant för svenska förhållanden, då den stämmer mer överens med vår mer progressiva/förebyggande lagstiftning. Om vi bara tar hänsyn till denna andra kategori visade det sig att totalt 4 procent av samtliga barn (c:a 3 miljoner barn) hade varit utsatta för någon form av omsorgssvikt. Av dessa hade knappt 1 procent varit utsatta för övergrepp fördelade på fysiska, sexuella och känslomässiga övergrepp. Något fler barn (3%) hade upplevt någon form av vanvård. De flesta hade varit utsatta för fysisk vanvård, en mindre andel hade varit utsatta för känslomässig och utbildningsmässig vanvård. Med några undantag hade i stort sett lika många pojkar som flickor drabbats. Fler flickor hade t.ex. utsatts för sexuella övergrepp medan fler pojkar hade utsatts för känslomässig vanvård. Omsorgssvikt förekom oftare i familjer med låg årsinkomst. Skillnaden var särskilt stor när det gällde fysiska och emotionella övergrepp samt fysisk vanvård. När det gällde barns ålder visade det sig att omsorgssvikt förekom oftare bland äldre barn än bland riktigt små barn. De amerikanska återkommande nationella undersökningarna har inspirerat flera länder bl.a. Holland till att utföra liknande nationella undersökningar.

Skandinaviska studier som riktar sig mot professionella som arbetar med barn – BVC-sjuksköterskor

Några skandinaviska studier har också studerat hur vanligt förekommande omsorgssvikt är. I Danmark undersökte Christensen under 1990-talet hur många barn mellan 0 och 3 år, som drygt 1000 distriktssjuksköterskor med ansvar för barnsjukvård ansåg

”för illa” och arten av omsorgssvikt. Undersökningen genomfördes med hjälp av en enkät, där omsorgssvikt delades upp i *aktiv och passiv fysisk respektive aktiv och passiv känslomässig omsorgssvikt*.

Med *aktiv fysisk omsorgssvikt* avsågs att vuxna aktivt skadade barn fysiskt. Exempel på tecken var brott på armar och ben, blåmärken, brännmärken m.m. Med *passiv fysisk omsorgssvikt* menades att vuxna utsatte barn för allvarlig försummelse genom att inte tillfredsställa barns fysiska behov så att barns hälsa äventyrades. Exempel här var att barn lämnades utan tillsyn, fick för lite mat eller mat bara ibland. Andra exempel var att barnet var smutsigt och luktade illa eller inte togs till läkare vid sjukdom eller till BVC för hälsokontroller. Med *aktiv psykisk eller känslomässig omsorgssvikt* menades att den vuxne utsatte barn för skadliga handlingar som inte var fysiska. Exempel på det var att barnet isolerades i perioder, hotades med våld, tilltalades eller omtalades på ett kränkande sätt, ignorerades aktivt av föräldrarna då de inte ville höra på barnet eller tala med det.

Med *passiv psykisk eller känslomässig omsorgssvikt* menades att barnet utsattes för allvarlig psykisk eller känslomässig försummelse p.g.a. föräldrarnas bristande förmåga att ge trygghet, omsorg och kärlek. Exempel på det var, att barnet varit med om att en förälder misshandlats i hemmet eller att annat våld förekommit, ofta passats av vuxna som varit påverkade av alkohol och andra droger. Ett annat tecken här var att barnet ofta avvisades känslomässigt av föräldern. Brister som författaren ansåg ökade risken för utvecklingsmässiga skador. De fyra omsorgskategorierna bröts ner i ett antal observerbara tecken som baserade sig på befintlig psykologisk kunskap. Tecken som var konkreta och lätta för sjuksköterskorna att observera i sitt dagliga arbete.

Hur vanligt var det att små barn utsattes för omsorgssvikt i Danmark? Ja, det visade sig att enligt sjuksköterskorna hade en procent av barnen visat minst ett tecken på att ha varit utsatta för aktiv fysisk omsorgssvikt, sex procent för passiv fysisk omsorgssvikt, fem procent för aktiv känslomässig omsorgssvikt och sex procent för passiv känslomässig omsorgssvikt. Många barn visade tecken i flera kategorier. Andelen barn där omsorgssvikt observerats fördelade sig jämnt över Danmark. De flesta former av omsorgssvikt förekom lite oftare bland de äldre barnen än bland de yngre.

Även svenska sjuksköterskor har tillfrågats. Lagerberg bad BVC-sjuksköterskor över hela landet att ange på vilket sätt de an-

såg att barn for illa. En checklista med 14 alternativ användes. Alternativen var fysisk misshandel, bristande omsorg, försummelse, vanvård, psykiska övergrepp, missbruk hos förälder, omognad eller personlighetsstörning hos förälder, psykisk sjukdom hos förälder, sociala problem som gör att föräldrarna har svårt att orka med barnet, barn som BVC anser friskt men som enligt föräldrarna mycket ofta har symtom och sjukdomar, barn som BVC känner en påtaglig oro för utan att kunna peka på någon särskild orsak. BVC-sjuksköterskorna misstänkte att två procent av de barn, som de ansvarade för for illa. Det vanligaste alternativet var ”sociala problem som gjorde att föräldrarna inte orkade med barnet”. Därefter följde omognad, understimulering, omsorgs- och relationsbrister. Vart femte barn som sjuksköterskorna oroade sig för hade en missbrukande förälder, vilket är en stor andel även om missbruket kanske inte i sig är ett tecken på omsorgssvikt. Bristande omsorg, försummelse och vanvård förekom enligt BVC-sjuksköterskorna hos tjugoåtta procent av barnen medan fysiska övergrepp förekom hos sju procent, psykiska övergrepp hos fyra procent och sexuella övergrepp hos två procent av barnen. Det fanns viss skillnad mellan könen. Sexuella övergrepp var vanligare hos flickor medan fysisk misshandel var något vanligare hos pojkar. Bland de förhållanden som deltagarna tog ställning till fanns tecken som kanske inte direkt kan knytas till omsorgssvikt. Om man bara räknar med sådana företeelser som kan knytas till omsorgssvikt sjunker andelen barn som utsatts för omsorgssvikt till knappt en procent. Omsorgssvikt var lite vanligare bland de något äldre barnen än bland yngre. Det är svårt att veta hur många barn i genomsnitt varje BVC-sjuksköterska trodde for illa, då svarsfrekvensen var väldigt ojämnt fördelad över landet.

Skandinaviska studier som riktar sig mot professionella som arbetar med barn – barnomsorgspersonal

I en annan svensk studie undersökte Sundell och medarbetare bl.a. vad barnomsorgspersonal i tre socialdistrikt i Stockholm baserade sina misstankor om att barn for illa på. Deltagarna tog ställning till ett antal ”kännetecken eller beteenden” hos barn som

var inskrivna inom barnomsorgen. ”Kännetecknen eller beteenden” beskrevs som att barnet antyder i ord eller beteenden om något det varit med om; fin- och grovmotoriska svårigheter; dålig självkänsla, svårighet att uttrycka sig och visa känslor, tyst och inåtvänd; spår eller skador efter fysisk misshandel; utagerande och aggressiv; tvångsmässig onanering; brist på omvårdnad, smutsig och dåligt med kläder; brådmoget, barnet tar allt för stort eget ansvar; koncentrationssvårigheter.

Sammanlagt 3 767 barn var inskrivna vid de aktuella barnomsorgsenheterna. Av dessa identifierades 112 barn som utsatta barn. Hos 91 av dessa 112 barn hade kännetecknen/beteenden observerats vilket utgjorde två procent. De vanligaste enskilda tecknen som observerats hos barn var koncentrationssvårigheter, dålig självkänsla, barnets egna antydningar om att det varit med om något samt utagerande. Brist på omvårdnad, smutsig m.m. hade observerats hos 1 procent av samtliga barn medan spår eller skador efter fysisk misshandel förekom hos en promille. De tre socialdistrikten liknade varandra i stort socioekonomiskt. Något fler utsatta barn identifierades i områden med flerfamiljshus än i områden med blandad bebyggelse. I villaområden identifierades ytterst få barn. Lika många pojkar som flickor identifierades.

Sammanfattningsvis kan sägas att forskare använt sig av olika sätt när de velat mäta omsorgssvikt. Av de studier som vänt sig till ungefär samma grupper av informatörer kan sägas att den danska studien använde sig av observerade tecken på omsorgssvikt som stämde väl överens med de tecken på omsorgssvikt som använts i de engelska och amerikanska studierna. I den danska studien delades tecknen på omsorgssvikt in i fyra olika omsorgssviktskategorier, där de flesta barnen identifierades i passiv fysisk omsorgssvikt och både aktiv och passiv känslomässig omsorgssvikt medan betydligt färre barn fanns i kategorin aktiv fysisk omsorgssvikt. Det betyder att fler barn utsattes för fysisk vanvård och känslomässiga övergrepp och känslomässig försummelse eller om man så vill psykologisk omsorgssvikt. Färre barn utsattes för fysisk misshandel.

De två svenska studierna, som hittills genomförts, skiljer sig från den danska genom att deltagarna inte tog ställning enbart till enskilda tecken på fysisk och psykisk misshandel vanvård och försummelse och som kan sägas utgöra omsorgssvikt. Deltagarna tog till exempel ställning till företeelser som fysisk misshandel som en övergripande företeelse utan någon vägledning om vad som in-

gick i begreppet. I Lagerbergs studie ansåg BVC-sjuksköterskorna att två procent av barnen för illa. Vanligast förekommande var försummelse och vanvård. Till skillnad från andra studier förekom fysisk misshandel relativt ofta medan andra former av övergrepp förekom mer sällan. Vad deltagarna la in i de olika formerna av omsorgssvikt är svårt att veta, då deltagarna tog ställning till fysisk misshandel utan att någon definition gavs. Andra företeelser som togs ställning till utgjordes av karakteristika som t.ex. psykisk sjukdom, missbruk, omognad eller personlighetsstörning hos föräldern, sociala problem. Företeelser som kan förekomma i omsorgssviktande familjer, men som inte i sig kan anses vara tecken på omsorgssvikt. Barnomsorgspersonalen i den studie som utförts av Sundell och medarbetare observerade vanvård hos två procent av barnen medan fysisk misshandel inte förekom så ofta. Även i denna studie har företeelser använts som kan förekomma i omsorgssviktande familjer men som i sig inte kan anses som tecken på omsorgssvikt som t.ex. fin- och grovmotoriska svårigheter, dålig självkänsla, koncentrationssvårigheter hos barnet.

Att finna ut hur många barn som utifrån professionellas erfarenheter utsätts för omsorgssvikt är alltså inte så lätt. Deltagarna i de engelska och amerikanska studierna liksom i den danska studien tog ställning till ett antal tecken/signaler på olika former av omsorgssvikt som i stort liknade varandra. Fördelningen av de olika tecknen i de olika omsorgssviktsgrupperna kunde dock variera, vilket kan verka förvirrande. Något som också kan förvirra oss är det faktum att deltagarna i de två svenska studierna delvis tagit ställning till andra förhållanden än i den danska och i de engelska och amerikanska studierna. Förhållanden där kopplingen till omsorgssvikt inte är så tydlig. Även om studierna hittills visat viss oklarhet om vad som skall anses vara omsorgssvikt betonar alla vikten av att uppmärksamma barns utsatthet. Att säkra barns hälsa och utveckling är föräldrars ansvar. Om föräldrar inte kan göra det på ett för barnet tillfredsställande sätt säger lagstiftaren att samhället har ett särskilt ansvar.

Referenser

- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., Ivarsson, T. & (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytnings-teorin*. Stockholm: Natur och Kultur
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. NY: Other Press
- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer. Andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Killén, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktssituationer. Utgave 4*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*. Vol. 7, nr 3, 269–281
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Fourth Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*. Report to Congress.

Kapitel 5. Barns lagliga rätt till skydd

I Socialtjänstlagens 5 kapitel § 1 regleras det ansvar för barn som åligger socialtjänsten. Här sägs bl.a. att Socialnämnden skall

...i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom... ...med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling... (Norström & Thunved, 2010, s. 115)

För att kunna utföra denna uppgift måste socialtjänsten få veta att ett barns *personlighetsutveckling* och *fysiska och sociala utveckling* är i fara. Sverige har i likhet med många andra länder en tvingande lagstadgad anmälningsskyldighet. I kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen stadgas att

...Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd... (Norström & Thunved, 2010, s. 293 ff.)

Den obligatoriska anmälningsskyldigheten omfattar numera också professionella som arbetar i enskild verksamhet som berör barn och ungdomar eller annan yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område (SoL kap. 14 § 1).

När det gäller frågan om när en anmälan skall göra så sägs i propositionen till den ursprungliga Socialtjänstlagen att

Anmälan skall göras till socialnämnden om något gör att nämnden behöver ingripa till underårigs skydd. Med detta

avses alla de fall då det kan antas att brister i omsorgen om en underårig eller något annat förhållande i hemmet medför fara för den underåriges hälsa och utveckling... (Prop. 1979/80:1, s. 537).

Då Socialnämnden fått kunskap om ”att någon kan vara i behov av stöd eller hjälp, är alltså socialnämnden skyldig att också utreda hur behovet skall kunna avhjälpas” (Prop. 1979/80:1, s. 562). Socialnämndens skyldighet att utreda framgår av 11 kap. § 1 Socialtjänstlagen som säger att ”Socialnämnden skall utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden...” (Norström & Thunved, 2010, s. 237)

Med utredning menas ”all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett ärende hos denna” (Prop. 1979/80:1, s. 562). Lagstiftaren poängterar emellertid att innan utredningen sätts igång bör en bedömning göras huruvida de ”sakförhållanden som har påkallat utredningen kan leda till någon åtgärd av nämnden” (Prop. 1979/80:1, s. 562).

Under åren har signaler kommit om att barn inte får det skydd och det stöd de behöver för att utvecklas på ett tillräckligt bra sätt. I slutet av 2007 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare för att se över nuvarande bestämmelser till skydd och stöd för barn och unga i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om vård av unga (LVU). Förslag skulle också lämnas på de förändringar som utredningen bedömde vara nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till den utveckling som skett. Utredningen som kallas Barnskyddsutredningen, skall enligt uppdraget ta ställning till (SOU 2009:68 s. 102);

- hur den sociala barn- och ungdomsvårdens övergripande mål och ansvar för barn och unga ska formuleras
- om reglerna för anmälningsskyldighet behöver förtydligas
- om socialnämndens möjlighet att anmäla brott mot barn skall ändras till skyldighet
- om reglerna om utredning av barns förhållanden behöver kompletteras
- om reglerna om insatser enligt SoL och LVU behöver ändras
- hur villkoren för familjehem kan förbättras

- om reglerna om uppföljning av insatser behöver förbättras och
- vilken kompetens som behövs för att arbeta inom sociala barn- och ungdomsvården

Slutligen skulle utredningen också överväga om bestämmelserna om skydd och stöd för barn och unga ska sammanföras i en särskild lag, vilket också blev utredningens förslag. Denna nya lag föreslås heta Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU).

På flera håll i Barnskyddsutredningen betonas socialtjänstens ansvar för barns skydd och stöd och att socialtjänsten har ansvar för att personal med lämplig kompetens finns. Behovet av samverkan lyfts fram liksom ansvar för förebyggande arbete. I Barnskyddsutredningen har behovet av att säkra barns hälsa och utveckling, som varit framträdande i tidigare litteratur kring Socialtjänstlagen tonats ner något till förmån för barns behov av skydd och stöd. Utredningen resonerar också kring behovet av ett gemensamt språkbruk om vilka barn som avses. Målgruppen sägs vara *barn som far illa* eller *riskerar att fara illa*, där barn som riskerar att fara illa också får anses tillhöra andra förebyggande enheters ansvarsområde. Begreppen definieras inte utan man hänvisar till Barnmisshandelskommitténs olika förslag på situationer som kan vara exempel på olika former av omsorgssvikt. Även om exempel på situationer som anses vara omsorgssvikt finns råder det fortfarande en viss oklarhet om vilka barn som egentligen avses. En oklarhet som följer med från tidigare lagstiftning.

Hur fungerar anmälningskyldigheten i praktiken?

Vi vet egentligen inte hur många anmälningar som rör förskolebarn som kommer in till socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Registreringen av anmälningar har ännu inpå 2000-talet varit ett försummat kapitel i de flesta kommuner. Det är inte förrän en utredning inletts som ärendet registreras som ett barnavårdsärende i Socialregistret. I två tidigare svenska studier har frågan om hur många förskolebarn som verkligen anmälts berörts. I den ena studien visade Lagerberg (se sid 27) att BVC-sjuksköterskor anmälde elva procent av de barn som ansåg var utsatta för omsorgssvikt. Av de barn som oroade sjuksköterskor-

na särskilt mycket anmälde de nästan vart tredje barn. I den andra svenska studien, som riktade sig mot barnomsorgspersonal anmäldes drygt vart tredje barn som personalen ansåg var utsatta för omsorgssvikt. Vid en uppföljning som Sundell och kollegor genomförde tre år senare visade det sig att nära hälften av de barn, som personalen misstänkte för illa men inte anmält fortfarande var okända för socialtjänsten. Ungefär hälften av de anmälda barnen hade blivit föremål för utredning. I sexton procent av fallen ledde inte den första men väl den andra anmälan till att en utredning startades.

Hur ser det ut i andra länder? Vi vet att i den senaste stora amerikanska undersökningen, the Fourth National Incidence utreddes fyrtiotre procent av de barn som misstänktes vara utsatta för omsorgssvikt. Barn som var utsatta för övergrepp utreddes lite oftare än barn som var utsatta för vanvård.

Faktorer som kan tänkas påverka personalen då det gäller att identifiera omsorgssvikt

Betydelsen av att tidigt uppmärksamma omsorgssvikt innan barns utveckling pågått i en icke önskvärd riktning alltför länge nämns ofta. Det verkar dock inte som om det alltid är så att barn och familjer, där omsorgssvikt redan uppstått eller riskerar att uppstå, uppmärksammas och får den hjälp de behöver. Det finns många tänkbara orsaker där en kan vara oklarhet i vilka barn och familjer som avses och vad som menas med omsorgssvikt. Definitionssvårigheterna har tidigare berörts och vi kommer att återkomma till hur BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal, som är några av de yrkesgrupper som omfattas av den ovillkorliga anmälningskyldigheten, tolkar begreppet ”barn som far illa”.

En faktor som kan tänkas påverka professionellas förutsättningar att uppmärksamma barn som utsätts för omsorgssvikt är hur man uppfattar, förstår och förhåller sig till den obligatoriska anmälningskyldigheten. Flera forskare har studerat faktorer som kan tänkas ha betydelse. O’Toole och medarbetare undersökte t.ex. företeelser som kunde påverka lärares förmåga att uppfatta omsorgssvikt och anmäla till motsvarigheten till socialtjänstens individ- och familjeomsorg (Child Protection Services). De företeelser som undersöktes var karaktäristika i ärendet, sådant som

hade med den enskilde läraren att göra och sådant som hade med organisationen att göra. Det visade sig att faktorer som hade med det enskilda ärendet att göra som vilken typ av omsorgssvikt det var och hur allvarligt det ansågs vara, påverkade lärarna mest. Barn som uppvisar tydliga tecken på att ha blivit misshandlade kan vara lättare för lärare att rapportera eftersom det är så uppenbart medan psykologisk omsorgssvikt kan vara svårare. Andra faktorer av betydelse för professionellas förmåga att identifiera omsorgssvikt är erfarenhet och utbildning, vilket studier av läkare och lärare visat. De som hade högre utbildning och längre erfarenhet var bättre på att identifiera omsorgssvikt än de med lägre utbildning och kortare erfarenhet.

Den process som leder till att en anmälan sker har intresserat både praktiker och forskare. En amerikansk forskare, Gail Zellman, bad ett antal professionella bl.a. rektorer och daghemsföreståndare att ta ställning till ett antal vinjetter, dvs. korta berättelser, där de ombads avgöra om de skulle anmäla eller ej. Det visade sig att vissa företeelser bidrog i högre grad än andra till att ett ärende rapporterades. Om deltagarna uppfattade det som beskrevs i vinjetten som övergrepp var sannolikheten störst att vederbörande valde att anmäla. En förutsättning var dock att de ansåg att övergreppet var allvarligt och att de trodde att barnet skulle få det bättre om de anmälde. I en australiensisk studie undersöktes vad som påverkade en grupp sjuksköterskors beslut att anmäla misstänkt barnmisshandel. Förutom form av omsorgssvikt påverkades besluten av faktorer som anmälan tänkbara resultat för familjen och vilka insatser som kunde erbjudas.

Sammanfattningsvis kan sägas att forskning har visat oss att vissa specifika faktorer har betydelse för professionellas benägenhet att anmäla:

- faktorer som har med ärendets karaktär att göra som typ av omsorgssvikt och allvarlighetsgrad samt
- faktorer som har med de professionella att göra som erfarenhet och utbildning
- och om vederbörande tror att de genom att anmäla bidrar till att barn och familj får hjälp eller ej

Att besluta sig för att agera

När misstanken om att ett barn utsätts för omsorgssvikt väckts måste BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen besluta sig för vad som skall ske härnäst. Beslutsfattandet sker i en process, där kvaliteten på det ena beslutet får konsekvenser för senare beslut. Det ena beslutet följer på det andra och förr eller senare måste personalen besluta sig för om de skall anmäla till socialtjänsten eller ej. Det har visat sig att olika faktorer påverkar den processen som t.ex. sådant som har med barn och familjer att göra eller mer personliga motiv hos personalen.

Hur människor fattar beslut vet vi en hel del om. Det har studerats i det forskningsområde som kallas för beslutsfattandets psykologi. Här undersöks bl.a. olika val som personer gör och de skäl de har för att fatta beslut i ena eller andra riktningen. En del val tycks svårare att göra än andra. Vi talar då om val som är mer emotionellt betydelsefulla för den som skall fatta beslut. Något av alternativen kan vara särskilt viktigt eller särskilt känslomässigt påfrestande för vederbörande.

Studier, som undersökt logiken i beslutsprocesser, har visat att människan inte alltid har så genomtänkta underlag för sina beslut. Det tycks som om vi fattar våra beslut först och använder resten av beslutsprocessen till att finna de skäl som stöder beslutet. Skälen kan vara mer eller mindre relevanta för sakligheten i det beslut som fattas.

En annan faktor som beslutsfattandeforskningen har visat har betydelse för beslutet är det kunskapsinhämtande som skett vilket dels betyder kunskapen om barn och föräldrar och dels den kunskap om omsorgssvikt som man har. Hur de alternativ som står till buds är formulerade har också visat sig ha betydelse för hur besluten kommer att se ut. Besluten kan komma att se olika ut på grund av att formuleringen ser ut på ett visst sätt. Ett exempel kan vara den formulering som finns om utredningsskyldigheten i Socialtjänstlagen. Där sägs i kap. 11 § 2 att utredningen ... *inte skall göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet...* (Norström & Thunved, 2010, s. 242). En formulering som i det praktiska arbetet kan leda till att utredaren

förbiser viktig information som kanske skulle leda till ett annat beslut än det som fattades. Ett annat exempel på en formulering, som kan påverka riktningen på beslutet, finner vi i bestämmelsen om anmälningsskyldigheten, där det talas om att socialnämnden behöver *ingripa till ett barns skydd...* (s.294). Ingripa är ett ord som leder tankarna till agerande av något slag. Kanske associerar professionella ordet ingripande med omhändertagande vilket med all sannolikhet påverkar deras beslut att agera eller inte agera. Ifråga om omsorgssvikt har beslutsfattandet främst undersökts när det gällt att bedöma risker och om barn skall placeras utanför hemmet eller ej. Ofta föregås sådana beslut av diskussioner i arbetsgrupper och samarbetsgrupper. I en engelsk studie undersökte Britner och Mosler gruppens påverkan på beslut. Alla beslut som fattades i olika samrådsmöten som förekom i ett antal ärenden, gick igenom. Det visade sig att de beslut som fattades i gruppen var mer riskfyllda då det gällde barnets hälsa och välbefinnande än vad som var den enskilde socialarbetarens uppfattning. I grupp var man alltså mer benägen att tro att det nog inte var någon fara för barnet.

Referenser

- Cocozza, M., Gustafsson, P. A. & Sydsjö, G. (2006). Child protection in Sweden: Are routine assessment reliable? *Acta Paediatrica*. Vol. 95, 1474–1480.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2008 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Olsson, S. (2006). *Sekretess och anmälningsplikt i förskola och skola*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Barnskyddsutredningens slutbetänkande. Socialdepartementet
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*. Report to Congress.

Kapitel 6. Forskningsprojektet “Hur mår förskolebarnen?”

Både inom barnhälsovård, barnomsorg och socialt arbete har det praktiska arbetet med barn och familjer aktualiserat en del frågor. Frågor som varför dröjer det så länge innan en del barn och familjer får hjälp, hur kommer det sig att de, när de får hjälp, ibland inte får hjälp som hjälper? Vi har trots allt ett gott professionellt nätverk för att fånga upp behov av hjälp tidigt innan alltför stort lidande uppstått. Jag tänker här på barnavårdscentraler och barnomsorg. Så gott som samtliga barn mellan 0 och 6 år och deras familjer träffar BVC-sjuksköterskor och en stor del av dem finns också inom barnomsorgen. Det finns med andra ord möjligheter att tidigt fånga upp behovet av hjälp. BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen utgör nyckelpersoner i identifikationsprocessen. Det övergripande syftet med forskningsprojektet “Hur mår förskolebarnen?” var därför att belysa;

- hur många barn som BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal tror utsätts för omsorgssvikt
- vilka signaler om att barn utsätts för omsorgssvikt, som BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal reagerar på
- vilka faktorer som underlättar respektive försvårar för barnet och familjen att få den hjälp och det stöd de behöver
- vilka faktorer som underlättar respektive försvårar en anmälan till socialtjänsten.

Vi valde att intervjua BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal och inte barn och föräldrar då vi var särskilt intresserade av hur personer utanför familjen som arbetar med barn som utsätts för omsorgssvikt handskas med den kunskap om barnets situation som de får i sitt arbete. Personer som också har ovillkorlig anmälningskyldighet. I projektet ingick BVC-sjuksköterskor och personal vid förskolor i tre områden i Göteborg med olika social belastningsgrad.

Pilotprojektet

Vägen fram till forskningsprojektets slutliga utformning gick via ett pilotprojekt. Det övergripande syftet här var först och främst att undersöka förutsättningarna för ett större forskningsprojekt. Pilotprojektets mer specifika syfte var att ta fram och pröva ut undersökningsmetoder, bearbeta sekretessfrågor, undersöka förutsättningarna för ett samarbete med berörda myndigheter och att välja ut områden och institutioner för en mer omfattande studie (för mer information se Lundén, 2004).

Många av oss som arbetar kring barn som utsätts för omsorgssvikt vet att det arbetet ofta väcker starka känslor. I forskningsprojektet valde vi därför metoder som byggde på personlig kontakt med BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal. För att få en uppfattning om hur många barn som utsattes för omsorgssvikt och vilka tecken på omsorgssvikt som personalen identifierade konstruerades en enkät, som beskrivs mer ingående senare (se sid. 67–68). Enkäten och den intervju som också konstruerades prövades sedan ut och eventuella justeringar genomfördes. I pilotstudien, som sedan genomfördes, deltog 10 BVC-sjuksköterskor och 17 förskollärare/barnskötare. Enkäten besvarades individuellt av personalen i närvaro av forskningspersonalen. Enkätens syfte var att fånga upp om personalen för närvarande oroade sig för att något av de barn, som de ansvarade för, var utsatt för omsorgssvikt. Därefter intervjuades de deltagare, som i enkäten angivit att de trodde att något eller några av de barn som de ansvarade för, var utsatta för omsorgssvikt. Sammanlagt genomfördes 27 intervjuer.

Ett av de viktigaste resultaten av pilotstudien var att det visade sig att deltagarnas oro kunde delas upp i tre nivåer.

1. Personalen *oroade sig* för att inte ”stod rätt till”, men man hade svårt för att peka på specifika beteenden eller sakförhållanden som grund för sin oro.
2. Personalen *trodde* att barnet var utsatt för omsorgssvikt och ansåg sig ha viss grund för det. De ansåg dock inte att det fanns någon grund för att anmäla till socialtjänsten. Istället vidtog man andra åtgärder. Barnomsorgspersonalen kanske engagerade förskolepsykologen för att få en bedömning av barnet. BVC-sjuksköterskan

kanske hjälpte till med förtur till plats inom barnomsorgen.

3. Personalen *visste* att barnet var utsatt för omsorgssvikt och hade ett, ibland flera, konkreta exempel på att så var fallet. Ibland hade en anmälan till socialtjänsten gjorts ibland inte. Skälen varierade.

Intervjuer genomfördes kring de barn, som personalen angivit att de utifrån en given definition *trodde* var utsatta för omsorgssvikt (orosnivå 2). För att veta om deltagarna talade om samma barn behövde vi veta barnets identitet. Här krävdes alltså en viss form av integritetskränkning. Detta löstes genom att föräldrarna informerades om att forskningsprojektet pågick på de aktuella BVC-centralerna och förskoleavdelningarna (för mer information se sid. 72). Vi såg det som viktigt att den integritetskränkning som intervjun trots allt innebar, inskränktes till de barn, där det fanns anledning att anta att personalen var orolig. En oro som aktualiserade den ovillkorliga anmälningskyldigheten. De barn där personalen oroade sig (orosnivå 1) för barnen undantogs därför av forskningsetiska skäl. Orosnivå 3 innebar att personalen observerat tecken på omsorgssvikt hos barn. Här tog deltagarna ställning till ett antal tecken på omsorgssvikt och om de observerat tecknen ifråga hos barn vare sig de misstänkte att barnet for illa eller ej. Vi intervjuade deltagarna kring barn som identifierats på både orosnivå 2 och 3.

Det blev tydligt att tre områden var särskilt viktiga för fortsatt utvecklingsarbete.

1. Identifikationsprocessen dvs. att tidigt uppmärksamma omsorgssvikt så att barn och familjer kan få tillgång till lagstadgat skydd och stöd.
2. Samarbete mellan verksamheter med olika specialkompetens (förskola, BVC, socialtjänst, barnpsykiatri m.fl.) under utredningsfasen så att en åtgärdsplan kan upprättas som bygger på en realistisk bedömning av barns behov, föräldrars omsorgsförmåga och utvecklingsbarhet. En plan som bör upprättas vare sig barnet anmält eller inte anmälts.

3. Interventionsstrategier dvs. hjälpupplägg av olika slag, som bygger på en realistisk bedömning av barnets behov, föräldrars omsorgsförmåga och utvecklingsbarhet och som bör ha prövats ut vetenskapligt.

Det visade sig viktigt att fånga upp de känslor som undersökningen väckte. Många hade frågor om barn som man oroade sig för. Personalen upplevde det enbart positivt att bli intervjuade trots att ämnet var känsligt.

Andra erfarenheter som gjordes var att BVC-sjuksköterskorna hade problem med att få tiden att räcka till för både enkät och intervju. BVC-sjuksköterskorna har ett betydligt större barnunderlag än vad barnomsorgspersonalen har. BVC-sjuksköterskorna kunde ha ansvar för flera hundra barn vardera. Barnomsorgspersonalen var i allmänhet tre personer per avdelning om ca 20 barn.

Pilotprojektet visade också att det rådde stor osäkerhet om vad som var ”bra nog” föräldraomsorg och hur man skulle bedöma barnets situation. De flesta kände till anmälningsskyldigheten men var osäkra på när den skulle användas. En del enheter hade utarbetat egna rutiner för omsorgssviktsärenden. Ofta försökte man hjälpa till på olika sätt utan att anmäla till socialtjänsten. De barn som anmäldes visade oftare signaler på sexuella övergrepp eller fysisk misshandel. Barn som visade signaler på andra former av omsorgssvikt anmäldes inte. Många hade erfarenhet av att ha anmält till socialtjänsten. Erfarenheterna var överlag negativa då personalen kände sig missförstådda och illa hanterade av socialtjänstens personal. Flera sa ”aldrig mer”. De BVC-centraler som hade tillgång till psykolog och/eller socialsekreterare var oerhört positiva till den hjälp de fick. Samarbetet med andra hjälpenheter som t.ex. barn- och ungdomspsykiatri var så gott som obefintlig.

Sammanfattningsvis visade sig undersökningsinstrumenten – enkäten och intervjun – fungera bra. Personalen uppskattade det intresse som visades deras, många gånger svåra, arbete med barn som utsätts för omsorgssvikt. De tog sig tid att delta i pilotundersökningen trots hård arbetsbelastning. Förutsättningar fanns alltså för att gå vidare i forskningsprojektet. Först skulle emellertid ett antal etiska överväganden göras.

Huvudstudien

Utgångspunkten för forskningsprojektet var vetskapen om att vissa barn utsattes för omsorgsvikt. Deras föräldrar har inte kunnat ge dem den omsorg som barn behöver för att utvecklas väl. Av olika orsaker har föräldrarna inte tillräckligt väl kunnat utföra de uppgifter som föräldrar har i sina barns utveckling. Att studera något som också måste innefatta föräldrars tillkortakommande är av förklarliga skäl väldigt känsligt. Grundläggande för att projektet skulle gå att genomföra på ett etiskt försvarbart sätt var forskningspersonalens erfarenhet av och kompetens för att handskas med de känsliga situationer som skulle kunna uppstå.

Syfte och frågeställningar – fyra studier

I forskningsprojektet har förutom pilotstudien fyra delstudier rapporterats, där olika frågor belystes. I den *första studien* behandlades frågan om hur många förskolebarn i stadsdelar med olika social belastning som BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal misstänkte var utsatta för omsorgsvikt. Om vi utgår från de olika orosnivåerna, som pilotprojektet visade, rör det sig här om orosnivå 2 (*tror*).

I den *andra studien* var syftet att undersöka hur BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal tolkar innehållet i kap. 14 § 1 i Socialtjänstlagen d.v.s. den paragraf som reglerar den ovillkorliga anmälningsskyldigheten. Frågor som belystes var vilka begrepp för att beskriva anmälningsskyldigheten som förekom och hur de användes; skilde sig tolkningen av anmälningsskyldigheten åt mellan deltagande professionella och om tolkningen påverkades av social belastningsgrad i den stadsdel där man arbetade.

I den *tredje studien* undersöktes vilka tecken på omsorgsvikt som deltagarna observerade hos de barn, som ingår i deras ansvarsområde. Här undersöktes också om personal i olika områden observerade samma tecken eller om de skilde sig åt, om olika tecken observerades beroende på barnens kön och ålder. Slutligen undersöktes vilka tecken som observerades hos de barn som anmäldes respektive inte anmäldes till socialtjänsten.

I den *fjärde studien* behandlades frågan om strukturella faktorer som kunde tänkas inverka på barnomsorgspersonalens benä-

genhet att uppmärksamma omsorgssvikt. Faktorer som hade med socioekonomiska förhållanden att göra och faktorer som var av mer strukturell karaktär (daghemmets och barngruppens storlek, personaltätheten i barngruppen). Andra faktorer av intresse gällde personalens utbildning som grundutbildning och fortbildning. Andra faktorer igen rörde specifika riktlinjer i arbetet med barn som utsätts för omsorgssvikt. Här undersöktes också i vilken mån personalens individuella tolkning av anmälningskyldigheten påverkade benägenheten att uppfatta utsatthet.

Metodologiska aspekter

Forskningsprojektet ”Hur mår förskolebarnen?” rapporterades i flera delar, vilket lätt kan bli förvirrande. För att få en överblick över de olika tillvägagångssätten, som användes ges här först en övergripande beskrivning av de metodologiska aspekterna i forskningsprojektet. Därefter guidas läsaren in i varje enskild studie och hur vi gick tillväga, vad vi fann och hur vi resonerade.

Undersökningsgrupp i projektet i dess helhet

I undersökningen ingick personal vid daghem (förskolor, säger vi numera) och barnavårdscentraler i tre stadsdelar med olika social struktur i Göteborg. Det blev ett lågstatusområde, ett medelstatusområde och ett högstatusområde. I den fjärde studien delades stadsdelarna in i ännu mindre socioekonomiska områden. Daghemmen delades upp i överensstämmelse med de primärområden som de låg i.

Det fanns sammanlagt 4 451 barn mellan 0 och 6 år i de tre stadsdelarna. Där fanns 13 barnavårdscentraler (en BVC-central var vakanssatt) och 33 kommunala daghem varav 28 deltog i undersökningen. Vid de 12 kvarvarande BVC-centralerna tjänstgjorde 12 BVC-sjuksköterskor, som samtliga deltog i undersökningen. Tillsammans ansvarade BVC-sjuksköterskorna för 3 995 barn mellan 0 och 6 år. Sammanlagt 274 barnomsorgspersonal deltog som tillsammans ansvarade för 1 516 barn i åldern 1 till 6 år. Alla barn som var inskrivna i barnomsorgen ingick också i BVC:s barnunderlag. De inskrivna barnen i den vakanssatta

BVC-centralen ingick i övriga centralers barnunderlag. Varje BVC-sjuksköterska ansvarade för flera hundra barn. Antalet barn som personalen inom barnomsorgen ansvarade för var betydligt färre. De delade dessutom ansvaret med kollegor, vilket inte BVC-sjuksköterskorna gjorde.

Tillvägagångssätt

Erfarenheterna från pilotprojektet visade hur viktigt det var att förankra forskningsprojektet väl. Berörda ledningsgrupper, tjänstemän och politiker i de tre stadsdelarna informerades om projektet vid olika möten och personalsammankomster. Därefter besöktes varje daghem och barnavårdscentral för att informera om studien. Intresset för att om möjligt bidra till att barn som utsattes för omsorgsvikt uppmärksammades och förhoppningsvis fick hjälp var stort hos samtliga.

Identifieringen av barn som utsattes för omsorgsvikt skedde i flera steg. Först gjordes en mer övergripande undersökning av hur många barn som deltagarna i de tre stadsdelarna misstänkte var utsatta för omsorgsvikt. Därefter undersöktes vilka tecken på omsorgsvikt som personalen observerat hos barnen. Vi använde oss här av den enkät som utarbetats tidigare och provats ut i pilotprojektet. Därefter intervjuades deltagarna enskilt kring de barn som identifierats med hjälp av enkäten. En uppföljning skedde med hjälp av register hos socialtjänsten och den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Göteborg.

Undersökningsinstrumenten

Enkäten, som utvecklades inom projektet syftade till att fånga upp om personalen för närvarande *oroade sig för, trodde eller visste* att något barn utsattes för omsorgsvikt. Enkäten besvarades individuellt i närvaro av forskningspersonalen. Den första delen av enkäten innehöll frågor om bakgrundsfaktorer som rörde personalen och arbetsplatsen (yrke, utbildning, antal år i yrket, antal inskrivna barn etc.) och frågor om deltagarna fått någon specifik utbildning om omsorgsvikt. Denna del av enkäten användes företrädesvis i den fjärde studien.

I enkätens andra del frågade vi inledningsvis om deltagarna oroade sig för att något/några barns utveckling är i fara p.g.a. att de inte får den stimulans hemma, som de behöver för att utvecklas väl. Detta är den första orosnivån – *oroar sig* – som tidigare beskrivits i pilotprojektet. Eftersom det visat sig att det råder oklarhet om vad som menas med omsorgssvikt angav vi vad som avsågs ”*ett barn vars fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara på grund av att föräldrarna inte förmår att ge barnet tillräcklig vård och omsorg*”. Vi frågade sedan om det fanns något/några barn som personalen utifrån denna definition *trodde* var utsatta för omsorgssvikt. Deltagarna identifierade på denna andra orosnivå de barn som de *trodde* för illa. De barn som identifierades här var de enda barn där personuppgifter fanns, vilket gjorde det möjligt för oss att se om barnomsorgspersonal på samma avdelning och/eller barnomsorgspersonal och BVC-sjuksköterskor i samma område identifierade samma barn. Ett sådant tillvägagångssätt visade sig kunna tillföra ny kunskap som är användbar för att förstå mer om processen som leder till att barn uppmärksammas, vilket också är kunskap som är viktig för praktisk verksamhet. Det gav oss också möjlighet att få veta om barnen registrerats i socialtjänstens register eller blivit patienter i den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Denna del av enkäten låg i huvudsak till grund för den första studien.

Den sista delen av enkäten bestod av ett antal tecken på omsorgssvikt som tidigare använts i en dansk studie och som vidareutvecklats för forskningsprojektet. Tecknen utgjorde den tredje orosnivån – *vet*. Vare sig deltagarna misstänkte att barnet utsattes för omsorgssvikt eller inte tog de ställning till om de observerat tecknet ifråga. För varje barn, där något tecken observerats, gjordes en individuell svarsblankett.

Tecknen på omsorgssvikt

Tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen*

- Barnet blir känslomässigt avvisat av föräldrarna
- Barnets föräldrar är bara i begränsad omfattning i stånd till att reagera på barnets känslor och signaler

- Barnet ignoreras aktivt av föräldern
- Föräldern hotar barnet med ”förlust av kärlek” och/eller att barnet kommer att mista viktiga relationer
- Föräldern/föräldrarna hotar att gå ifrån eller lämna bort barnet
- Barnet hotas med våld/stryk
- Barnet beskrivs på ett kränkande sätt
- Föräldern/föräldrarna förhåller sig i perioder direkt fientligt till barnets behov
- Vid upprepade tillfällen avvisar föräldern/föräldrarna barnet eller svarar inte adekvat på dess kontaktförsök
- Vid upprepade tillfällen visar föräldern/föräldrarna att den/de inte förmår möta barnet ”på dess nivå”

Tecken på försummelse

- Barnet hålls i perioder hemma på grund av föräldern ”behöver ha barnet hos sig”
- Barnet blir aktivt hindrad samvaro med andra barn och/eller andra vuxna
- Barnet passas av ett stort antal skiftande eller tillfälliga vuxna
- Barnet blir ofta passat av större syskon eller av andra barn
- Barnet har varit med om att förälder/na misshandlats eller åsett annat våld i hemmet
- Barnet har ofta passats av personer, som varit påverkade av alkohol, narkotika eller psykofarmaka
- Barnets dagliga liv är präglad av oförutsägbarhet *

Tecken på fysisk vanvård

Barnet

- får skrika väldigt länge innan det tas upp
- byts inte på som det skall
- verkar smutsigt och luktar illa
- har inte för årstiden adekvat klädsel

- verkar ovanligt hängig och trött
- går inte upp i vikt, utan att det finns någon organisk orsak
- blir lämnat ensam utan vuxen tillsyn
- hämtas inte från dagis
- får för lite eller endast oregelbundet mat
- får för mycket mat
- Föräldrarna sköter inte BVC-kontrollerna och/eller går inte till doktorn med barnet vid sjukdom

Kroppliga tecken på fysiska övergrepp

- Brott på armar, ben, revben, huvud och dylikt
- "Oförklarliga" blåmärken
- "Oförklarliga" brännsår
- Märken efter människobett
- Märken efter fysisk bestraffning
- "Oförklarliga" rodnader och irriterade hudpartier
- Rivmärken eller hudavskrapningar kring mun, läppar, ögon eller genitalier

*För att visa i vilken riktning tecknen gick gavs försiktiga exempel.

Samtliga deltagare, 12 BVC-sjuksköterskor och 274 förskolepersonal, fyllde i enkäten individuellt. På så vis blev det möjligt att se om deltagarna identifierade samma barn och om de observerade samma signaler på att ett speciellt barn for illa. De deltagare som sagt sig *tro* att något av de barn som de arbetade med var utsatt för omsorgssvikt intervjuades vid ett senare tillfälle. I de studier, som rapporterats har endast en liten del av intervjun använts. Den del som handlar om deltagarnas beslut att anmäla till socialtjänsten eller ej. De frågor som ställdes var t.ex. om deltagaren kände till anmälningsskyldigheten, hur de tolkade innebörden i den paragraf i Socialtjänstlagen som reglerar denna skyldighet, de huvudsakliga skälen till att en anmälan gjorts eller inte gjorts. Uppgiften om det barn, som informanten intervjuades kring, anmälts användes också. Denna del av intervjun ingår som del i den andra studien.

Instrumenten som användes i forskningsprojektet genererade stora mängder data. Som framgår är det dock företrädesvis data från enkäten som använts i forskningsprojektets studier. Förklaringen till det är att enbart med hjälp av enkäten samlades så mycket data in att det räckte för att besvara de frågor som ställdes i forskningsprojektet.

Uppföljning via register

Ett år efter avslutad datainsamling undersöktes om de barn, som identifierades av personalen, var kända av socialtjänsten eller av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Det visade sig att det inte var möjligt att från socialregistret finna ut om barn anmälts eller ej. Den uppgift som fanns tillgänglig var om en utredning enl. kap. 11. § 1 Socialtjänstlagen inletts. Ur den barnpsykiatriska verksamhetens register framgick om barnet ställts på väntelista eller registrerats som patient. Uppföljningen visade att ytterligare fem procent av de barn som deltagarna trodde for illa utretts och att lika många blivit patienter inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Etiska överväganden

En viktig fråga för både oss som forskningspersonal och deltagarna var frågan om den enskilda individens integritet. Utgångspunkten för projektet var, som tidigare nämnts, vetskapen om att barn utsätts för omsorgssvikt. Skulle det vara möjligt för personalen att lämna ut uppgifter om misstänkt omsorgssvikt till personalen i forskningsprojektet? För att försäkra oss om projektets genomförbarhet och att inte någon enskilds integritet kränktes, diskuterades sekretessfrågan med Göteborgs Stads jurister, som gav klartecken. Uppgifter om individers identitet behövdes främst för att kontrollera om personalen vid BVC och förskolorna orode sig för att samma barn utsattes för omsorgssvikt. Uppgiften behövdes också för att få vetskap om barnen aktualiserats inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg eller den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Kontrollen av om ett barn var aktuellt inom någon av verksamheterna gjordes på ett sådant

sätt att inte information fördes över. Endast de, som var anställda inom forskningsprojektet och som genomförde intervjuerna hade tillgång till individuella identifikationsuppgifter. Uppgifterna användes inte för något annat ändamål utanför projektet. Resultatet av forskningen redovisades på ett sådant sätt att enskilda individer eller familjer inte kan identifieras

På de förskolor och barnvårdscentraler där personalen deltog i forskningsprojektet sattes anslag upp där projektet beskrevs och där det fanns uppgifter om namn och telefonnummer till projektansvariga. Där fanns också uppgift om en speciell tid varje vecka, när föräldrar eller andra med frågor kunde nå oss. Informationen till föräldrarna översattes till alla de språk som talades av familjerna i området ifråga.

Referenser

Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.

Kapitel 7. Hur många barn identifierades som utsatta för omsorgssvikt?

Två av studierna i forskningsprojektet (den första och den tredje) ägnade sig åt att på olika sätt försöka belysa frågor som har betydelse för identifikationsprocessen. I den ena studien belystes hur vanligt förekommande omsorgssvikt var. Den andra studien fokuserade på vilka tecken på omsorgssvikt som observerades.

Hur vanligt var det att personal inom BVC och barnomsorg oroade sig för barn?

Forskningsprojektets inledande studie ägnade sig åt att med hjälp av den enkät som beskrivits tidigare, undersöka hur många barn i de tre stadsdelarna som deltagarna identifierade som utsatta för omsorgssvikt på de tre orosnivåerna – *oroade sig*, *trodde* och *visste*. Undersökningsgruppen utgjordes här av samtliga BVC-sjuksköterskor (12 personer) och barnomsorgspersonal (274 personer) som ingick i forskningsprojektet i dess helhet.

Att få veta hur många barn som utsätts för omsorgssvikt har länge varit av intresse. I Sverige vet vi egentligen inte hur många barn som riskerar att fara illa. Vi har t.ex. inte haft återkommande undersökningar i stil med den amerikanska National Incidence Study. Att det finns ett behov även i Sverige av att veta hur många barn som utsätts för omsorgssvikt har påtalats t.ex. i den proposition som barnmisshandelskommitténs arbete resulterade i (SOU2001:72).

Vad fann vi?

Vad fann vi då? Ja, det visade sig att BVC-sjuksköterskorna *oroade sig* för arton procent av de 3 995 barnen som de hade ansvar för. De *trodde* att sju procent av barnen var utsatta för omsorgssvikt. Hos fem procent av barnen observerades tecken på omsorgssvikt dvs. de *visste* att barnen for illa. Barnomsorgspersonalen å sin sida

oroade sig för att tjugotvå procent av de 1 1516 barn, som de ansvarade för, för illa. De *trodde* att tio procent av barnen var utsatta för omsorgssvikt och de observerade tecken på omsorgssvikt hos fjorton procent av barnen, dvs. de *visste*. Det rör sig alltså om ganska många barn. Det är värt att notera att orosnivån *tror* är den nivå som bör aktivera funderingar om att anmäla eller ej. Personalen har här gjort klart för sig att de verkligen misstänker att omsorgssvikt försiggår. På orosnivån *vet* har personalen observerat tecken på omsorgssvikt, men det är inte säkert att de kopplar samman tecknen med omsorgssvikt. Orosnivån *vet* kommer att behandlas mer ingående på sid. 87 (Den som vill ha mer detaljerad information hänvisas till Lundén, 2004).

Tabell 1. Antal barn som BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal identifierade på tre orosnivåerna

Orosnivåer	BVC (n=3995) Antal (%)	BO (n=1516) Antal (%)	Totalt (n=3995) Antal (%)
Oroar sig	255 (18%)	339 (7%)	594 (15%)
Tror	266 (7%)	154 (10%)	420 (11%)
Vet	186 (5%)	210 (14%)	396 (10%)

(Ur Lundén, 2004)

Hur många barn som personalen *trodde* var utsatta för omsorgssvikt skiftade mellan de olika stadsdelarna och mellan BVC och barnomsorgen. Andelen barn som BVC-sjuksköterskorna *trodde* var utsatta för omsorgssvikt varierade särskilt mycket. I högstatusområdet identifierades två procent av barnen och i lågstatusområdet fjorton procent av barnen som utsatta för omsorgssvikt. Skillnaden mellan stadsdelarna var betydligt mindre då det gällde andelen barn som barnomsorgspersonalen identifierade. I högstatusområdet *trodde* personalen att tio procent och i lågstatusområdet att tretton procent av barnen var utsatta för omsorgssvikt. Med undantag för den mest utsatta stadsdelen både *oroade sig* för, *trodde* och *visste* barnomsorgspersonalen att en större andel barn var utsatta för omsorgssvikt än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde.

Sammanlagt trodde deltagarna att elva procent av barnen var utsatta för omsorgssvikt. Lika många pojkar som flickor identifierades. Åldersmässigt identifierade BVC-sjuksköterskorna något fler bland de yngre barnen än bland de äldre. De flesta barnen identifierades av mer än en person. Det var emellertid inte säkert att personal vid en och samma avdelning inom barnomsorgen t.ex. identifierade samma barn. Inte heller att barnen identifierades både av personal inom barnomsorg och BVC även om barnen tillhörde båda gruppernas ansvarsområde. Det sätt som vi gick tillväga på gjorde det möjligt för oss att försäkra oss om att varje barn inte identifierades flera gånger (se metodologiska aspekter sid. 66).

Hur resonerade vi?

Tidigare har frågan om hur vanligt förekommande omsorgssvikt är undersökts i två svenska studier. Den ena studien riktade sig mot BVC och den andra mot barnomsorgen. Resultaten från dessa studier visade att två respektive fyra procent av barnen utsattes för omsorgssvikt. Resultatet i forskningsprojektets första studie antyder att betydligt fler barn är utsatta för omsorgssvikt. Hur kan studier komma fram till så olika resultat? Det kan finnas olika skäl till det. Ett skäl kan vara hur forskarna går tillväga. I forskningsprojektet har vi av skäl som nämnts tidigare använt oss av metoder som bygger på personlig närvaro. Deltagarna lämnade över sin oro direkt till forskningspersonalen istället för att, som i de tidigare studierna, skicka sina svar till en anonym mottagare. Ett annat skäl kan vara att de två tidigare studierna riktade sig till antingen personal inom BVC *eller* barnomsorgspersonal. Eftersom det i forskningsprojektet visade sig att personalen inom BVC och barnomsorg inte identifierade samma barn, kan det vara svårt att få en realistisk uppfattning om hur många barn som utsätts för omsorgssvikt om man inte frågar både personal inom BVC *och* barnomsorg.

Ett annat skäl till att studier, som studerar liknande företeelser, ger olika resultat kan ha att göra med något som blev tydligt i pilotstudien. Den visade att det var ytterst smärtsamt för deltagarna att medvetandegöra den oro för ett barn som de

kände. En smärta som personalen kanske värjer sig mot. Sådana avvärjningstekniker kan resultera i att ett barns utsatthet bagatelliseras. Det vore inte konstigt om frågan om hur många barn som personalen misstänker är utsatta för omsorgssvikt aktiverar sådana avvärjningstekniker. Resultatet skulle i så fall kunna bli att misstänkt omsorgssvikt inte rapporteras. Det är lätt att hitta andra förklaringar till ett barns svårigheter än att det är utsatt för omsorgssvikt. Det kanske var så att blotta närvaron av forskningspersonalen gjorde det lättare för deltagarna att tydliggöra sin oro och därmed rapportera fler barn än vad de skulle ha gjort under andra omständigheter. Forskningspersonalens närvaro kan ha påverkat även på andra sätt. Enkäterna besvarades individuellt och genom att vara där förhindrades personalen att diskutera barnen med varandra och därmed påverka varandra i ena eller andra riktningen. Det är rimligt att tro att de barn som väcker personalens oro ofta diskuteras i personalgruppen och med kollegor. I synnerhet barnomsorgspersonalen, som arbetar tillsammans har möjligheter att göra så. Att tala med varandra kan vara både på gott och ont. På gott då behovet av att tala med varandra om bekymmersamma ting kan vara stort. På ont då risken finns att den oro som någon i arbetslaget känner minimeras i diskussionerna med arbetskamraterna.

Ytterligare ett skäl till skillnaden mellan resultatet i forskningsprojektet och de tidigare svenska studierna kan ha med definitionen av företeelserna som studeras att göra. Definitionssvårigheter är något som ofta varit föremål för uppmärksamhet i litteraturen och som också setts som en orsak till att det är svårt att jämföra olika studier med varandra.

Professionella med olika yrkesbakgrund definierar vad som menas med omsorgssvikt utifrån sitt kunskapsområde och sina speciella erfarenheter. Det är därför inte konstigt att vi fann stora individuella skillnader både mellan individer och mellan enheter då det gällde antal barn som deltagarna trodde utsattes för omsorgssvikt. En del deltagare identifierade fler barn än vad andra gjorde även om de arbetade på samma avdelning. En del av förklaringen till det beror säkert på hur den enskilde professionelle definierar omsorgssvikt. Det är därför rimligt att tro att professionellas uppfattning

av vilka barn som utsätts för omsorgssvikt också påverkade deras svar när de blev ombedda att ange hur många barn som de ansåg vara utsatta för omsorgssvikt.

Vi fann fler skillnader som delvis kan förklaras utifrån problem med definitioner. Andelen barn som identifierades på de olika orosnivåerna (*oroar sig, tror, vet*) skiljde sig t.ex. åt högst avsevärt. En förklaring kan vara definitionsproblem men en annan trolig förklaring kan vara osäkerhet om *när* ett barn utsätts för omsorgssvikt. En fråga som ofta diskuteras i det praktiska arbetet med barn och familjer, där det finns risk för omsorgssvikt.

Omsorgssvikt anses ofta höra samman med socialt mer belastade områden. Vi förväntade oss därför att fler barn skulle identifieras i lågstatusområdet än i högstatusområde. Så var det också när det gällde BVC-sjuksköterskor. BVC-sjuksköterskorna i högstatusområdet identifierade en mycket lägre andel än vad kollegorna i lågstatusområdet gjorde. En förklaring till det kan vara att BVC-sjuksköterskorna i det mindre socialt belastade området förknippade omsorgssvikt med social belastning, vilket gjorde det svårare för dem att uppmärksamma omsorgssvikten i det egna området. Andelen barn som förskolepersonalen i de tre områdena identifierade skilde sig inte åt på samma sätt. Kanske beror det på att förskolepersonalens arbetssituation ser annorlunda ut än vad BVC-sjuksköterskornas gör. BVC-sjuksköterskornas och förskolepersonalens möjligheter att identifiera barns utsatthet skiljer sig åt. Barnomsorgspersonalen träffar barnen så gott som varje dag. De ansvarar för en relativt liten grupp barn. De lär känna barnen i olika sammanhang. Barnomsorgens arbete innehåller pedagogiska uppgifter. De observerar barnen och får på så vis en god inblick i hur barn fungerar både pedagogiskt och psykologiskt. De träffar även föräldrarna regelbundet och har därigenom möjlighet att lära känna dem både som personer och som föräldrar till sina barn. Barnomsorgspersonalen har utomordentliga tillfällen att uppmärksamma omsorgssvikt. BVC-sjuksköterskorna träffar sina barn och deras familjer mer sällan. De har ansvar för betydligt fler barn, vilket gör det mycket svårare att komma ihåg detaljer. När det gäller de riktigt små barnen har BVC-sjuksköterskorna goda tillfällen att identifiera omsorgssvikt eftersom de träffar dessa oftare än de äldre barnen. Ju äldre

barnen blir desto längre tid kan det gå mellan besöken, vilket kan medföra att den oro som väckts vid ett tillfälle kanske bleknar bort. Den journal, som BVC-sjuksköterskorna är skyldiga att föra kanske inte heller är till någon hjälp.

Vilka tecken på omsorgssvikt observerades?

Vi ville också veta vilka tecken på omsorgssvikt som deltagarna observerade och vad de gjorde med sin kunskap. Undersökningsgruppen utgjordes av samtliga 12 BVC-sjuksköterskor och 274 barnomsorgspersonal. I studien användes den senare delen i den enkät, som tidigare beskrivit och som bestod av ett antal tecken/förhållande på olika former av omsorgssvikt. De olika formerna av omsorgssvikt var *känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen, försummelse, fysisk vanvård och fysiska övergrepp*. Denna del av enkäten hängde ihop med orosnivån *vet*. Deltagarna tog i relation till varje förhållande tillställning till om de observerat tecknet ifråga hos något barn. För varje barn, där något tecken/förhållande iakttagits, gjordes en individuell svarsblankett.

Som beskrivits tidigare identifierade deltagarna i forskningsprojektet 390 barn som barn som man *trodde* var utsatt för omsorgssvikt. Av olika skäl undantogs ett antal individenkäter. För alla barn fanns inte uppgifter om vilka tecken på omsorgssvikt som observerats. Åttio individenkäter undantogs då de innehöll tecken som inte sammanföll med de förhållanden som enkäten innehöll. För 15 barn saknades individenkäter helt. I enkäten angavs både om tecken misstänkts och observerats. I några enkäter (15 st.) hade endast misstänkta tecken angivits, varför dessa togs bort. Kvarstod redovisade tecken hos 280 stycken av de barn, som deltagarna *trodde* var utsatta för omsorgssvikt. Det visade sig att barnomsorgspersonalen hade observerat tecken hos ytterligare 106 barn som de inte identifierade som barn som var utsatta för omsorgssvikt.

Sammanlagt observerades alltså tecken på omsorgssvikt hos 386 barn, vilket utgjorde så gott som tio procent av de barn som deltagarna tillsammans ansvarade för.

Hur fördelningen såg ut framgår nedan.

För varje enskilt barn fördes sedan tecknen från samtliga deltagare samman, så att barnen försågs med alla tecken som observerats. Därefter grupperades barnen på följande sätt:

Känslomässig otillgänglighet Barn där personalen enbart observerat tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen

Försummelse m.m. barn där personalen observerat tecken på enbart försummelse eller försummelse i kombination med känslomässig otillgänglighet

Fysisk vanvård m.m. barn där personalen observerat tecken på enbart fysisk vanvård eller fysisk vanvård i kombination med känslomässig otillgänglighet och/eller försummelse

Fysiska övergrepp m.m. barn där personalen observerat tecken på enbart fysiska övergrepp eller fysiska övergrepp i kombination med känslomässig otillgänglighet och/eller försummelse och/eller fysisk vanvård.

Uppgifter hämtades också ur intervjuerna om huruvida barnet anmälts i enlighet med den ovillkorliga anmälningsskyldigheten (kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen). I register hämtades uppgifter om de 280 identifierade barnen var kända av socialtjänsten eller den barnpsykiatriska verksamheten. För att skydda kunskapen om barnen gjordes registeruppföljningen, som tidigare sagts, av personal i forskningsprojektet. För att få veta hur den statistiska analysen gick till hänvisas till Lundén, 2004.

Vad fann vi?

Fördelningen av tecknen kan ses i översikten nedan (tabell 3) som visar både hur ofta enskilda tecken förekom enskilt och i kombination med andra tecken. De markerade siffrorna anger hur många

Tabell 3. Antal barn med olika typer av tecken (n=386)

	Känslomässig otillgänglighet	Försummelse	Fysisk Vanvård	Fysiska Övergrepp
Känslomässig otillgänglighet	257	104	110	19
Försummelse	104	162	86	14
Fysisk vanvård	110	86	200	14
Fysiska övergrepp	10	14	14	23

(I bearbetad form ur Lundén, 2004)

barn där tecknet ifråga observerades. Vanligast förekommande var barn där tecken på känslomässig otillgänglighet observerats. Därefter kom enbart fysisk vanvård följt av tecken på försummelse. Tecken på fysiska övergrepp observerades inte så ofta. När observerade tecken hos barn grupperades utifrån beskrivningen ovan blev fördelningen något annorlunda. Nu var tecken på fysisk vanvård m.m. vanligast förekommande följt av enbart tecken på känslomässig otillgänglighet.

Som framgår av tabell 4 hade BVC-sjuksköterskorna och personalen inom barnomsorgen observerat tecken hos 386 av de barn de ansvarade för. De *trodde* att ytterligare 110 barn var utsatta för omsorgssvikt, men här hade inga tecken observerats. Barnom-

Tabell 4. Antal barn med observerade tecken som personalen bedömde utsattes för omsorgssvikt

Observerat tecken	Bedömt för illa – ja	Bedömt för illa – nej	Totalt
Ja	280 (7%)	106 (2.7%)	386 (9.7%)
Nej	110 (2.8%)	3 499 (87.6%)	3 609 (90,4%)
	390 (9.8%)	3 605 (90%)	3 995

(Ur Lundén, 2004)

sorgspersonalen hade däremot observerat tecken hos 106 barn, där de inte misstänkte omsorgssvikt.

Fanns det skillnader i de olika stadsdelarna?

Deltagarna identifierade fler barn med tecken på omsorgssvikt i låg- och medelstatusområdena än de gjorde i högstatusområdet. Tecken på fysisk vanvård m.m. var vanligast i alla tre områdena. Därefter kom i två av områdena tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen. I högstatusområdet förekom tecken på enbart känslomässig otillgänglighet lika ofta som tecken på fysisk vanvård m.m. Vissa enskilda tecknen på omsorgssvikt var vanligare i vissa stadsdelar än i andra. Tecknet på fysisk vanvård ”föräldrarna sköter inte BVC-kontroller och/eller går inte till doktorn med barnet vid sjukdom” var exempelvis vanligare i lågstatusområdet än i andra områden medan ett annat tecken på fysisk vanvård ”barnet verkar smutsigt och luktar illa” inte förkom så ofta här.⁴

Fanns det skillnader mellan pojkar och flickor eller bland barn i olika åldrar?

Deltagarna hade i stort sett observerat samma tecken på omsorgssvikt hos både pojkar och flickor. Några skillnader fanns dock. Tecken på försummelse m.m. observerades oftare hos pojkar än flickor. Av de enskilda tecknen på fysisk vanvård observerades ”hade inte för årstiden adekvat klädsel” hos fler flickor än pojkar. Både tecken på fysisk vanvård m.m. och tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen förekom ofta bland alla barnen oavsett ålder. Det fanns dock några åldersmässiga skillnader. Tecken på försummelse m.m. hade observerats hos fler av de äldre barnen medan tecken på fysisk vanvård m.m. observerats hos fler små barn. Tecken på fysiska övergrepp m.m. hade oftare observerats hos 3–4 åringar än barn i andra åldrar.

⁴ För en påminnelse om vilka tecknen på omsorgssvikt var se sid. 68–70.

Vilka tecken på omsorgssvikt observerade personalen inom BVC och barnomsorg?

BVC-sjuksköterskorna ansvarade för 3995 barn. I detta antal ingick de 1516 barn som också var inskrivna inom barnomsorgen. BVC-sjuksköterskorna observerade inte tecken på omsorgssvikt hos så många av "sina" barn som barnomsorgspersonalen gjorde.

Trots att båda yrkesgrupperna ansvarade för de barn som var inskrivna inom barnomsorgen, observerade de olika yrkeskategorierna i allmänhet inte tecken på omsorgssvikt hos samma barn. När vi jämförde grupperna ifråga om antal barn, där de observerat enskilda tecken på omsorgssvikt, visade det sig att barnomsorgspersonalen observerade betydligt fler barn med tecken än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde.

Men så var inte alltid fallet. Ett av tecknen på fysisk vanvård m.m. "föräldrarna sköter inte BVC-kontrollerna och/eller går inte till doktorn med barnet vid sjukdom" observerades lika ofta av deltagarna. Samma sak gällde för ett av tecknen på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen "barnet beskrivs på ett kränkande sätt".

Hos de flesta av barnen hade fler än ett tecken på omsorgssvikt observerats. Antal tecken som observerades hos ett och samma barn varierade mellan 1 och 16 tecken på omsorgssvikt.⁵ Sammanlagt uppvisade barnen i genomsnitt 3.23 tecken på omsorgssvikt. För att bli uppmärksammas av två eller fler av barnomsorgspersonalen visade det sig att barn måste uppvisa i genomsnitt dubbelt så många tecken på omsorgssvikt än vad som behövdes för att identifierades av endast en av barnomsorgspersonalen eller av en BVC-sjuksköterska. För att identifieras både av personal inom BVC och barnomsorg krävdes att barnen uppvisade ännu fler tecken i genomsnitt. För att bli uppmärksammas av mer än en deltagare krävdes alltså att barnet "skrek" högre och högre.

5 Samtliga tecken på omsorgssvikt i enkäten var 35 tecken.

Vilka tecken observerades hos de barn som anmäldes?

Personalen inom BVC och barnomsorg anmälde sammanlagt knappt vart fjärde av de barn (tjugofyra procent) som de tidigare identifierat som barn som utsatts för omsorgssvikt (*trodde* för illa- orosnivå 2) och där de också observerat tecken på omsorgssvikt (*vet* – orosnivå 3) till socialtjänsten. BVC-sjuksköterskorna anmälde trettio två procent av ”sina” identifierade barn och barnomsorgspersonalen elva procent av ”sina” barn. Sammanlagt anmäldes 67 av de 280 barnen, där tecken på omsorgssvikt observerats.

Femtio av dessa barn anmäldes av BVC-sjuksköterskorna och 11 barn av förskolepersonalen. Sex barn anmäldes både av personal inom BVC och barnomsorg. I fråga om drygt hälften av de anmälda barnen, 39 barn, inleddes en utredning men ifråga om 28 barn öppnades inte någon utredning.

Vi fann vissa signifikanta skillnader mellan barn som anmäldes och barn som inte anmäldes då det gällde observerade tecken på omsorgssvikt. Särskilt stor var skillnaden för barn där tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen och tecken på fysiska övergrepp m.m. observerats. Det var tre gånger vanligare att barn som inte anmäls visade tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen än vad barn som anmäls gjorde. Tecken på fysiska övergrepp m.m. förekom sällan överhuvudtaget men var något vanligare förekommande bland barn som anmäls. Det var bara BVC-sjuksköterskor som anmälde barn, där tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen observerats.

Sammanlagt observerade deltagarna i genomsnitt 3,6 tecken hos de identifierade barn som anmäldes. Barn som anmäldes av barnomsorgspersonal uppvisade nästan dubbelt så många tecken på omsorgssvikt som de barn som anmäldes av BVC-sjuksköterskor.

Hur resonerade vi?

Personalen inom BVC och barnomsorg observerade alltså tecken hos vart tionde av de barn som de ansvarade för. Vi talar här om orosnivån *vet* men som inte behöver betyda att personalen verkligen uppfattade att barnen var utsatta för omsorgssvikt. Det betyder dock att deltagarna hade observerat tecken på omsorgssvikt vare sig de oroades sig för att barnet för illa eller ej.

Vilka tecken på omsorgssvikt observerades?

Fysisk vanvård har visat sig vara den form av omsorgssvikt som är vanligast förekommande inte bara i vår undersökning utan också i världen i övrigt. Omsorgssvikt utgör över huvud taget ett hot mot barns hälsa och utveckling. Fysisk vanvård har särskilt visat sig kunna påverka barns utveckling i en icke önskvärd riktning, då flera forskare sett en koppling mellan fysisk vanvård och utvecklingsförsening hos barn. De studier som har följt barn och deras familjer över lång tid har ökat vår kunskap om effekter av omsorgssvikt på barns hälsa och utveckling. En av de studier som varit särskilt betydelsefull för vår kunskap om barn och föräldrar i omsorgssviktande familjer är den studie som gjorts i Minnesota i USA – the Minnesota Parent Child Project. En av de kanske viktigaste erfarenheterna som gjordes i MPCP – projektet var att känslomässig otillgänglighet hos föräldern tycks vara den form av omsorgssvikt som utgör det största hotet mot barns hälsa och utveckling. Erfarenheterna från det amerikanska projektet visade också att det var den känslomässiga otillgängligheten som skadade barns utveckling mest oavsett vilken annan form av övergrepp och vanvård de utsattes för. Känslomässig otillgänglighet kan förekomma som enskild företeelse men ingår ofta som en del i varje annan form av omsorgssvikt. Föräldrar som är känslomässigt tillgängliga utsätter inte sina barn för t.ex. fysisk vanvård eller fysiska övergrepp. Forskare har både påtalat vikten av att kunna mäta psykologisk omsorgssvikt men också att det har visat sig svårt att göra det. I vår studie har vi visat att det både går att isolera känslomässig otillgänglighet och att mäta hur vanligt förekommande den är. För att kunna göra det använde vi tecken på känslomässig otillgänglighet som har sin förankring både i forskning om barns

utveckling, betydelsen av samspelet mellan barn och föräldrar och om omsorgssvikt. Genom att identifiera de barn där enbart tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen observerats fick vi veta, hur många barn det handlade om.

Tecken på enbart känslomässig otillgänglighet visade sig vara den näst vanligaste formen av omsorgssvikt, som observerades i de tre stadsdelarna, vilket stämmer till eftertanke. Tecken på känslomässig otillgänglighet var alltså något som deltagarna i forskningsprojektet ofta observerade. Frågan är dock om de kopplade samman det de såg med omsorgssvikt.

I jämförelse med andra skandinaviska studier fann vi i allmänhet fler barn som misstänktes utsatta för omsorgssvikt. En förklaring till det kan vara att t.ex. den danska studien berörde barn mellan 0 och 3 år medan vi i vårt forskningsprojekt berörde barn mellan 0 och 6 år. Vissa tecken på omsorgssvikt förekom oftare bland äldre barn än bland yngre. I våra studier ingick både personal inom BVC och barnomsorg, och det visade sig att barnomsorgspersonalen genomgående observerade tecken hos fler barn än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde.

En annan förklaring till skillnaden i antal kan vara sättet studien utfördes på. Eftersom omsorgssvikt visat sig vara ett känsligt område, var som tidigare nämnts forskningspersonalen närvarande när enkäten fylldes i, vilket inte var fallet i övriga skandinaviska studier. Betydelsen av personlig närvaro har diskuterats i andra sammanhang, där det sägs att intervjuer ”ansikte mot ansikte” resulterar i att fler barn identifieras som utsatta för omsorgssvikt. Att oroa sig för att barn utsätts för omsorgssvikt väcker känslor och det är rimligt att tro att personlig närvaro kan underlätta för professionella att berätta hur många barn de faktiskt tror utsätts för omsorgssvikt.

Eftersom de tecken som deltagarna i forskningsprojektet tog ställning till i enkäten i stort sammanföll med de, som användes i den danska studien, var det intressant att se hur dessa två studier förhöll sig till varandra. Det visade sig att de i stort sett sammanföll. De tecken som var vanligt förekommande i vår studie var också det i den danska studien. Av metodologiska skäl visade det sig något mer komplicerat att jämföra resultaten i vår studie med

de tidigare svenska studierna. Här användes delvis företeelser där kopplingen till omsorgssvikt inte var så självklar. Deltagarna tog också ställning till företeelser som fysiska övergrepp som begrepp vilket lämnar utrymme för personliga tolkningar av vad som ingår.

Fanns det skillnader mellan BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorg när det gäller att uppmärksamma omsorgssvikt?

I samtliga teckenkategorier utom kategorin ”enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen” observerade barnomsorgspersonalen fler barn än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. En av förklaringarna till att antalet barn skiljer sig åt kan vara att barnomsorgspersonalens arbetssituation gör det enklare för dem att observera tecken hos barn än vad BVC-sjuksköterskorna har möjlighet att göra. I några avseenden var dock inte skillnaden så stor. En av anledningarna till att deltagarna observerade tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen lika ofta kan vara, att känslomässig otillgänglighet har med samspellet mellan barn och föräldrar att göra. Här spelar kanske inte arbetssituationen så stor roll utan mer vad både BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal anser vara viktigt, är vana att observera och därmed blir särskilt observanta på. Det gäller dock att koppla samman det man ser med omsorgssvikt, vilket visade sig vara svårare.

Barnomsorgspersonalen observerade tecken på omsorgssvikt hos ett antal barn, som de inte samtidigt identifierat som barn som utsattes för omsorgssvikt. Man kan säga att barnomsorgspersonalen var oerhört bra på att uppfatta tecken på omsorgssvikt, men mindre bra på att sätta det de såg i samband med omsorgssvikt. För att få tillgång till det stöd och den hjälp som samhället kan erbjuda måste professionella uppmärksamma de signaler om omsorgssvikt, som barnen faktiskt visar. Att inte uppfatta signalernas innebörd kan innebära att barn och familjer går miste om den hjälp och det stöd som de behöver och har rätt till.

Vare sig personal inom BVC eller barnomsorg hade egentligen några riktlinjer att utgå från när det gällde att bedöma om omsorgssvikt sker eller ej. Enkäten erbjöd en form av struktur, då den innehöll ett antal tecken/förhållanden på omsorgssvikt som överensstämde med tidigare forskning. I synnerhet för personal inom barnomsorgen innebar strukturen att de observerade tecken på omsorgssvikt hos betydligt fler barn (15%) i jämförelse med hur många barn de trodde för illa (7%).

I likhet med annan svensk forskning observerade deltagarna i genomsnitt mer än tre tecken på omsorgssvikt per barn. Hos några av de enskilda barnen hade upp till 16 tecken observerats. Vilka tecken på omsorgssvikt som observerats hos det enskilda barnet varierade mellan deltagarna. Personalen inom barnomsorgen arbetar tillsammans i arbetslag. Trots det observerade inte alla medlemmarna i arbetslaget samtliga tecken på omsorgssvikt som ett barn uppvisade. En av förklaringarna till detta kan vara att man saknar bra metoder och användbara hjälpmedel för att kunna göra relevanta observationer. En annan förklaring kan vara att personalen har arbetat olika länge och därmed har olika kunskap om barnen. Andra skäl kan vara högst individuella.

Fanns det skillnader i de olika stadsdelarna?

Tidigare forskning har visat samband mellan olika former av omsorgssvikt och socioekonomiskt utsatta områden. I forskningsprojektet hade deltagarna mycket riktigt observerat tecken på omsorgssvikt hos fler barn i lågstatusområdet än i högstatusområdet. Skillnaden var emellertid inte lika stor som man kunde förvänta sig. Fördelningen mellan teckenkategorierna skilde sig däremot inte åt på samma sätt. I forskningsprojektet visade det sig t.ex. att fysisk vanvård inte bara förekom i lågstatusområdet utan även i övriga områden. En förklaring till det kan ha att göra med hur undersökningen genomfördes. I den här typen av forskning är det vanligt att undersökningsgruppen utgörs av familjer i socialt utsatta områden eller av familjer som redan är aktuella inom Child Protection Services (motsvarigheten till socialtjänstens individ- och familjeomsorg). Det kan därför vara lätt att förbise familjer, där fysisk vanvård förekommer, men som har det materiellt bra.

Sambandet mellan områdets karaktär och omsorgssvikt kan inte tas för givet. Många familjer som har det ekonomiskt svårt kan ändå fysiskt och psykiskt sörja för sina barn. Det gäller alltså att inte fokusera enbart på social utsatthet, utan att vidga synen så att vi uppmärksammar alla barn som utsätts för omsorgssvikt inklusive de barn som utsätts för t.ex. fysisk vanvård i familjer, som har det materiellt och socialt väl förspänt.

Fanns det skillnader mellan pojkar och flickor eller bland barn i olika åldrar?

Könstillhörighet och ålder anses vara faktorer som skiljer olika former av omsorgssvikt åt. I likhet med den amerikanska undersökningen National Incidence Study (NIS IV) hade deltagarna i forskningsprojektet observerat tecken på försummelse hos fler pojkar än flickor. Särskilt vanligt var tecknet ”dagliga liv präglad av oförutsägbarhet” hos pojkar. Enligt litteraturen har pojkar oftare än flickor svårigheter av mer utagerande slag, vilket kan få som konsekvens att föräldrar lättare låter dem gå ”vind för våg”. Särskilt om föräldrarna själva har svårigheter som påverkar föräldraförmågan negativt. Vi fann vidare att tecken på fysisk vanvård observerades oftare hos flickor än pojkar, vilket har varit svårare att finna stöd för i tidigare forskning.

Både fysisk vanvård och känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen förekom i samtliga åldrar. I likhet med annan forskning förekom försummelse oftare bland de äldre barnen, medan vanvård var vanligare hos yngre barn. Ett skäl till denna skillnad mellan olika åldrar kan vara att det kanske är lättare att se vanvård redan hos det lilla barnet, medan försummelse kanske inte blir synlig förrän barnet blivit äldre.

Vilka tecken observerades hos de barn som anmäldes?

I enlighet med den ovillkorliga anmälningsskyldigheten anmäldes ungefär vart fjärde av de barn som deltagarna *trodde* för illa och där de hade observerat tecken på omsorgssvikt till socialtjänsten.

BVC-sjuksköterskorna anmälde en betydligt större andel barn än vad barnomsorgspersonalen gjorde. Tecken på fysisk vanvård m.m., försummelse m.m. och fysiska övergrepp m.m. visade sig vara lika vanligt bland de barn som anmälades och de barn som inte anmälades. Samma sak gällde för tecken på försummelse m.m. och fysiska övergrepp m.m. Tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen ledde däremot inte till anmälan. En av förklaringarna till det kan vara att personalen inte förknippade föräldrars känslomässiga otillgänglighet med omsorgssvikt. En annan kan vara att deltagarna inte tyckte att denna form av omsorgssvikt hörde till "socialtjänstens bord". Att fysiska övergrepp av olika slag hör till socialtjänstens bord råder det nog inte någon tvekar om. När det gällde känslomässig otillgänglighet kanske man ansåg att socialtjänsten inte hade samma möjlighet att hjälpa till.

Då vi undersökte de vanligast förekommande enskilda tecknen närmare, visade det sig att de största skillnaderna mellan barn som anmälts och inte anmälts återfanns i teckenkategorierna känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen och i försummelse m.m. Vissa enskilda tecken på omsorgssvikt ledde oftare till anmälan än andra, vilket inte är så förvånande. En sak som förvånade var att vissa tecken på fysisk vanvård, som "smutsig och luktar illa", inte förekom oftare bland anmälda barn än bland icke anmälda. Det är ett tecken som i synnerhet barnomsorgspersonalen är uppmärksamma på. Det är naturligt för dem att tala med föräldrar om deras barn. När det blir fråga om tecken på fysisk vanvård verkar det som om personalen har svårt att handskas med det. Inom barnomsorgen har man möjlighet att tvätta både barnet själv och barnets kläder, vilket man gjorde när det blev för illa. På så vis kunde personalen känna att de i alla fall gjort något. Att tecken på fysisk vanvård inte ledde till anmälan är oroande med tanke på de den koppling som finns mellan fysisk vanvård och utvecklingsförsening hos barn.

Socialtjänsten har skyldighet att starta en utredning då en anmälan gjorts och "... som kan föranleda någon åtgärd..." (Norström & Thunved, 2010, s. 237). Så gjordes i drygt hälften av de ärenden som anmälades, vilket var lite oftare än vad de amerikanska kollegorna gjorde. En förklaring till varför en barnavårdsutredning inte startades i alla de fall som anmälades kan vara att tillströmningen av ärenden var så stor att vissa ärenden så att säga

försvann i mängden. En annan att lagstiftningen lämnar visst utrymme för att inte starta en utredning. En utredning skall föregås av en ”prövning” huruvida frågan gäller något som kan leda till någon åtgärd från Socialnämndens sida. I denna process lämnas vägen i viss mån fri för tolkningar.

Kunskapen och erfarenheten hos den person som tar emot anmälan har stor betydelse för om anmälda barn utreds eller ej. I praktiken händer det att socialtjänsten inte från början inser allvaret i ett barns situation. Att dröja med att inleda en utredning då anmälan gjorts, kan få allvarliga konsekvenser för ett barns utveckling.

Personal inom BVC och barnomsorg anmäler inte särskilt ofta. När de gör det har de oftast tänkt igenom väldigt noga. Det finns i allmänhet inte någon anledning för socialtjänsten att misstro deras oro. BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal känner barn och familjer väl. De utgör en viktig länk för barn och familjer att få tillgång till hjälp. För att BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal skall motiveras att anmäla sina misstankar om att ett barn utsätts för omsorgssvikt är det viktigt att anmälningarna faktiskt leder till att en utredning startas. Utredningen måste hålla en hög kvalitet och leda till att barn och deras familjer får rätt stöd och hjälp.

Referenser

- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2010 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*. Report to Congress.

Kapitel 8. Några företeelser som påverkar professionellas förmåga att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn

Att tidigt uppmärksamma barn som utsätts för eller riskerar att utsättas för omsorgssvikt har visat sig betydelsefullt för att barn och familjer skall få den hjälp de behöver. Erfarenheterna från två av studierna i forskningsprojektet visade stora skillnader mellan deltagarna. I de två andra studierna fokuserades därför på tänkbara faktorer som kunde tänkas påverka förmågan att uppmärksamma omsorgssvikt.

Hur gick vi till väga?

Samhället har ett särskilt ansvar att följa de barn vars fysiska och psykiska hälsa och utveckling är i fara, dvs. riskerar att utvecklas ogynnsamt. En förutsättning för att samhället ska kunna fullgöra denna sin uppgift är att samhället via socialtjänsten får vetskap om att ett hjälpbehov finns. Erfarenheterna från forskningsprojektet visade att förmågan att identifiera barns utsatthet skiftade mellan deltagarna. En av förklaringarna till det kunde vara hur var och en definierade begreppet ”barn som far illa”. Att det råder viss osäkerhet om vilka barn som avses framgår av litteraturen kring bland annat den obligatoriska anmälningsskyldigheten (kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen). När det gäller anmälningsskyldigheten sätts individens uppfattning om vilka barn det handlar om på sin spets. Det finns all anledning att tro att professionellas tolkning av när man är skyldig att anmäla påverkas av flera faktorer som t.ex. yrkestillhörighet och i vilket sammanhang man arbetar. Hur tolkar då BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen innehållet i anmälningsskyldigheten blev frågan som vi ställde oss i en av studierna.

För att undersöka hur BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal tolkade innehållet i det lagrum som reglerar anmälnings-

skyldigheten användes en del av den intervju, som gjordes med deltagarna individuellt kring de barn som de *trodde* for illa. Deltagarna tillfrågades om

- de kände till innehållet i anmälningsskyldigheten enligt kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen,
- hur de tolkade innebörden i paragrafen samt
- vilka huvudsakliga skäl de hade för att anmäla eller inte anmäla det aktuella barnet.

Av olika skäl var det inte möjligt att ta med intervjuer som gjorts med samtliga deltagare i forskningsprojektet. Undersökningsgruppen i denna andra studie kom att bestå av 107 deltagare (9 BVC-sjuksköterskor och 98 barnomsorgspersonal).

Deltagarnas svar skrevs ner ordagrant och analyserades. Denna process skedde i två steg. I ett första steg identifierades nyckelbegrepp. I ett andra steg fördes nyckelbegrepp med samma innebörd samman i mer renodlade kategorier (för mer information se Lundén, 2004). Det första steget resulterade i nio kategorier och det andra i fem kategorier varav tre fokuserade på barn och två på föräldrar.

Tabell 5. Deltagarnas tolkning av begreppet ”barn som far illa”

Barnkategorier	Föräldrakategorier
Barn som far illa	Fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp, misär
Barn som far illa fysiskt och psykiskt	Missbrukande/våldsam förälder
Psykisk ohälsa hos barnet	
Sammansatt barnkategori	Sammansatt föräldra/barnkategori

(Ur Lundén, 2004)

Vad fann vi?

Sammanfattningsvis visade det sig att drygt hälften av deltagarnas tolkningar av innehållet anmälningsskyldigheten (52%) hörde till barnkategorierna och resterande till föräldrakatego-

rierna. Uttrycket ”barn som far illa” används ofta både av praktiker och i litteraturen, varför det inte var så underligt att BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal i studien också gjorde så. Uttrycket ”barn som far illa” användes alltså i sin ensamhet eller i kombination med annat som t.ex. barn som far illa fysiskt och psykiskt, av så gott som hälften av deltagarna (47%). BVC-sjuksköterskorna var inte så många i studien, men de placerades så gott som samtliga i barnkategorierna. Bland barnomsorgspersonalen var föräldrakategorier (51%) lika vanligt förekommande som barnkategorier.

Uppgift från intervjun om huruvida deltagarna hade anmält eller inte anmält det aktuella barnet, som de *trodde* var utsatt för omsorgssvikt togs också med. Det visade sig att nästan alla BVC-sjuksköterskorna som skäl för anmälan angav någon av barnkategorierna medan barnomsorgspersonalen som anmält fördelade sig jämt mellan kategorierna. Skillnaden mellan BVC-sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen var signifikant säkerställd. Trots att skillnaden mellan stadsdelarna inte var helt säkerställd fann vi att det i låg- och mellanstatus områdena fanns fler svar i barnkategorierna än i föräldrakategorierna. I den stadsdel som var minst socioekonomiskt belastad var föräldrakategorierna vanligast. Hur detta påverkar möjligheten att identifiera omsorgssvikt skall vi se senare.

Hur resonerade vi?

Så gott som samtliga BVC-sjuksköterskor och en stor del av barnomsorgspersonalen använde begreppet *barn som far illa*. Ett uttryck som ofta används av professionella som arbetar med barn och familjer. Som sagts tidigare används det också i litteraturen kring både socialtjänstens bestämmelse om anmälningskyldighet och om skyldigheten att starta en utredning, när ett barns utsatthet kommit till socialtjänstens kännedom. I Barnskyddsutredningen används genomgående begreppet ”barn som far illa eller riskerar att fara illa”. Få försök har gjorts att definiera vad som egentligen menas med begreppet. Barnskyddsutredningens förslag innehåller inte heller någon definition. Regeringens proposition (2002/03:53), som blev resultatet av barnmisshandelskommitténs arbete, påtalade behovet av en gemensam syn på barn som utsätts

för omsorgssvikt dvs. far illa. Att professionella i olika sammanhang som arbetar med barn och familjer skulle definiera begreppet *barn som far illa* på samma sätt betonades. Att kompetensen behöver ökas hos t.ex. barnhälsovård och barnomsorg lyftes likaså fram. Lagstiftaren avstod emellertid medvetet från att definiera barn som ”far illa” dvs. utsätts för omsorgssvikt. Istället gavs exempel på olika situationer som kunde anses vara omsorgssvikt. Lagstiftaren var tydlig när det gällde situationer som utgör exempel på fysisk misshandel, sexuella övergrepp och fysisk vanvård. När det gällde situationer som utgör exempel på känslomässig otillgänglighet dvs. psykologisk omsorgssvikt var lagstiftaren mer otydlig. Att det är så är olyckligt då forskningen visat att psykologisk omsorgssvikt är den form av omsorgssvikt som hotar barns utveckling mest.

I propositionen till den ursprungliga Socialtjänstlagen lyfter lagstiftaren fram två viktiga omständigheter som kan tjäna som vägledning (Prop. 1979/80:139). Anmälan skall göras, när det ”kan antas att brister i omsorgen om en underårigs eller något annat förhållande i hemmet medför fara för den underåriges hälsa och utveckling... (s. 537). Det är barns hälsa och utveckling som skall säkras. Förhållanden som kan hota är ”brister i omsorgen eller andra förhållanden i hemmet”. För de flesta små barn är det föräldrarna som är deras omsorgsgivare och som utgör den närmaste omgivningen.

Utvecklingspsykologisk forskning och forskning om hjärnans utveckling har visat oss betydelsen av föräldrars sätt att möta sina barn och därigenom aktivt delta i barnens fysiska och psykologiska utveckling. Vi vet att omsorgssvikt påverkar barnet långt innan eventuella effekter visar sig i barnets beteende. Det gäller m.a.o. att så tidigt som möjligt först uppmärksamma och sedan förstå att ett barns utveckling är i fara och sedan handla utifrån det. Här krävs att personalen har adekvat kunskap. Den kunskap som professionella har återspeglas i den tolkning de gör av anmälningsskyldigheten och vilka barn som avses.

BVC-sjuksköterskornas och förskolepersonalens tolkning av anmälningsskyldigheten

BVC-sjuksköterskornas tolkning av innehållet i anmälningsskyldigheten kunde delas upp i barnkategorier och i föräldrakategorier. Barnkategorierna kan sägas representera en vidare tolkning, där fokus är på barns hälsa och utveckling. Föräldrakategorierna innebär en snävare tolkning där fokus ligger på föräldern och dess svårigheter. Denna uppdelning i en vidare och en snävare tolkning återspeglar en skillnad som beskrivs i annan forskning men som också blir tydlig i litteraturen kring lagstiftningen. Lagstiftarens intentioner – att säkra barns hälsa och utveckling – kan anses överensstämma med en vidare, mer utvecklingsinriktad tolkning. De exempel på situationer där barns utveckling är i fara som ges i litteraturen runt lagstiftningen är ofta föräldrars missbruk, misshandel med mera, som utgör en snävare tolkning av anmälningsskyldigheten.

Barnmisshandelskommitténs förslag på situationer där barn far illa var något tydligare. Här talas om och ges exempel på fysiskt våld, psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkning, fysisk försumelse samt psykisk försummelse. Varför situationer skulle skada barns utveckling framgår sällan i litteraturen och det gör det inte här heller. För att exemplen på omsorgssviktssituationer skall vara till någon verklig hjälp måste man förstå på vilket sätt de hotar ett barns hälsa och utveckling (Prop. 2002/03:53). Beteenden i sig säger inte något. De måste sättas in i en teoretisk referensram för att bli begripliga. Vid en snävare tolkning betonas inte utvecklingsaspekten på samma sätt som vid en vidare tolkning. För att säkra barns hälsa och utveckling krävs kunskap om hur utvecklingen går till i allmänhet och vad som bidrar till en icke önskvärd riktning. Omsorgssvikt utgör ett allvarligt hot barns hälsa och utveckling och kan resultera i utvecklingsmässiga svårigheter av olika slag.

Barnomsorgspersonalen använde oftare en snävare tolkning av anmälningsskyldigheten än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. Många kopplade samman anmälningsskyldigheten med föräldrars missbruk/våldsamt, fysisk misshandel, sexuella övergrepp och misär. Erfarenheter från forskningsprojektet har, som beskrivits tidigare, visat att personalen sällan observerade tecken på fysiska övergrepp på barn, som de hade ansvar för. En snävare

tolkning kanske i stunden underlättar för personalen, då det blir färre barn att anmäla. Risken är dock stor att de barn, vars hälsa och utveckling är i fara inte uppmärksammas och därför inte får den hjälp de behöver. För att säkra barns hälsa och utveckling måste hjälp ges tidigt innan en felutveckling gått för långt, vilket kan få allvarliga och långtgående konsekvenser för barnet senare i livet.

Tolkningen av anmälningsskyldigheten och anmälningsbenägenhet

Flera forskare har visat att barn, där personalen misstänker omsorgssvikt vanligtvis inte anmäls trots en tvingande lagstiftningen. Kanske har den tolkning som personalen gör av vilka barn det handlar om betydelse. I forskningsprojektet visade det sig att så gott som samtliga BVC-sjuksköterskor, som anmält något barn, använde en barninriktad tolkning. En tolkning som alltså fokuserade på barns hälsa och utveckling. Barnomsorgspersonalen, som anmält något barn, fann vi oftast i föräldrakategorierna. Särskilt då i den kategori som innehöll missbrukande/våldsam förälder. Barnomsorgspersonalen anmälde färre barn än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. En av orsakerna till det kan ha varit snävare tolkning av anmälningsskyldigheten.

Omsorgssvikt kopplas ofta samman med socioekonomiskt belastade områden. Forskning har bl.a. visat ett samband mellan fysisk vanvård och utsatta områden. Det är rimligt att tro att det är fler barn som utsätts för omsorgssvikt i belastade områden eftersom stressfaktorer av olika slag kan antas vara fler. Även i forskningsprojektet fann vi att fler barn identifierades i den mer belastade stadsdelen. Som sagts tidigare var skillnaden mellan områdena inte så stor som man kunde förvänta sig när det gällde antal barn som barnomsorgspersonalen identifierade. När det gällde BVC-sjuksköterskorna så var skillnaden betydligt större. BVC-sjuksköterskorna i högstatus området identifierade en betydligt lägre andel än vad deras kollegor i de övriga områdena gjorde. Kanske har det betydelse att personalen i högstatusområdet oftare använde en snävare, föräldrainriktad tolkning. Under åren har media riktat stor uppmärksamhet mot barn som blivit misshand-

lade eller utsatts för sexuella övergrepp, vilket säkert också har påverkat personalen. En snäv tolkning som fokuserar på svårigheter hos föräldrarna kan utgöra en stor risk för att ett antal barn som skulle behöva hjälp inte får sådan.

Vad kan mer påverka professionellas förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt?

I den här studien i forskningsprojektet var syftet att undersöka fler faktorer som kunde påverka deltagarnas benägenhet att uppmärksamma omsorgssvikt. Här deltog enbart personalen inom barnomsorgen i de tre stadsdelarna. Göteborg är indelad i stadsdelar som i sin tur är indelade i mindre enheter s.k. primärområden. Liksom stadsdelarna skilde sig primärområdena ifråga om social belastningsgrad. Samtliga stadsdelar kunde inom sig ha mindre områden med en annan social belastningsgrad än vad stadsdelen i övrigt hade.

Hur gick vi tillväga?

Föreståndarna för varje daghem intervjuades separat om antal avdelningar, inskrivna barn, anställda etc. Från den enkät som beskrivits tidigare tog vi uppgifter om yrke, utbildning, antal år i yrket, antal inskrivna barn, fortbildning, diskussion om riktlinjer etc. Vi använde också uppgifter om antal barn som deltagarna *trodde* för illa och antal barn där deltagarna observerat tecken på omsorgssvikt – *visste*. Avslutningsvis hämtades material som berörde tolkningen av anmälningsskyldigheten (för mer detaljerad information se Lundén, 2004). Deltagarna delades in i två grupper.

Grupp A bestod av personal, som antingen inte sett några tecken alls eller inte *trodde* att något barn i den egna barngruppen var utsatt för omsorgssvikt och av personal som observerat tecken hos fler barn än barn som de *trodde* för illa. Grupp A kan sägas vara den grupp som inte var så korrekt i sin förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt.

Grupp B bestod av personal som antingen trodde att fler barn för illa än vad de sett tecken hos och av personal som observerat tecken hos lika många barn som de *trodde* för illa (minst ett barn). Grupp B kan sägas vara den grupp som var mer korrekt i sin förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt.

Andra variabler som användes var

- *strukturella daghemsmått* som innehöll antal personal på daghemmet, antal inskrivna barn, personaltäthet.
- *Personalens yrkeserfarenhet och utbildning* som innehöll yrkeserfarenhet, grundutbildning, längre fortbildning.
- *Nyligen diskuterade riktlinjer* på arbetsplatsen.
- *Personlig definition av anmälningskyldigheten* dvs. barnorienterad tolkning eller föräldraorienterad tolkning

Vad fann vi?

Det fanns ett samband mellan hur många barn som personal *trodde* för illa och barn där deltagarna observerat tecken på omsorgssvikt (*vet*). Överensstämmelsen var emellertid inte fullständig, då deltagarna inte observerat tecken hos alla de barn, som de trodde för illa. Å andra sidan hade personal observerat tecken hos barn som de inte identifierat som barn som de trodde vara utsatta för omsorgssvikt.⁶

Det visade sig att vare sig antal anställda på daghemmet, antal inskrivna barn eller antal barn per anställd hade något samband med personalens rapportering av barn som man trodde var utsatta för omsorgssvikt eller där tecken observerats oavsett områdets problemtyngd. Det var vanligare att personal som arbetat mindre än fem år både i sitt yrke och på sin arbetsplats tillhörde den grupp (B) som var mest korrekt i sin förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt.

⁶ Ifråga om *tecken (vet)* observerade barnomsorgspersonalen i högstatusområdet tecken på omsorgssvikt hos 10% av de barn de hade ansvar för. I medelstatusområdet observerades tecken hos 18% och i lågstatusområdet hos 19%. Barnomsorgspersonalen i högstatusområdet *trodde* att 9% av de barn de ansvarade för utsattes för omsorgssvikt. I medelstatusområdet rörde det sig om 13% och i lågstatusområdet 11 % (Ur studie I i Lundén, 2004).

Fler förskollärare än personal med annan grundutbildning, som oftast var barnskötare, hörde till grupp B. Det var inte så vanligt att deltagarna hade genomgått längre utbildningar men där så var fallet fanns en tendens till samband mellan utbildning och att uppmärksamma omsorgssvikt. Sambandet var starkare bland personal på daghem som låg i primärområden med låg eller relativt låg belastningsgrad. Personal som genomgått längre utbildningar tillhörde oftare grupp B

Hur resonerade vi?

Det övergripande syftet med undersökningen var att försöka belysa faktorer som kunde tänkas ha betydelse för barnomsorgspersonalens förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt. Problemtyngheten i de olika stadsdelarna visade sig ha betydelse både när det gällde andel barn som personalen trodde för illa och där de observerat tecken. Daghemmets storlek och personaltäthet hade i allmänhet inte någon inverkan på identifikationen/rapporteringen vilket däremot personalens yrkeserfarenhet, utbildning och personliga tolkning av anmälningsskyldigheten hade. I områden med låg/relativt låg belastningsgrad såg resultaten delvis annorlunda ut än i områden med hög/relativt hög belastningsgrad.

Att uppfatta omsorgssvikt

Över- respektive underrapportering är en fråga som många forskare varit intresserade av. Oftast har det varit i förhållande till anmälningsskyldighet. Som mått på att det verkligen var barn som var utsatta för omsorgssvikt har de flesta studierna använt sig av huruvida socialtjänstens motsvarighet (Child Protection Service) i sin utredning kunnat bekräfta omsorgssvikten. Att det kan vara vanskligt att använda resultatet av barnavårdsutredningar som bekräftelse på om omsorgssvikt förekommer eller ej har också lyfts fram. Erfarenheterna från forskningsprojektet och annan forskning har visat att en stor del av de barn som misstänktes utsatta för omsorgssvikt vare sig anmäldes eller utreddes. De kom aldrig till socialtjänstens kännedom. Att en utredning gjorts borde vara en säkerhet för att omsorgssvikten uppmärksammats.

Forskare har emellertid gått igenom utredningar, där omsorgssvikt bekräftades och där utredningen lades ner. Det visade sig att även i utredningar som lades ner fanns tydliga uppgifter om omsorgssvikt.

Vad är då korrekt rapportering? I vårt forskningsprojekt betraktades barn där tecken observerats som ett mer objektivi- tvt mått på omsorgssvikt medan barn som barnomsorgspersonalen trodde för illa blev ett mer subjektivt mått. Att observera tecken på omsorgssvikt hos fler barn än de som vederbörande trodde för illa får anses som underrapportering och därmed en något mindre förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt. Under förutsättning att observerade tecken används som ett mer objektivi- tvt mått får personal som observerade tecken hos lika många barn som de trodde för illa ha en god förmåga att identifiera omsorgssvikt.

Personliga faktorer och dess påverkan

Tidigare studier i forskningsprojektet lärde oss att deltagarna inte alltid identifierade samma barn. Vi gick då igenom tänkbara orsaker på individuell nivå som bidrog till att barns utsatthet uppmärksammades. Det kan dock finnas anledning att söka efter andra faktorer på en mer övergripande nivå, som också har betydelse för identifikationsprocessen. Företeelser som antalet anställda, antal inskrivna barn på daghemmet eller antal barn per anställd visade sig i allmänhet inte ha någon generell betydelse. Erfarenhet och utbildning är faktorer som tidigare forskning har visat har betydelse för professionellas benägenhet att rapportera omsorgssvikt. Mer erfarenhet och längre utbildning ledde till att fler barns utsatthet rapporterades sades det. Hos oss visade det sig att personal som var bättre på att korrekt uppmärksamma omsorgssvikt hade arbetat kortare tid både i yrket och på det aktuella daghemmet. En förklaring till det kan vara att strategier och förklaringsmodeller växer fram och permanentas genom åren. Det är dock inte säkert att de är grundade på relevant kunskap om omsorgssvikt. Längre utbildning hade även i denna studie betydelse för förmågan att uppmärksamma omsorgssvikt. Förskollärare var mer korrekta än annan personal.

Tolkning av anmälningskyldigheten och förmåga att uppfatta omsorgssvikt

Som tidigare beskrivits undersöktes i en tidigare studie bl.a. hur barnomsorgspersonalen tolkade innebörden i den ovillkorliga anmälningskyldigheten enligt kap. 12 § 1 Socialtjänstlagen. Deltagarnas tolkning kunde delas in i en vidare tolkning som fokuserade på barns utveckling och en snävare som fokuserade på föräldrars missbruk/våldsamhet och fysiska övergrepp. När resultaten härifrån användes i denna studie visade det sig att en barnorienterad tolkning av innehållet i anmälningskyldigheten oftare ledde till korrekt rapportering. Hur personal tolkar innehållet i anmälningskyldigheten påverkar alltså deras förmåga att identifiera omsorgssvikt.

Referenser

- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2010 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Kapitel 9. Vad betyder erfarenheterna från forskningen för det praktiska arbetet?

Erfarenheter från forskning är tydlig i hur viktigt det är för barn som utsätts för eller riskerar att utsättas för omsorgssvikt att få hjälp. För att det skall bli möjligt betyder det att den professionella världen behöver bli riktigt bra på att uppmärksamma barnens utsatthet. Att observera och förstå tecken på omsorgssvikt är ett viktigt steg i den process som förhoppningsvis leder till att barn och familjer får det stöd och den hjälp som de faktiskt har rätt till. Att få en uppfattning om hur många barn som utsätts för omsorgssvikt kan vara viktig kunskap också för samhället. När omsorgssvikt väl har blivit identifierad behövs verksamma insatser av olika slag. Hur stort behovet är påverkar utbudet. Samhället behöver därför veta hur många barn och familjer det kan röra sig om.

Hur kan vi bli bättre på att identifiera omsorgssvikt?

BVC-personal och personal inom barnomsorgen oroar sig för att barn utsätts för omsorgssvikt på flera nivåer (se sid. 74). Antalet barn som identifierades på de olika nivåerna skiljer sig åt. I den lite diffusare nivån ”oroar sig” identifierade t.ex. barnomsorgspersonalen betydligt fler barn som på orosnivå 2 där de angav hur många barn de trodde for illa i relation till en given definition. Att ta ställning till omsorgssvikt i förhållande till definitionen tvingade deltagarna att tänka efter och göra tydligt för sig själva att de faktiskt *oroade sig* för att barnet ifråga utsattes för omsorgssvikt. Att ta in att ett barn utsätts för omsorgssvikt väcker känslor av olika slag, vilket kan vara besvärligt att handskas med. Det ställer också krav på agerande. Ibland kan det vara svårt att vara säker på att man gör rätt. Det är därför inte så underligt att deltagarna misstänkte att färre barn for illa på denna mer precisa nivå.

Barnomsorgspersonalen misstänkte i allmänhet att fler barn var utsatta för omsorgssvikt än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. Det var oftast så att personal inom BVC och barnomsorg inom samma område inte identifierade samma barn. Inte heller personal på samma avdelning inom barnomsorgen identifierade samma barn. Det tycks alltså som om förmågan att uppfatta omsorgssvikt är högst personlig.

Flera olika faktorer bidrar. Personalen kan ha olika uppfattning och/eller kunskap om omsorgssvikt och olika erfarenheter från tidigare. Andra orsaker kan vara av mer personlig karaktär. Kunskapen om, att förmågan att uppfatta omsorgssvikt ser ut att vara väldigt personlig, får konsekvenser. I praktiskt arbete kan det ibland kännas lugnande om den oro vi känner delas av andra som också känner barnet och familjen som t.ex. BVC, barnomsorg eller socialtjänst. För att oron för omsorgssvikt inte delas betyder det inte att den inte finns. Den oro för omsorgssvikt som någon i den professionella världen uppfattar behöver tas på allvar och undersökas vidare.

En annan erfarenhet som gjordes och som har betydelse för det praktiska arbetet är att omsorgssvikt förekom i samtliga tre områden oavsett socioekonomisk belastningsgrad. Samtliga professionella som arbetar med barn och familjer behöver ha en god förmåga att uppmärksamma omsorgssvikt vilken typ av område de än arbetar i. Ytterligare en erfarenhet som gjordes var att det var mer komplicerat för BVC-sjuksköterskorna att uppfatta omsorgssvikt än vad det var för barnomsorgspersonalen. Deras olika arbetsätt påverkar deras möjligheter att uppmärksamma omsorgssvikt. Barnomsorgspersonalen träffar barnet och också deras föräldrar ofta, medan besöken på BVC sker mer sällan. Det blir en utmaning för t.ex. BVC-sjuksköterskorna att utarbeta sätt som gör det möjligt att tidigt identifiera omsorgssvikt. Barnomsorgspersonalen å andra sidan ser ut att behöva förfina sitt arbetssätt när det gäller att uppmärksamma omsorgssvikt hos de riktigt små barnen. Här var BVC-sjuksköterskorna bättre. En hjälp i arbetet kan vara att få konsultation och handledning t.ex. från den psykolog som ofta finns knuten till verksamheten. Dock måste sägas att samtliga deltagare i forskningsprojektet hade handledning från sina respektive psykologer. Konsulterna bör alltså ha god kännedom inte bara

om barn och familjer utan också om omsorgssvikt. Ett gott samarbete mellan de olika professioner som är inblandade i arbetet med barn och familjer framhålls ofta som ett sätt att underlätta för barn och familjer att få hjälp. Även om vi inte forskningsmässigt vet om familjecentraler bidrar till barns hälsa och utveckling är det rimligt att tro att så är fallet. Förutsättningen finns. På familjecentraler finns de personalkategorier representerade som är naturliga samarbetspartners i arbetet med barn som utsätts för omsorgssvikt dvs. från BVC, barnomsorg och socialtjänst. Vad vi däremot vet är att det är lättare att tala med någon som man känner om sin oro för ett barn.

Ett av skälen till att en ganska stor andel barn identifierades som utsatta för omsorgssvikt av deltagarna i forskningsprojektet i jämförelsen med i andra studier berodde förmodligen på att vi träffade deltagarna personligen. Att intervjua "face to face" har även i annan forskning visat sig ge bättre information när det, som i det här fallet, handlar om känsliga situationer. Som jag ser det är detta erfarenheter som är betydelsefulla för t.ex. de socialarbetare som utreder barns hälsa och utveckling och föräldrars förmåga att bistå dvs. barnavårdsutredningar. I Sverige används numera ofta BBIC dvs. Barns Behov i Centrum som ett sätt att systematisera materialet i barnavårdsutredningen. I materialet finns också konsultationsdokument, som riktar sig till bl.a. barnomsorgspersonal.

Erfarenhet från praktiken har visat att det händer att socialarbetare skickar ut frågor som de vill ha svar på till exempelvis barnomsorgspersonal. Ibland skickas frågor ut i förväg så att personalen kan förbereda sig inför utredarens personliga besök. Erfarenheterna från forskningsprojektet säger oss inte bara att vi bör intervjua ansikte mot ansikte dvs. in persona, utan att vi helst bör intervjua personalen individuellt.

Det visade sig att barnomsorgspersonalen talade mycket med varandra om de barn som de bekymrade sig om. Att tala med varandra är bra på många sätt men det kan också innebära att den oro som finns pratats bort och försvinner. En konsekvens av detta vore i så fall att inte skicka ut de frågor som socialarbetare vill ha svar på i förväg, då personalen då ges tillfälle att prata sig samman.

Vilket i och för sig kan vara bra men eftersom vi bl.a. från pilotstudien vet att omsorgssvikt hos små barn är ett känsligt ämne är risken stor för att oron dämpas ner och att viktig information inte förmedlas till socialarbetaren.

Tecken på omsorgssvikt och hur de kan användas

Vi har sett att barn utvecklas i relation till i första hand sina föräldrar. Det betyder också att de läker i relation. Omsorgssvikt sker i relation. Omsorgssvikt har visat sig vara ett stort hot mot barns hälsa och utveckling, där former som fysisk vanvård och känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen visat sig vara särskilt allvarsam. Fysisk vanvård då den visat sig kunna föra med sig utvecklingsförsening. Känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen då denna form av omsorgssvikt har visat sig utgöra ett oerhört stort hot mot barns utveckling. Effekterna för barn kan resultera i neurologiska och psykologiska svårigheter av olika slag. Den kanske allvarligaste effekten är att barn inte får det skydd och det stöd, som de behöver och att de mister sin tillit till den vuxna världen.

Deltagarna observerade tecken på omsorgssvikt hos så gott som vart tionde barn av de barn som de ansvarade för. Så såg det ut i de tre stadsdelar i Göteborg, som omfattades av forskningsprojektet. Vi vet inte hur det ser ut i andra delar av landet, men det kan finnas all anledning för personal inte bara inom barnhälsovård och barnomsorg utan också inom socialtjänsten att fundera över hur det kan se ut inom det egna området och vad som kan behöva göras.

Att tidigt uppfatta omsorgssvikt och förebygga lidande är en viktig uppgift för alla som träffar barn och familjer, där omsorgssvikt försiggår. Att det finns goda förutsättningar för det visade erfarenheterna från forskningsprojektet.

Att utgå från tecken på omsorgssvikt visade sig dessutom användbart för att identifiera omsorgssvikt. Personalen inom barnomsorgen var utomordentligt bra på att uppmärksamma tecken. De observerade nämligen tecken på

omsorgssvikt (*visste*) hos dubbelt så många barn, som antalet barn som de, utifrån en given definition, *trodde* var utsatta för omsorgssvikt. Mer bekymmersamt var att barnomsorgspersonalen inte kopplade samman de tecken de såg med omsorgssvikt. Kanske gick barnen och deras familjer härigenom miste om möjligheten till att få stöd och hjälp.

Större kunskap om vad som kännetecknar omsorgssvikt hade förmodligen varit till hjälp. Förhoppningsvis kan den kunskap och de erfarenheter vi har idag om omsorgssvikt öka våra möjligheter att uppmärksamma barns utsatthet.

Flera av deltagarna i studien beskrev den lista på tecken på omsorgssvikt, som de tog ställning till i enkäten, som en form av utbildning.

Teckenlistan kan inte anses som en checklista i så måtto, att om inte tecken observerats är det inte risk för omsorgssvikt. Listan kan dock tjäna som ett hjälpmedel för t.ex. personal inom barnhälsovård och barnomsorg att fundera över varför de är oroliga för ett barns utveckling. Vad är det de sett? Är det ett tecken på omsorgssvikt? Finns det på teckenlistan? Finns det inte på teckenlistan, men vi är ändå oroliga? Vad kan det då vara? Hur skall vi kunna undersöka vidare? Ett antal frågor som kan hjälpa till att klargöra vari oron består. Teckenlistan bör användas som ett hjälpmedel att systematisera observationer och annan kunskap som man har om barnet och familjen.

Idag finns goda erfarenheter av att använda teckenlistan i arbetet på inom barnhälsovården.

Även andra tecken än de som finns i teckenlistan kan vara tecken på omsorgssvikt. Ett tecken som inte finns med men som hänger samman med omsorgssvikt är utbredd karies hos barn. Det har visat sig att små barn kan ha så nedruttnade tänder att de måste läggas in på sjukhus för att få näring, då de inte fått i sig tillräckligt eftersom tänderna var i så dåligt skick.

Tecknen på omsorgssvikt kan vara till hjälp för professionella som arbetar med barn och familjer på olika sätt. För barnomsorgs-

personalen kan teckenlistan hjälpa till att bringa reda i all information som de får. För BVC-sjuksköterskorna kan teckenlistan vara ett hjälpmedel för att mer systematiskt skaffa in den information de behöver. Även för socialarbetare kan teckenlistan med fördel användas. Dels som hjälp i att söka information, dels för att systematisera den kunskap som finns om barnet och familjens möjligheter att stödja barnets utveckling. Omsorgssvikten kan bli tydligare och därmed också tydligare beskriven i en eventuell utredning. Teckenlistan kan vara till stor nytta i kommunikationen med socialarbetare t.ex. då en anmälan görs eller då socialarbetare intervjuar personal i samband med utredning. Att ha ett gemensamt synsätt har stor betydelse för att representanter från olika professioner skall kunna arbeta tillsammans så att barn och familjer får tillgång till effektiva insatser. Att vara klar över att de tecken som observeras innefattas i omsorgssvikt underlättar också i arbetet med föräldrar.

Tecken på känslomässig otillgänglighet är särskilt viktigt att uppmärksamma och koppla till omsorgssvikt, då den visat sig ha så stor betydelse för barns utveckling. Denna form är den enda form av omsorgssvikt som kan förekomma ensam. I övrigt är den en del av varje annan form av omsorgssvikt. Ingen förälder som är känslomässigt tillgänglig misshandlar sitt barn eller utsätter det för vanvård eller övergrepp. Det blir därför oerhört angeläget att förstå det som observeras utifrån den kunskap som finns och beskriva den på ett begripligt sätt. Icke minst i den utredning som görs inom socialtjänsten. Här blir den teoretiska referensram som professionella har betydelsefull. Utan en bas i en teoretisk referensram som handlar om barns hälsa och utveckling och föräldrars del härvidlag, blir tecknen på känslomässig otillgänglighet svåra att förstå och beskriva. Stor hjälp kan vi få från den kunskap som neurobiologisk och anknytningsteoretisk forskning ger oss.

Det finns ännu ett område där teckenlistan kan vara till hjälp. Vi vet att omsorgssvikt väcker starka känslor. Det kan därför vara lätt för berörda professionella att minimera oron för barn. Även här kan teckenlistan tjäna som en hjälp för oss att behålla barnet i fokus och se till att omsorgssvikt blir uppmärksammas.

Företeelser som påverkar professionellas förmåga att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn – betydelsen för det praktiska arbetet

Forskningen lär oss att det finns ett antal företeelser som påverkar förmågan att identifiera omsorgssvikt. Det visade sig att deltagarnas definition av begreppet barn som far illa påverkade dem. Även andra faktorer som utbildning och erfarenhet har betydelse.

Definition av begreppet "barn som far illa"

Erfarenheterna från forskningsprojektets första studie fick oss bl.a. att fundera över hur personalens uppfattning om vilka barn det är som utsätts för omsorgssvikt påverkar deras förmåga att uppfatta barnens utsatthet.

Det är rimligt att tro att professionellas tolkning av begreppet *barn som far illa* sätts på sin spets i deras tolkning av innehållet i den paragraf som reglerar anmälningsskyldigheten. Det visade sig att tolkningarna kunde delas in i en mer barnorienterad som mer fokuserade på barns utveckling och en föräldraorienterad tolkning, som fokuserade på svårigheter hos föräldrarna som t.ex. fysiska övergrepp, missbruk och/eller våldsamhet. Den barnorienterade tolkningen kan sägas representera en vidare tolkning medan den föräldraorienterade tolkningen är betydligt snävare.

Denna indelning i vidare och snävare tolkning kan vi också se i den vägledande litteraturen kring anmälningsskyldigheten och utredningsskyldigheten också.

Lagstiftaren talar om barns hälsa och utveckling medan exemplet som ges mer handlar om föräldrar och deras beteende. Hur barnens hälsa och utveckling äventyras framgår sällan. Vad lagstiftningen med kommentarer säger har stor genomslagskraft hos professionella. Både genomgången av litteratur och erfarenheterna från studien visade att det råder oklarhet om vad som egentligen menas med begreppet *barn som far illa* och hur det skall definieras.

Det råder också oklarhet om när barn anses utsatta för omsorgssvikt. Detta gäller särskilt psykologisk omsorgssvikt. Den form av omsorgssvikt som ju visat sig utgöra det allvarligaste hotet mot barns utveckling. Att den vägledande lagstiftningen och litteraturen innehållerklarheter kan vara väldigt förvirrande inte bara för BVC-sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen utan också för socialarbetare. För barnens skull kan det inte anses tillfredsställande att de riktlinjer som skall guida arbetet, är så oklara. Vi behöver någon form av samsyn om vilka barn som utsätts för omsorgssvikt och varför det är så allvarligt. Behovet av en sådan samsyn har lyfts fram i många sammanhang. En hjälp på vägen till en sådan samsyn kan vara att vi enas om en definition av begreppet *barn som får illa*. Därför föreslås i likhet med bl.a. Killén en definition, som har sin grund i gällande lagstiftning, Barnkonventionen och befintlig utvecklingspsykologisk forskning nämligen;

barn vars fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara p.g.a. föräldrars bristande omsorgsförmåga dvs. omsorgssvikt.

För att barns utsatthet skall bli uppmärksammat och komma till socialtjänstens kännedom krävs att fokus flyttas från ett snävare föräldraperspektiv dvs. vad föräldrar gör eller inte gör, till ett mer barnorienterat perspektiv, där barns hälsa och utveckling står i centrum. En välunderbyggd definition underlättar för BVC-sjuksköterskor, barnomsorgspersonal och socialarbetare i deras arbete med barn och familjer där det finns risk för omsorgssvikt. En gemensam definition skulle dessutom underlätta samarbetet mellan olika professioner vilket i sin tur ökar möjligheterna för barn och familjer att få hjälp.

Andra företeelser som påverkar förmågan att identifiera omsorgssvikt

I den praktiska verksamheten har barnomsorgspersonalen ofta uttryckt oro för att ökat barnantal på avdelningarna gör det omöjligt för personalen att uppmärksamma barns utsatthet och att se till att barn och familjer får rätt hjälp. Erfarenheterna från forskningsprojektet säger oss att barnomsorgspersonalen var bra på att se tecken på omsorgssvikt även om de inte alltid kopplade samman det de såg med att barnet utsattes för omsorgssvikt. Det visade sig

också att förmågan att identifiera barn som utsattes för omsorgssvikt varierade mellan personal. Det ligger nära till hands att tro att ju fler barn per anställd desto färre barn blev identifierade som utsatta för omsorgssvikt. Så var dock inte fallet. Erfarenheter från forskningsprojektet visade att antal barn per anställd inte påverkade personalens förmåga att identifiera omsorgssvikt. Vilka faktorer kunde då tänkas påverka förmågan att identifiera barn som utsatta för omsorgssvikt?

Vi vill gärna tro att längre utbildning och erfarenhet gör oss bättre i att korrekt identifiera omsorgssvikt. Med korrekt rapportering menar vi att personalen identifierade lika många barn som utsatta för omsorgssvikt som de observerade tecken hos. Förskollärare var bättre på att korrekt identifiera barn som utsattes för omsorgssvikt än vad barnskötare var. Ett resultat, vars eventuella konsekvenser behöver diskuteras inom barnomsorgen. Vi vet inte riktigt hur vi kan förklara just detta resultat mer än att annan forskning också visar att längre utbildning och mer korrekt rapportering av omsorgssvikt hänger samman.

En annan erfarenhet som gjordes är lättare att förklara. Till skillnad mot tidigare forskning visade det sig att de som arbetat kortare tid än fem år inom barnomsorgen var bättre på att korrekt rapportera omsorgssvikt. En förklaring kan vara att när personalen bekymrar sig för att ett barn utsätts för omsorgssvikt aktualiseras de strategier och förklaringsmodeller som växt fram under åren. Strategier och modeller som kanske inte är så väl förankrade i relevant kunskap om omsorgssvikt. De som inte arbetat så länge sitter inte så fast i "hur vi brukar göra". Det verkar som om barnomsorgen skulle behöva se över sina handlingsstrategier, sina riktlinjer samt de förståelsemodeller som finns. Kanske behövs en rejäl kompetenshöjning. Det var relativt få inom personalen som fått en vidareutbildning om omsorgssvikt, som sträckte sig över mer än fem dagar. En barnorienterad tolkning visade sig också förenad med en mer korrekt rapportering, som kan ge vägledning åt i vilken riktning kompetenshöjningen behöver gå. En fortlöppande diskussion av riktlinjer behövs också, eftersom det visade sig att de som fört en sådan identifierade mer korrekt än de där en sådan diskussion inte förekommit.

Referenser

- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer. Andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Killén, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- och omsorgssviktssituationer. Utgåve 4*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2010 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Rasmusson, B. (2004). *Barnavårdsutredningar på nya grunder*. Meddelande från Socialhögskolan 2004:1. Lunds universitet.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlsson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.

Kapitel 10. Avslutande diskussion

Omfattande forskning visar på riskerna för att barns utveckling är i fara då barnet utsätts för omsorgssvikt dvs. föräldrars bristande omsorgsförmåga. Vi vet också att det inte är enskilda föräldrabeteenden eller enskilda karaktäristika hos barnet som är av störst intresse. Det är istället föräldra-barn relationen i stort som är avgörande för barnets utveckling. Relationens utvecklingsfrämjande kvalitet får betydelse för barnets förmåga att utnyttja sina resurser.

Personal inom barnhälsovård och barnomsorg träffar så gott som samtliga barn i åldrarna 0 till 5–6 år och har därför utomordentligt goda förutsättningar för att tidigt fånga upp signaler om att barn utsätts för omsorgssvikt. I synnerhet barnomsorgspersonalens betydelse har framhållits på olika håll. Den proposition som regeringen presenterade utifrån barnmisshandelskommitténs betänkande 2002 betonade särskilt barnhälsovårdens och barnomsorgens viktiga del i det förebyggande arbetet då "...det framför allt är här som barn far illa eller riskerar att fara illa bör bli upptäckta för att få den hjälp och det stöd som de kan behöva i ett tidigt skede" (sid. 52). Här sägs också att personalen bör förfoga över "all nödvändig kunskap för att upptäcka, stödja och hjälpa barn som far illa eller riskerar att fara illa". Vidare sägs att "så långt det är möjligt bör en gemensam syn skapas bland dem som i skilda sammanhang möter barn och unga under förhållanden där de far illa eller riskerar att fara illa" (sid. 46). Behovet av samsyn, samarbete och kompetenshöjning framhålls från flera håll inte minst i Barnskyddsutredningen. För att så skall bli fallet krävs gemensam kunskap om vad som utgör omsorgssvikt och en teoretisk förståelse av hur omsorgssvikt utvecklas, vad kan den då få för effekter och hur den kan avhjälpas. Erfarenheter från forskningsprojektet "Hur mår förskolebarnen" visade att barnomsorgspersonalen identifierade en större andel av de barn som de ansvarade för som utsatta för omsorgssvikt än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. Samtidigt anmälde barnomsorgspersonalen en betydligt mindre andel av de barn, som de misstänkte var utsatta för omsorgssvikt, till socialtjänsten. De anmälde bara elva procent av de barn som de trodde for illa. Erfarenheter från

forskningsprojektet lyfte fram flera faktorer som kan tänkas påverka personalen då det gäller hur många barn som uppmärksammades och hur personalen agerade. Att det finns skillnader mellan yrkesgrupperna i hur många barn de identifierade är egentligen inte så förvånande. Varje BVC-sjuksköterska har ansvar för flera hundra barn medan barnomsorgspersonalen har ansvar för betydligt färre barn. Sammanhanget där de möter barnen skiljer sig också åt. Det kan tyckas omöjligt för BVC-sjuksköterskorna att hålla alla sina "sina" barns och familjers situation i minnet. Vår erfarenhet var dock att BVC-sjuksköterskorna var väl medvetna om situationen för de barn, där oron av någon anledning redan väckts. Där oron inte var aktiverad var det svårare att minnas hur barnet hade det. BVC-sjuksköterskor träffar i allmänhet barn och familjer mer sällan än vad barnomsorgspersonalen gör. Dessa träffar barnen så gott som varje dag och har stora möjligheter att se hur barnen reagerar under en rad olika omständigheter. Hur skall man då förstå det faktum att barnomsorgspersonalen anmält så få av de barn som man misstänkte utsatta för omsorgssvikt? En av orsakerna kan vara hur barnomsorgspersonalen förstod innehållet i anmälningsskyldigheten och vad som menades med begreppet "barn som far illa". Det kan också röra sig om oklarheter i när, hur och av vem en anmälan skall göras.

Behovet av en gemensam definition av begreppet barn som far illa dvs. omsorgssvikt

Hur professionella förstår innebörden av begreppet "barn som far illa" har betydelse för hur de tolkar innehållet i den obligatoriska anmälningsskyldigheten. Vilket i sin tur påverkar t.ex. BVC-sjuksköterskors och barnomsorgspersonals möjlighet att uppmärksamma barns utsatthet. I kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen sätts frågan om vilka barn som avses med begreppet *barn som far illa* på sin spets. I förarbetena till den ursprungliga Socialtjänstlagen kan vi läsa vad lagstiftaren menar nämligen barn, vars fysiska och psykiska utveckling är i fara p.g.a. brister i omsorgen eller andra förhållanden i hemmet (Prop. 1978/80:1). För att inte "brister i omsorgen eller andra förhållanden i hemmet skall" påverka barns fysiska och psykiska utveckling i en icke önskvärd riktning krävs att föräldrar tillräckligt bra kan tillgodose barns utvecklingsbehov

inklusive behov av skydd. Föräldrar måste alltså besitta en tillräckligt god omsorgsförmåga.

Behovet av en definition blev tydligt bl.a. av att regeringen för ett antal år sedan tillsatte en kommitté som skulle utreda barnmisshandel och därmed sammanhängande frågor (Dir. 1998:105). I direktiven sades bl.a. att man skulle försöka definiera begreppet barnmisshandel, beskriva dess utveckling och försöka hitta tänkbara förklaringar. I den proposition som regeringen lade fram utifrån kommitténs betänkande avstod dock lagstiftaren från att definiera barn som far illa. I propositionen sägs att ett barn riskerar att fara illa och barnets personliga utveckling riskerar att skadas ”när de utsätts för fysiskt och psykiskt våld, sexuella övergrepp eller när den som vårdar barnet försummar att tillgodose barnets grundläggande behov” (Prop. 2002/03 s. 48–49). Även i Barnskyddsutredningen avstår man från att definiera begreppen *barn som far illa eller riskerar att fara illa*. Ett antal situationer som skall tjäna som riktlinjer i arbetet anges. Situationer som ger god vägledning när det gäller fysiska och sexuella övergrepp, fysisk vanvård och försummelse men som inte ger samma vägledning när det gäller den omsorgssviktsform som visat sig ha störst betydelse för barns utveckling nämligen psykologisk omsorgsvikt.

Erfarenheter från forskningsprojektet visade att det fanns stora skillnader mellan barnomsorgspersonalen i deras tolkning av innehållet i anmälningsskyldigheten. De förknippade lika ofta anmälningsskyldigheten med faktorer som berörde föräldrar som t.ex. misshandel och missbruk, som med faktorer som berörde barn som t.ex. hälsa och utveckling. BVC-sjuksköterskorna däremot använde i allmänhet en mer barnorienterad tolkning. Det visade sig också att de av barnomsorgspersonalen, som använde en barnorienterad tolkning, var bättre på att korrekt identifiera omsorgsvikt hos de barn, som de hade ansvar för.

I den proposition som följde på barnmisshandelskommitténs betänkande betonades vikten av en samsyn om vad som egentligen avses med begreppet *barn som far illa*. Här talas också om de situationer där barn riskerar att fara illa och ”där det är berättigat

att samhället griper in för att skydda och hjälpa barnet” (Prop. 2002/03: 53 s. 49). En sådan samsyn kan vara svår att uppnå utan en gemensam teoretisk och forskningsmässig kunskap om barns utveckling och föräldrars del härvidlag. En sådan gemensam förståelse är särskilt viktig då det gäller föräldrars känslomässiga otillgänglighet dvs. den form av omsorgssvikt som visat sig ha den allvarligaste inverkan på barns utveckling. En hjälp kan vara att använda den definition som redan Henry Kempe på sin tid förordade och som förts till Sverige av Kari Killén redan på 1980-talet. En definition som har stöd både i svensk lagstiftning och i befintlig forskning och som förordas i en av de rapporter som publicerats i forskningsprojektet.

Barn som far illa definieras alltså som *barn vars fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara på grund av föräldrars bristande omsorgsförmåga dvs. omsorgssvikt.*

Omsorgssvikt betyder att det finns allvarliga problem i föräldrars omsorgsförmåga men också en störning i relationen mellan föräldrar och barn. Barn signalerar inte anknytningsbehov och föräldrar svarar inte som de är designade för att göra.

Omsorgssvikt har visat sig påverka barns utveckling. Eftersom effekten ofta startar långt innan eventuella symtom visat sig räcker det emellertid inte med att förlita sig på avsaknaden av synliga symtom för att säkra barns hälsa och utveckling. För att tidigt kunna uppmärksamma barns utsatthet måste uppmärksamheten istället riktas mot andra omständigheter. Den lista på tecken på omsorgssvikt som använts i forskningsprojektet kan vara till god hjälp, då de har sin bas i forskningsbaserad kunskap. Listan på tecken skall, som tidigare nämnts, inte ses som en checklista utan mer som ett hjälpmedel att systematisera sina iakttagelser och sin kunskap om barn och familjer, där professionella tror sig ana omsorgssvikt. Att tecken-listan är användbar för BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal har visat sig i forskningsprojektet. För socialtjänsten kan den vara till nytta t.ex. i utredningsarbetet. Tecken listan kan även här hjälpa till att systematisera den information som samlas in. Här skulle checklistan kunna vara ett

gott komplement till de hjälpmedel som redan används. Tecknen kan vara till god nytta i kommunikationen mellan bl.a. BVC-sjuksköterskor, barnomsorgspersonal och socialtjänsten. Tecknen kan också ett hjälpmedel då utredningen färdigställs, då det blir mycket tydligare vilken form av omsorgssvikt som barn utsätts för och vilka tecken som observerats. En sådan tydlighet hjälper till både i kommunikationen med föräldrar och i förekommande fall med socialnämnd och domstol.

Olika tolkningar av innehållet i anmälningsskyldigheten

Erfarenheter från forskningsprojektet har visat oss att det sätt som vi tolkar innehållet i anmälningsskyldigheten påverkar vår förmåga att identifiera omsorgssvikt. En tolkning som riktar sig mot barns hälsa och utveckling kan få till följd att fler barn identifieras. Den uppdelning som vi fann hos BVC-sjuksköterskorna och personalen inom barnomsorg visade sig ha en motsvarighet i förarbetena till och i litteraturen omkring vår lagstiftning. Den litteratur som skall guida professionella i arbetet. Här kan man se att den mer övergripande målsättningen betonar barns hälsa och utveckling och föräldrars del i den. När det gäller tillämpningen av intentionerna däremot ges exempel som visar på en betydligt snävare tolkning – en mer föräldrainriktad tolkning. Här nämns exempel som missbrukande föräldrar, barn till psykiskt sjuka m.m. Lagstiftarens intentioner kan sägas vara att säkra barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling medan verkställandet d.v.s. hur det skall gå till, pekar i en betydligt snävare riktning. Det är därför inte underligt om tolkningen av innehållet i den paragraf som reglerar anmälningsskyldigheten skiftar mellan olika professionella. Att läsa juridisk text kan ha sina sidor. Det är därför naturligt att luta sig mot de exempel som ges för att förstå vad lagstiftningen egentligen säger. Den personliga tolkningen av vilka barn som avses, kan få allvarliga konsekvenserna för personalens förmåga att identifiera omsorgssvikt. Konsekvensen kan bli kännbar för de barn, vars hälsa och utveckling både personal vid BVC, barnomsorg och socialtjänst skall främja.

En teoretiskt väl förankrad definition av vilka barn som berörs skulle underlätta i arbetet med att säkra barns hälsa och utveckling. De enskilda BVC-sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen har det tillräckligt besvärligt ändå när de skall besluta sig för hur de skall agera utan att arbetet skall försvåras ytterligare genom motsägelsefulla signaler från lagstiftaren och de exempel som guidar oss genom lagstiftningen.

Att fatta beslut på basis av sina iakttagelser

När misstanken om att ett barn utsätts för omsorgssvikt måste BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal besluta sig för hur de skall tänka och agera. Hur skall man tänka om det som föranleder oron? Skall man handla eller inte handla? Vilka steg skall tas och vilka konsekvenserna tänkas bli. Konsekvenser av att inte göra något? En beslutsprocess är i gång, där kvaliteten på det ena beslutet får konsekvenser på beslut som följer därefter.

I andra sammanhang där beslutsfattande studerats har det visat sig att flera faktorer påverkar denna process. En sådan faktor är betydelsen av feedback i anslutning till fattat beslut. Innehållet i den feedback som ges, när i tiden den ges och avsaknaden av feedback påverkar ens förmåga vid beslut som fattas senare i liknande situationer. Professionella som har anmälningsskyldighet och som gjort en anmälan, klagar ofta över att de inte får veta någonting. De vet inte om barn och familj fått hjälp eller ej eller vilken typ av hjälp som erbjudits. Omständigheter som kan ha betydelse för hur de beslutar sig för att agera i liknande situationer i framtiden.

En annan faktor som kan tänkas påverka beslutsprocessen är att människor tycks fatta besluten först och därefter sätta upp skäl som rättfärdigar de redan fattade besluten. Det skulle kunna betyda att vi i t.ex. en barnavårdsutredning bestämmer oss tidigt i processen vartåt det lutar och ägnar resten av utredningstiden till att samla in information som stöder det redan fattade beslutet. Vilka

konsekvenser ett sådant förfarande kan få är uppenbara. Ett annat förfarande som kan få konsekvenser rör barnomsorgspersonal. De arbetar i arbetslag där medlemmarna talar med varandra om de svårigheter som man uppfattar. Att tala med varandra är ofta bra. Det ger en möjlighet att tillsammans öka förståelsen för det som barnet signalerar och att utifrån en sådan förståelse utarbeta en plan för hur man kan gå tillväga. Att tala med varandra kan dock också vara riskfyllt. Den oro som någon i arbetslaget med rätta känner kan i samtalet med kollegorna ”späs” ut och leda till att beslut fattas för tidigt och på oklara grunder vilket i värsta fall kan få förödande konsekvenser för de berörda barnen.

Både BVC-sjuksköterskor och personal inom barnomsorgen har möjlighet att konsultera andra professioner knutna till verksamheten som t.ex. psykologer och socialarbetare. Deltagarna i forskningsprojektet hade samtliga tillgång till psykologer i verksamheten. De fick alla handledning av sina psykologer. BVC-sjuksköterskorna i två av stadsdelarna hade dessutom tillgång till socialarbetare, vilket inte barnomsorgen hade.

Konsultation och handledning är ett forum där personalen kan gå igenom den information man har och de observationer som gjorts. Personalen får hjälp att koppla samman sin oro, sina iakttagelser och sin information med befintlig kunskap och på så vis få hjälp att fatta välgrundade beslut om hur att agera.

De får möjlighet att ventilera olika frågor som relationen till både barn och föräldrar väcker och hur de skall kunna motivera föräldrarna till delaktighet. De får också hjälp med att utvärdera vad som gjorts tidigare och hur effekten av detta blivit och därmed få hjälp med att förhindra att beslut fattas för tidigt i beslutsprocessen.

Forskningen kring beslutsfattandets psykologi har visat oss fler faktorer som har betydelse för beslutsprocessen, nämligen kvaliteten på kunskapsinhämtandet och hur de alternativ, som står oss till buds, är formulerade. Kvaliteten på kunskapsinhämtandet betyder både information om det enskilda barnet och dess familj och forskningsbaserad kunskap om barns utveckling och föräldrars del samt omsorgssvikt. Det förefaller rimligt att tro att tillgången till

respektive bristen på relevant kunskap påverkar resultatet i endera riktningen. Hur alternativ är formulerade har också visat sig ha betydelse för riktningen på beslutsprocessen. Ett och samma problem eller alternativ kan uttryckas på olika sätt, vilket kan ge olika associationer som i sin tur kan leda till att olika beslut fattas. Om vi översätter kunskapen om beslutsfattandet till arbetet med att identifiera omsorgssvikt blir de formuleringar som används i lagstiftningen viktiga. Ett exempel på det kan vara en formulering som står om barnavårdsutredningar. Här sägs att ”utredningen inte skall göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet” (SOU2009:68, s. 48). Många uppfattar det så att man skall ta reda på så lite information som möjligt. Vilket inte alls är avsikten med skrivningen utan istället att utredningen skall göras så omfattande som behövs för att Socialnämnden skall kunna fatta beslut. Både språket och kunskapsinhämtandet har med andra ord betydelse för vilket beslut som fattas. Det finns all anledning att tro att de faktorer som visat sig ha betydelse för beslutsfattande i allmänhet också påverkar BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal, när de skall fatta beslut om vilka steg som skall tas då de misstänker omsorgssvikt. De ord som används i gällande lagtext och i den vägledande litteraturen kan ha stor påverkan på beslutsprocessen. Ett exempel på formuleringar som kan tänkas påverka BVC-sjuksköterskorna, barnomsorgspersonalen och andra professionella i deras beslut att anmäla eller inte anmäla är ordvalet i den paragraf som reglerar anmälningsskyldigheten. Där sägs bl.a. att ”nämnden behöver ingripa till ett barns skydd” (Norström & Thunved, 2010, s. 293). Ordet *ingripa* kan ge associationer till aktivt handlande. Många av dem, som arbetar med barn och familjer och som har anmälningsskyldighet, kopplar samman anmälningsskyldigheten med ett ingripande från socialnämndens sida dvs. omhändertagande. Ord som *ingripa* kan förstärka den uppfattningen istället för att ge möjlighet för barn och familjer att få hjälp och stöd, vilket var lagstiftarens intentioner. Den kunskap som växt fram i beslutsforskningen visar sig alltså ha stor betydelse även när det gäller omsorgssvikt och den process som leder till att barns utsatthet uppmärksammas och, när så är nödvändigt, anmäls till socialtjänsten.

Hur kan vi göra?

Som sagts tidigare utgör barnomsorgspersonal och BVC-sjuksköterskor nyckelpersoner när det gäller att tidigt uppmärksamma barn som utsätts för, eller riskerar att utsättas för, omsorgssvikt. De har utomordentliga tillfällen att motivera familjerna till insatser av olika slag. I synnerhet personal inom barnomsorgen är vana vid att observera barn och tala med föräldrar. De visade sig vara oerhört bra på att se tecken på omsorgssvikt men kopplade inte samman det de såg med omsorgssvikt. BVC-sjuksköterskorna är också vana vid tala med föräldrar och att observera barn och föräldrar om än under lite andra omständigheter. De hade stor kunskap om de barn som de redan identifierade som ”barn som far illa”. När det gällde tecken på omsorgssvikt hade de inte samma möjlighet att observera som barnomsorgspersonalen. BVC-sjuksköterskorna såg förutom tecken på omsorgssvikt även andra företeelser/karakteristika som inte anses som tecken på omsorgssvikt. Det finns tydligt ett behov av ökad kunskap om vad som är omsorgssvikt och varför det utgör ett så stort hot mot barns utveckling. Teckenlistan används redan som hjälpmedel vid vissa BVC-centraler och kan vara till god hjälp för många fler. I synnerhet när det gäller tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen, där existerande riktlinjer inte ger så god guidning. Kunskapen behöver anpassas efter vad vi idag forskningsmässigt vet om omsorgssvikt. Behovet av att höja kompetensen i den professionella världen har påtalats bl.a. i Barnskyddsutredningen. Det vore önskvärt att kompetenshöjningen började redan på universitetens grundutbildningsnivå för att sedan fördjupas genom vidareutbildningar. Detta gäller inte bara personal inom barnomsorg och BVC utan även för de socialarbetare som arbetar inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg t.ex. med barnavårdsutredningar.

Det finns vissa ingredienser som bör ingå i en sådan kompetenshöjning som en gemensam teoretisk referensram och forskningsmässig kunskap om omsorgssvikt. Många kommuner gör idag det möjligt för sina medarbetare att skaffa sig vidareutbildningar med inriktning mot anknytning och omsorgssvikt, men inte alla. Att vidareutveckla barnavårdsutredandet genom att använda forskningsbaserade hjälpmedel när det gäller att förstå anknytningen hos barn och föräldrar och identifiera omsorgssvikt vore önskvärt. Kvaliteten på utredningarna skulle höjas ytterligare

vilket har betydelse för rättsäkerheten. Allt för att göra det möjligt för barn och familjer att få tillgång till de insatser som de behöver.

Idag finns tillgång till forskningsbaserade insatser för små barn och deras föräldrar och som redan används i det praktiska arbetet. Exempel på sådana insatser är ”Vägledande samspel” (ICPD) som utvecklats i Norge och ”De otroliga åren” som har sitt ursprung i forskning kring utagerande barn i Oregon, USA. En annan insats som ännu inte används i Sverige är ”Promoting Positive Parenting” som är en anknytningsbaserad insats från Leiden i Holland. För att få tillgång till insatser krävs att utsattheten först uppmärksammas. Att arbeta samman i team är något som ofta framförs som en hjälp till att uppmärksamma barns utsatthet. Resultaten från forskningsprojektet visar både på fördelarna och på de faror som kan finnas. Det är lättare att tala med någon som man känner och har förtroende för om så svåra ting som att bekymra sig för att ett barn utsätts för omsorgssvikt. Förhoppningsvis leder samtalen till att barn och familjer får den hjälp de behöver. Oron kan dock ”pratas bort”, vilket är en av farorna. I de kommuner där det finns Familjecentraler har forskningen visat att de olika professionerna ser många fördelar med att arbeta tillsammans. Ännu vet vi emellertid inte om fler barn som utsätts för omsorgssvikt uppmärksammas och får tillgång till stödjande insatser. Vi hoppas på att sådana studier följer, då Familjecentralen mänskligt att döma kan utgöra en viktig komponent i arbetet med att identifiera omsorgssvikt. Det förutsätter dock att deltagarna förutom sin yrkesspecifika kunskap också har en gemensam kunskapsbas som gör att man talar samma språk.

Referenser

- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytnings-teorin*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (2006). *Developmental Psychopathology. Volume 3: Risk, Disorder and Adaptation. Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Second edition*. New York: Guilford Press.

- Forskningsseminarium om familjecentraler mars 2008. Stiftelsen Allmänna Barnhuset
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Killén, K. (2009). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer. Andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Norström, C. & Thunved, A. (2010). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2010 Tjugotredje upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Barnskyddsutredningens slutbetänkande. Socialdepartementet
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlsson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*. Report to Congress.

Barnhuset har gett ut följande böcker

Att intervjua barn – vägledning för socialsekreterare, 2010:4, Ann-Christin Cederborg (omarbetad och uppdaterad version av boken 2005:1)

Barns och ungas rätt i vården, 2010:3, Maja Söderbäck (red)

Har alla här en förälder i fängelse? En stödgruppsmodell för barn med frihetsberövade föräldrar. 2010, Titti Schönbeck. Utgiven i samarbete med Arvsfonden och RiksBryggan

Att bygga kompetens för kvalificerade utredningar av barn och unga – Analys av situationen i sju kommuner i Uppsala län för personalförsörjning av utredande socialsekreterare, 2010:2, Anna-Lena Lindquist (red.)

Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer av före detta fosterbarn, 2010:1, Kristian Tilander & Monica Westberg

NU – inte senare! Om att hjälpa barn i tid och om klok samhällsekonomi, 2009:3, Bitte Lundborg

Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionsnedsättning, 2009:2 (ny redigerad utgåva)

Barn som lever med skyddade personuppgifter, 2009:1, Barbro Hindberg m.fl.

Att göra skillnad – könsperspektiv i socialt arbete med barn och ungdomar, 2008:3, Ingrid Claezon

Utsatt barndom – olika vuxenliv. Ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård, 2008:2, Gunvor Andersson

Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga, 2008:1, Rigmor Stain (red.)

Barnhuset har gett ut följande rapporter

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

Det späda barnet som anhörig – Hur kan vi forma hållbara strukturer för att uppmärksamma det späda barnets behov när en förälder har en psykisk sjukdom? 2010, dokumentation från seminarium

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner – för och efter deltagande i Bojens grupprogram, Delrapport 2, 2010, Karin Grip, Anders Broberg, Kjerstin Almqvist

Att läsa är livsviktigt – om familjehemsplacerade barns läsning och skolgång, 2010, Gia Kjellén

Att lämna en destruktiv relation – mammor som utsatts för våld av sin före detta partner berättar om sin situation och hur de hanterat den, Delrapport 1 2009, Jenny Lundgren, Stina Hillman & Anders Broberg

Sexuell exploatering av barn och ungdomar – vad vet de som möter barnen? En inventering av kunskaps- och resursbehov, 2008

Sexuell exploatering av barn och ungdomar. Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004–2008, Gisela Priebe

Böcker och rapporter utgivna tidigare finns på Barnhusets hemsida www.allmannabarnhuset.se

När föräldrars förmåga brister har samhället ett ansvar att se till att barn får sina utvecklingsmässiga behov tillfredsställda. Det finns idag insatser för små barn och deras föräldrar som visar på goda resultat men för att få tillgång till rätt stöd krävs att utsattheten först uppmärksammas. Barn som far illa dvs. utsätts för omsorgssvikt visar sin omgivning på olika sätt att de inte har det tillräckligt bra. BVC-sjuksköterskor och förskolepersonal är några av de vuxna som finns i barnens omgivning och som därmed har stora möjligheter att tidigt uppfatta barns signaler.

Vad är det som de professionella reagerar på? Sätter de samman sin oro och sina iakttagelser med den kunskap de har om barns behov? Vilka faktorer påverkar beslutet om att agera eller inte? Dessa frågor ställdes i forskningsstudien "Hur mår förskolebarnen?" Kunskapen och erfarenheterna från detta forskningsprojekt utgör grunden för denna bok.

Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling i arbetet med utsatta barn och ungdomar. Barnhuset ger anslag till socialt inriktad barn- och ungdomsforskning, driver egna utvecklingsprojekt, anordnar konferenser och seminarier för att sprida kunskap samt ger ut böcker i aktuella frågor.

Böcker kan beställas från Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida
www.allmannabarnhuset.se

ISBN 978-91-86759-00-1