

Barnets Bästa i Främsta Rummet



Dokumentation från den nationella familjecentralskonferensen som hölls på SundspärLAN i Helsingborg den 14-15 maj 2013.



Kommunförbundet Skåne



Härliga dagar i Helsingborg!

De drygt 600 konferensdeltagarna fick två intensiva och lärorika dagar i Helsingborg. De fick dessutom tillfälle till nätverkande och social samvaro.

Några av bilderna är från när Helsingborgs borgmästare, Carin Wredström, bjöd på drink och tilltugg i Helsingborgs vackra rådssalar till toner av en jazztrio. Andra är från festmiddagen på Sundspärlan där pianisten, körledaren och visartisten Nadja Eriksson, underhöll. Först vid flygeln till fördrinken och sedan under den goda trerättersmiddagen där hon med text och musik berättade om sin barndom som den rotlösa fosterhemsflickan som såg sin spegelbild i det svarta, blanka gamla pianot.



FFFFs nyvalda styrelse 2013





Innehåll

Förord.....	4	Det första mötet, hud mot hud direkt efter förlossningen och tiden därefter – hur främjar vi den första viktiga tiden?.....	29
Inledning.....	5	<i>Sofia Zwedberg</i>	
Föreläsningar			
Alla barn – varje barn Om barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälsovård	7	Region Skånes erfarenheter av styrning för fler familjecentraler.....	31
<i>Marie Köhler</i>		<i>Johan Larsson</i>	
Att stärka barnets rättigheter på familjecentralen – Vad krävs och hur kan vi arbeta?.....	11	Familjecentralens arbete ur barnrättsperspektiv....	33
<i>Monika Gustafsson-Wallin</i>		<i>Lars Olsson</i>	
Anknytning i förskolan – vikten av trygghet i lek och lärande.....	14	Ambulatoriegruppen – för gravida kvinnor med beroendeproblematik och deras barn.....	35
<i>Anders Broberg</i>		<i>Pia Davidsson och Lisbeth Källström</i>	
Aktuella frågor om etik och barnets rättigheter....	18	Forskning om omsorgssvikt och anknytning.....	36
<i>Staffan Janson</i>		<i>Kari Killén</i>	
Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.....	22	Goda exempel från familjecentraler.....	38
<i>Ragnwi Marcelind</i>		Det ofödda barnets rättigheter, barnmorskans perspektiv samt vinster med samarbetet i en familjecentral.....	38
Barns syn på vuxna – att komma nära barns perspektiv.....	24	<i>Lotta Jeppsson</i>	
<i>Elisabeth Arnér</i>		Att bygga broar – ett vinnande koncept.....	40
Seminarier			
Jämställt föräldraskap – barns rättigheter och föräldrars skyldigheter.....	26	<i>Birgitta Salomonsson, Maria Sundvall, Safiya Barre, Åsa Jonsson</i>	
<i>Ylva Elvin-Nowak</i>		Att omsätta barnkonventionen i praktiskt handlande.....	42
Verktyg för lärande om barns rättigheter – hur kan vi som arbetar på familjecentraler samt barn och föräldrar, lära mer om barnets rättigheter?.....	28	<i>Susann Swärd</i>	
<i>Monica Gustafsson-Wallin</i>			



Barnets Bästa i Främsta Rummet

Välkomna till denna dokumentation från Föreningen för familjecentralers främjandes (FFFF) nationella årskonferens, Barnets Bästa i Främsta Rummet, som hölls i Helsingborg den 14-15 maj 2013.

Temat för konferensen var Barnkonventionen. Denna viktiga konvention som undertecknats av de allra flesta länderna i världen, syftar till att ge barn oavsett bakgrund rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Bland annat ska barnets bästa komma i främsta rummet i alla åtgärder som rör barn. Syftet med konferensen var att förmedla kunskap, erfarenhet och många goda exempel från forskning, praxis och samverkan i barnrättsfrågor. En angelägen konferens!

Konferensen arrangerades tillsammans med Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. Båda organisationerna har ett stort engagemang i en fortsatt uppbyggnad och utveckling av familjecentraler som arena för det tidiga föräldrastödet.

Konferensstaden Helsingborg, ofta kallat Sundets pärla, gav dessutom prov på mycket stor gästfrihet.

Barnets Bästa – i främsta rummet hölls i det gamla anrika danspalatset Sundspärlan, numera en modern konferens- och eventanläggning belägen ett stycke upp på den sluttning ner mot Öresund som staden är byggd på. Fortfarande bjuds det ofta upp till dans i lokalerna och här arrangeras många konserter. Det rekordstora deltagarantalet, 615 personer från hela Sverige, fick smidigt plats i lokalerna.

Vi hoppas att denna dokumentation ger en bra bild av allt det vi fick oss till livs under de två intensiva dagarna i Helsingborg i maj.

Trevlig läsning!

Tinna Cars-Björling,
avgående ordförande FFFF



Konferenskommittén i Helsingborg, från vänster: Liselott Christensson, Ylva Thor, Susanne Trade, Christine Lennartson, Gunilla Olivius, Britt-Louise Jönsson, Ann-Sofie Roslund-Petersson, Ingela Sjöberg, Anna-Maria Troedsson, Carina Prabl och Sara Lindeberg.



Moderator Jesper Aspegren

"Det mänskliga mötet leder till möjliga förbättringar"

Jesper Aspegren, författare och känd skånsk mediaprofil från TV, med programledar- erfarenhet från bland annat Sköna söndag, Antikrundan och Aspegren mitt i maten, axlade moderatorskapet för de två dagarnas intensiva program på ett mycket trevligt sätt.

En mindre känd talang hos Jesper, visade sig vara hans skicklighet att korrekt skära upp den skånska specialiteten spettekakan. Denna färdighet kom senare till stor nytta, inför eftermiddagens kaffepaus. Gift som han är med en barnmorska, berättade han, var han även på ett personligt plan intresserad av konferensens tema. Med 615 församlade konferensdeltagare, påpekade han att det var en enormt stor kunskap som nu samlats på Sundets pärla och han betonade att det är viktigt att träffas i verkligheten. Det mänskliga mötet leder till förändringar och möjliga förbättringar, konstaterade han innan han presenterade Carin Wredström, borgmästare i Helsingborg stad.

Carin Wredström, borgmästare, Helsingborg stad

"Välkomna till Sveriges mest fantastiska stad"

Carin Wredström, Helsingborgs borgmästare, hälsade alla deltagare välkomna till Helsingborg, "Sveriges mest fantastiska stad!". Det gjorde hon på ett mycket engagerande sätt och med stöd av ett härligt bildspel som skulle göra vilken turistchef som helst avundssjuk och 615 konferensdeltagare definitivt sugna på att förlägga en del av sommarsemestern till Skåne och "Sundets pärla".

Helsingborgare vill väldigt gärna dela med sig av sin stad till sina gäster, berättade Carin Wredström. Hon och staden visade denna gästfrihet genom att till eftermiddagen bjuda in på visning av stadens vackra rådhusar och där bjuda på champagne och smittor. Staden bjöd också alla konferensdeltagare på var sitt kulturkort som gäller som fri entré till de flesta av Helsingborgs kultur- begivenheter under två valfria dagar under året. Mycket flott!

Carin Wredström avslutade med att säga att det är tack vare nuvarande regionrådet Birgitta Södertun, tidigare kommunalråd i Helsingborg, som alla Helsingborgare idag känner till vad en familjecentral är.



Birgitta Södertun, regionråd, ordförande i folkhälsoberedningen, Region Skåne

"En oerhört viktig konferens med ett viktigt tema"

Regionrådet Birgitta Södertun tackade för introduktionen och hälsade välkommen till vad hon kallade en oerhört viktig konferens med ett viktigt tema, Barnets bästa i främsta rummet. Hon har själv en bakgrund som barnmorska och arbetade, i slutet av 1990-talet, på den första familjecentralen i Helsingborg. Betydelsen av familjecentraler för det hälsofrämjande arbetet har hon, burit med sig i sina politiska uppdrag.

Först som kommunalråd i Helsingborg och numera som regionråd i Region Skåne.

Birgitta berättade att Region Skåne har den utmanande visionen: "Livskvalitet i världsklass" och en verksamhetsidé där regionen står för hälsa, hållbar utveckling, innovation, tolerans och tillväxt.

Utgångspunkten i alla samhällsbeslut måste vara barnen och barnfamiljerna, menade hon. I Skåne finns det 106 000 barn i åldern 0-6 år och det föds cirka 15 000 barn varje år. Det innebär att det är ett ständigt pågående utvecklingsarbete. I det arbetet spelar familjecentralerna en central roll.



En familjecentral med sin bas i de fyra samverkande verksamheterna; mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst, har en unik förmåga att se till hela barnfamiljens behov.

Birgitta Södertun berättade att hon är stolt över att Helsingborg har sex familjecentraler eller familjecentralslänkande verksamheter och att Region Skåne totalt har 27 sådana verksamheter. De 27 familjecentralerna är fördelade på 15 kommuner i regionen. Det innebär att drygt hälften av de totalt 33 kommunerna fortfarande saknar familjecentral. Det finns således fortfarande mycket att arbeta med även i Skåne, konstaterade hon.

Region Skåne tror på familjecentraler och vill satsa på den verksamheten. Det gör även många kommuner. I Helsingborg har till exempel socialnämnden i sin budget för 2014 avsatt en miljon extra kronor på den fortsatta utvecklingen av familjecentraler i kommunen, avslöjade Birgitta.

Familjecentralerna är en mycket viktig strategisk del i det långsiktiga folkhälsoarbetet. Hälsöfrämjande och förebyggande aktiviteter måste påbörjas tidigt. Därför är alla som arbetar på familjecentraler så viktiga. I er roll kan ni göra skillnad, sa hon; för barnen, familjerna och folkhälsoarbetet samt inte minst för att stärka barnens rättigheter.

Tinna Cars Björling, avgående ordförande FFFF

”Det viktigaste i hela världen – att arbeta och samarbeta för våra barns bästa”

Tinna Cars Björling avslutade välkomsttalen med att även från föreningens sida hälsa alla välkomna till det vårgroa och fina Helsingborg och konferensen Barnets bästa i främsta rummet. Hon tackade konferenskommittén som gjort ett fantastiskt arbete och påpekade att hon nog delade känslan med alla deltagare av att känna sig mycket väl mottagen.

Intresset för den nationella familjecentralskonferensen bara ökar, konstaterade hon sedan. Över 600 personer fanns samlade i Helsingborg. Året dessförinnan, i Uppsala, var det 450 personer och ytterligare ett år tidigare, i Umeå, var det 350 personer. Var ska det här sluta, frågade hon sig?

Tinna berättade att hon är oerhört stolt och glad över att representera en förening som står för det viktigaste i hela världen, nämligen att arbeta och samarbeta för våra barns bästa. Detta, det allra viktigaste, står nu i fokus under två dagar i Helsingborg. Därför är det extra glädjande, menade hon, att familjecentralskonferenserna slår rekord i antalet deltagare gång på gång. Inget kan ju vara viktigare!

Trots att det måste ha varit en utmaning för konferenskommittén organisatoriskt att skapa utrymme för en intim stämning fast så många är samlade, menade Tinna att det redan kändes att det inte skulle bli några problem alls med det. Hon avslutade med att hälsa välkommen också till föreningens årsmöte under konferensens andra dag.



Alla barn – varje barn

Om barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälsovård

Marie Köhler, verksamhetschef/barnhälsovårdsöverläkare,
Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne

Alla barn – varje barn som det står i föreläsningens titel. Det är lite olika innebörd i det. Vi är vana, inledde Marie Köhler, med att tänka på barns rättigheter i allmänhet, men i konventionen för barns rättigheter handlar det om barnet, det vill säga varje barn. Varje barn som har rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälsovård. Hennes föreläsning handlade om detta; barnets rättigheter, barns hälsa och samhällsperspektivet utifrån *Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö*.

I bakgrunden för föreläsningen låg barnkonventionens Artikel 24: Hälsa och sjukvård:

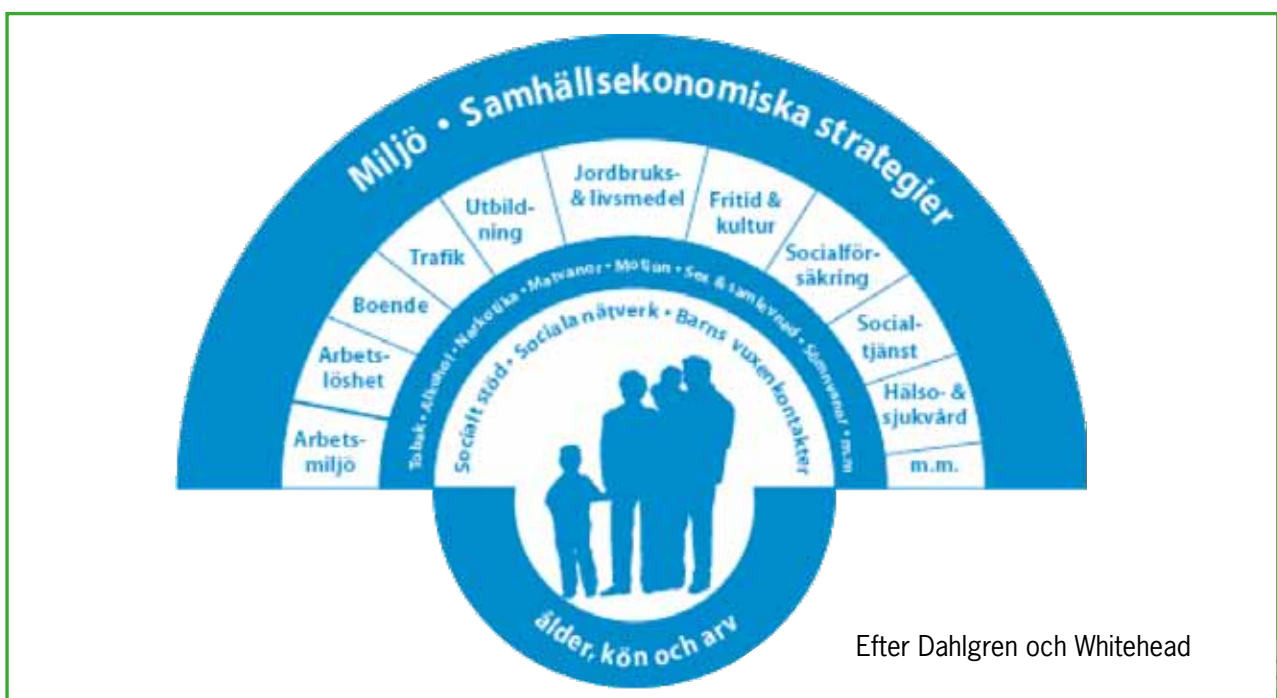
”Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.”

Hälsan ser mycket olika ut i världen, konstaterade Marie. Den förväntade livslängden är en variabel som mäter hälsa och den skiljer sig mycket åt. I Japan och Sverige ligger medellivslängden på över 80 år. I Brasilien är den 72 år,

Indien 63 år och i Sierra Leone under 50 år. Det finns ingen biologisk förklaring till skillnaderna utan de beror på sociala faktorer. Hälsan är olika men det som bestämmer hälsan är gemensamt för alla länder.

Hälsans bestämningsfaktorer

I bilden har man barnet med ålder, kön och arv i sin familj som utgångspunkt. Arvet och miljön samverkar. Man vet idag att även arvmassan kan påverkas av miljön, förklarade Marie. Barnets och familjens hälsa påverkas av vilket socialt stöd som finns i form av nätverk och i barnets fall, av positiva vuxenkontakter. Hälsan påverkas också av ”valet” av levnadsvanor som; tobaksrökning, alkohol, motion, matvanor, sexuella relationer och sömn, etc.



Efter Dahlgren och Whitehead

Dessa påverkar hälsan i hög grad och beror också ofta på miljön. Samhällspåverkade faktorer som; arbetsmiljö/arbetslöshet, boende, utbildning och tillgång till hälso- och sjukvård, spelar en stor roll för barnets hälsa. Det gäller både indirekt via föräldrarna och direkt genom till exempel barnets egen arbetsmiljö i förskolan. Allt detta plus miljö, politik, samhällsekonomi påverkar alltså barnets hälsa.

Två läsvärda böcker

Statussyndromet – Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden, Michael Marmot (2006).

Marmot skriver i boken om statustrappan som är direkt kopplad till hälsa. Trappan kan vara flack, det vill säga mer jämlik eller brant, mer ojämlik. Stor ojämlikhet i samhället innebär stora skillnader i hälsa och det omvända.

Jämlikhetsanden ... Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen, Richard Wilkinson/ Kate Pickett (2010).

I Jämlikhetsanden sammanfattar Wilkinson och Pickett sin omfattande forskning. De visar hur graden av ojämlikhet i ett samhälle påverkar hur vi mår både fysiskt och psykiskt: hur länge vi lever; hur vi lyckas med våra studier; hur vanliga tonårsfödslar är; hur utbredd fetman är; hur mycket kriminalitet och våld som finns; hur stor den sociala rörligheten är, med mera. Ojämlikhetens skadeverkningar visar sig vara långt större än vad man hade kunnat föreställa sig. Ojämlikheten är en avgörande faktor bakom en rad centrala sociala och hälsorelaterade problem i rikare samhällen.

Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö

Bakgrunden till att Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö tillsattes, är att Kommunstyrelsen i Malmö bestämt sig för att aktivt och i politiskt samförstånd styra mot ett nytt Malmö med byggande, innovation, multikultur och kunskap som ledord. Den gamla arbetarstaden med tunga industrier, hade haft många år av negativ utveckling sedan bland annat varvsindustrin gick i graven. Från arbetarstad till kunskapsstad. På många plan har man lyckats, konstaterade Marie men påpekade att det finns en baksida.

Marie nämnde ett exempel från Malmös baksida, området Mosippan i utkanten av Malmö som hon besökt för barnhälsovårdens räkning i ett projekt som man startade tillsammans med skolhälsovård, tandhälsovård och Malmö Stad. Det är ett område dit hemlösa barnfamiljer blir hänvisade. Det rädde när hon var där en ren missär och stor fattigdom som gjorde det svårt att förstå att det var i Sverige, berättade Marie. Dessa barn innefattas i begreppet barnfattigdom.

Definitionen för barnfattigdom i Sverige är, enligt Rädda Barnen, barn i familjer som får försörjningsstöd och/eller vars tillgängliga inkomster inte räcker till nödvändiga utgifter. I Rädda Barnens årsrapport, *Barns ekonomiska utsatthet* (2012), konstateras att några grupper är särskilt utsatta för barnfattigdom: barn till ensamstående föräldrar (3 ggr högre risk) och barn till utlandsfödda föräldrar (5 ggr högre risk).

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter har alla barn rätt till en skälig levnadsstandard oavsett föräldrarnas ekonomiska situation. Barn har rätt till lek och fritid under årets alla månader. Barn har även rätt till hälsa, lika utbildning och trygghet.

Under 2010 levde, enligt Rädda Barnen, 242 000 barn i fattigdom – det vill säga ungefär 13 procent av alla barn i Sverige. Barns ekonomiska utsatthet ökar, snarare än minskar. Tre bostadsområden i Malmö toppar listan för andelen barn som lever i fattigdom i storstäderna; Rosengård (62,3%), Södra Innerstaden (47,2%) och Fosie (46,1%).

Med kunskap om att det finns en baksida i Malmö, att barnfattigdomen i Malmö totalt ligger på 32,7 procent, vilket är högst i Sverige samt att det råder stora och växande skillnader i hälsa beroende på bostadsområde, tillsattes en politiskt oberoende kommission.

Kommissionen fick i uppdrag av Kommunstyrelsen i Malmö att:

- Ta fram ett vetenskapligt underlag som bas för hur hälsan ska kunna förbättras för alla Malmöbor, särskilt de mest utsatta.
- Utarbeta förslag till strategier för att minska skillnader i hälsa och förbättra livsvillkoren bland Malmöborna.

Malmökommissionens arbete bygger på WHO-kommissionens rapport *Closing the gap in a generation*, från 2008. Den kommissionen, ledd av den brittiske forskaren Michael Marmot, har på ett övertygande sätt påvisat sambandet mellan de faktorer i samhället som orsakar ohälsa och den ojämlika fördelningen av hälsa i befolkningen. Man kallar dessa faktorer för hälsans sociala bestämningsfaktorer. I WHO-rapporten slår man fast att en ojämlik fördelning av dessa sociala bestämningsfaktorer ligger bakom den ojämlika hälsan. Enligt Marmot och hans medarbetare i rapporten är det djupt omoraliskt att inte genast vidta åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsa när orsakerna är kända och påverkbara och det kan ske med rimliga insatser.

Marmotkommissionen slog fast att:

- ”Social orättvisa gör att många människor dör i onödan.”
- ”...det är etiskt tvingande att utjämna ojämlikheten i hälsa”.

Malmökommissionen – första lokala kommissionen för att minska skillnader i hälsa

Malmökommissionen började sitt arbete 2011 och la fram sin rapport i mars 2013, som en av världens första lokala kommissioner för minskade skillnader i hälsa. Under två år har Malmökommissionens fjorton medlemmar samt ordförande och sekretariat tillsammans med många andra forskare och experter med förankring i nationell och internationell forskning, publicerat 31 vetenskapliga underlagsrapporter där sammanlagt drygt 200 förslag till åtgärder presenterats.

Slutrapporten från Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö finns att ladda ner på: www.malmo.se/kommission

Barn i Malmö – skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa

Marie Köhler ingick i kommissionen och ansvarade där för att ta fram rapporten, *Barn i Malmö – skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa* (2012), en form av antologi där flera olika forskare bidragit inom områdena:

- Barnhälsovård
- Mödrahälsovård
- Elevhälsa
- Tandhälsa
- Barnhälsovetenskap
- Barn och vårdökande
- Barnolycksfall
- Barnmisshandel
- Hemlösa barn
- Barn och psykisk ohälsa hos föräldrar
- Barn med föräldrar i fängelse
- Fäders betydelse för barns hälsa
- Nyanlända barn, flyktingbarn
- Tolken betydelse
- Barns lekar och rörelse

Man fann starka samband mellan låg socioekonomisk status och ohälsa inom flera olika områden.

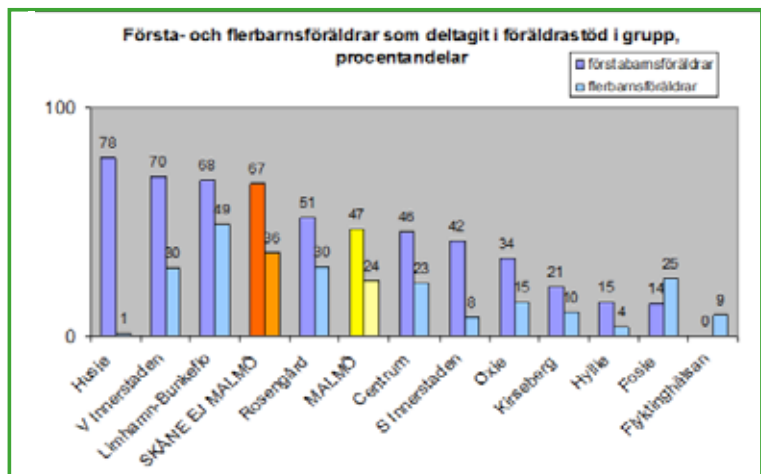
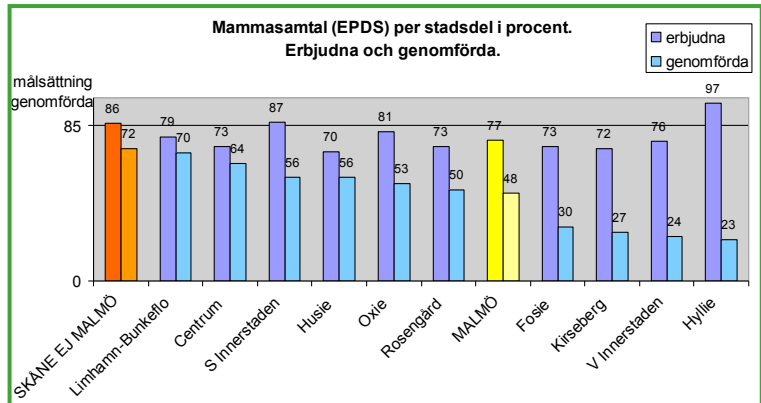
För gravida kvinnor var samband mellan låg socioekonomisk status och ohälsa hög avseende; tonårsgraviteter, tobaksbruk, övervikt/diabetes, sämre psykisk hälsa. Det vill säga det var fler tonårsgraviteter i områden med socioekonomiskt lägre status, och så vidare.

För de yngsta barnen 0-5 år var risken att utsättas för tobaksrök, få karies, att inte bli ammad och att ha övervikt/fetma, större i stadsdelar med lägre social status. Marie visade flera grafer från rapporten med belägg för detta.

”Det är djupt omoraliskt att inte genast vidta åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsa när orsakerna är kända och påverkbara och det kan ske med rimliga insatser.”

Ur WHO-kommissionens rapport; Closing the gap in a generation

Man har studerat barnhälsovårdens arbete under 2011 med mammassamtal (EPDS) som screenar för depression och jämfört erbjudna respektive genomförda samtal per stadsdel. Man har också jämfört andelen första- och flerbarnsföräldrar som deltagit i föräldrastödsgrupp i de olika bostadsområdena. Se respektive diagram:



Källa i båda diagrammen ovan: Årsrapport BHV Region Skåne 2011.

Marie konstaterade vad gäller Barnhälsovården i Malmö att:

- Barns hälsa är ojämlikt fördelad.
- Barnhälsovården är ojämlikt fördelad.
- Det generella programmet är inte tillräckligt.
- Ett medicinskt fokus dominerar. De sociala och psykologiska aspekterna kommer inte automatiskt med.

Familjecentralernas inverkan

Kunskapscentrum för BHV i Region Skåne har undersökt familjecentralernas inverkan på BHV-resultat inom följande områden (neg (-), neutral (0), pos (+)):

- Amning, rökning, övervikt/fetma: 0
- Vaccinationstäckning: 0
- Hembesök, mammassamtal, föräldrastöd i grupp: +
- Anmälningar till och samverkan med socialtjänsten: ++

Vad gäller framförallt hembesök, mammassamtal, föräldrastöd i grupp samt, i ännu högre utsträckning, anmälningar till och samverkan med socialtjänsten, kan familjecentraler visa att de är mer framgångsrika än motsvarande barnhälsovård.

Barn med försvårade livsvillkor

- Barnfattigdom
- Barn som far illa
- Hemlösa barn
- Barn till föräldrar med psykisk ohälsa
- Barn till frihetsberövade föräldrar
- Nyanlända barn
- Papperslösa barn

Nyanlända barn är en grupp barn med försvårade livsvillkor. Det visade sig vid rapportarbetet att det saknades statistik över hur många nyanlända barn som kommer till Malmö idag eller en samlad kunskap över hur de tas emot. Får de här barnen lika god vård och har de lika god hälsa som andra barn? Räkna de här barnen lika mycket, frågade sig Marie. Det måste man kunna svara på för att kunna erbjuda alla barn, varje barn, rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälsovård.

Man vet att en trygg och god, inkluderande vardagsmiljö har en stor betydelse i det hälsofrämjande arbetet för alla barn, även flyktingbarn; föräldrar och familj, förskola/skola samt vänner och fritid. Det svenska samhället misslyckas ofta med att erbjuda nyanlända barn detta. Marie gav två exempel på detta genom barn hon själv träffat:

Lilla Mira, 10 månader föddes i Sverige. Hennes mamma flydde medan hon var gravid och har inte fått uppehållstillstånd. Mira behövde hjälp, men eftersom mamman och hon är papperslösa tog inte socialnämnden sig an familjen.

Jamila, 5 år, är ett annat exempel, hon tillhör en stor somalisk familj som består av mamma, pappa och nio syskon. Familjen blev vräkt på grund av ”för mycket spring i trappan”. Familjen hamnade så småningom på Mosippan, den plats i utkanten av Malmö som Marie beskrev i början av föreläsningen, där Jamila mår mycket dåligt.

Hur gör man för att bevaka också de här barnens rättigheter, frågade sig Marie?

Forskaren Staffan Janson har deltagit i Malmörapporten. Marie Köhler tipsade om att ta del av hans bidrag om kända riskfaktorer i familjen, som: unga föräldrar; upplevt våld; kränkningar och övergrepp; låg utbildning; psykisk sjukdom/missbruk; kriminalitet; intellektuell funktionsnedsättning; partnervåld; social deprivation (ekonomi, bostad, arbete, nätverk); stora hushåll och ”kultur” som tillåter misshandel.

Staffan Janson har beräknat att risken för misshandel ökar med vissa faktorer.

- Svag ekonomi multiplicerar riskfaktorn med 3.
- Utlandsfödda barn multiplicerar riskfaktorn med 3.
- Ensamstående föräldrar multiplicerar riskfaktorn med 2,5.
- Flera riskfaktorer accelererar riskökningen.

Proportionell universalism

”Det finns en social gradient i hälsa: Ju lägre en persons sociala position är, desto sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärden ska rikta in sig på att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt.

För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet. Vi kallar det proportionell universalism.”

Källa: Sid 16, The Marmot Review

Slutsatser

Marie Köhler uppmanade avslutningsvis kommunpolitikerna i Malmö att göra Malmö till Barnens stad på samma sätt som det tidigare rådde politisk enighet om att omvandla Malmö till Kunskapsstad.

Skapa trygga uppväxtvillkor för alla barn

- Handlingsprogram mot barnfattigdom
- Fler bostäder
- Förebyggande arbete mot våld, övergrepp och omsorgssvikt
- Skapa fler hälsofrämjande arenor; meningsfull fritid, kultur, möten, kreativitet och rörelse

Öka barns delaktighet och inflytande

- Handlingsprogram för att genomföra barnkonventionen, barnkonsekvensanalyser, barnombudsman

Mät och utvärdera barns hälsa och skillnader i hälsa

- Barnenhet
- Barnhälsoindex

”Det är ingen idé att finnas till om man inte behövs till nåt.

Därför måste samhället inrättas så att alla behövs. Vi kräver att behövas!”

Ur Barnens manifest i SOPOR, av Tage Danielsson

Att stärka barnets rättigheter på familjecentralen – Vad krävs och hur kan vi arbeta?

Monika Gustafsson-Wallin, socionom, strateg för barnrättsfrågor, Landstinget Sörmland



Monika Gustafsson-Wallin höll en intressant föreläsning om vilka krav Barnkonventionen ställer på familjecentralsverksamheten och gav tips på hur man kan gå från ord till handling. Ett inledande sådant var att tipsa om att till nästa konferens ta med en ansvarig politiker.

Vad är Barns rättigheter?
Vilja väl eller göra rätt?

Barns rättigheter är en stor utmaning för vuxenvärlden, oavsett om man är förälder, arbetar på familjecentral eller är politiker. Att ge barn, medborgargruppen 0-18 år mänskliga rättigheter handlar om att utmana vuxenskapet. Ofta pratar vi om barns rättigheter utifrån deras behov av skydd. Skydd från ohälsa, från att bli slagna eller att inte få den föräldraomsorg de behöver. Det är självfallet en viktig del av barns rättigheter, men kan vi skydda barn utan att också göra dem delaktiga i beslut som gäller dem, frågade Monica sig? Hur skyddar man till exempel barn på familjecentralerna när det är dags för spruta, om de inte görs delaktiga?

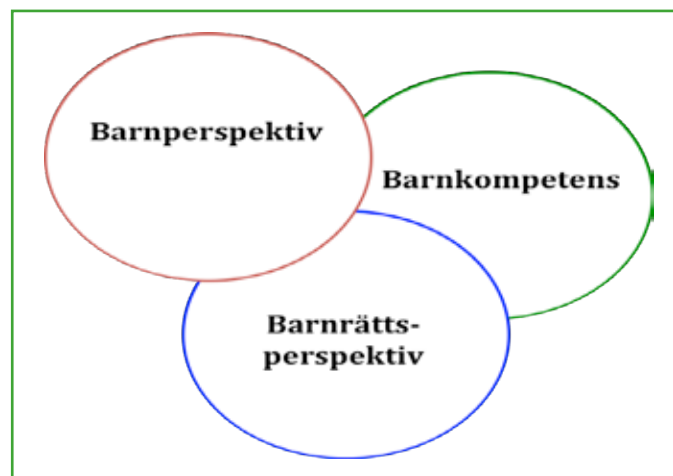
Barns rätt handlar väldigt mycket om att känna till barns behov av att vara delaktiga. Behovet är individuellt och ökar med åldern. I dagens utbildningar i yrken som träffar barn, ges inte mycket träning i att lära sig bedöma barns behov av delaktighet med ökad ålder. Det handlar om att sätta barnens perspektiv före sitt eget i det enskilda mötet, såväl som i det större sammanhanget.

Monika exemplifierade med en fantastisk berättelse om en familj hon träffat med en cancersjuk mamma, en pappa och tre pojkar i olika åldrar. Den yngsta pojken visade sig ha blivit symtombärare för familjens oro och kunde inte sova om han inte först fick hjälpa mamma att "somna". De låg och läste eller pratade en stund och när mamman somnat,

kunde sedan pojken somna i sin egen säng. När mamman vårdades på sjukhuset fick han inte längre sova med henne. På sjukhuset hade de sina rutiner. Pojken oroade sig för vem som skulle ta ansvar för att få mamman att somna när han inte längre fick det. Det handlade om pojkens behov av att bli delaktig och få kontroll över situationen. Efter att ha pratat med ansvariga på avdelningen och förklarat situationen, bestämdes det att pojken och pappan åkte till sjukhuset två kvällar i veckan och "nattade" mamma. Personalen pratade också med pojken och sa att när han inte kunde göra det så lovade de att göra det åt honom.

Det handlar om konsten att mötas, om viljan att mötas.

Stor begreppsförvirring råder



Det finns en stor begreppsförvirring kring barnsperspektiv. Monica tar som exempel en nybliven diabetesdiagnostiserad 14-årig flicka, hennes föräldrar, hennes barnläkare och barnsjuksköterska, som alla befinner sig i olika cirklar i samband med att flickan och hennes föräldrar får diagnosbeskedet. Läkaren, som har stor barnkompetens, berättar att flickan i princip kan leva som tidigare om hon bara tänker på några saker; äta regelbundet, sova ordentligt, motionera och vara försiktig med alkohol, etc. Flickan, reagerar utifrån sitt eget barnperspektiv (barnets perspektiv); "Ni ska skita i mitt liv. Jag har rätt att vara som alla andra och vill absolut inte sticka ut". Föräldrarna, reagerar med ett vuxet barnperspektiv; "nu måste vi se till att hon äter i tid och går och lägger sig i tid". Barnsjuksköterskan, gissar Monica, kan befinna sig i alla tre cirklar. Hon eller han har barnkompetens,

har fått utbildning om barnrättsperspektivet och känner väl till flickans och föräldrarnas reaktioner.

Alla vill barnets bästa, men de har olika perspektiv. Grundprofessionerna lär sig i viss mån olika perspektiv. Begreppen behöver därför problematiseras.

Vad innebär ett barnperspektiv?

- Vuxnas barnperspektiv; den enskildes syn på barn, barndom och barndomens villkor.
- Samhällets barnperspektiv; det generella barnperspektivet i ett samhälle som avspeglas i till exempel lagstiftning, normer och praxis.
- Barnets perspektiv; varje barns syn på sitt eget liv och sin omvärld.

Monica tipsade om att personalgrupperna på familjecentralerna tillsammans borde läsa och problematisera Lars H Gustavssons bok, *Förskolebarnets mänskliga rättigheter* (Studentlitteratur 2011), för att hitta en gemensam grund för sitt förhållningssätt till barns rättigheter.

Boken klargör sambandet mellan utveckling, behov och rättigheter. De viktigaste principerna i barnkonventionen får stort utrymme: principen om barnets bästa, alla barns lika rätt och barnets rätt att få komma till tals. Men också barnets rätt till privatliv och åsiktsfrihet liksom rätten till lek och kultur behandlas. Allt åskådliggörs genom exempel från en avdelning på förskolan Vilda skogen, där läsaren får lära känna både barn, föräldrar och personal i vardagliga situationer som beskrivs och kommenteras. Ambitionen är att visa hur ett barnrättstänkande kan gestaltas i det dagliga arbetet och umgänget med barnen – och vilka dilemman som då kan uppstå.

Monica betonade att det inte handlar om att slå barnkonventionen i huvud på alla. FNs barnkonvention om barns rättigheter handlar om att sätta barn i sitt sammanhang och värdera utifrån de 54 rättigheter som konventionen innehåller.

Korczaks betydelse för utvecklingens av barns rättigheter

Den som förstod detta väl, redan innan konventionen ens var påtänkt, var den polsk-judiska barnläkaren, pedagogen och författaren Janusz Korczak (1878-1942). Han skrev och gjorde mycket för barn. Bland annat ordnade han i Warszawa barnhus för föräldralösa judiska barn som delvis styrdes av barnen själva, med domstol, skola, ordning av arbetsfördelning, etc. Så småningom flyttades barnhuset, under nazisttiden, till gettot i Warszawa. Korczak själv, dog 1942 i koncentrationslägret Treblinka.

Korczak menade, redan på 1930-talet, att det inte finns någon skillnad mellan vuxna och barn. Enda skillnaden är att vuxna hunnit skaffa sig fler erfarenheter. Hans tankar var

mycket provocerande på sin tid och är det på många sätt fortfarande, berättade Monica.

Han sa också:

"Ni säger: Det är tröttsamt att umgås med barn.

Det är riktigt.

Ni tillägger: Därför att man måste sänka sig till deras nivå, böja sig, kröka på ryggen, göra sig liten.

Men där tar ni fel.

Det är inte det som är det tröttsamma. Det är snarare det faktum att man måste höja sig så att man når upp till deras känslor. Sträcka på sig, göra sig längre, ställa sig på tå."

Barn vill bli behandlade som vuxna, betonade Monica. När de kommer till vårdcentralen vill de också bli sedda, bli informerade och bli lyssnade på.

I Landstinget Sörmland gjordes en undersökning där personal från barnkliniken, primärvården och barnsjuksköterskor inom barnhälsovården tillfrågades om vem de tyckte skulle informera barn och unga om hälsotillståndet under behandlingen. Det var ungefär 400 personer som besvarade frågan. Resultatet blev 95 olika svarsalternativ om vem som ska informera barnet. Monica menade att det visar att det inte finns någon som egentligen vet vem som ska informera barnet. "Tror ni att barnet känner sig informerat, frågade hon retoriskt".

"Att jobba med barnets rätt är ingen barnfråga. Det är en folkrättsfråga."

Läs på om barnkonventionen!

Det bästa sättet att få in barnkonventionen i ryggraden är att läsa på om den, sa Monica. För att kunna arbeta efter den måste man kunna den och känna till dess krav. Några enkla genvägar finns trots allt inte.

Börja med att läsa grundprinciperna, uppmanade hon. *Artikel 2* handlar om alla barns lika värde och rättigheter. *Artikel 3* anger att det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. *Artikel 6* understryker varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling och *artikel 12* lyfter fram barnets rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne.

Läs också inledningsvis *artikel 4* som handlar om att alla länder ska göra allt de kan för att genomföra rättigheterna i barnkonventionen och *artikel 42* som handlar om att ditt land har ansvar för att se till att både barn och vuxna känner till vad som står i barnkonventionen.

Titta därefter mer noggrant på artiklar som rör verksamheten mer direkt: *artikel 24* som handlar om rätten till sjukvård och träning. *Artikel 27* som handlar om rätten att utvecklas fysiskt, psykiskt, andligt, moraliskt och socialt.

Föräldrar har huvudansvaret för detta, men om de behöver stöd ska de få det. Artikel 18 som handlar om att föräldrar har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Artikel 19 som handlar om rätten till skydd mot fysiskt eller psykiskt våld, vanvård, misshandel, övergrepp eller annat utnyttjande.

Flera av artiklarna ovan säger att om föräldrar behöver stöd, ska de få det. Hur, frågade Monica, stödjer man föräldern bäst utifrån barnets bästa?

Vad ställer barnkonventionen för krav på offentlig verksamhet?

Artikel 2. Samla data/kartlägga, t ex vad bor det för barn i vårt upptagningsområde, vad har de för grundförutsättningar, vad tycker barnen själva om området.

Artikel 3. Skapa rutiner för prövningar av barnets bästa.

Artikel 4. Aktiva prioriteringar av barns/ungas sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter. Det är prioriteringar som behöver göras av både politiker och praktiker.

Artikel 6. Helhetssyn och samverkan.

Artikel 12. Skapa former för barns delaktighet.

Artikel 42. Sprida information och kunskap om konventionen.

Tänk på att det som praktiker på familjecentraler och i annan verksamhet inte själva kan påverka, kan påverkas indirekt genom att påverka politiker och beslutsfattare.

Prövning vid varje förändring

Varje form av förändring som kan komma att påverka barn behöver prövas utifrån barnets bästa innan det genomförs. Vid sådan prövning ingår följande:

- Vad säger den svenska lagstiftningen?
- Vad säger FN:s konvention om barns rättigheter?
- Vad säger aktuell forskning?
- Vad säger rådande praxis?
- Vad säger barnet självt?
- Vad säger det sociala nätverket?

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL§2g), om barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan sammanboende vuxen lever med eller drabbas av fysisk eller psykisk sjukdom, missbruksberoende eller har avlidit, infördes som ny lag 2010.

Inför att Sörmlands landsting skulle ta sig an den nya lagen, beslutade sig politiker och chefer i verksamheten för att ta fram riktlinjer för dess införande. En arbetsgrupp tillsattes som tittade på lagtexten i övriga HSL och på vad FN:s konvention om barn rättigheter säger. Man genomförde också fokusintervjuer med barn som hade erfarenheter av det här.

När analysen var klar visade sig det att Sverige gjort en lagändring som bryter mot barnkonventionen genom att

begränsa skrivelsen till att gälla endast för föräldrar eller annan närstående sammanboende vuxen. Konsekvensen blev att Sörmlands landsting valt en breddad definition. I deras definition står istället "...barns behov av information, råd och stöd när någon dem närstående lever med eller drabbas av..."

Det är barnet och dess vårdnadshavare som har tolkningsföreträde till vem som är barnet närstående.

En god jordmån

Vilka förutsättningar krävs för en god jordmån i arbetet med barns rättigheter inom offentlig verksamhet?

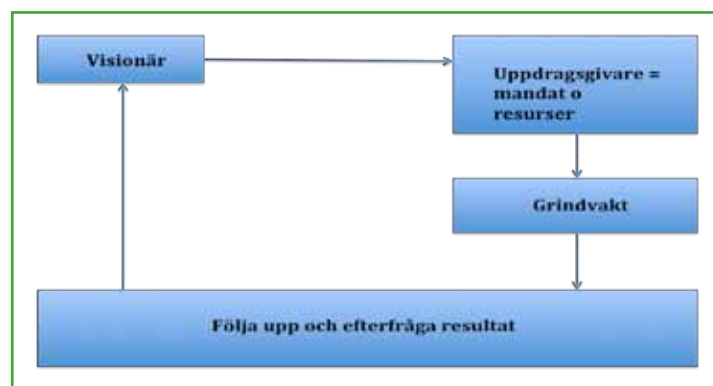
- Beslut i fullmäktige
- Tvärpolitiskt förankrat
- Samordningsansvar
- Förankring
- Arbetsgrupp
- Aktiviteter på olika nivåer
- Uppföljning, utvärdering

Arbetet ställer krav på parallella processer, strategiska och operativa.

Det gäller att professionalisera barnets rättigheter i den egna verksamheten

På det operationella planet innebär det när man professionaliserat barns rättigheter i den egna verksamheten, att man till exempel kan slå larm när barns rättigheter inte tas tillvara. "Det här går inte. Vi kräver barns rättigheter!"

Politikers och chefers roller och ansvar kräver ett visionärt förhållningssätt. Ett allmänt taget beslut räcker inte. Uppdragsgivare behöver få mandat och resurser för att se till att det blir genomfört. Ett kontinuerligt behov av en grindvakt som värnar frågan måste finnas. Efter varje genomförd aktivitet krävs uppföljning och krav på resultat. Se bild.



Monica Gustavsson-Wallin avslutade sin föreläsning med att påpeka:

"Att jobba med barnets rätt är ingen barnfråga. Det är en folkrättsfråga."

Anknytning i förskolan – vikten av en trygghet i lek och lärande

Anders Broberg, professor i klinisk psykologi, Göteborgs universitet

Sexåringarna har gått över till det vanliga skolsystemet och ersatts med ettåringar. Det innebär att cirka hälften av barnen i förskolan är yngre än tre år. Vad betyder det för förskolans arbete i en tid när lärandet sätts i fokus och omvårdnadsaspekten hamnat i bakvattnet? Vad krävs för att små barn ska kunna och vilja lära sig nya saker? Är begreppet anknytning relevant också i förskolan eller bara hemma med föräldrarna?

Det är några av de frågor som Anders Broberg belyste i sin föreläsning, vars titel fått sitt namn från boken *Anknytning i förskolan*, som han tillsammans med dottern Malin Broberg och Birthe Hagström är författare till (Natur och Kultur 2012).

Anders angrep frågorna genom att inledningsvis kort repetera hur små barn utvecklar anknytning till vissa vuxna, sedan beskrev han anknytningens betydelse för barns utveckling under förskoleåren och slutligen knöt han ihop föreläsningen genom att berätta om förskolans betydelse för barns anknytningsutveckling.

Små barns utveckling av anknytning

Begreppet utvecklingsuppgift

Begreppet utvecklingsuppgift är centralt för förståelsen av utvecklingen av barns anknytning. Det är ett svårt men viktigt begrepp. Särskilt viktigt när man ska förstå trygghet i relation till lek och lärande, berättade Anders Broberg. Från att vi föds till dess vi blir vuxna utvecklas vi, liksom övriga däggdjur, genom att lösa olika utvecklingsspecifika uppgifter.

1. Under det första levnadsåret är den viktigaste uppgiften att lära sig känna igen och förhoppningsvis bli trygg med några få vuxna personer.
2. Under det andra levnadsåret övar barnet sig på att successivt bli trygga också med andra vuxna och på att utveckla ett språk som gör det möjligt att kommunicera med personer som inte känner barnet så väl. Fortfarande är det vuxna som är viktigast för barnet.
3. Därefter blir förmågan att umgås med jämnåriga en central del av utvecklingen. Jämför med övriga däggdjursvärldens s k rough-and-tumble-play, som när rävungarna "busbråkar" utanför rävgrytets öppning. Denna utvecklingsuppgift kräver kognitiva förmågor som ettåringen eller tvååringen ännu inte har.

Ordningen mellan de olika utvecklingsuppgifterna är viktig att komma ihåg, betonade Anders, vad gäller små barns behov när man ska utforma omvårdnad och lek- och lärandemiljöer för barn.

Anknytningens ändamål

Människan är en biologisk varelse, där vi under den absolut största delen av vår 7-8 miljoner år långa historia skild från chimpansernas utvecklingsbana, levat som jägare-samlare. Det är för ett liv som sådana våra gener fortfarande är ämnade. Det har hänt otroligt lite vad gäller genernas utveckling. Det som framförallt har hänt är att vi blivit mer motståndskraftiga mot infektioner, vilket blivit en nödvändighet på grund av att vi börjat tränga ihop oss, först i jordbrukssamhällen och därefter i städer.

- Människan står inte utanför/ovanför evolutionen, utan är en del av denna.
- Vi behöver skyddas mot faror, särskilt när vi är små.
- För att kunna utforska världen behöver vi känna oss trygga.
- För att kunna ta oss an nya utvecklingsuppgifter måste vi lära oss att "bära med oss tryggheten".

Den mänskliga anknytningens ursprung innebär att människan är en nomad bland andra däggdjursnomader. Det i sin tur betyder att det lilla barnet är predestinerat att bli buren på, tills det är gammalt nog att kunna gå och klara sig relativt bra själv.

Anknytningsutvecklingen sker gradvis under förskoleåren

Anknytning är inget vi föds med, utan är något vi utvecklar successivt under första levnadsåret och fortsatt under förskoleåren.

- I. Lära sig att känna igen (0-2 månader). Barnet börjar med att lära sig att känna igen de viktigaste personerna som finns runt det under de första månaderna. Redan i mammans



mage lär sig barnet känna igen mammans röst. Några timmar efter födelsen kan ett spädbarn skilja mellan en bröstlapp som legat i mammans bröstkupa från en bröstlapp från någon annan. Även synen är anpassad för att se på ett avstånd på 30 centimeter. Vid ungefär 6-7 veckors ålder får föräldrarna belöningen i form av ett härligt socialt leende.

II. Lära sig uppskatta (3 - 6 månader).

III. Att ty sig till (7 månader - 3 år). Riktiga kännetecken på att anknytningen kommit igång märks egentligen först mellan 7-9 månader.

a. Den riktiga anknytningen träder in i anslutning till att barnet lär sig krypa. Innan dess kan barnet inte själv utsätta sig för fara. När rörelseförmågan utvecklas är det viktigt att det finns en mekanism som gör att det är obehagligt för barnet när det kommer för långt bort från sin förälder eller andra viktiga vuxna. Motsvarande obehag känner föräldern. Det är till en början ett "instinktmässigt beteende" (7- ca17 månader).

b. Successivt blir anknytningen mer språkligt beroende och utvecklas då mot "upplevd trygghet" (18 månader - 3 år).

IV. Målinriktat partnerskap (3,5 år +). När barnet är cirka fyra år har barnet utvecklat ett sk theory of mind, det som på svenska brukar kallas mentalisering, det vill säga har fått förmågan att förstå att "det kan se ut på ett sätt för dig och på ett annat sätt för mig".

Bowlby och Ainsworth

Två viktiga personer för kunskapen om anknytningsutvecklingen var den brittiska psykiatern och psykoanalytikern John Bowlby (1907-1990) och den amerikanska utvecklingspsykologen Mary Ainsworth (1913-1999).

Så fort ett barn känner rädsla aktiveras anknytningssystemet. Detta system driver instinktivt barnet att söka sig nära föräldern. Rädslsystemet och anknytningssystemet samverkar: barnet söker sig bort från potentiellt farliga, rädslframkallande stimuli, och till trygghetsskapande stimuli (föräldern). Detta beteende har, genom årmiljoner av evolution, konsekvent ökat barns chanser att överleva, upptäckte Bowlby.

Det var han som först formulerade tanken på att barn inte bara söker sig bort från det skrämmande, utan också till tryggheten och att dessa system samspelar. Han formulerade de bakomliggande tankarna till anknytningsteorin under en tid när det till exempel var praxis att separera barnen från föräldrarna när barnen hamnade på sjukhus. Det skedde ända fram till 1960-talet. Bowlby studerade dessa barn och såg den starka negativa reaktionen separationen fick på dem; först en fas av protest, sedan förtvivlan och slutligen ett behov av att rikta sitt behov av anknytning mot någon annan vuxen. Evolutionärt föds barnet med behov av att vara nära en vuxen (sin mamma) för att överleva. Anknytningssystemet mobiliserar våra allra starkaste känslor.

Andra forskare, framförallt pionjärarbeten av makarna Robertson 1952 respektive 1972, kunde komplettera kunskapen om separationens påverkan. Det är inte bara separationen i sig som har betydelse utan också hur den alternativa omvårdnaden ser ut. De barn vars mammor som fick lämna efter sig ett foto, en väska eller själ, etc hos barnet på sjukhuset, klarade separationen mycket bättre.

Mary Ainsworths studier av samspelet mellan mor och barn i Uganda på 1950-talet och senare resultaten från när hon gjorde om studierna hemma i USA, la grunden för kunskapen om betydelsen av föräldrars lyhördhet för barns signaler.

Det mest grundläggande i det hon beskrev är att föräldern på samma gång är en trygg bas dit barnet kan fly vid fara och en säker hamn varifrån barnet kan starta sitt utforskande. Det här sa Anders Broberg, kan lätt beskrivas för föräldrar genom "gummibandsprincipen". Tänk att ett stort gummiband läggs runt förälder och barn. Flyttar sig någon av dem för långt ifrån varandra, spänner det och det uppstår obehag och oro. Det ideala är att barn och förälder under större delen av dygnet kan röra sig relativt obehindrat utan att gummibandet sträcks.

Ainsworth studerade på 70-talet olika typer av anknytningsstrategier som barnet använder, beroende på relationen till sina anknytningspersoner. Hon beskrev riktlinjer för att identifiera typerna "trygg", "otrygg/undvikande" och "otrygg/ambivalent" anknytning beroende på barnets beteende gentemot sina föräldrar vid ett års ålder i en mild stressande situation, den så kallade *Strange situation procedure*. Detta visade hon också vara relaterat till föräldrarnas lyhördhet och respons på barnets signaler under det första levnadsåret.

Olika typer av anknytning (12-18 månader)

Organiserad anknytning – Samspelet mellan barn och förälder har varit rimligt konsekvent och barnet har lärt sig vad det kan förvänta sig i relationen till föräldern.

Trygg anknytning – barnet kan använda föräldern som "trygg bas" och "trygg hamn".

Undvikande anknytning – barnet begränsar sin känslomässiga kontakt med föräldern av rädsla för att bli avisad. Mer utforskande och mindre närhetssökande.

Ambivalent anknytning – barnet söker föräldern men är osäker på dennes tillgänglighet. Skruvar ofta upp anknytningssystemet på full volym så att de säkert kan påkalla föräldrarnas uppmärksamhet.

Desorganiserad anknytning – samspelet mellan barn och förälder har innehållit element av rädsla. Spädbarnets bristande kognitiva kapacitet gör det omöjligt för barnet att organisera en sammanhållen representation av samspelet med föräldern.

I västvärlden generellt utvecklar knappt två tredjedelar av barnen en trygg anknytning. I länder som betonar barns tidiga självständighet, till exempel Sverige, utvecklar ungefär 20 procent en undvikande anknytning och 10 procent en ambivalent anknytning. Av de två senare grupperna utvecklar ungefär 15 procent en desorienterad anknytning.

Inre arbetsmodeller (IAM)

Redskapet/mekanismen för att vi ska kunna ta med oss tryggheten högre upp i åldrarna, utgörs av våra inre arbetsmodeller (IAM). Det är summan av erfarenheterna av samspellet med våra föräldrar som lär oss vilka vi är och vad vi kan förvänta oss i samspellet med andra människor. De präglar även självtilliten och tilliten till andra människor.

Vad betyder olika typer av tidig anknytning för beteendet mot jämnåriga?

- *Trygg anknytning* – Väl utvecklad empatisk förmåga, uppskattas av andra. Blir ofta en positiv ledare i gruppen.
- *Undvikande anknytning* – Har en tendens att dra sig undan, men också att bli bråkig och aggressiv i relation till andra barn.
- *Ambivalent anknytning* – Söker andra, ofta på ett undergivet sätt. Kan bli "hackkyckling" eftersom barnet har svårt att "säga ifrån".

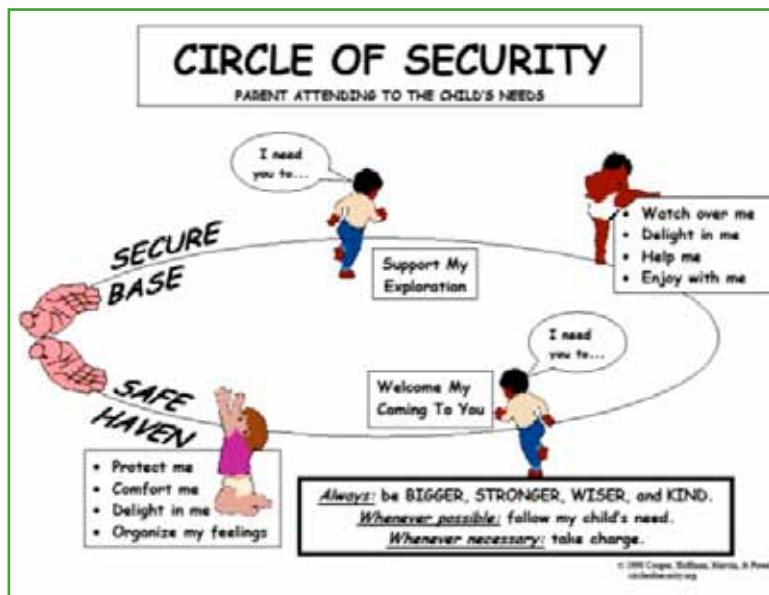
Vad betyder olika typer av tidig anknytning för senare känslomässiga relationer?

- *Trygg anknytning* – Söker tröst vid behov. I övrigt självständigt.
- *Undvikande anknytning* – Söker inte andra för tröst, "tennsoldat" som plötsligt kan klappa igenom och bli väldigt liten. Betonar vikten av oberoende. Drar sig undan när andra behöver en som mest.
- *Ambivalent anknytning* – Klängig och osjälvständig, ofta svårt att vara skild från sin anknytningsperson. Tror att han/hon måste göra sig påmind hela tiden för att inte bli bortglömd.

Barn är ett långsiktigt åtagande!

Anders Broberg påpekade att det är viktigt att få föräldrar att förstå att få någon att ta hand om kräver omställning! Livet blir för alltid annorlunda. Barn är ett långsiktigt åtagande som obönhörligen kommer i konflikt med andra vuxenåtaganden. Frågor föräldrar måste ställa sig är; hur ska de ska kunna jämka samman sina olika vuxenintressen med det gemensamma ansvaret för barnet, hur kan det garanteras att minst en förälder, helst båda, prioriterar barnets behov före sina egna intressen, när och på vilket sätt kommer världen utanför familjen in i omvårdnaden av barnet?

Trygghetscirkeln (Circle of security)



Allt jag behöver veta för att stödja mitt barn är att:

- Alltid: vara större, starkare, klokare och snäll.
- När det går: följa mitt barns behov.
- När det krävs: Ta ansvar och bestäm.

/Circle of security

Vad betyder trygghet i lek och lärande?

Produktion och reproduktion är inget nytt dilemma. Det har alltid varit något som behöver lösas på något sätt i alla samhällen. Det är viktigt att komma ihåg, sa Anders, att det aldrig handlar bara om barn och föräldrar. I Sverige är förskolan en viktig del i omvårdnadslösningen.

Det är mycket stora skillnader på små och stora barn i förskolan. Vad betyder det för förskolans arbete att sexåringarna har gått över till det vanliga skolsystemet och ersatts med ettåringar, samtidigt som lärande satts i fokus på bekostnad av omvårdnad? Vid 4-5 års ålder kan man prata om pedagogik och nyttan med den. För små barn, de som ännu inte fyllt tre, är god omvårdnad och mycket vuxenkontakt den bästa pedagogiken.

Anknytningssystemet är uppbyggt kring behov av skydd och tröst när barnet blir rädd. Vad blir då barnet rädd för?

- Främmande miljö
- Främmande vuxna
- Skild från sin anknytningsperson
- Att inte vara frisk

Ett barn som är upptaget av oro har inget utrymme för koncentration på lek eller arbete.

Den viktiga inskolningen

Att för ett litet barn vänja sig vid en ny miljö, som förskolan, tar tid. Inskolningens syfte är att; vänja barnet vid den nya miljön, vänja barnet vid minst en pedagog som kan fungera som en ersättare för föräldrarna, vänja barnet vid att klara sig flera timmar i sträck utan sina föräldrar och vänja sig vid att använda pedagogen för att försätta anknytningssystemet i viloläge för att kunna ägna sig åt lek och utforskande. Barnets samlade positiva erfarenhet av pedagogerna som tröstare och av att föräldrarna återkommer ger så småningom trygghet.

Det som tidigare fick ta tre till fyra veckor, tar nu, berättade Anders, ofta bara tre till fyra dagar. Och ofta sker det i grupp. Personalen upplever att föräldrarna inte har tid med en lång inskolning.

Anders påpekade att det är viktigt att värna en fungerande inskolning och en trygg miljö för barnet på förskolan. Trygghet föder nyfikenhet.

”I västvärlden generellt utvecklar knappt två tredjedelar av barnet en trygg anknytning.”

Olika aspekter av anknytning i förskolan

- Barn kommer olika väl förberedda för livet i förskolan.
- Förskolan kan bidra till barns anknytningsutveckling på olika sätt:

För barn i allmänhet; anknytningssystemet är i viloläge större delen av dagen, vuxna som ser olika behov kan trösta när barnet är trött och/eller ledset.

För barn i synnerhet; en omvårdnadsperson som axlar rollen av anknytningsperson kan ge en ”korrigerande känslomässig erfarenhet”, vilket vidgar barnets inre arbetsmodeller.

Anders läser upp en beskrivning av en arbetsdag på en typisk förskola med 17 barn och tre personal, vilket han påpekar inte är så typiskt eftersom det sällan är så få barn som 17 på en förskola idag. Men även med 17 barn innebär en personalstyrka på tre pedagoger, beroende på olika arbetsuppgifter och raster, ofta i praktiken att alla tre är där samtidigt bara 20 minuter om dagen. Det är inte många famnar för barnen att dela på för tröst och trygghet.

Om politiker menar allvar med att förskolan är viktig både för alla barn generellt och för utsatta barn specifikt, konstaterade Anders Broberg, måste personalen ges verkliga möjligheter: Att ge ”barn i allmänhet” det som krävs för en god basnivå av omvårdnad och ”barn i synnerhet” en hel del utöver vad som krävs för en god basnivå. Idag flyttar man omkring otillräckliga resurser så att det blir varken eller, snarare än både och.

Förskolan är en del i utvecklingsambitionen av ett jämlikt samhälle, men resurserna per barn har sedan starten minskat dramatiskt. Utvecklingen i förskolan har handlat om ökad tillgänglighet (= fler barn) på bekostnad av kvaliteten. Det är, avslutade Anders Broberg, en allvarlig utveckling som påverkar våra små barns möjlighet och vilja att lära sig nya saker.

Aktuella frågor om etik och barnets rättigheter

Staffan Janson, barnläkare, senior professor i Folkhälsovetenskap, Karlstad och i pediatrik, Örebro universitet/Barnrättsakademien



Staffan Janson reflekterade över några svåra etiska problem och frågor om barns rättigheter utifrån sina erfarenheter från arbetet på Barnrättsakademien vid Örebro universitet och framför allt i Svenska barnläkarföreningens (BLF) utskott för Etik och Barnets rättigheter. Föreläsningen omfattade bland annat en diskussion kring; övergrepp mot barn, sjuka barns exploatering i massmedia, smärtbehandling av barn och omskärelse av pojkar.

Staffan Janson inledde med att berätta om utskottet och vad man arbetar med där. Det bildades eftersom man tyckte att BLF inte aktivt tagit tag i frågorna om etiska problem och barnets rättigheter. Förebilden är den engelska barnläkarföreningens motsvarande utskott, Advocacy Committee, som funnits sedan 1996.

BLFs utskott ska:

- Vara en aktionsgrupp (advocacy) för barns rättigheter i enlighet med grundprinciperna i FNs konvention om barnets rättigheter.
- Väcka och driva frågor om barnets rättigheter i samhället, med fokus på barnets hälsa.
- Identifiera och analysera aktuella etiska problem-situationer som har konsekvenser för barns hälsa och utveckling.
- Utbilda barnläkare och annan sjukvårdspersonal.
- Utgöra remissinstans.

Advocacy = föra talan för en grupp som har svårt att hävda sig, ungefär vara språkrör för...

Varför är advocacy för barns rättigheter viktigt i vår tid och i vår del av världen?

- Många myndigheter är inblandade i barns hälso-utveckling.
- Vissa moderna "epidemier" orsakas av omgivningsfaktorer (olycksfall, utvecklingsstörande ämnen, m m). Bortsett från åldersgrupperna 0-2 år och 6-9 år, är olycksfall den vanligaste dödsorsaken bland barn och ungdomar upp till 24 år.
- Familjens förväntningar på god vård ökar.
- Sårbara grupper (t ex asylsökande, etiska grupper, fattiga familjer).
- Barnkonventionen utgör en mycket bra stödjande princip.

BLFs policydokument om barns rättigheter

Svenska barnläkarföreningen (BLF) har tillsammans med utskottet tagit fram ett policydokument om barnets rättigheter. I den anser man att alla barn utan undantag har rätt att leva och utvecklas under omständigheter som gynnar barnets eget bästa och att man, beroende på barnets ålder och mognad, tar hänsyn till barnets egen vilja och åsikter. BLF verkar för att FNs konvention om barnets rättigheter efterföljs i varje situation. I hälso- och sjukvården är artiklarna 3, 6, 12, 19, 23 och 24 särskilt viktiga och ska vara välkända för alla som arbetar inom vården.

Dessutom innefattar policyn att personal regelbundet ska få utbildning i barnrättsfrågor, att man ska arbeta enligt fastställda forskningsetiska principer samt att man aktivt ska verka för att svenska myndigheter och organisationer ska arbeta i enlighet med barnkonventionen.

Revisionsgranskning av Uppsala läns landstings barnpolicy

Staffan berättade att han fört diskussioner med Uppsala läns landsting som trots att man lagt in barns rättigheter i sin revision över landstingets arbete, upptäckte i sin senaste revision (åren 2005-2010) att barnkonventionen i princip var helt osynlig i uppföljningsdokumentet. Det hade förekommit mycket lite utbildning om barns rättigheter till chefer och förtroendevalda och inget strukturerat arbete kring barnens rättigheter. Det framkom också att unga inte i någon större utsträckning hade fått möjlighet att vara delaktiga i vårdbeslut som gällde dem. Detta trots att man vet,

sa Staffan, att barn som är delaktiga i beslut kring sin vård, även små barn, blir friskare snabbare och behöver färre återbesök. Att prata med barn är alltså även rent ekonomiskt en lönsam affär, sa han.

Det fanns dock ljusglimtar även i Uppsala, menade han, som kan tjäna som inspiration till andra.

Ambulansverksamheten hade ordnat bättre barmiljö i ambulanserna och arbetat med anhörigstöd; särskilt riktat till barn samt arbetat förebyggande på flera plan; genom att beskriva för barn hur det är att åka ambulans på barnwebben, ordnat studiebesök, arbetat med antivåldsbete och arrangerat en "Säker moppe-dag".

Barnkirurgen hade tagit dit representanter från NOBAB, Nordisk förening för sjuka barns behov, NOBAB som arbetar för att sjuka och funktionshindrade barn och ungdomar ska få goda möjligheter att utvecklas på bästa sätt även om de drabbats av sjukdom och skada. De har tagit fram en barnkonsekvenschecklista, fått ryggkirurgerna att gå uppföljningsrond på barnsjukhuset, skriva ut akutjournaler på barn dygnet runt samt skapat bättre miljö för plastikkirurgiska barnpatienter.

"Barn som är delaktiga i beslut kring sin vård, även små barn, blir friskare snabbare och behöver färre återbesök. Att prata med barn är alltså även rent ekonomiskt en lönsam affär."

Några aktuella frågor om etik och barn rättigheter

Utskottet har besvarat en mängd olika remisser med en huvudsakligen etisk problematik. De har bland annat handlat om; palliativ sedering, genitalundersökning av asylsökande flickor, barns exponering i massmedia, omskärelse av pojkar och surrogatmödraskap. Några av dessa frågor utvecklade han vidare.

Fostrets rättigheter

Surrogatmödraskap är, menade Staffan, ett svårt etiskt problem. Har ett foster några rättigheter? Är det självklart att det ska vara tillåtet med surrogatmödraskap? Man brukar ge ett exempel som gäller fostrets rättigheter till blivande sjuksköterskor och läkare som undervisas i etik.

Det kommer in en mamma till mödravården som är i senare delen av graviditeten. Hon missbrukar alkohol och droger och fostret växer inte som det ska. Man vet att mamman har två barn sedan tidigare som båda är omhändertagna. Vad gör man?

Studenterna brukar svara att man omhändertar mamman på vägnar av fostret. Men detta får man inte göra, såvida

socialnämnden inte har några ytterligare skäl att omhänderta mamman. Mammans rätt går före fostrets.

De stora internationella tidningarna som till exempel Time, tar då och då upp frågor som rör foster, surrogatmödraskap, rättigheter etc, tipsade Staffan. Det är artiklar som är välskrivna, begripliga och läsvärda. Bland annat hade Time en läsvärd artikel i nr 4 2010 om graviditetens (fostertidens) betydelse för resten av livet.

I februari publicerade Statens medicinsk-etiska råd en rapport om assisterad befruktning. I den föreslås ett så kallat "altruistiskt" värdmödraskap. Man vill göra surrogatmödraskap lagligt i Sverige i "altruistiskt" syfte, det vill säga utan betalning och endast med ersättning för utebliven inkomst.

In vitro-fertilisering (ägg från kvinnan, spermie från mannen, sprutas in i kvinnans livmoder), är sedan tidigare tillåtet i Sverige och är, ansåg Staffan Janson, inte så etiskt provocerande.. När det gäller surrogatmödraskap däremot finns det en mängd etiska frågor och problem som kan uppstå.

Vad händer om surrogatmamman ändå vill behålla barnet efter födseln, eller om barnet efter födseln visar sig vara missbildat eller sjukt och de tilltänkta föräldrarna inte längre vill ta emot barnet? Statens medicinsk-etiska råd har visserligen tänkt på det och föreslår i rapporten att de tilltänkta föräldrarna blir juridiskt bundna att ta emot barnet medan den biologiska modern har rätt att ändra sig inom en viss tid. Men tänkbara komplikationer som kan uppstå är många.

Staffan nämnde ett fall som visar hur etiskt komplicerat surrogatmödraskap kan bli. Ett ofrivilligt barnlöst par kommer överens med mannens syster om att hon i altruistiskt syfte ska bära parets foster som tillkommit genom in vitro-fertilisering. Efter födelsen registreras mannen som barnets far och hans syster som den biologiska mamman. Mannens fru ansökte om att få adoptera barnet men proceduren drog ut på tiden. Under tiden hann paret separera innan tingsrätten godkände adoptionen. När godkännandet kom överklagade mannen beslutet och mannen fick rätt. Kvinnan överklagade till högre instanser men förlorade även där. Resultatet blev att barnet nu har ett syskonpar som sina biologiska föräldrar samt att det uppstod infekterade släktfejder.

Barns exponering i massmedia

I SVT-programmet *Ett fall för Louise* (hösten 2009) exponerades en 9-årig pojke, som med stor sorg berättar om sin pappas aggressiva behandling av honom. Bland annat visas en scen där pappan håller fast pojken i sängen. Barn och även vissa föräldrar har svårt att förstå de möjliga negativa konsekvenserna av offentlig exponering. Många organisationer, som BO och BRIS samt BLF, reagerade starkt på programmet. Dokumentärredaktionens chef argumente-

rade för att; det är barns rätt att komma till tals samt påstod att det inte finns någon tillförlitlig forskning om hur yngre barn reagerar efter att ha exponerat sina känslor och beteenden i massmedia och att det därför inte var fel att sända programmet.

Det finns en skrivelse på Svenska barnläkarföreningens (BLF) hemsida om detta. Där står bland annat följande:

- Mediaföretagen låter allmänintresset gå före principen om barnets bästa.
- De svenska reglerna för press, radio och TV är inte förenliga med hur dagens verklighetsbaserade program ser ut.
- Att ta tillvara barns åsikter (barnkonventionens artikel 12) betyder inte att man får kränka deras integritet.
- Det är föräldrarnas och samhällets ansvar att skydda barn från situationer vars konsekvenser de inte kan överblicka.

Ett annat negativt exempel är när drottning Silvia besökte en barnklinik i Sverige och många sjuka och skadade barn på sjukhuset hamnade på bild tillsammans med drottningen. Får man använda sjuka barn utan deras tillstånd, ens om syftet är gott?

Även detta finns det en skrivelse om på BLFs hemsida. Här står bland annat att:

- Journalister, fotografer eller annan representant för media är inte behörig person i vårdssammanhang om inte barn och förälder i förväg gett skriftligt tillstånd.
- Skriftligt medgivande friskriver inte vårdpersonalens ansvar enligt sekretesslagen eller personuppgiftslagen.
- Man har alltid rätt till betänketid.
- Man ska förvissa sig om att barn och anhöriga insett konsekvenserna av exponeringen.
- Barnet ska tillfrågas.
- Man ska särskilt betänka om föräldrar och barn är i någon form av beroendeställning.
- Fotografering och filmning ska ske med största hänsyn till barnets integritet.

Vill vi få våra barn undersökta av en person som begått allvarliga brott?

Staffan tog som exempel en man med nynazistiska sympatier som mördat en fackföreningsman och som under åren i fängelse läst in en gymnasieutbildning och efter avtjänat brott sökte, och accepterades, till Karolinska Institutets läkarutbildning. När det upptäcktes försökte man stoppa mannen och kunde göra det tack vare att han förfalskat sina betyg. Två år senare hade han lämnat in nytt betyg och kom in på läkarutbildningen i Uppsala. När det så småningom upptäcktes uppstod frågan om mannen skulle kunna få en

läkarlegitimation. Man vände sig till Högskoleverket med krav på att man ska kunna få ut uppgifter ur belastningsregistret.

- Det finns för närvarande inte någon möjlighet att neka antagning eller att avskilja en student som tidigare dömts för ett allvarligt brott.
- Högskoleverket avslår möjligheten att få ut utdrag ur belastningsregistret för studerande inom sjukvården (till skillnad från lärarutbildningen).
- BLF anser att patientsäkerhetsutredningen (2008) har en förlegad syn på verksamhetsförlagd utbildning, genom att tro att denna kan hitta olämpliga kandidater för yrket. Denna ligger numera tidigt i utbildningarna och är inte någon övervakning!
- BLF anser att studenter som tidigare begått övergrepp mot barn, inklusive barnpornografibrott, inte får komma i direktkontakt med enskilda barn under utbildningen.
- BLF anser att högskolor ska kunna vägra antagningen till sjukvårdsutbildning med patientkontakter för personer som tidigare begått allvarliga brott. Vad gäller barn anser sig BLF ha stöd i barnkonventionen.

Genitalundersökning av asylsökande flickor

I enlighet med den nya flyktinglagen från 2005 och ett prejudikat från 2009 gäller: "Om risk föreligger att flickor utsätts för könsstympning kan detta vara asylskäl. Om en familj åberopar detta kan familjen bli flyktingklassas enligt högsta flyktingklass, förföljelse på grund av kön."

Den nya flyktinglagen innebär i det här hänseendet, påpekar Staffan, en rad etiska problem som BLF ännu inte hittat lösningen på:

- Ska en icke-medicinskt motiverad undersökning göras för att en rättsprocess ska kunna genomföras?
- Ska bevisbördan för en hel familjs asylskäl läggas på en minderårig flicka?
- Ska familjen nekas asyl om flickan redan är könsstympad? Ska flickan bära denna skuld förutom traumat vid själva könsstympningen?
- Vem tar ansvar för att en icke könsstympad flicka inte blir det vid ett senare tillfälle?
- Vilken kompetens krävs av den medicinska professionen? Kans sjukvårdspersonal tvingas utföra undersökningen?
- Hur ska man försäkra sig mot falska intyg?

Omskärelse av små pojkar

Omskärelse av små pojkar sker av medicinska, estetiska, religiösa och kulturella skäl. Det får utföras i Sverige även av icke medicinska skäl på begäran av vårdnadshavare

och av sjukvårdspersonal (lag om omskärelse för pojkar 2001:499). Omskärelse av religiösa skäl återfinns inom judendomen och islam. Det är en mycket lång sedvänja som funnits i minst 4 000 år, möjligen ursprungligen av hygienskäl. WHO uppskattade år 2007 att 30 procent av världens män är omskurna. I USA genomförs operationen som en icke religiös rutinoperation. Där är cirka 60 procent av alla småpojkar omskurna, oavsett religiös hemvist.

Medicinska aspekter

Omskärelse har hävdats ge skydd mot urinvägsinfektion (UVI), peniscancer och sexuellt överförbara sjukdomar som syfilis, gonorré, klamydia och HIV/AIDS.

Det måste, menade Staffan, finnas strikta skäl att omskära en liten pojke i preventivt syfte, då det riktar sig mot presumtivt friska människor och ännu striktare skäl för barn som inte kan ge informerat samtycke. Det måste också, säger han, för att vara etiskt försvarbart vara effektivt mot ett förväntat svårt medicinskt problem och att riskerna är proportionerliga mot nyttan. Men omskärelse är inget effektivt preventivt medicinskt ingrepp.

Omskärelsens effektivitet som preventivt medicinskt ingrepp

UVI

- Förekommer hos ca 1% hos pojkar < 1 år.
- Det finns inga randomiserade kontrollstudier som visar preventiv effekt av omskärelse.
- UVI är lika vanligt i USA som i Europa, trots att 60% av små pojkar i USA är omskurna.

Peniscancer

- Förekommer i cirka 1 fall /100 000 (äldre)män per år.
- Det krävs mellan 909 - 322 000 omskärelser för att förhindra ett fall av peniscancer.
- Peniscancer är lika vanligt i USA som i Europa.

Sexuellt överförbara sjukdomar

- Omskärelse innebär ingen uppvisad prevention mot syfilis, gonorré eller klamydia.
- I områden med mycket hög förekomst av HIV/AIDS; Kenya, Uganda och Sydafrika, innebär omskärelse att risken minskar med hälften hos heterosexuella män. Ingen minskad risk för kvinnor. Det finns dock ingen påvisad preventiv effekt i länder med låg HIV incidens.
- Förekomst av HIV/AIDS är klart högre i USA än i Europa.
- Små pojkar är inte sexuellt aktiva.

Utöver att omskärelse är ineffektiv som preventiv åtgärd för svåra medicinska åkommor, finns det risker med omskärelse, särskilt om den utförs utanför sjukvården. Bland annat kan det uppstå infektioner, blödningar och i mycket sällsynta fall penisamputation. Det saknas longitudinella studier avseende psykologisk, sexuell eller urologiska konsekvenser. Förhuden är ett rikt innerverat organ som skyddar ollonet. Nya studier talar för att omskärelse riskerar att desensibilisera penis, det vill säga göra penis mindre känslig.

Sammantaget anser Staffan Janson och BLF att det inte finns några preventiva medicinska skäl som gör omskärelse av små pojkar befogad. När det gäller religiösa skäl är det svårare. Ingreppet hamnar i spänningsfältet mellan principen om respekt för den kroppsliga integriteten och rätten att leva i enlighet med sina kulturella vanor och regler. BLF vill dock i förlängningen verka för att sedvänjan avskaffas i enlighet med barnkonventionens artikel 24.

Att resa med barn

Staffan Janson avslutade sin föreläsning med att önska att familjecentralerna hjälper till att ifrågasätta den ökade förekomsten av långväga utlandsresande med små barn när föräldrar kommer till dem och frågar om det. Olycksfallsrisken är oacceptabelt stor. Säkerhetstänkandet kring barn som finns i det svenska samhället tycks vara som bortblåst hos många föräldrar ute på de exotiska resmålen. Om man ska resa med små barn, så res till platser på närmare håll, inom Europa, råder han. Det är säkrare.

Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Ragnwi Marcelind (kd), Statssekreterare hos barn- och äldreminister Maria Larsson



Ragnwi Marcelind, barn- och äldreminister Maria Larssons statssekreterare, tackade för möjlighet att få komma till Helsingborg och prata om regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Den nya strategin innebär en lagändring som gäller från och med 1 januari 2013 och den ersätter strategin för att förverkliga FNs konvention om barnets rättigheter i Sverige som gällt sedan 1999.

Hon inledde med att lyfta fram den betydelse hon menade att landets familjecentraler har, med den unika utgångspunkt de har att kunna bygga bort inneboende stuprörstänkande mellan olika professioner som arbetar för barn. Familjecentraler gör det enkelt för familjerna att bli sedda. Familjecentralen tar sikte på den gemenskap som en familj utgör genom att den ser styrkan i att bejaka att föräldrar är viktiga för sina barns levnadsvanor. Närvarande och kärleksfulla föräldrar är ju en stark skyddsfaktor för barnen.

Tänk vilket viktigt uppdrag ni har, sa hon till alla församlade representanter för landets familjecentraler!

Prioriterad fråga

Barns och ungas psykiska och fysiska hälsa är en central och prioriterad fråga för regeringen. En trygg anknytning till och ett gott samspel med föräldrarna är en avgörande förutsättning för trygga uppväxtvillkor och god psykisk och fysisk hälsa under uppväxten och även senare i livet. Många föräldrar upplever att de har ett stort behov av stöd i sitt föräldraskap. Satsningen inom ramen för regeringens *Nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla* har, enligt Ragnwi, gett kunskap och erfarenheter om hur ett effektivt föräldrastöd kan byggas upp lokalt. Satsningen

har, menade hon fått en positiv effekt på barns hälsa i uppväxtmiljön och uppfattats som ett bra stöd av föräldrarna.

Förebyggande föräldrastöd leder också till samhällsekonomiska besparingar. I de statliga systemen (till exempel; socialförsäkringssystemet, rättsväsendet), inom landstingen (till exempel; primärvård, psykiatri, akutsjukvård) samt kommunerna (till exempel; socialtjänst, förskola, skola). På två år får man tillbaka två kronor på varje satsad krona. Det är en mycket god investering, konstaterade hon.

I strategin för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla, slås fast att öppna förskolor och familjecentraler är två framgångsrika hälsofrämjande arenor för föräldrar och för föräldrastöd av olika slag. Ragnwi glädde sig åt att det finns familjecentraler på så många platser i landet och skulle vilja se att det i framtiden finns familjecentraler i alla kommuner.

Ragnwi Marcelind kunde också ge lite förhandsresultat från Socialstyrelsens nya rapport, *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*, som skulle publiceras strax efter konferensen i Helsingborg.

Rapporten visar att svenska barn och unga har det förhållandevis bra, även om man jämför med andra välfärdsländer. Samtidigt söker allt fler ungdomar vård på grund av psykisk ohälsa. Spädbarn och yngre skolbarn tillhör de som relativt sett har det bäst; barnadödligheten i Sverige är bland de lägsta i världen och de yngre barnen trivs i skolan. I de äldre åldersgrupperna ökar dock den psykiska ohälsan. En tredjedel av ungdomarna har inte någon vuxen att tala med eller vända sig till med problem. Svenska 15-åringar mår sämre än jämgamla i andra västländer och allt fler 16–24-åringar får vård på grund av psykisk ohälsa. Depressioner, ångestsjukdomar och missbruk är de diagnoser som ökar mest inom ungdomsgruppen och 18–24-åringar står också för den största ökningen inom den psykiatriska slutenvården. 26 000 barn och ungdomar är heltidsplacerade utanför hemmet. För den gruppen föreslår regeringen en förstärkning så att varje placerat barn ska ha en egen socialsekreterare att kunna vända sig till.



Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Ragnwi Marcelind kom därefter in på sitt huvudtema, *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Strategin innebär en lagändring som gäller från och med 1 januari 2013 och ersätter strategin för att förverkliga FNs konvention om barnets rättigheter i Sverige som gällt sedan 1999.

”Det är viktigt att ni alla är medvetna om att lagändringen är genomförd”, sa hon.

Strategin består av ett antal principer. Dessa uttrycker grundläggande förutsättningar för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Den utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn upp till 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av FNs konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen.) Rättigheterna ska tillförsäkras alla barn oavsett bland annat ålder, kön och funktionsnedsättning (Artikel 2).

Avsikten är att strategin ska vara en utgångspunkt för alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter. Den vänder sig således till riksdag, regering, statliga myndigheter, lands- och kommuner. Rättsväsendet har i detta sammanhang en viktig roll i att säkerställa barnets rättigheter utifrån gällande lagstiftning. Strategin är alltså ingen åtgärdslista utan är principer för hur barns rättigheter ska tas tillvara, påpekar Ragnwi.

Strategins nio principer

- All lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.
- Barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang.
- Barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem.
- Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken.
- Föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap.
- Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.
- Aktörer inom olika verksamheter som rör barn ska stärka barnets rättigheter genom samverkan.
- Aktuell kunskap om barns levnadsvillkor ska ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn.
- Beslut och åtgärder som rör barn ska följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.



Formuleringen i den nya strategin är starkare än den tidigare. Ett exempel är att det från att ha skrivits ”bör”, nu genomgående står ”ska”.

Strategin kan bland annat laddas ned på Barnombudsmannens hemsida. www.bo.se

Utredning pågår om barnkonventionen ska bli svensk lag

Barnkonventionen genomsyrar nu i ännu högre grad än 1999 svensk lagstiftning. Trots det tillsatte regeringen i slutet av mars en utredning, ledd av Anita Wickström, som bland annat har i uppdrag att göra en kartläggning av hur tillämpningen av lagar och föreskrifter stämmer överens med barnkonventionen. Hon ska också analysera för- och nackdelar med att inkorporera konventionen i svensk rätt. Utredningen heter *Barns rättigheter i svensk rätt* och ska redovisas senast den 4 mars 2015.

Barns deltagande i samhällsplaneringen

Ragnwi berättade att hon nyligen hade varit med på ett möte när Trafikverkets generaldirektör för barn- och äldre ministern hade presenterat ett arbete som verket gjort tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Boverket, *Barns deltagande i samhällsplaneringen*. Han berättade att han från början undrat vems samvete som nu skulle dövas när arbetet skulle inledas men att han efterhand upptäckt de stora fördelar som involveringen av barn innebär i planeringen av ett nytt bostadsområde. Deras synpunkter ledde till verkliga förbättringar. Hans slutsats var att det är värt att lyssna på barnen!

En slutsats Ragnwi Marcelind ville skriva under på:

1. Lyssna på barn.
2. Planera med barns behov i förgrunden.
3. Samarbeta och samverka, så att inte barns behov faller mellan stolarna.

Uppmaning – sök pengar från Allmänna arvsfonden!

Ragnwi Marcelind, som också är ordförande i Allmänna arvsfondens Arvsfondsdelegation, avslutade med en uppmaning till Föreningen för familjecentralers främjande och till de enskilda familjecentralerna: ”Sök pengar från Arvsfonden!”. I fjol delades nästan 500 miljoner kronor ut. I år planeras att betala ut 600 miljoner kronor. Projekt söks som verkar för barn, ungdomar eller personer med funktionsnedsättning. Det finns så mycket som kommuner och organisationer kan göra. Ta chansen!

www.arvsfonden.se



Barns syn på vuxna – att komma nära barns perspektiv

Elisabeth Arnér, fil lic. pedagogik, Örebro universitet

Vad kan det innebära för barn att vara barn i en vuxenvärld? Hur beskriver barn sin situation och vad berättar de om det vardagliga livet ihop med oss vuxna? Det var frågor som utgjorde grund för Elisabeth Arnérs mycket tankeväckande föreläsning.

”Ni vet vad ett ”ja” betyder, varför säger ni då så mycket ”nej, undrade hon”?”

Elisabeth berättade att hon arbetat som förskollärare i 13 år och sedan som lärare på lärarutbildningen på Örebro universitet i 33 år. Hon har hela tiden haft ett stort intresse för barnen, om hur det var att vara liten. Hon insåg tidigt att barn är mycket mer insiktsfulla än vi vuxna normalt tror.

Hon genomförde under ett år och inom ramen för ett forskningsprojekt, inspelade samtal med över hundra 6-åriga barn på olika förskolor, alltid en och en, många av dem hade hon upprepade möten med. Hon berättade att hon fick tillstånd först efter viss tvekan, det var framför allt föräldrarna som var misstänksamma. Men när hon förklarar att hon bara pratade med de barn som ville prata med henne, att hon inte skulle visa föräldrarna vad deras barn sagt utan bara skulle använda samtalen till att försöka förstå mer om hur det är att vara liten, så var det till slut okej.

Samtalet med Kalle

Elisabeth berättade om det allra första barnet hon pratade med i utvecklingsarbetet, Kalle 6 år. Han stod längst fram i raden av barn som ställt upp sig framför rummet där samtalen skulle ske. Han var storvuxen och såg bestämd och allvarlig ut. Förskolepedagogen som kom med nyckel till rummet, passade på att viska till Elisabeth ”han är värst i hela gruppen”.

De gick in i rummet och Elisabeth frågade om han ville berätta för henne om hur det är att gå på förskolan. Det ville han. Han berättade om förskolan, om hur det var hemma, semestern, om en gång när mamman var ledsen, en arg granne. Allt. Kalle berättade om mycket i sitt liv. Efter tio minuter börjar det bli fullt liv utanför dörren bland de andra väntande barnen och Elisabeth sa att de nog måste sluta nu. ”Nej, fråga mig mer”, sa Kalle så Elisabeth frå-

gade om det var något han tyckte var jobbigt med förskolan. Ja, det var en sak Kalle tyckte var jobbigt och det var när de andra killarna bråkade. Han berättade att han när han märkte att det började bli bråk, brukade försöka gömma sig i garderoben. Ibland hann han inte och då gjorde det så ont i honom att han var tvungen att slå dem.

Där satt, påpekade Elisabeth, en sex år gammal människa som var fullkomligt klar över sina egna problem och hade sätt att försöka hantera dem, samtidigt som personalen aldrig reflekterat över varför han ansågs vara ”värst i gruppen”. Bara gett honom den stämpeln. Det blev det första av flera möten med Kalle.

När året hade gått, insåg Elisabeth att hon aldrig tidigare hade samtalat med barn på riktigt. Inte lyssnat.

Så mycket förbud och regler

Efter analysen av alla samtal fanns det en gemensam uppfattning hos barnen som stack ut. Det är så mycket som är förbjudet för barn, så många regler som ska följas. Det barnen själva gärna vill göra, får de inte göra om ingen vuxen också vill. Vuxna har svårt att ge barnen utrymme för vad de vill göra.

En pojke berättade att han inte tyckte om att gå i förskolan för han gillade att snickra.

(Elisabeth): Får du inte snickra här då? (Pojken): Jo, men först får två snickra, sedan går det jättelång tid, sedan för två till snickra. När det är min tur igen har jag glömt vad jag gjorde.

(Elisabeth): Om du fick bestämma, hur skulle du vilja ha det då? (Pojken): Om jag fick bestämma skulle jag dra ut snickarbänken från väggen så att det får plats fyra runt den samtidigt.

(Elisabeth): Har du berättat om det för fröken? (Pojken): Det är ingen idé att säga något. Allt är redan bestämt.

Utvecklingsarbete på förskolor och skolor

Elisabeth berättade att hon senare fick möjlighet att arbeta med personal i tolv förskolor och sex skolor, i ett långsiktigt utvecklingsarbete. Vad behöver vi förstå för att ge barn en röst? Personalen fick ta del av den kunskap som samtalet med 6-åringarna genererat, att för barn är livet förknippat med så många förbud och regler, vilket hämmar dem. Personalen menade att det enda de gjorde hela dagarna var att

göra det bra för barnen. Visst finns det många regler, men det är en nödvändighet för att få vardagen med stora barngrupper och begränsat antal personal att fungera, svarade de.

Reglerna uttrycks med "nej" och barns syn på vuxna är att de säger väldigt mycket "nej". De bestämde sig i utvecklingsarbetet för att arbeta med bland annat den här frågan. Personalen fick som uppgift att de i en situation de själva valde, skulle säga ja till ett barns förfrågan som hon eller han normalt skulle ha besvarat med ett nej. De skulle iaktta hur barnen reagerade, hur hon eller han själv reagerade samt hur kollegorna reagerade. Situationen skulle skrivas ned, inklusive känslor och tankar.

"Barn längtar efter att samtala med vuxna. Att vuxna frågar efter deras tankar."

Pedagogen Gunillas situationsbeskrivning

Elisabeth återgav en sådan situationsbeskrivning, från pedagogen Gunilla som lät ungefär så här:

"Det är november. Det är kallt, regnigt och blåsigt. Jag är ute på gården på eftermiddagen med 16 barn. Typiskt att det är min tur. Jag får alltid vara ute i det värsta vädret! Barnen springer ned i hörnet av gården. De leker så bra att jag tror att jag struntar i att öppna boden. Efter ett tag noterar jag att barnen pratar ihop sig. De funderar på hur de ska göra stenarna de leker med blanka. De tänker genast på att de behöver vatten för det. Vi får fråga fröken, säger de och springer till mig hela gruppen. Fröken, fröken snäälla, vi kan väl få ta ut vatten. Jag tänkte att det var det tokigaste jag hört. De får nästan aldrig ta ut vatten ens när det är sommar. Min spontana reaktion är ett självklart nej, denna svinkalla, regniga, novemberdag.

Då kommer jag ihåg uppgiften och svarar istället ja visst! Jag ska hjälpa er och vi kan be Karin om extra hjälp. Barnen kan inte tro att de hör rätt. Frågar flera gånger. En 4-årig kille frågar: Fröken, varför får vi det?"

Vatten bärs fram, boden öppnas och vi har aldrig haft en sådan här eftermiddag. Det är fantastiskt att se barnens koncentration och samspel och samtalet mellan oss vuxna och barnen blir mer omfattande än annars."

Meningen med att säga ja

Elisabeth frågade alla konferensdeltagare vad det är man åstadkommer med barnet när man säger ja. Några svar var; tilltro till vuxna, glädje, bejaka fantasin, tilltro till sig själv och delaktighet.

Om vi är överens om att allt detta goda kan uppnås med att säga ja, varför säger vi då så mycket nej?

De flesta av oss vuxna vet vad det innebär för barnet när vi säger ja, men vi tror att vi behöver hålla igen för att sätta gränser, förklarade Elisabeth. Det handlar inte, menade hon, om att barn ska få göra som de vill bara sådär. Det är

mycket större än så. Det handlar om att ge barn en mening med livet.

Tänk om man fortsatte att lyssna på barnet upp i åldrarna med samma uppmärksamhet som spädbarnets skrik får alla vuxnas uppmärksamhet. Elisabeth gissade att vi skulle se betydligt färre skoltrötta åttondeklassare och betydligt fler fantasifulla och engagerade ungdomar.

Elisabeth Arnérs studier och utvecklingsprojekt har lärt henne att barn som får gehör för det som är viktigt för dem lär dem att utveckla ett eget ansvar. Personalen i förskolorna och skolorna angav att det som huvudsakligen hindrade dem att inte oftare vända ett nej till ett ja, var kollegorna, eller snarare det system, den tradition och kultur som alla yrkesgrupper har.

Barns syn på vuxna som medmänniskor

- Viktigast för barn är mamma och pappa.
- Viktigast är att vuxna är snälla. Äldre vuxna är ofta snälla. De har heller inte lika bråttom.
- Vuxna vill bestämma, särskilt över sådant som barnet upplever som tråkigt.
- Inget barn längtar efter tjat eller skäll.
- Barn vill/längtar efter att samtala med vuxna. Att vuxna frågar efter deras tankar.

Grubbelklubben på Fritids

Elisabeth avslutade med att ge ett exempel som visar barns längtan efter att samtala med vuxna. Hon berättade om Daniel som var student hos henne, en idrottskille med positiv läggning. Han läste till fritidspedagog och hade praktik på fritids tre dagar i veckan sin sista termin. I slutet av terminen säger han till Elisabeth att det hänt honom något under praktiken som han skulle vilja tala om. Han hade upptäckt barnen!

Det hade börjat hans allra första dag på praktiken när det blev så att han fick ta hand om mellanmålet själv för alla 58 barn. Det gick bra, med barnens hjälp och efteråt blev några barn kvar inne med Daniel. De började prata om allvarliga saker. Efter ett tag kom fler barn in och anslöt till samtalet. Till slut var alla barn inne. De satt överallt och pratade om allt mellan himmel och jord. Daniel hade berättat att han var ledsen för att hans pappa nyligen hade dött, att han mest var ledsen på natten. Han hade känt ett starkt stöd från barnen. Alla barnen hade känt igen känslan av att vara ledsna eller rädda på natten. De hade pratat om vad man kunde göra då. Till slut hade det gått över en timme och föräldrarna började komma för att hämta sina barn. Barnen ville inte sluta. De bad att de skulle fortsätta dagen efter. Och det gjorde de. Daniel berättade att de fortsatte hela terminen. De kallade samtalsstunden för grubbelklubben.

Jämställt föräldraskap – barns rättigheter och föräldrars skyldighet

Seminarieledare: Ylva Elvin-Nowak, fil. doktor psykologi, organisationskonsult

Seminarieret handlade om barns rättigheter med avseende på hur föräldraansvaret fördelas och konsekvenserna av denna för barns möjligheter till anknytning och trygghet. Ämnet är aktuellt och engagerade.

Ylva har sin bakgrund som forskare i psykologi och var länge verksam vid Stockholms universitet inom områdena familje-, genus- och organisationspsykologi. Hon disputerade 1999 med avhandlingen *Accompanied by guilt: modern motherhood the Swedish way*. Den blev så småningom

en bok med titeln *I sällskap med skulden*. Sedan tio år tillbaka är hon verksam som konsult med olika slags utvecklingsstöd för individer och grupper. Hon är också författare och har skrivit flera olika böcker. Gjorde ytterligare en studie på pappor, med titeln: *Världens bästa pappa*. Hennes senaste bok heter *Finns det några pappor i din mammagrupp?* Boken vänder sig direkt till personal inom mödrabarnhälsovården och innehåller praktiska råd om hur man kan omsätta verksamheternas jämställdhetstankar i praktiken.

Föräldraförsäkringen

Ylva deltog i Föräldraförsäkringsutredningen (2005) som lade fram ett förslag om en tredelad föräldraförsäkring. 15 månader jämnt fördelade på mamman, pappan och gemensam. Så blev det inte då.

Redan föräldraförsäkringen från 1975 var Sverige först med att kvotera. Mamman hade hälften av månaderna och pappan hälften. Men det har hela tiden gått att fritt överföra månader och problemet har varit att det i princip ute-

slutande har gått åt ett håll. Pappor överför sina månader till mammorna. Numera innehåller föräldraförsäkringen två pappamånader som inte går att överföra.

Vad är jämställdhet?

Det är ett begrepp som ligger under begreppet jämlikhet. I ett jämställt samhälle ska val av yrke inte vara könsberoende. Omsatt till barnomvårdnad, bortsett från graviditeten, ska föräldraskapet inte påverka mammor mer än pappor. Men så är det inte, konstaterade Ylva. Fortfarande tar män bara ut i genomsnitt 25 procent av föräldradagarna. De som tar ut mest är män som tjänar relativt väl och som är gifta med kvinnor som också tjänar relativt mycket och som vill arbeta.

För lite fokus på barnen i föräldraförsäkringen

Föräldraförsäkringen är formulerad i termer av föräldrar; mammors respektive pappors rättigheter att vara hemma med sitt barn. Det är väldigt lite fokus på barnen. Barnen kommer i andra hand trots att Sverige ratificerat FN:s konvention om barns rättigheter. Ylva menade att det vore smartare att fokusera på barnen för att komma undan den politiska diskussionen kring fördelningen av föräldraledighetsmånaderna. Vad behöver barn? De behöver föräldrar, eller en till tre personer som finns runt sig och som är beständiga.

Hur kan man tänka på föräldrarnas fördelning av ansvar? Föräldraförsäkringen är det enda möjliga sätt att titta på hur ansvarsfördelningen ser ut.

De som är mest positiva till delad föräldraledighet är män utan barn. När de sedan får barn är de fortfarande positiva men agerar på ett annorlunda sätt.

Rättigheter-skyldigheter

Med barn blir könsrollerna tydligare. Framförallt beror detta på bristen av tid. ”Den som passar bäst-gör”. Det finns en samhällsstruktur och tradition som fortfarande har olika förväntningar på mammor och pappor. En mamma som kommer till BHV och säger att jag har ingen lust att vara hemma med mitt andra barn för det var så tråkigt med mitt första, sätter igång larmklockorna, tid bokas med psykologen. Om en man säger på samma sätt, händer ingenting. Det verkar vara lättare att säga till en mamma att hon måste



släppa taget om sitt barn, än att säga till en pappa att han måste ta mer ansvar för sitt barn. Mamman har skyldighet att ta hand om sitt barn medan pappan har rättighet att ta hand om sitt barn.

Sätt barnet i centrum

Barnet knyter an till sina föräldrar eller motsvarande annan vuxen. Det är inte föräldern som knyter an. Målet för barnet är maximal omsorg och det agerar med medfödda biologiska system. Det är tvingande drifter. Det är alltså barnet som gör något med föräldern. Det innebär att för att bli förälder måste man vara i direkt kontakt med sitt barn. Barnet gör avtryck genom att utsätta föräldrarna för sina biologiska drifter.

Det här är något som personal på familjecentralerna kan använda sig av. Man behöver utsätta sig för barnen för att lära sig tyda barnets signaler. Man behöver vara hemma med barnet ensam för att bli en anknytningsperson. Annars bli man reducerad till en hjälpförälder och kan inte nå förstaförälderposition, det vill säga då man inte är utbytbar och då man är fullt ansvarig. Anknytningspersonen har den mest bekräftande positionen man kan ha. Belöningen kommer inte direkt men den blir desto större.

Social forskning visar att en månad är för kort tid för att bli en fullvärdig anknytningsperson. Forskning visar att om pappor är hemma mer än tre månader går de in i så kallad omsorgsrationalitet. Då blir de mer benägna att fokusera på barnets behov och mindre på sitt yrkesarbete. Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män i förmågan att ta hand om barn och läsa av deras anknytningsbeteenden. Däremot är det en tränings sak.

Låg acceptans idag att barn tar tid

Barn ska vara trygga, må bra och utvecklas till bra vuxna, men acceptansen och förståelsen för att barn tar tid är relativt låg. Hur oerhört stort arbete det faktiskt är som idag förväntas ske lite i skymundan.

Ylva menade avslutningsvis att en kvoterad föräldraförsäkring borde finnas därför att om det inte fanns en bakväg, vilket det finns nu, får man ett samhälle som accepterar att barn tar tid. Barnet står i centrum när alla yrkesverksamma personer i barnafödande ålder förväntas vara hemma med sina barn. Inte huvudsakligen bara mammorna.

”Mamman har skyldighet att ta hand om sitt barn medan pappan har rättighet att ta hand om sitt barn.”

Verktyg för lärande om barnets rättigheter

– hur kan vi som arbetar på familjecentraler, samt barn och föräldrar lära mer om barnets rättigheter?

Seminarieledare: Monica Gustafsson-Wallin, strateg för barnrättsfrågor, Landstinget Sörmland



För att veta mina rättigheter måste jag känna till dem. För att kunna arbeta utifrån konventionen måste jag kunna den och känna till dess krav.

Artikel 42 i FN:s konvention om barns rättigheter handlar om information och kunskap. I regeringens nationella strategi för att stärka barnets rättigheter har tre målgrupper identifierats: föräldrar/ barn samt beslutsfattare och yrkesverksamma.

Viktiga artiklar för familjecentralverksamheten

Grundprinciperna

Artikel 2 – alla barns lika värde och rättigheter

Artikel 3 – barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet

Artikel 6 – varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling

Artikel 12 – barnets rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade

samt

Artikel 4 – alla länder ska göra allt de kan för att genomföra rättigheterna i barnkonventionen

Artikel 42 – ditt land har ansvar för att se till att både barn och vuxna känner till vad som står i barnkonventionen

Artiklar som rör verksamheten

Artikel 24 – rätten till sjukvård och träning

Artikel 27 – rätten att utvecklas fysiskt, psykiskt, andligt, moraliskt och socialt

Artikel 18 – föräldrar har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling

Artikel 19 – rätten till skydd mot fysiskt eller psykiskt våld, vanvård, misshandel, övergrepp eller annat utnyttjande

Barnrättskonventionen – det handlar om folkrätt och rättighetstänkande.

Vi behöver utveckla **rättighets**arbetet i våra verksamheter för barn 0 – 18 år i kombination med den barnkompetens som personalen besitter.

Tips och idéer:

En bra och inspirerande inledning är att börja med frågorna ”Testa din kunskap” som finns på SKLs hemsida www.gorbarnstarkare.skl.se

Öka kompetensen genom SKLs vägledning – Gör barn starkare www.skl.se/vi_arbetar_med/demokrati/mr/vagledning

Tankemodell:

Utgå från grundartiklarna 2, 3, 6 och 12 samt artikel 4 och 42 och genomlys er verksamhet. Därefter bygger ni på med de sakartiklar och principer som rör just er verksamhet. Konventionen är hel och odelbar, men det finns rättigheter som i högre grad än andra rör just din verksamhet.

Hämta kunskap och argument ur konventionen för att arbeta med artikel 2, 3, 6 och 12 på MVC, socialtjänsten, öppen förskola, BVC och familjecentralen. Ta ett speciellt ”case” eller en fråga och belys dilemmat utifrån de fyra grundprinciperna och arbeta därefter vidare med hjälp av relevanta sakartiklar.

Kortleken: (förslag på gruppövning)

1. Läs igenom artiklarna 1 - 42.
2. Leta fram de två kort som du tycker är viktigast.
3. Berätta för varandra – jag har valt artikel den och den, samt motivera varför.
4. Gruppen förhandlar gemensamt fram de fyra viktigast ur det presenterade urvalet.
5. Sammanställning av allas svar – lista vilka artiklar som valts i varje grupp.



Problematisera kring: Vad innebär ett barnperspektiv?

Vad innebär det utifrån det vuxnas barnperspektiv, samhällets barnperspektiv respektive barnets perspektiv?

Det är viktigt att vi utmanar oss själva vad gäller frågor om makt och att vi är vaksamma på ”maktperspektivet” för att kunna säkerställa barnets rättigheter.

Barnets bästa – ur vems perspektiv?

Avslutningsvis påpekade Monica Gustafsson-Wallin att det också är viktigt att hålla ordning på vems perspektiv man har när man pratar om barnets bästa.

Barnperspektiv – vuxnas syn på barn

Barnets perspektiv – det som visar sig för barnet

//Ingela Sjöberg, Folkhälsstrateg,
Kommunförbundet Skåne

Det första mötet, hud mot hud direkt efter förlossningen och tiden därefter

– hur främjar vi den första viktiga tiden?

Seminarieledare: Sofia Zwedberg, spec.barnmorska i amning, PhD, klinisk adjunkt, Karolinska universitetssjukhuset

Hud mot hud direkt efter förlossningen och tiden därefter. Det är det ideala första mötet. 15 procent av alla nyfödda i Sverige får aldrig uppleva detta av olika anledningar. Hur ska vi som personal agera för att få till det optimala mötet? Detta har otroligt stor betydelse för amningen.

Hur kan vi som personal hjälpa till?

Att bli mamma är en process i tre delar:

- Mental förberedelse
- Att fysiskt föda barn
- En anpassning till ett nytt liv

Psykatrikern Daniel N Stern med flera, har i boken *The Birth of a mother – how the experience of motherhood changes you forever*, beskrivit den förändring blivande mammor genomgår. Daniel menar att man är socialt öppen i mitten av graviditeten och försöker då att hitta förebilder på hur man ska agera som mamma. I denna tidsperiod är man sensitiv och öppen för förändringar. Fram till 30:e veckan ungefär tittar mamman sej omkring för att få förebilder. Det är viktigt att barnmorskor då ger information, till exempel om barnets behov. ”Vi sår ett frö tidigt”. Efter 30:e veckan är mamman mindre mottaglig för denna information.

Sofia har i sin forskning som bygger på intervjuer med nyblivna mödrar som bad om hjälp med sin amning, beskrivit i sin bok ”Ville amma” vilka förhoppningar på amningen mödrarna hade innan de själva börjat amma.

Exempel: ”Enkelt, mysigt, ger barnet något som barnet vill ha, näringsmässigt det bästa”.

När amningen fungerar uppfattas det som ett bevis på att man fungerar som kvinna. Det är något man bör klara av, uppfyller samhällets förväntningar, är den goda modern. Amningen sågs som en dörröppnare till rollen som mamma. Alla vill vara världens bästa förälder. Därför känner mödrarna både inre och yttre press.

Prata amning – målen:

- Att delge föräldrarna kunskaper om amning så att de har möjlighet att göra val, och även ompröva val, om amning.

- En fråga är: Finns det samband mellan amning och anknytning? Alla människor vill ha relationer, den som finns tillgänglig för barnet knyter barnet an till.

- De första timmarna efter förlossningen finns det rikligt med Oxytocin (Lugn och ro-hormonet). Finns höjda nivåer efter varje amning. Mycket kroppskontakt ger mer oxytocin. Oxytocin hjälper människan att bry sig om och bindas till ett nyfött barn. Oxytocinet stiger också hos pappor vid mycket hudkontakt.

- Andelen mödrar som ammar sjunker. Enbart 15 procent av alla födda barn i Sverige helammats idag sex månader. För cirka 20 år sedan helammades cirka 40 procent. Innan förlossningen svarar 50 procent av tillfrågade kvinnor att de vill amma minst sex månader utan tillägg.

- Fortsatt hud mot hud: Stimulerar amningsreflexer, håller barnet varmt, lugnar både barn och mor, barnet skriker mindre, blodsockret ligger mera stabilt, höjer smärttröskeln och blodtrycket blir lägre hos modern.

Viktiga frågeställningar

Hur kan vi stödja kvinnor där amningsstarten är svår, hur kan vi arbeta mera med temat närhet och anknytning för alla?

Hur ser du på ditt ansvar som vårdpersonal?

Hur kan vi bli bättre på att särskilja ”god moder” och amning?

Varför är amning bra för barnet?

– Barnets mag/tarm flora

Råmjölken innehåller: SekretionsJgA, höga halter av leukocyter, lysozymer

– Anti-inflammatoriska faktorer
Stamceller

Ger barnet mindre risk för; UVI, ÖLI, öroninfectioner, diarré
Skyddar specifikt mot Anafylaktisk chock

– Ger skydd mot
Autoimmuna sjukdomar
Fetma
Allergi??



Vad gör det bra för mamman att amma?

- Mindre blödning post partum
- Visst skydd mot cancer i bröst och äggstockar
- Hjälper med viktminskning
- Skydd mot ny graviditet
- Minskar risken för hjärt-kärl sjukdom

Amning är en samspelsövning

Det ständigt återkommande och igenkännande sätt, som amning utförs på, kan ge barnet stabilitet och trygghet i vardagen. Det är barnets självreglering som styr frekvens och volymer.

Moderns idealbild: Harmoniskt ammande snällt och lugnt barn, så är det inte alltid, vårdpersonal behöver ge mkt stöd. Då amningen inte blir som man tänkt reagerar de flesta på samma sätt, vilket Sofia visat i sin forskning och beskrivs i "Vilje amma!" Liksom det stöd som mödrar önskar sig.

Mödrars reaktioner:

Från förvåning till panik
Tillbakadragande
Bekännande
Accepterande
Testar
Nöjdhet

Önskat stöd:

Uppmärksam närvaro
Bekräfta känslan, respekt
Avdramatisera, ge hopp
Enkla utgångspunkter
Hjälper att sortera
Bekräfta och supporta

Önskan från baby till personal.

Hjälper mamma att förstå mina signaler, så blir du en bra "anknytare".

//Britt-Louise Jönsson, barnmorska, Familjens Hus Hässleholm

Region Skånes erfarenheter av styrning för fler familjecentraler



Seminarieledare: Johan Larsson, hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne

Johan tog med oss seminariedeltagare på en intressant resa för att öka förståelsen för hur byråkrater tänker för att styra mot fler familjecentraler.

Barnavårdcentraler (BVC) och barnmorskemottagningar (BMM) är hälsoval i Skåne och har separata avtal som styr verksamheternas uppdrag och innehåll med en ackreditering, berättade Johan. I Johans arbetsuppgifter ingår avtalsförvaltning och då bland annat av det avtal som gäller familjecentraler. Om en BVC eller BMM är samlokaliserade i en familjecentral gäller ett tilläggsavtal som ger särskild ekonomisk ersättning till verksamheterna.

Förutom Skåne är det få län i övriga Sverige där familjecentraler ingår i vårdvals-systemet. Vårdvalet och organisationen runt vårdvalet ser olika ut i olika delar av landet, men genom att berätta om hur Skåne har gjort hoppades Johan kunna inspirera publiken att tänka i liknande banor och ta med de tankarna hem till det egna länet eller regionen. Det Skånska systemet har nämligen inneburit att många familjecentraler har startats sedan vårdvalet infördes.

Inledningsvis berättade Johan att konstruktionen med ersättning till regionens verksamheter i vårdvalet egentligen är fel. Den ersättning som faller ut till de BMM och BVC som är samlokaliserade i familjecentraler beror på vårdformen, inte på verksamhetens kvalitet eller resultat. Det borde det vara enligt Johan.

– Vi skulle vilja ersätta verksamheterna efter det resultat som när föräldrar och barn, sa Johan. Men hur kan sådana mått se ut? Vad skulle mätas? Som det är idag beror styrningen mot familjecentraler på att det är en verksamhet som vi tror är bra! Tillsammans med Kunskapscentrum för barnhälsovård och Mödrahälsovårdens expertgrupp i Region Skåne, håller vi nu på att samla material som tydligare visar familjecentralernas förtjänster när det handlar om hälsovården som når barn och föräldrar vid familjecentralerna.

Hur började det i Skåne?

Varför blev det en styrning mot familjecentraler? Johan gav oss en historisk tillbakablick:

För fem år sedan fick Johan i uppdrag att se över familjecentralernas verksamheter. Han var relativt nytillträdd på sin tjänst som hälso- och sjukvårdsstrateg och den erfarenhet Johan hade av familjecentraler var begränsad till att han själv som pappa besökt den egna familjecentralen med sitt barn. Han insåg att han behövde hjälp med uppdraget och tog därför kontakt med Vibeke Bing som var mycket kunnig inom området. Arbetet startade sedan med att Johan fick en lista med 38 namn på personer som arbetade på olika familjecentraler. Under en vecka ringde han samtliga personer på listan och alla hade mycket de ville delge och berätta för honom. Ofta tog samtalen en timme eller mer. Alla verkade vara glada över att få berätta om sina verksamheter!

Det visade sig att det fanns många olika former av verksamheter som kallades sig familjecentral. Det kunde vara allt från att en öppen förskola hade besök då och då av en BVC-sjuksköterska, till att ha alla fyra ”ben”. Arbetsledning och organisation skilde sig en hel del beroende på olika politiska initiativ och samlokaliseringen var också något som varierade från att fyra ”ben” samsades i lokalerna till att det endast fanns en verksamhet; öppna förskolan, i lokalen. I Skåne fanns vid den här tiden 5-6 familjecentraler med alla fyra verksamheter; BVC, BMM, öppen förskola och social rådgivning, men desto fler familjecentraler med färre och helt andra verksamheter. Hur skulle det gå att arbeta upp ett system i så olika verksamheter? frågade sig Johan.

Region Skåne tog tillsammans med Kommunförbundet i Skåne fram en policy om avtal som grunddokument, och den används fortfarande ofta. Den politiska viljan att arbeta för fler familjecentraler finns över partigränserna i Region Skåne, och önskan finns om att det ska finnas minst en familjecentral i varje Skånsk kommun. Regionen kan dock inte bestämma var i Skåne BVC och/eller BMM ska samlokaliseras till en familjecentral, utan det är upp till familjecentralen själv att bestämma.

I andra delar av Sverige innebär vårdvalet att BVC och BMM har ett gemensamt avtal, ett ”paket”. En fördel i Skåne är att dessa två verksamheter har varsitt avtal vilket innebär att ersättning faller ut till båda verksamheterna om

de är samlokaliserade med andra verksamheter i en familjecentral.

Tanken med att ersätta både BVC och BMM extra vid samlokalisering är att det ska vara attraktivt och positivt för båda vårdgivarna att vara med och starta en familjecentral. Den extra finansieringen styr! Och om både BVC och BMM finns i en familjecentral blir attraktionen större för föräldrar och familjer att gå dit, vilket är positivt, menade Johan Larsson, men sa också att viljan måste finnas! Utan en stark lokal vilja blir det ingen familjecentral. Därför måste det vara positivt att etablera en familjecentral.

Hur gick det, då? Kunde ersättningen från Region Skåne stimulera fler vårdgivare att starta familjecentral?

Den politiska viljan var god och beslut togs det första året 2010 att ge maximalt 250 000 kronor/år i familjecentralsersättning till BVC-vårdgivarna för att täcka de extrakostnader familjecentralen innebär i form av arbetstid för samverkan med mera. Ingen vårdgivare nappade på det erbjudandet just då. Från år 2011 är även mödrahälsovård ett hälsoval och från och med ackrediteringen 2012 ges extra ersättning även till BMM som är samlokaliserad vid familjecentral. Faktum är att det är krävande och kostsamt att starta och driva en familjecentral både med resurser för samverkan och ändamålsenliga lokaler. Nu är ersättningen högre till samlokaliserad BVC och BMM men beror även på hur många verksamheter som ingår i familjecentralen och i hur hög omfattning samverkan sker.

Det är upp till BVCs och BMMs verksamhetschefer att själva ta beslut om att starta en familjecentral. Den politiska viljan finns redan och det politiska beslutet är taget en gång för alla, vilket gör att det går att hoppa över de politiska beslutsleden på flera nivåer varje gång en familjecentral startar. Avtal och ackrediteringar är redan formulerade och reglerar vårdgivarnas uppdrag och ersättning vid familjecentralen.

Vad som också styr ersättningen till vårdgivare är CNI – Care Need Index – ett mått på vårdtyngd som bygger på föräldrarnas demografiska data. I utsatta områden är CNI-nivån i regel högre vilket därmed ger högre ersättning till vårdgivaren, både BMM och BVC. Den politiska inriktningen är att fler familjecentraler ska finnas i utsatta områden, men det är också viktigt att poängtera att familjecentraler är bra för *alla* barn och familjer, oavsett var de ligger geografiskt.

Verksamheter i hälsovalet följs upp med jämna mellanrum av medicinska revisorer och den senaste tiden har särskilt fokus varit på familjecentralernas BVC-verksamheter. Det har då förts dialog med verksamhetschefer, styrgrupper och personalen på BVC. För det mesta har det upplevts positivt men ibland har den medicinska revisionen ifråga-

satts av kommunerna som har ett annat självstyre. Revisionerna har dock lett till att ”avarter” av familjecentraler har hittats, där samlokalisering och/eller samverkan har varit tveksam. Det har faktiskt hänt att ersättning har fått betalas tillbaka på grund av för vidlyftig tolkning av kraven.

Att i avtalet ställa krav på minimum av samverkan har till exempel lett till att omfattningen av social rådgivning har ökat på flera familjecentraler. Det har stärkt systemet, berättade Johan.

Det går dock inte att slå sig till ro med systemet och avtalen. Dessa kan ständigt förbättras. Fasta ersättningar gör det lättare för verksamhetschefer att planera sin verksamhet, men ersättningen beror på de samlokaliserade verksamheternas omfattning och form för samverkan. För att utjämna skillnader i förutsättningar att starta familjecentral har avtalet utformats så att ersättningen beror på den nivå av samverkan/samlokalisering familjecentralen har möjlighet till:

- Verksamheterna bedrivs samlokaliserade
- Verksamheterna har ett avtal om samarbete minst 20 timmar/vecka
- En av verksamheterna är öppen förskola

Läs mer i Ackreditering och avtal för BVC 2013 på www.skane.se

www.skane.se/upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Narsjukvard/NSB_080609_familjecentraler.pdf

Fler familjecentraler önskas!

I nuläget finns elva familjecentraler i Skåne som har fyra ”ben”. Av Skånes 33 kommuner är det ca 16 som har familjecentraler.

Nästa steg i att förbättra avtalet och för att skapa fler familjecentraler kan ske när de positiva resultaten av familjecentralernas arbete syns tydligt.

//Ylva Thor, distriktssköterska/vårdutvecklare, Kunskapscentrum för barnhälsovård, Skåne

”Den politiska viljan finns redan och det politiska beslutet är taget en gång för alla, vilket gör att det går att hoppa över de politiska beslutsleden på flera nivåer varje gång en familjecentral startar.”

Familjecentralens arbete ur barnrättsperspektiv

Seminarieledare: Lars Olsson, leg. psykolog, vårdutvecklare, Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne

Lars berättar att statistik som rör barns hälsa årligen samlas in från BVC, och att han för något år sedan började fundera över om det skulle gå att se skillnad i resultaten för data insamlad vid BVC på familjecentral och icke samlokaliserad BVC. Den statistik han visade är insamlad vid BVC vid familjecentraler med tre eller fyra "ben" och jämförd med icke samlokaliserade BVC vad storlek och CNI (Care Need Index).

www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utveckling_projekt/Kunskapscentrum-for-barnhalsovard/

CNI är utvecklat som ett mått på "vårdtyngd". Variablerna som ingår i CNI har samband med ett hälsosamt leverne och socioekonomi. Fem socioekonomiska variabler ingår i CNI:

- Förälder född utanför Europa
- Arbetslös förälder
- Ensamstående förälder
- Nyinflyttad familj
- Förälder med låg utbildning

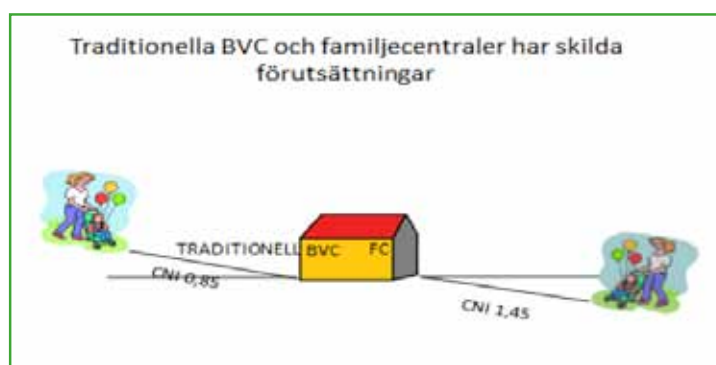
Varje enskild BVC har ett unikt CNI-värde som är beräknat på de familjer som är listade vid BVC-enheten, och den ekonomiska ersättningen till varje BVC beror på CNI-värdet. Ju högre CNI desto högre vårdtyngd, desto större ekonomisk ersättning. Se vidare Hälsoval Skånes hemsida: "Statistik".



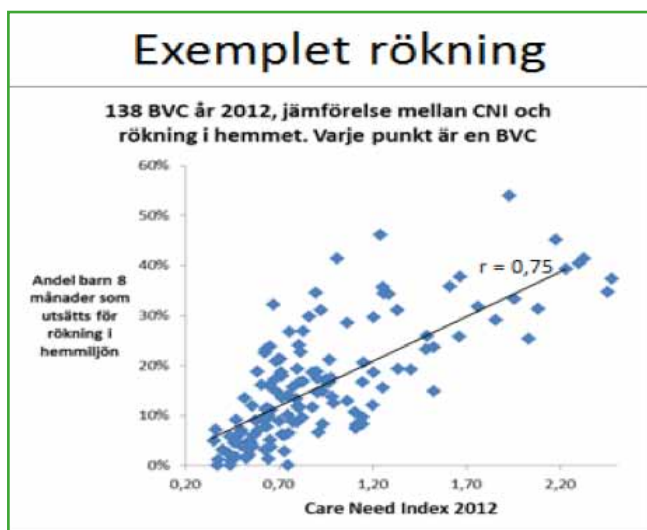
Familjecentralerna (gul stapel) ses ha högre CNI än traditionella BVC (röda staplar).



Med tanke på att BVC på familjecentral CNI ofta har högre CNI än en "vanlig" BVC är deras förutsättningar olika vad gäller att nå barnen och familjerna. Vid BVC med låg CNI ses föräldrar och barn "lättare" nås av BVCs erbjudanden och utbud, medan det vid en BVC med hög CNI är lite svårare att nå barn och föräldrar.



Varje familjecentral parades ihop med den traditionella BVC som låg närmast i CNI och storlek. Det blev alltså ett antal "matchade par" – en grupp med familjecentraler, en grupp med traditionella BVC. Jämförelsen är gjord för verksamhetsåren 2011 respektive 2012.



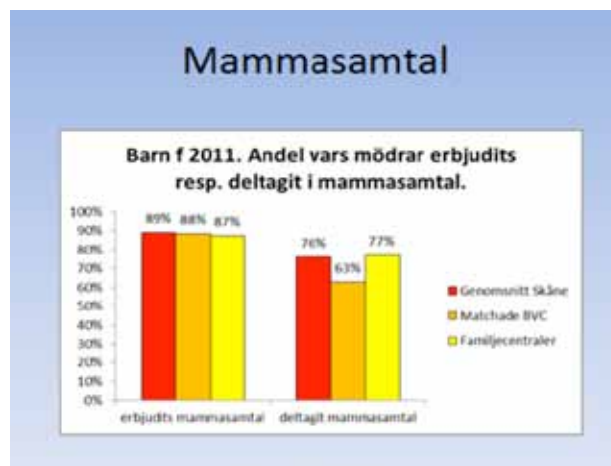
År 2011 ingick 19 familjecentraler och 19 matchade BVC i jämförelsen. År 2012 ingick 21 familjecentraler och 21 matchade BVC i jämförelsen.

Resultatet visade att:

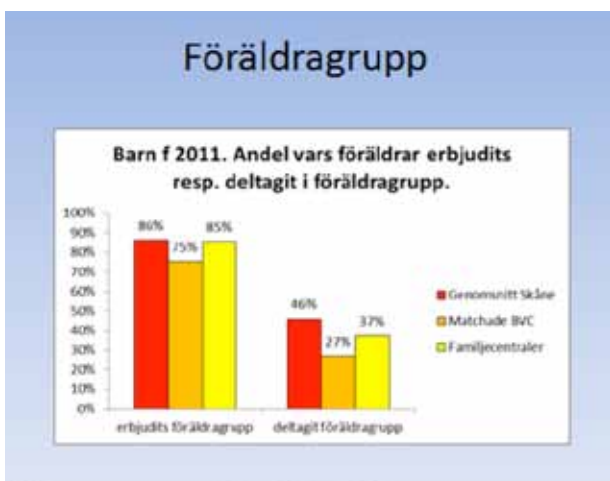
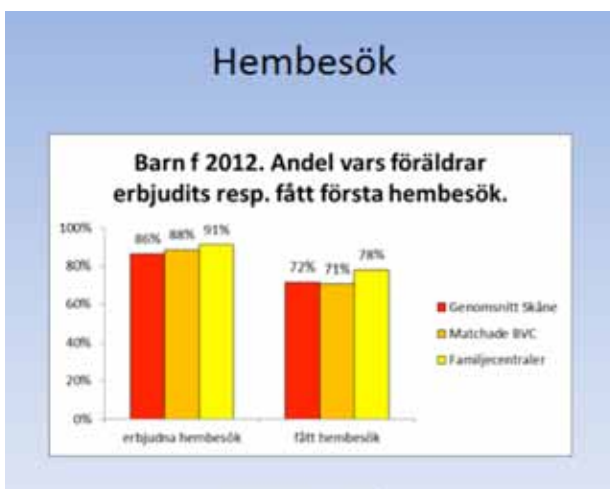
- Familjecentraler inte verkar ha någon särskild inverkan på amning, rökning eller övervikt/fetma.
- Vaccinationstäckningen är ungefär densamma vid familjecentraler som andra BVC-enheter.

De aktiviteter i barnhälsovårdens utbud där familjecentraler verkade ha en gynnsam effekt är:

- Andelen barnfamiljer som tar del av hembesök, föräldrastöd i grupp och mammasamtal.



- Andel anmälningar för barn som riskerar att fara illa och vad gäller samverkan med socialtjänsten (det är dock stor skillnad mellan olika familjecentraler).



// Ylva Thor, distriktsköterska/vårdutvecklare, Kunskapscentrum för barnhälsovård, Skåne
Diagram: Lars Olsson

”De aktiviteter i barnhälsovårdens utbud där familjecentraler verkade ha en gynnsam effekt är: Andelen barnfamiljer som tar del av hembesök, föräldrastöd i grupp och mammasamtal och andel anmälningar för barn som riskerar att fara illa och vad gäller samverkan med socialtjänsten.”

Ambulatoriegruppen – för gravida kvinnor med beroendeproblematik och deras barn

Seminarieledare: socionomerna Pia Davidsson och Lisbeth Källström, Ambulatoriegruppen, Malmö

Ambulatoriegruppen är en multidisciplinär samverkan mellan Malmö stad och Region Skåne. 1994 ansökte socialtjänsten om projektpengar hos Länsstyrelsen för att kunna samverka kring gravida kvinnor med beroendeproblematik.

Det hade förts en diskussion mellan barnmorskor och socialsekreterare kring kvinnornas situation som var präglad av kaos. Det fanns inget bra samarbete mellan olika myndigheter, sekretessen var ofta ett hinder. Kvinnorna fick ofta ett dåligt bemötande och det gjordes många akuta omhändertaganden. Kvinnorna upplevdes oftast som besvärliga och när de kom till förlossningen hade de inte fått någon förvård. Ibland var de även påverkade.

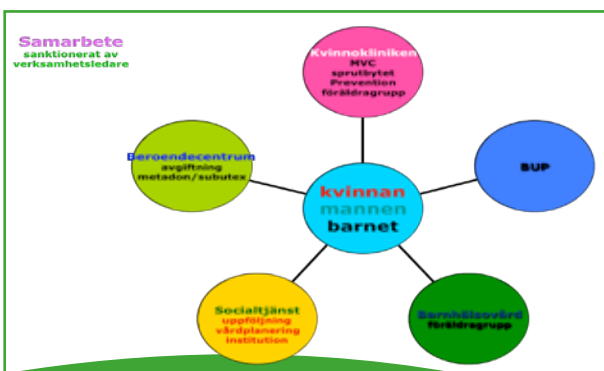
Projektet blev startskottet för Ambulatoriegruppens verksamhet. Det blev permanent 1996. År 2003 påbörjade man även ett projekt för att följa upp barnen efter födseln. Det varade i två år och blev sedan även det en permanent verksamhet.

Ambulatoriegruppen består av två socionomer, Pia Davidsson och Lisbeth Källström, som är anställda av kommunen och en barnmorsketjänst, för närvarande fördelat på två barnmorskor, anställda i Region Skåne.

Mål för den tvärfackliga samverkan är:

- Stöd till drogfrihet
- Förhindra fosterskador
- Motverka oönskade graviditeter
- Stöd i föräldraskap och familjerelation
- Uppföljning av barnens utveckling upp till två års ålder

Ambulatoriegruppen ingår i en stor samverkansgrupp där man träffas en gång i månaden. Gruppen består av socionomer, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, skötare, socialpedagoger och barnhälso psykologer.



Kommunen och sjukvården har hela familjen i fokus och alla bidrar med sina resurser och kompetenser för att tillsammans verka för ett optimalt omhändertagande av barn och föräldrar.

Kontakten med kvinnorna

Hur Ambulatoriegruppen kommer i kontakt med kvinnorna kan se olika ut. Det kan vara via sprututbytet där en barnmorska är stationerad som en del i sin tjänst. Det kan vara via avgiftningen eller socialtjänsten. Det kan också vara via kvinnans egna nätverk.

Barnmorskan erbjuder kvinnan i fråga en snabb inskrivning efter konstaterad graviditet. Kvinnan får också förtur till avgiftning eller behandling. Lika lätt är det tyvärr inte för de blivande papporna som måste ställa sig i kö. Den blivande mamman får erbjudande om möjlighet till täta besök där man kan diskutera vad som händer med kroppen under graviditeten. Oftast saknas mycket basal kunskap och man har då möjlighet att ta upp alla sina tankar och frågor. Barnmorskan finns även kvar efter förlossningen för uppföljning och efterkontroll.

Socionomernas fokus är att ge stöd i föräldraskapet och familjerelationen upp till att barnet är två år. Vill föräldrarna ha stöd av socionomerna, under och efter graviditeten, skriver man på ett avtal. I och med det så hävs all sekretess yrkespersoner emellan, något föräldrarna är väl medvetna om. Socionomerna för inga journaler och är lättillgängliga. Vad föräldrarna erbjuds är ett individuellt anpassat stöd då behoven kan se olika ut.

Efter att barnet är fött, har man babycafé en gång i veckan. Hit kan man komma upp till att barnet fyller två år och det faller sig naturligt att lämna verksamheten när barnet är i den åldern, barnet börjar dagis och föräldrarna börjar kanske studera eller arbeta.

Ambulatoriegruppen arbetar även konsultativt, har man ett ärende kan man alltid ringa till dem och rådfråga. Man bjuder även in till konsultation tre gånger per år där man kan dra oidentifierade ärenden.

Ambulatoriegruppen är en unik verksamhet i landet. Det finns liknande verksamheter i Göteborg och Stockholm, men de arbetar bara med familjerna under själva graviditeten och består bara av sjukvårdspersonal.

// Susanne Trade, socionom,
Familjecentralen Rådstugan, Landskrona



Forskning om omsorgssvikt och anknytning

Kari Killén, fil doktor, socionom, Norsk institut for forskning om Opvekst, Velferd og Aldring, (NOVA)

Forskning om omsorgssvikt og anknytning representerer en gemensam teoretisk grund for alle yrkesgrupper som møter barn og foreldre tidlig i barnets liv. Den ger en grund for ulike tilvægagangssatt for både universelt og selektivt forebyggende arbeid.

”Vi vet idag mer än nog men vad gör vi med den kunskapen?” undrade Kari Killén.

Relationer mellan föräldrar och barn är avgörande för barns fysiska, psykiska och sociala utveckling. Barn som utsätts för omsorgssvikt och olika former av övergrepp behöver inte i första hand ställas i kö för terapi, utan bli mötta med förståelse för de upplevelser de har haft och för den situation de befinner sig i. Dessa barn är inte sjuka, men de kan bli det om de inte blir sedda.

Omsorgssvikt omfattar de fyra kategorierna; fysiska övergrepp, känslomässig vanskötsel, psykiska övergrepp samt sexuella övergrepp. Kari fokuserade på känslomässig omsorgssvikt och psykiska övergrepp.

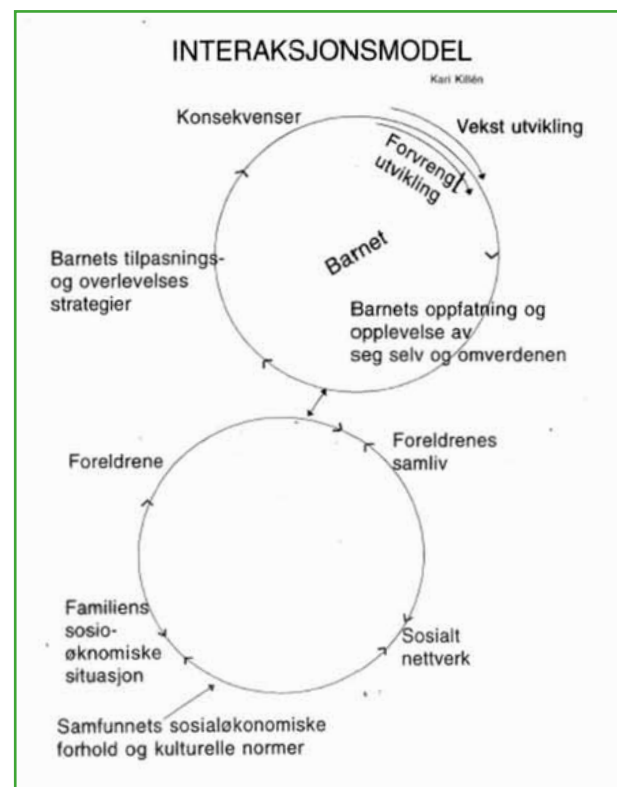
Den känslomässiga vanskötseln har tagit lång tid för samhällets instanser att upptäcka och ta på allvar. Men den är, menade Kari, avgörande att upptäcka på ett tidigt stadium. Känslomässig vanskötsel innebär att föräldern inte engagerar sig känslomässigt i barnet. Det finns inget eller ett dåligt samspel, vilket påverkar barnets anknytning. Det finns idag undersöknings- och behandlingsmetoder som kan användas för att arbeta med detta. Se listan med metoder överst i högerspalten på nästa sida.

Psykiska övergrepp definieras som en kronisk hållning hos omsorgsgivaren som omöjliggör eller försvårar utvecklingen av en positiv självbild hos barnet.

Psykiska övergrepp och känslomässig omsorgssvikt

1. Barn tilldelas egenskaper (avvisning, invadering)
2. Barn utsätts för alkoholmissbruk
3. Barn bevittnar våld i hemmet
4. Barn utsätts för föräldrars psykiska sjukdom
5. Barn utsätts för obearbetade skilsmässoprocesser

Beroende på barnets interaktion med föräldrarna och det närmsta sociala nätverket runt familjen, blir konsekvenserna för barnet radikalt olika. Ett barn med föräldrar som ser det, som säger ”vi ska ge dig ett så gott liv som möjligt, beskydda och stötta dig” kan använda allt det fått med sig till att växa och utvecklas. Ett barn som istället utsätts för ”jag ser dig som något väldigt negativt, du är i vägen”, måste lägga sin energi på att utveckla olika överlevnadsstrategier.



Anknytningsteorin og anknytningsmønster

Kari Killén ägnade en del tid åt anknytningsteorin och anknytningsmönster. Hon nämnde betydelsen av de båda förgrundsgestalterna för kunskapen om anknytningsutvecklingen, den brittiska psykiatern och psykoanalytikern

John Bowlby och den amerikanska utvecklingspsykologen Mary Ainsworth, där inte minst den senares så kallade, *Strange Situation procedure*, varit viktig för förståelsen för anknytningsmönster.

"Många föräldrar och beslutsfattare skulle göra andra prioriteringar om de visste betydelsen av anknytning för den enskilda människan och för samhällsutvecklingen."

Anknytningsteorin är den mest grundläggande teorin och borde självklart utgöra basen för alla utbildningar som involverar kontakt med barn och föräldrar och undervisar för ungdomar redan i grundskolan. Tyvärr är det fortfarande inte så. Anknytningsteorin integrerar; etologi, psykanalytisk teori, objektrelationsteori och systemteori med kognitiv teori och utvecklingspsykologi. Idag är det stor vetenskaplig aktivitet kring integreringen av föräldraforskning och hjärnforskning. Och det är just helhetsperspektivet som gör anknytningsteorin så väsentlig, menade Kari.

Många föräldrar och beslutsfattare skulle göra andra prioriteringar om de visste betydelsen av anknytning för den enskilda människan och för samhällsutvecklingen, var Kari övertygad om.

Viktigt för barnens utveckling är:

- Föräldrarnas egna anknytningserfarenheter, strategier och anknytningsmönster.
- Föräldrarnas inre arbetsmodell av barnet.
- Föräldrarnas mentaliseringsförmåga.
- Barnets medfödda utrustning.
- Föräldra-barnsamspelet.

Kari beskrev hur Patricia Crittendens Care Index (CI) kan hjälpa till att se anknytningsmönster utifrån korta videospelningar på förälder och barn i en leksituation. Metoden är utvecklad under överinseende av både Ainsworth och Bowlby. Den graderar vuxna utifrån tre beteenden: känslig, kontrollerande och ickereagerande och barn utifrån fyra beteenden: samarbetsvillig, svår, passiv och tvångsmässigt beteende. Skalorna i CI bygger på Ainsworths Strange Situation assessment patterns.

Anknytningsmönster

Utgångspunkt

1. Trygg anknytning
2. Otrygg anknytning – undvikande
3. Otrygg anknytning – ambivalent

Vid omsorgssvikt differentieras punkt 2 och 3 ytterligare:

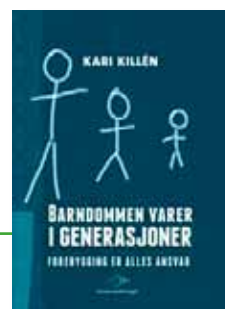
4. Ett blandat mönster. Barn som levt länge med ångest och oro utvecklar ingen riktig strategi.
5. Desorienterad anknytning

Kari avslutade seminariet med att lista ett antal forskningsmetoder med fokus på samspelet föräldrar-barn och mentalisering, som också i modifierad form kan användas kliniskt. Crittendens Care Index (CI) är ett av dessa.

- Adult Attachment Interview (AAI)
- Care Index (CI)
- Internal Working model of the Child (IWMC)
- Insight assessment (IA)

Lästips!

Kari Killéns har skrivit många böcker på ämnet. Bland annat böckerna *SVEKET I* och *SVEKET II* (Kommuneförlaget 2009 respektive 2010). Böckerna tar upp omsorgssvikt, teoretiskt, terapeutiskt och pedagogiskt. Hennes bok, *Barndommen varer i generasjoner – Forebygging er alles ansvar* (Kommuneförlaget 2013), har kommit ut under året i reviderad upplaga. Boken ger vägledning och stöd till de professioner som är i kontakt med föräldrar och barn tidigt i barns liv och som kan bidra till att förebygga svår omsorgssvikt och psykiskt lidande.



//Eva Gärdsmo Pettersson

Goda exempel från familjecentraler:

Det ofödda barnets rättigheter, barnmorskans perspektiv samt vinster med samarbetet i en familjecentral

Seminarieledare: Lotta Jeppsson, barnmorska, familjecentralen i Strömstad

Lotta Jeppsson har arbetat som barnmorska sedan 1988 och arbetar nu på familjecentralen i Strömstad. Lotta började inför detta seminarium med att googla Barnkonventionen (1989). Redan vid första artikeln fick hon huvudbry och började fundera över från vilken ålder man är ett barn? Det ser olika ut i världen när man räknas som ett barn.

I artikel 18 står det vidare att länderna (som undertecknat konventionen) ska hjälpa föräldrarna att bli bättre föräldrar. Under 1990-talet kom Lotta i kontakt med Ingela Lindström på familjecentralen i Kvidinge som informerade och inspirerade till samarbetet på familjecentralen. Här kom Lotta till insikt om hur man kunde samverka under samma tak och därigenom på ett tidigt stadium i föräldraskapet ”ge föräldrarna mer”.

TILL EFTERTANKE

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna denne där hon är och börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör, men först och främst förstå det han förstår. Om jag inte kan det så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan så beror det på att jag är fäfång och högmödig och egentligen vill bli beundrad av den andre i stället för att hjälpa honom.

All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa är inte att vilja bärska utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta så kan jag beller inte hjälpa någon.

Sören Kirkegaard

Ju tidigare desto bättre

Filosofen Kirkegaards kloka ord stämmer väl in med arbets sättet på en familjecentral, menade Lotta. Att vi stärker anknytningen genom att säkra tankar om barnet och föräldraskapet tidigt, redan innan barnet är fött främjar starten för den nya familjen. Genom att barnmorskan finns på familjecentralen blir föräldrarna påmind om sin graviditet och barnet som ska komma, vare sig man vill det eller inte.

Pappan har en mer abstrakt roll under graviditeten men genom att föräldragrupperna (som startar redan under graviditetens vecka 25-26) träffas i öppna förskolans lokaler blir ”barnmiljön” mer påtaglig. Lotta berättade att hon ibland använder en datorstyrd docka (samma tyngd och storlek som en nyfödd baby) dockan kan skrika ilsket eller ledset. Dockan kan användas till enskilda blivande föräldrapar som träning om man tvekar över att något saknas i föräldraskapet.

Familjecentralen ger automatiskt föräldrarna en mötesplats och en roll i det sociala sammanhanget. Om föräldrarna och speciellt kvinnan tidigt får ett gott samspel med sitt barn lever hon/de lugnare. Den tidiga anknytningen kan främjas genom att anknytningen utvecklas redan innan födelsen. På familjecentralen kan man göra detta genom att prata om och med barnet i magen: Hur är ditt barn, busig, lugn, etc? Kan föräldrarna få en relation med barnet redan innan det föds är mycket vunnet.

Depressioner under graviditeten

Man ska vara lycklig! Men depressioner under graviditeten är inte ovanliga och de är vanligare än depressioner efter graviditeten. De kan också göra mer skada. En mamma som är deprimerad kan känna sig trött, irriterad, sömnlös etc. Hennes spädbarn blir oftast mer irriterat. Mer krut behöver läggas på den sociala och psykiska hälsan. Familjecentralen förenklar detta arbete, påpekade Lotta.



Samverkan förbättrar barnmorskans förutsättningar

Barnkonventionens artikel 19 anger Barns rättighet att hindras från alkohol, våld, missbruk och tobak. För barnmorskan är det lättare att svara på detta när man finns på en familjecentral och har nära till annan hjälp. De olika kompetenserna på familjecentralen gör att vi får en snabb kommunikation, att vi är nära varandra. Tystnadplikten blir inget problem när vi har medgivande från föräldrarna och det är nästan aldrig svårt att få tack vare att föräldrarna blir trygga då de känner igen alla kompetenser som arbetar i huset.

Mammor och ofödda barn ska ha rätt till trygghet. Hinner vi? Klarar vi av det? Det är olyckligt att få höra att detta inte ingår i ditt uppdrag! Att få finnas och synas och att ge positiv information är viktigt för barnmorskan och det är minst lika viktigt som något annat samt att få arbeta med att stärka anknytningen och ge föräldrarna en god balans.

"Mer krut behöver läggas på den sociala och psykiska hälsan. Familjecentralen förenklar detta arbete."

Till sist förmedlade Lotta några fler fördelar med att finnas på en familjecentral. Hon säger att arbetet ger mycket stora möjligheter att hitta lösningar på individuella problem och att man har stöd av varandra i personalgruppen. Familjecentralen är en trygghet för föräldrarna och att här har den lilla människan en chans att träda fram!

*//Christine Lennartson, pedagog/samordnare,
Familjecentralen Lilla laxen, Ångelholm*

Goda exempel från familjecentraler:

Att bygga broar – ett vinnande koncept!

Seminarieledare: Förskolläraren Birgitta Salomonsson, socionomen Maria Sundvall, modersmålspedagogen Safiya Barre och förskolläraren Åsa Jonsson, Berga familjecentral, Linköping

Birgitta, Maria och Åsa på Berga familjecentral i Linköping berättade om hur deras arbete har förändrats och utvecklats sedan deras somaliska brobyggare, Safiya, började på familjecentralen. Det handlar om att vinna förtroende och skapa kontakter mellan olika kulturer.

Bakgrund till projektet

Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag av regeringen att utveckla strategier för föräldrastöd. Linköpings Kommun var en av de kommuner som fick del av projektpengarna.

Projektet startade våren 2010 och det pågår fram till årsskiftet 2013/14. Det ingår i projektets uppgift att arbeta för att brobyggare finns kvar efter projektets avslutande. Men ytterst är det en politisk fråga då det är de som beslutar om budgeten. Det är alltså en bedömning som ska göras om brobyggare på familjecentraler är så pass värdefullt att extra medel ska tillföras. Idag finns det tre somaliska brobyggare på familjecentraler i olika stadsdelar i Linköping.

Arabiska brobyggare har funnits på familjecentraler men behoven minskade efter ett tag. Det finns en serbisktalande brobyggare på en skola i projektets regi. Men generellt kan man säga att projektet har brobyggare före skolåldern. Det finns dock brobyggare anställda på skolor som är bekostade av andra särskilda stadsdelssatsningar och skolornas egen ekonomi. Det är arabiska, romska och somaliska brobyggare.

Man utvecklade idén om brobyggare utifrån att man haft utrikesfödda gruppleddare bland familjeprogrammen som till exempel cope, småbarnsliv där man hade lyckats rekrytera sina landsmän och som hade slagit väl ut.

Resultat på Berga familjecentral

- Somaliska besökare har ökat.
- Besöken kan gälla att bara "vara", lyssna på svenska språket, hjälp med översättning av brev, ifyllande av blanketter, enklare frågor.
- Vi är en känd mötesplats i Berga där Safiya finns som kan hjälpa och som besökare har förtroende för. (Art 2 lika värde).

- Vi får hjälp att förklara vårt förhållningssätt till barnen i till exempel uppfostringsfrågor. (Artikel 3 barns bästa och artikel 6 rätt till utveckling).
- BVC tar hjälp av Safiya.
- Safiya ger stort utbyte i samtal med svenska föräldrar när det gäller kultur och traditioner.

Personliga reflektioner från socionomen Maria Sundvall

Det finns något som vi som är föräldrar alltid kommer att få dras med – och det är kärleken till våra barn och den oro som det medför. En förälders omtanke och oro för sina barn är lika stark oavsett var du kommer ifrån eller var du befinner dig i den här världen. Spelar ingen roll om du är i Mogadishu, Sibirien eller Katrineholm.

Vi arbetar med det generellt mänskliga

Varför säger jag då allt detta när jag egentligen ska berätta om vårt arbete med somalier? Jo, därför att vårt arbete är mänskligt. Vi får aldrig tappa bort det, för om vi gör det – blir vårt arbete både overksam och meningslöst. Min uppgift är att möta människan – oavsett färg, form eller bakgrund.

Det var först när jag började släppa min bild av vem jag trodde att jag skulle möta, byggd på en mix av knapphändiga kunskaper, erfarenheter och fördomar, som jag kunde börja möta våra somaliska familjer på riktigt. Att sätta ihop olika pusselbitar och tolka det som verklighet och sanning är också mänskligt även om det inte är så funktionellt – för vi blir ofta lurade – av oss själva.

För ett och ett halvt år sedan så hade jag flera sådana bilder. Man måste kanske få vara nybörjare och inte alltid ha alla pusselbitarna. Det viktiga är dock att inte tro på allt man tänker och inte förmedla det som en sanning.

Inför varje besök jag har idag brukar jag tänka: Vad kan jag lära mig idag? Tidigare kunde jag tänka: Vad kan jag lära ut idag? Det är en stor skillnad som påverkar mitt bemötande,



oavsett om det är romer, svenskar, araber eller somalier jag möter. Och det påverkar också hur roligt jag har på jobbet! Det är spännande att tänka: Vad i det här mötet kan göra att jag växer som människa – att jag får en lite större förståelse i hur det är att vara en annan människa.

”Mer krut behöver läggas på den sociala och psykiska hälsan. Familjecentralen förenklar detta arbete.”

Brobyggare – startmotor för ett förändrat arbete

Under mina tidigare år på familjecentralen, mötte jag bara somalier väldigt sporadiskt. Tack vare vår brobyggare Safiya, skedde det en påtaglig förändring av mitt arbete.

Safiya godkände mig, på sitt eget språk, med egna ord och stort engagemang, och lyckades intressera ett par, tre stycken somaliska kvinnor att komma till mig och sedan har det rullat på. Nu har jag helt klart övervägande mängd somalier i min statistik – och de kommer av sig själva! Men till en början var Safiya ovärderlig i att skapa förtroende – en slags startmotor.

Safiya är självfallet fortfarande ovärderlig för mig på många sätt i arbetet; i kontakten med olika myndigheter och med Migrationsverket i synnerhet. Många samtal handlar just om familjesituationer och också om återförening av familjer.

När oron för den närmsta familjen och barnen finns och det är praktiska hinder som ligger i vägen så är det just de hindren som man måste börja jobba med innan tillräcklig energi och motivation finns för att klara av att fokusera på andra delar i livet.

Vid varje besök brukar jag alltid börja med att fråga: – Vad behöver du hjälp med? Eller – Vad kan jag hjälpa dig med? Det är en bra öppningsreplik för att minimera risken att missa målet med besöket och på så sätt även minska risken för besvikelse och frustration. Mina somaliska besök uteblir aldrig och kommer alltid i tid!

*//Anna-Maria Troedsson, Förskollärare/samordnare,
Familjecentralen, Bjuv*

Att omsätta barnkonventionen i praktiskt handlande



Seminarieledare: Susann Swärd, verksamhetschef, Rättighetsfokus

Susann är verksamhetschef för Rättighetsfokus och har tidigare arbetat med bland annat Unicef i Vietnam samt på Rädda Barnens Europakontor. Vidare har Susann en bred erfarenhet av kompetensutveckling inom mänskliga rättigheter. Parallellt med Rättighetsfokus arbetar hon som barnrättsstrateg för Landstinget Kronoberg.

Susann kan verkligen FNs konvention om barns rättigheter (barnkonventionen) på sina fem fingrar. Hon inledde med att berätta kort om barnets rättigheter i Sverige. 1989 antogs barnkonventionen av FN. Det är bara två länder som idag inte ratificerat barnkonventionen; USA och Somalia. Det finns även frågetecken kring om Sydsudan, världens senast bildade land, måste ratificera barnkonventionen eller om den gäller utifrån Sudans ratificering. Sverige var ett av de första länderna att skriva på 1990.

Susann pratade också kort om hur barnkonventionen används tillsammans med svensk lag. Där har vi en del kvar att arbeta med, sa hon. I svensk lag lägger vi till exempel mycket fokus på Föräldrabalken vid vårdtister, vilket innebär att man inte alltid tittar utifrån barnets perspektiv. I Norge har man sammanställt barnets rättigheter i lagen i en Barnabalken där man mer tittar utifrån barnets perspektiv.

Barnrättshand – gör det lätt för barn att förstå

Susann har skapat en "Barnrättshand" för att de som arbetar med barn och ungdomar ska förstå och lätt kunna sätta sig in i vilka rättigheter man har som barn. Susann förklarade handens olika funktioner utifrån barnkonventionen.



Barnets Bästa – Tummen upp! Artikel 3

Barnets bästa ska vara vägledande och sättas i främsta rummet vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga.



Delaktighet – Lockande pekfinger! Artikel 12

Barn ska ges möjlighet att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör dem. Utifrån ålder och mognad. Delaktighet är en rättighet och ingen skyldighet.

Susann lyfte också fram vad forskningen säger vad det gäller barns bästa. Barn är experter på sin egen ålder, till exempel hur det egentligen är att vara tio år i Sverige idag. Beslut som tas med barn och unga blir mer relevanta för dem och reflekterar i högre grad den verklighet de lever i.



Icke-diskriminering – Att ge "fingret" åt all diskriminering mot barn! Artikel 2

Alla barn har rätt till alla rättigheter. Oavsett barnets, förälderns eller vårdnadshavarens; ras, hudfärg, kön, sexuella läggning, språk, religion, funktionsnedsättning, politisk eller annan åskådning, nationellt, etniskt eller socialt ursprung börd eller ställning. Det ska vara jämlikt mellan pojkar och flickor. Susann tog upp ett exempel att här i Sverige kan postnumret ha stor betydelse för vad barn kan få tillgång till.



Prioriteringar och ansvar – Ringfingret ska symbolisera löfte! Artikel 4

På ringfingret sätter vi vår vigsel- eller förlovningsring, detta är vårt löftesfinger. Ringfingret symboliserar därför att du ger ett löfte om att du i din yrkesroll eller i er verksamhet ska prioritera och ta ansvar för att förverkliga barnets rättigheter.



Information och kunskap – Lillfingret, bokstaven "i" på teckenspråk! Artikel 42

Barn och vuxna har rätt att få information och kunskap om barnkonventionen och vilka rättigheter barn har i undervisningen i skolan. Föräldraundervisning – finns bra material *Viktigast av allt* (Barnombudsmannen). Alla som arbetar med och för barn ska kunna omsätta barnkonventionen praktiskt i sin verksamhet. Susann arbetar för Landstinget Kronobergs räkning med ett nytt material för föräldrautbildningar kring barnets rättigheter som ska bli klart efter sommaren.



Rätt till utveckling – Hela handen! Artikel 6

Man sätter barnet i handflatan och kan vända och vrida på handen för att se barnet utifrån olika vinklar. Det handlar om att kunna se till HELA barnet; andlig, moralisk, fysisk, psykisk och social utveckling. Helhetssyn kräver samarbete över organisations-, förvaltnings- och verksamhetsgränser.

Fem temaområden

Susann har även tematiserat barnkonventionen utifrån de olika rättigheterna barn har. De fem temaområdena inkluderar Rätt att utvecklas, Rättigheter i familjen, Sociala rättigheter, Rätt till sin identitet och Skydd mot våld och övergrepp.



Utifrån de olika temaområdena i barnkonventionen lyfte Susann fram bland annat Rättigheter i familjen. **Artikel 18.** Båda föräldrarnas ansvar för barnets uppfostran och utveckling oavsett om föräldrarna lever tillsammans eller ej.

Hon lyfte också fram **Artikel 14** Tanke, samvets- och religionsfrihet. Att svenska barn som är muslimer har rätt att byta religion enligt den svenska synen på religionsfrihet. Detta är ej tillåtet i muslimska länder som utgår ifrån att "man föds och dör som muslim".

Susann har också skapat en illustration av en barnrättsväg där man lätt kan sätta in de olika artiklarna utifrån vad frågan gäller; till exempel: 5-åring som vill lägga sig klockan 23.

Barnkonventionen är flexibel och situationsanpassad. Det är bra att ha ett verktyg när man ska prata om barnkonventionen och vad vi har för olika ansvar gentemot barnen.

Susann lyfte också fram **Artikel 31** – Rätt till lek, vila, fritid och kultur. Idag har många av våra barn så mycket aktiviteter så att de nästan aldrig har möjlighet att återhämta sig och bara vara och vila.

Vill man veta mer om Susanns arbete eller anlita henne kan man kontakta henne:

susann.sward@rattighetsfokus.se 0768-654356

www.rattighetsfokus.se

"Tummen upp för barnets bästa!"

//Ann-Sofie Roslund, förskollärare, Rådstugans familjecentral, öppna förskolan, Landskrona