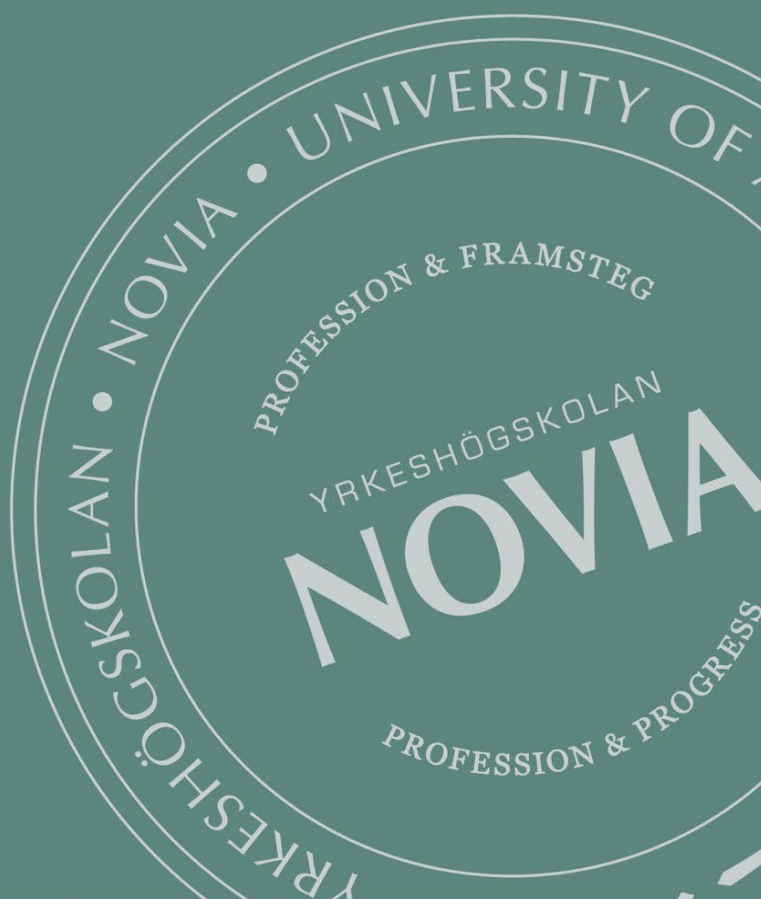


# Det sårbara barnet - att växa upp med missbruk, våld och psykisk ohälsa

Redaktörer Ann Backman,  
Maj Helen Nyback

Serie R: Rapporter



# Det sårbara barnet

## - att växa upp med missbruk, våld och psykisk ohälsa



Foto: Marianne Sand-Nabb

Redaktörer Ann Backman, Maj-Helen Nyback, Yrkehögskolan Novia

Skribenter: Jennifer Antfolk, Elin Burman, Anna Hult, Mathilda Kvist, Jennie Löfs, Anna-Lena Skrifvars, Fanny Svenfeldt och Victoria Öst

**Det sårbara barnet- att växa upp med missbruk, våld och psykisk ohälsa**

Yrkehögskolan Novia, Wolffskavägen 31, 65200 Vasa, Finland © Yrkehögskolan

Novia och Backman, Nyback

Novia Publikation och produktion, serie R: Rapporter 8/2022

ISBN 978-952-7048-88-7 (Online) ISSN: 1799- 4179

CC BY 4.0

## Förord

År 2019 startade ett projekt benämnt "En bro till framtiden" vid YH Novia. Målsättningen med projektet är att skapa kompetens för de aktörer, såväl professionella som ideella, som kan stöda barn och unga och förebygga problem med utanförskap, segregering och psykisk ohälsa. Genom att i tidigt skede identifiera barn i riskzonen och även i tidigt skede, på flera fronter, agera för barnets bästa kan vi minska risken för att barn far illa. Inom ramen för projektet har 8 studerande inom utbildningen till hälsovårdare granskat litteratur som kan vägleda och stöda hälsovårdaren att identifiera och tidigt agera vid misstanke om att barn far illa. Att vara medveten om barnets sårbarhet i en miljö som inte är optimal är en självklarhet för alla professionella som möter barnet i sitt jobb vilket gör det synnerligen viktigt att få kunskap om tidiga tecken på att barn far illa, samt verktyg för att i tidigt skede kunna agera.

De studerandes arbete resulterar i en rapport benämnd Det sårbara barnet - att växa upp med missbruk, våld och psykisk ohälsa. Rapporten bygger på de studerandes examensarbeten och samtliga examensarbeten bygger på litteraturstudier där ny vetenskaplig forskning och rapporter från statliga myndigheter ingår. Alla examensarbeten har olika infallsvinklar på samma kärna, som är att tidigt agera för barnets bästa.

Det har varit en förmån att få följa skribenternas sökande efter litteratur, deras analyser och sammanfattningar av litteraturen och slutligen deras arbete med att förkorta ett långt examensarbete till artiklar i en rapport. Rapporten kan användas av såväl professionella som i utbildningen. Den ger en god insikt i vilken kunskap som i dag ligger som grund för de metoder som används för att trygga barnets bästa. Rapporten är ett tidsdokument, ny kunskap är färskvara, om några år kan gärna en ny studie göras och därmed också få ett tidsperspektiv på hur vårt samhälle utvecklar.

Vasa 18.6.2022 Maj-Helen Nyback

## Innehållsförteckning

Förord.....	2
1 Inledning .....	5
2.1 Utgångspunkt för studien .....	7
2.2 Syfte och frågeställningar .....	8
2.3 Bakgrund .....	8
2.3.1 Statistik och lagstiftning.....	9
2.3.2 Hälsovårdarens roll i att upptäcka våldet .....	9
2.3.3 Kännetecken hos barn som upplever våld i hemmet .....	11
2.3.4 Olika våldsformer samt orsakerna bakom .....	11
2.3.5 Stödtjänster.....	13
2.4 Metod.....	14
2.4.1 Datainsamling .....	15
2.4.2 Etik.....	15
2.5 Resultat .....	15
2.5.1 Hälsovårdarens multiprofessionella samarbete .....	16
2.5.2 Träning i multiprofessionellt samarbete behövs .....	16
2.5.3 Faktorer som främjar samarbetet.....	17
2.5.4 Faktorer som hindrar samarbete.....	18
2.6 Diskussion .....	20
2.7 Slutsats .....	22
2.8 Litteraturförteckning.....	23
3.1 Syfte och frågeställningar.....	25
3.2 Bakgrund .....	25
3.2.1 Våld mot barn .....	26
3.2.2 Samhällets stöd.....	27
3.3 Utgångspunkt för studien .....	28
3.4 Metod.....	29
3.5 Resultat .....	30
3.5.1 Identifiering av våld .....	31
3.5.2 Ingripande vid våld.....	33
3.5.3 Förebyggande av våld .....	36

3.5.4	Multiprofessionellt samarbete .....	38
3.6	Diskussion .....	39
3.7	Slutsatser.....	43
3.8	Litteraturförteckning.....	44
4	Förebyggande av psykisk ohälsa bland ungdomar .....	47
4.1	Syfte och frågeställningar.....	47
4.2	Bakgrund .....	48
4.2.1	Förebyggande åtgärder.....	5
4.2.2	Förändringar under ungdomsåren.....	5
4.2.3	Samspel mellan hem- och skolmiljön.....	51
4.3	Utgångspunkt för studien .....	51
4.4	Metod.....	53
4.4.1	Etiska överväganden.....	53
4.5	Resultat .....	54
4.5.1	Risikfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa.....	54
4.5.2	Resurser för att främja psykisk hälsa .....	55
4.5.3	Tredje sektorns roll .....	55
4.5.4	Levnadsvanor med negativ effekt.....	56
4.5.5	Stöd i interaktionen mellan ungdomar och föräldrar.....	57
4.5.6	Samarbete i nyckelposition.....	58
4.5.7	Behov av kunskap.....	58
4.6	Diskussion .....	5
4.7	Slutsats .....	61
4.8	Litteraturförteckning.....	63
5	“Vi blev föräldrar till våra egna föräldrar. Vad vi inte lärde oss var att vi också var behövande, att också vi behövde omvårdnad och hjälp” - Barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol och hälsovårdarens möjlighet att upptäcka och stöda .....	65
5.1	Syfte och frågeställningar .....	65
5.2	Bakgrund .....	66
5.2.1	Alkoholens skadeverkan .....	66
5.2.2	Familjehemligheter och medberoende .....	66
5.2.3	Barnet i familjen med beroendeproblematik .....	67
5.2.4	Resiliens .....	68
5.2.5	Överlevnadsstrategi coping .....	68
5.2.6	Att upptäcka barnet i familjen med skadligt bruk av alkohol .....	68

5.2.7	Lagstiftning som reglerar verksamheten .....	70
5.2.8	Samhällets och organisationers stöd till barn och unga .....	70
5.3	Utgångspunkt för studien .....	71
5.4	Metod.....	71
5.4.1	Etiska överväganden.....	72
5.5	Resultat .....	73
5.5.1	Delstudie 1, kartläggning av kunskap kring temaområdet .....	73
5.5.2	Delstudie 2, sammanställning från dokumentstudien.....	77
5.6	Diskussion .....	85
5.7	Slutsatser.....	89
5.8	Litteraturlista.....	91
6	Reflektioner .....	94

# 1 Inledning

Ann Backman

Denna rapport tar fasta på olika sårbarheter som många barn och unga möter i sin vardag. Rapporten utgår ifrån FN:s barnrättskonvention som lyfter upp alla barns rätt till en trygg uppväxt. Det finns barn som inte växer upp under trygga förhållanden. Dessa barn och familjer behöver upptäckas och stödas för att kunna skapa förutsättningar för välmående under uppväxten och i vuxenlivet. Hälsovårdare har en unik möjlighet att upptäcka och stöda familjer från graviditet till vuxenliv, genom mödra- och barnrådgivning och senare skolhälsovården. Detta arbete görs dock inte ensamt utan i samarbete mellan olika insatser inom hälso- och sjukvården, socialvården, bildningen och tredje sektorn.

Olika belastningar i barnets vardag skapar sårbarhet. I samhället finns många professionella som jobbar med det förebyggande arbetet för barn och unga. Det förebyggande arbete finns inskrivet i barnskyddslagens tredje paragraf. Det innebär att kommuner bär ansvar för det förebyggande barnskyddet, vilket berör bildningen, ungdomssektorn samt social- och hälsovården.

Det förebyggande barnskyddet omspannar en stor del av samhällets service till befolkningen och det finns idag ett stort behov av att utveckla de stödtjänster som omfattas av det förebyggande barnskyddet. Det förebyggande barnskyddet är sällan systematiskt styrt i kommunerna och när effekterna syns på långsikt blir arbetet ofta ostrukturerat.

De professionella behöver samarbeta för att minska risken för att olika utmaningar hopar sig och blir övermäktiga för familjer. Alla problem och utmaningar går inte att förebygga och en del kommer plötsligt, utan förvarning. För många familjer och barn byggs ändå utmaningarna upp över en tid och där kan alla som ser barnet och familjen göra en insats för att lätta på en del av bördan.

I Barnombudsmannens årsrapport 2022 framgår att barnens rättigheter borde skrivas in i grundlagen för att säkerställa att barn beaktas på alla nivåer och att barnkonsekvensanalyser av t.ex. politiska beslut borde göras mer aktivt. Exempelvis lyfts upp hur coronapandemins begräsningar drabbade barn och barnfamiljer hårt, vilket man tror kommer att få följder för många år framåt vad gäller barn och ungas välmående. Det stigande antalet barn inom barnskyddet visar att barn och ungas sårbarhet ökat i samhället, redan innan pandemin. Behovet av rusmedels- och mentalvårdstjänster har även ökat bland barn, unga och vuxna.

En av de viktigaste åtgärderna är att öka medvetenheten och stärka identifieringen av olika riskfaktorer i barnens liv bland professionella. Denna rapport stävar efter att stärka och belysa några av de största riskfaktorer som äventyrar välmående i familjer. Dessa riskfaktorer handlar om familjevåld, psykisk ohälsa bland unga och barn som växer upp med missbrukande föräldrar.

Rapporten består av fyra artiklar som beskriver olika omständigheter som gör barnet sårbart och kan förhindra barnets välbefinnande och välmående. I rapporten beskrivs att de ibland förekommer samtidigt i familjer och att det finns kopplingar mellan dessa riskfaktorer.

Inledningsvis beskriver Skrifvars förutsättningar och utmaningar med det multiprofessionella arbetet när professionella stöter på familjevåld. Skrifvars tar fasta på olika främjande och hindrande faktorer för samarbete ur hälsovårdarens synvinkel inom en barnrådgivningskontext. Våld är ofta dolt och skamfyllt, samtidigt som de professionella upplever att det är svårt att ta tag i. Svenfelt och Löfs fortsätter och lyfter upp olika identifieringsmekanismer som professionella behöver vara uppmärksamma för att känna igen familjevåld. Svenfelt och Löfs fokuserar på barn i skolåldern. I

artikeln beskrivs även vad som krävs av en organisation och de professionella för att skapa förutsättningar vid identifiering av våld i hemmet.

Ungdomars psykiska välmående avspeglar det samhälle som vi lever i och fungerar som en barometer för hur det förebyggande arbetet har lyckats. Bildningen tillsammans med social- och hälsovården skall verka förebyggande och många gången accentueras tidigare problematik i tonåren när barnet står inför att utvecklas till självständiga individer som skall bemöta samhällets förväntningar. Antfolk och Öst går i sin artikel in på vilka faktorer som förebygger psykiska ohälsa och vad som krävs för att stöda unga som mår dåligt.

Avslutningsvis fördjupar Burman, Hult och Kvist förståelsen för hur skadligt bruk av alkohol påverkar familjer genom att lyfta upp barns perspektiv och upplevelser. Genom att anamma barnets perspektiv får professionella en tydligare bild gällande barnets behov av hjälp och stöd. Därtill lyfter skribenterna upp åtgärder som riktar sig till att underlätta barnens situation och de professionellas ansvar jämt mot barnen.

Rapporten riktar sig till alla som kommer i kontakt med barn även om hälsovårdarens roll är framträdande. Det gemensamma uppdraget att främja välfärd och hälsa gäller barn och unga men berör även föräldrar. Föräldrar bär ansvar för sina barn och för att säkra en trygg uppväxt. De professionella har i uppdrag att stötta föräldrar i detta uppdrag. Rapporten strävar till att öka kunskap kring barns sårbarhet bland professionella, studeranden och frivilliga som kommer i kontakt med barn och föräldrar.



## 2 Barnets bästa är vårt gemensamma ansvar - Multiprofessionellt samarbete när barn upplever våld i hemmet

Anna-Lena Skrifvars

Familjevåld är ett stort problem som ökar i Finland. Alltför många barn växer upp i otrygga förhållanden där våldet i vissa fall blivit en del av vardagen. Varje barn har rätt till ett tryggt och bra liv med möjlighet till en balanserad utveckling. Det är i första hand barnets vårdnadshavares ansvar att möjliggöra detta, men i de fall där vårdnadshavarna inte är kapabla att klara det så behövs stödåtgärder och hjälp utifrån. Många olika professioner samarbetar då för att stöda barnet och familjen.

Till barnrådgivningens centrala uppgifter hör att följa med barnets hälsotillstånd, tillväxt och utveckling samt att kunna erbjuda stöd för hela familjens välbefinnande. Det är viktigt att kunna identifiera barnets och familjens behov i ett så tidigt skede som möjligt för att kunna erbjuda det stöd som behövs och förhoppningsvis undvika att familjens problem blir större.

I Finlands pågående social- och hälsovårdsreform läggs tyngdpunkten på tidiga insatser, förebyggande vård och samarbete mellan olika yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Forskning har visat att ett multiprofessionellt samarbete behövs för att i ett tidigt skede kunna upptäcka och agera vid våld mot barn<sup>1</sup>. Stöd i rätt tid och ett multiprofessionellt samarbete i ett tidigt skede kan i bästa fall minska behovet av barn- och familjeinriktat barnskydd eller psykiatrisk vård. I denna studie kartläggs vilken kunskap som finns om hälsovårdarens multiprofessionella samarbete och vilka faktorer som påverkar detta samarbete.

### 2.1 Utgångspunkt för studien

Den teoretiska utgångspunkt som valts är Imogene King's systemteori Conceptual system- and theory of goal attainment med fokus på det interpersonella systemet. Teorin bygger på begrepp som kommunikation, transaktioner och interaktiva processer mellan människor. I barnrådgivningsarbetet är dessa begrepp mycket viktiga för att möjliggöra ett fungerande samarbete mellan hälsovårdare och klient men även mellan hälsovårdare och andra yrkesgrupper. Kings conceptual system är ett öppet system bestående av tre olika system som interagerar med varandra; det personliga systemet, det interpersonella systemet samt det sociala systemet. Kings modell identifierar vårdområdet som en sammansättning av dessa tre system. Människan är grunden i varje system och analysenheten är människans agerande i olika sociala omgivningar.<sup>2</sup>

Det personliga systemet är på individnivå, vilket betyder att varje individ själv utgör ett helt eget system. I det personliga systemet finns det vissa begrepp som är viktiga: uppfattningen om sig själv och sin omgivning, individens tillväxt och utveckling, tid, kroppsuppfattning, inlärning och personligt utrymme. De här begreppen är bra att ha kunskap om eftersom det gör det lättare att förstå enskilda individer och deras agerande.<sup>3</sup>

Till det interpersonella systemet hör grupper eller individer som interagerar med varandra. Ju fler individer som ingår i systemet desto komplexare blir det. Begrepp som är viktiga att förstå när det

---

<sup>1</sup> Inkilä, Flinck, Luukkaala, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2013

<sup>2</sup> King, 1981

<sup>3</sup> King, 1981 s.19 - 47

gäller hur grupper fungerar är: interaktion, transaktion, kommunikation, roller, coping och stress. Varje individ i en grupp har med sig egna erfarenheter, behov, mål, förväntningar och uppfattningar som kommer att påverka hur den individen interagerar med resten av gruppen. Genom interaktioner kommer det fram hur individer tänker och tycker om andra människor, vilka förväntningar de har och hur varje individ reagerar på varandra. Transaktion är en process där individerna genom kommunikation med varandra och omgivningen försöker uppnå ett mål medan kommunikation enligt King är när man delar med sig av sina tankar, uppfattningar och åsikter bland andra individer genom att använda sig av verbala och icke verbala meddelanden för att skapa ett socialt interaktions- och inläringstillfälle. För att kommunikation ska kunna vara effektiv måste den ske i en atmosfär av ömsesidig respekt och en vilja att förstå.<sup>4</sup>

Det sociala systemet är en grupp människor i ett samhälle som delar gemensamma mål, intressen och värderingar. Ett socialt system har organiserade gränser, inkluderat roller och beteenden. Ett socialt system kan vara en familj, en skola eller arbetskollegor. De begrepp som ingår är organisation, auktoritet, makt, status, kontroll och beslutstagande. En organisation kan ses som ett system vilkas aktiviteter är riktade mot att uppnå ett mål. En organisation är uppbyggd av personer i olika roller och positioner som använder resurser och förmågor för att uppnå personliga och organisatoriska mål. Relationen mellan dessa tre system utgör grunden för King's theory of goal attainment. Teorin handlar om relationen mellan olika individer och hur de tillsammans bygger upp målsättningar och agerar för att uppnå dessa.<sup>5</sup>

## 2.2 Syfte och frågeställningar

Utgående från King's systemteori är hälsovårdaren en del av de tre system som King menar utgör grunden i vårt samhälle. Det personliga systemet innefattar hälsovårdarens egen personliga bakgrund med erfarenheter och kunskap, medan hälsovårdaren i det interpersonella systemet interagerar med klienter och arbetskamrater. I det interpersonella systemet försöker hälsovårdaren förstå den andra och genom kommunikation arbeta mot ett gemensamt mål. Det sociala systemet byggs i detta fall upp av olika professioner som delar gemensamma värderingar, intressen och mål kring barnets bästa. Genom att utgå från Kings systemteori förtydligas hälsovårdarens roll i det sociala systemet och de faktorer som är viktiga i samarbetet för att kunna uppnå ett gemensamt mål beskrivs.

Syftet med denna studie är att kartlägga hur hälsovårdaren på barnrådgivningen samarbetar med andra professioner när ett barn upplever våld i hemmet och vilka faktorer som påverkar samarbetet. Frågeställningarna är följande:

1. Vad finns beskrivet i den nu existerande litteraturen om hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när ett barn upplever våld i hemmet?
2. Vilka faktorer beskrivs som viktiga för att samarbetet ska fungera?
3. Vilka faktorer beskrivs som hinder för att samarbetet ska fungera?

## 2.3 Bakgrund

Den teoretiska bakgrunden visar hur statistik och lagstiftning i Finland ser ut när det gäller familjevåld och våld i nära relationer. I bakgrunden beskrivs även hälsovårdarens roll i att upptäcka våldet,

---

<sup>4</sup> King, 1981 s. 59 - 102

<sup>5</sup> King, 1981 s. 113 - 121

kännetecken på våld hos barnet, olika former av våld samt vilka stödtjänster som finns att erbjuda barn och deras familjer som upplever våld i hemmet.

### 2.3.1 Statistik och lagstiftning

Familjevåld och våld i nära relationer ökar i Finland enligt de senaste uppgifterna från statistikcentralen. År 2019 utsattes 2 607 minderåriga för våld. Året innan var motsvarande siffra 2400. Statistiken visar att antalet minderåriga som utsätts för våld har ökat stadigt sedan år 2009 när 18 procent av offren var minderåriga (1045 minderåriga). När det gäller de minderåriga offren så är det nästan alltid en vuxen som står bakom våldet (96 procent). Av de minderåriga offren år 2019 så var 21 procent under 5 år, 40 procent 5 - 9 år, 26 procent 10 - 14 år och 13 procent 15 - 17 år gamla.<sup>6</sup>

I Finland är staten, kommunerna, barnens föräldrar och övriga vuxna förpliktigade att följa FN:s konvention om barns rättigheter, barnens rättighet är de vuxnas skyldighet. Alla barn ska enligt barnkonventionen skyddas mot alla former av våld, försummelse och utnyttjande<sup>7</sup>. Enligt barnskyddslagen<sup>8</sup> så är det barnets föräldrar och övriga vårdnadshavare som har huvudansvaret för barnets välfärd. Myndigheter som arbetar med barn skall stödja vårdnadshavarna samt erbjuda nödvändig hjälp tillräckligt tidigt. Barnskyddet omfattar stödåtgärder inom öppenvården t.ex. terapi, stödpersonsverksamhet, familjearbete, kamratstödsverksamhet eller rekreativ verksamhet<sup>9</sup>. Till barnskyddet hör även brådskande placering och omhändertagande av barn<sup>8</sup>.

Enligt socialvårdslagen har ett barn och dess familj rätt att få socialservice som är nödvändig för barnets utveckling och hälsa utan dröjsmål. Servicen ska stödja föräldrarna, vårdnadshavarna samt andra personer som ansvarar för barnets vård och fostran<sup>10</sup>. Förutom barnskyddet och socialvårdens barnfamiljetjänster ska kommunen också ha ett förebyggande barnskydd. Hit hör bl. a. det stöd som ges vid mödra- och barnrådgivningen och i dagvården. Det förebyggande barnskyddet främjar och tryggar barns och ungdomars uppväxt, utveckling och välfärd samt stöder föräldraskapet<sup>9</sup>. Barnskyddets strävan är att förebygga barnets och familjens problem och ingripa tillräckligt tidigt i problem som uppstår. Barnet skall kunna garanteras en trygg uppväxtmiljö samt fysisk och psykisk integritet<sup>4</sup>. Det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer och inom familjen ingår i kommunens välfärdsstrategi och säkerhetsplaner. Kommunerna bör ha en handlingsmodell för arbetet mot våld. Handlingsmodellen bör innehålla förebyggande verksamhet, service med låg tröskel, akuttjänster såsom skyddshem och krishjälp, tjänster som är specialiserade på förebyggande av våld samt långvarigt stöd och terapitjänster för människor med traumatiska våldsupplevelser.<sup>9</sup>

### 2.3.2 Hälsovårdarens roll i att upptäcka våldet

Hälsovårdare har enligt paragraf 25 i barnskyddslagen<sup>11</sup> en anmälningsskyldighet vid misstanke eller vetskap om att barnets omständigheter äventyrar dess utveckling, eller när barnets eget beteende kräver att behovet av barnskydd utreds. Alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är dessutom skyldiga att förutom en barnskyddsanmälan även göra en anmälan till polisen när de har

---

<sup>6</sup> Statistikcentralen, 2020

<sup>7</sup> Unicef, 2020

<sup>8</sup> Finlex, 417/2007

<sup>9</sup> Social- och hälsovårdsministeriet, 2019a

<sup>10</sup> Finlex, 1301/2014

<sup>11</sup> Finlex, 417/2007

skäl att misstänka att ett barn utsatts för gärningar som är straffbar såsom t. ex sexuellt utnyttjande av barn eller brott mot liv och hälsa t. ex misshandel<sup>12</sup>.

Till barnrådgivningens centrala uppgifter hör att följa med barnets hälsotillstånd, tillväxt och utveckling samt att kunna erbjuda stöd för hela familjens välbefinnande. Det är viktigt att kunna identifiera barnets och familjens behov och kunna stötta deras resurser. Hälsovårdare på barnrådgivningen arbetar med olika screeningar och metoder för att på olika sätt kunna upptäcka de barn som är utsatta för våld. Eftersom väldigt få personer själva tar upp att det förekommer våld i familjen, kan hälsovårdaren med hjälp av dessa metoder ta upp frågan. Till exempel med hjälp av blanketten för screening och kartläggning av närståendevåld ställer hälsovårdaren systematiska och raka frågor om våld. Tydliga anvisningar finns hur man fyller i blanketten och hur man bäst hjälper personen vidare.<sup>13</sup>

För att följa upp barnets hälsa så erbjuds minst 15 hälsoundersökningar på barnrådgivningen. Barnets hälsa, tillväxt och utveckling undersöks noggrant med olika metoder och dokumenteras, till exempel med hjälp av Lene-metoden som är till för att göra en bedömning av den neurologiska utvecklingen hos barn i lekåldern. Hälsovårdaren bör vara uppmärksam på tecken som tyder på fysisk misshandel såsom indikatorskador vid hälsoundersökningarna, men även tecken på försummelse såsom bristande emotionell kontakt mellan föräldern och barnet. Frågor om familjevåld kan komma upp i samband med ett samtal om familjesituationen i allmänhet. Föräldrarnas parrelation, familjens fostrings- och disciplineringsmetoder samt barnets utvecklingsstadier bör tas upp med alla föräldrar i samband med hälsoundersökningarna. Man bör utgå ifrån konkreta exempel och erfarenheter när man diskuterar. Det är också viktigt med attitydfostran i syfte att förhindra användning av våld som disciplineringsmetod.<sup>14</sup>

För att ingripa mot våld förutsätts multiprofessionellt samarbete och på den egna enheten behövs en lokal överenskommelse mellan de olika aktörerna om en gemensam samarbetsmodell och vårdkedja. Man måste veta vart man ska hänvisa klienter som behöver hjälp. Hälsovårdare bör också få yrkesinriktad fortbildning i hur man hanterar relationsvåld, våld mot barn och försummelse samt hur man stödjer offret och familjen. Även möjlighet till konsultation och andra former av stöd, som t. ex arbetshandledning behövs för hälsovårdarna<sup>12</sup>. En finländsk studie visade på att hälsovårdare behöver mera kunskap och träning i hur man går till väga när ett barn utsätts för våld och det redan i utbildningen till hälsovårdare men även senare som fortbildning<sup>15</sup>.

Det krävs en hel del för att få det multiprofessionella samarbetet inom vården att fungera men när det fungerar så har det visat sig kunna öka vårdkvalitet, patientnöjdhet, patientsäkerhet och tillfredsställelse med arbetet. Det har även visat sig minska stressen hos vårdpersonal och minska kostnader. För att lyckas med ett effektivt multiprofessionellt samarbete behöver det finnas ett ledarskap som är inriktat på samarbete, det behövs kompetens inom personcentrerad vård, kommunikation, rollfördelning inom teamet, konflikthantering, laganda och tillit. Det underlättar även med gemensamma journaler samlade på ett ställe.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Valvira, 2015

<sup>13</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2020a

<sup>14</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2018

<sup>15</sup> Paavilainen m.fl., 2014

<sup>16</sup> Fridén & Olsson, 2018

### 2.3.3 Kännetecken hos barn som upplever våld i hemmet

Barn kan fara illa utan att uppvisa tydliga yttre kännetecken men barnets beteende kan ofta signalera att något är på tok. Sådant beteende kan vara t. ex stor ängslighet, passivitet, aggressivitet eller hyperaktivitet<sup>17</sup>. Sedan finns det även en del skadebilder på ett barn som är mycket typiska vid just barnmisshandel, dessa skadebilder kallas för indikatorskador. Indikatorskadorna är oftast av mindre allvarlig natur och upptäcks på t. ex barnrådgivningen, hälsovårdscentralen eller akutmottagningen. De flesta av dessa skador är blåmärken, brännskador, frakturer och skador i munnen. Svår misshandel av spädbarn har i 25 procent av fallen föregåtts av indikatorskador. Det är därför av yttersta vikt att vårdpersonal uppmärksammar indikatorskador på barn<sup>18</sup>.

Tydliga kännetecken är synliga skador på barnet som bortförklaras på obegripliga sätt, såsom blåmärken och brännmärken. Barn som är frånvarande eller sorgsna, utåtagerande eller hämmade, bekymrade eller tryckta i hotfulla situationer bör väcka varningsklockor hos hälsovårdaren. Även barn som inte verkar trivas hemma och många uteblivna rådgivningsbesök kan vara tecken på att allt inte står rätt till i familjen<sup>13</sup>.

### 2.3.4 Olika våldsformer samt orsakerna bakom

Våld i familjen kan se ut på många olika sätt och orsakerna till våldet varierar. Oberoende om våldet är riktat direkt mot barnet eller om barnet bevittnar våldet i familjen så innebär det alltid ett stort trauma och barnet påverkas både psykiskt och fysiskt. Att bevittna våld innebär att barnet inte rent fysiskt utsätts för våldet utan upplever det genom att se och höra när någon annan i familjen utsätts för våld. Genom att bevittna våld kan grundhälsan och välbefinnandet äventyras, barnet får dessutom en snedvriden bild av hur man löser tvister, det kan få uppfattningen av att våld är ett accepterat sätt att reda ut situationer på. Vid disciplinärt våld används fysiskt våld mot barnet i form av t. ex smisk, luggningar, nypningar och slag i syfte att straffa eller reglera barnets beteende. Fysiskt våld kan även vara strypning, användande av vapen eller förhindrande av rörelse<sup>19</sup>. Även vanvård eller försummelse av barn räknas som våld. Det kan t. ex innebära att man inte ger barnet mat, inte sköter dess hygien, inte ser till att barnet har ändamålsenliga kläder eller att man inte ger barnet närhet och omtanke<sup>20</sup>. Psykiskt våld i sin tur kan vara t. ex förlöjligande, fortgående förminskning, hot om våld, skrämsel, svartsjuka eller kontrollerande. Sexuellt våld kan innebära t. ex våldtäkt eller försök till våldtäkt, obehaglig beröring, påtryckningar eller tvång till olika sexuella handlingar. Förutom dessa former av våld finns även ekonomiskt våld där förövaren har all kontroll över tillgångarna i familjen, religiöst våld där våld kan berättigas på religiösa grunder, kemiskt våld som handlar om läkemedel och alkohol samt strukturellt våld som handlar om ett hierarkiskt system där förövaren är nedsättande och bestämmande. Då finns bestämmelser och normer i familjen som inte tar hänsyn till barnets rättigheter till trygghet, uppfostran och skydd.<sup>21</sup>

För att kunna erbjuda rätt hjälp åt föräldrar och barn som lever med våld i hemmen så behövs en slags förståelse för vad som ligger bakom våldet. Man har kunnat identifiera åtminstone fyra olika bakomliggande skäl. Det första är att man använder fysisk bestraffning som en del i barnuppfostran, d.v.s. disciplinärt våld, föräldrarna är då vanligtvis uppväxta med en liknande uppfostran och ser det som ett accepterat sätt att uppfostra sina barn på. Föräldrarna behöver då upplysas om att allt slags

---

<sup>17</sup> Söderman & Jackson, 2011

<sup>18</sup> Hanseús m.fl., 2020, s. 207 - 208

<sup>19</sup> Brottsofferjouren, 2018

<sup>20</sup> Hanseús m.fl., 2020, s. 204

<sup>21</sup> Brottsofferjouren, 2018

våld mot barn är olagligt och att det finns andra, bättre uppfostringsmetoder. Det andra skälet är stressutlöst våld och detta är det vanligaste skälet åtminstone till mildt våld. Många i denna grupp är unga föräldrar som kämpar med jobb, familjeliv och kanske med ekonomiska och sociala problem. De här föräldrarna ångrar oftast vad de gjort och har svåra samvetskval för det. Det som dessa föräldrar är i behov av är främst socialt stöd för att klara av vardagen. Det tredje skälet till våld i familjen är att föräldrarna lider av psykiska problem eller en personlighetsstörning. Det kan handla om föräldrar med vanföreställningar, karaktärsstörningar med våldstendenser, grava missbruksproblem samt föräldrar som skadats genom krigshandlingar, tortyr och katastrofer. Den här gruppen av föräldrar kan sakna de normala spärrar som finns för att avstå från grovt våld och är därmed den grupp som är farligast för sina barn. Det fjärde skälet till att barn utsätts för våld inom familjen är att den ena föräldern blir misshandlad. Vanligtvis är det pappans eller pojkvännens våld mot mamman som är en av de allvarligaste formerna av våld. Att bevittna våld mellan föräldrarna är mycket stressande för barnen. Det innebär dessutom betydande risker för barnet självt att bli slaget och i ungefär i 60 procent av fallen sker det så. Omvänt så är det så att i de fall där barn utsätts för våld så blir även modern slagen i ungefär hälften av fallen. Därför borde man alltid även fråga mamman om hon utsätts för våld i de fall där våld mot barn förekommer.<sup>22</sup>

### 2.3.5 Stödtjänster

Varje kommun har en skyldighet att tillhandahålla de lagstadgade barnskyddstjänsterna. En del av dessa tjänster kan köpas av utomstående tjänsteleverantörer. Det finns många olika organisationer och föreningar som kan erbjuda stöd och hjälp på olika sätt. Ett exempel är brottsofferjouren som stöds av justitieministeriet och som tillhandahåller allmänna stödtjänster för brottsoffer, de här tjänsterna är avgiftsfria och konfidentiella<sup>23</sup>. En annan viktig stödtjänst är skyddshemmen som drivs av många olika organisationer, bland annat av förbundet för mödra- och skyddshem. Till skyddshemmen kan man komma helt anonymt, det är gratis att bo där och där finns möjlighet både för barnet och föräldern att bearbeta våldet man har upplevt samt att få den hjälp man behöver för att komma bort från det. Många mödra- och skyddshem har även öppenvård där även våldsutövaren får hjälp<sup>24</sup>. Rädda Barnen samarbetar med barnskyddet genom att tillhandahålla stödfamiljtjänster inom öppna vården och socialvården till många kommuner i Finland. Genom deras barnskyddstjänster har kommunerna möjlighet att stärka och komplettera sitt eget barnskyddsarbete. Rädda Barnen har även specialkompetens inom familjevård och adoption<sup>25</sup>. Andra exempel på stödtjänster som olika organisationer och föreningar erbjuder är stöd till familjer genom handledning, individuella samtal, stödgrupper, läger och chattar för både barn och vuxna, olika guider för familjer i olika situationer, rehabilitering och rekreationsverksamhet. Förutom de organisationer och föreningar som redan nämnts så finns även Mannerheims barnskyddsförbund, sosbarnbyar, Barnavårdsföreningen, kvinnolinjen, nollinjen och Miessakit r.f. Dessa aktörer finns närmare beskrivna i mitt examensarbete<sup>26</sup>. Privata aktörer som ordnar barnskyddstjänster dygnet runt måste beviljas tillstånd av regionförvaltningsverket. De barnskyddstjänster som ordnas av kommunerna övervakas av regionförvaltningsverket och Valvira. Institutet för hälsa och välfärd stöder genom sitt arbete kommunerna att verkställa barnskyddet och främjar dess utvecklingsverksamhet, t.ex. har de tagit fram en handbok för barnskyddet som finns på finska och nu även de viktigaste delarna på svenska<sup>27</sup>.

---

<sup>22</sup> Hanséus m.fl., 2020 s 204–205

<sup>23</sup> Brottsofferjouren, 2019

<sup>24</sup> Nollinjen, u.å.

<sup>25</sup> Rädda barnen, 2020

<sup>26</sup> Skrifvars, 2021

<sup>27</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2020b

Mödra- och barnrådgivningen en del av det förebyggande barnskyddet, dit hör även dagvården, skolan, ungdomsarbetet samt den övriga sjuk- och hälsovården. När misstanke om våld mot barn upptäcks hos någon av dessa aktörer konsulteras i första hand polisen och barnskyddet. I detta skede ska den professionella inte berätta om misstanken för föräldrarna. Om den professionella väljer att gå vidare med misstanken så görs en barnskyddsanmälan till kommunens socialväsene och socialarbetaren påbörjar inom sju vardagar en bedömning av barnskyddsbehovet. Vid brådskande fall bedöms behovet genast. När man har vidtagit brådskande barnskyddsåtgärder eller när man konstaterat behovet av barnskydd inleder barnet en klientrelation med barnskyddet och tilldelas en egen socialarbetare. Tillsammans med familjen kartläggs situationen och den ansvariga socialarbetaren utarbetar en klientplan där det framkommer vilka socialvårdstjänster som är nödvändiga för barnets utveckling och hälsa. Kommunen är därefter skyldig att kunna erbjuda barnet dessa tjänster.<sup>29</sup>

Barnskyddet samarbetar på olika sätt med polisen. Vid akuta krissituationer när det gäller våld i hemmet kan det vara polisen som är den första kontakten med familjen. Polisen är enligt lagen skyldig att göra en brottsanmälan för våld som sker i nära relationer, de är även enligt barnskyddslagens 25:e § skyldiga att göra en barnskyddsanmälan när det finns barn i familjen. Polisen är även skyldig att reda ut offrets behov av skydd och även informera offret om dennes rätt till stödtjänster. Om offret samtycker kan polisen hänvisa offret vidare till passande stödtjänster.<sup>28</sup>

## 2.4 Metod

Den metod som använts i studien är scoping review vilket är en relativt ny metod som beskrevs 2005 av forskarna Arksey och O'Malley. Man kan i grova drag säga att man med en scoping review studie vill kartlägga nyckelbegrepp, kunskap och forskning som redan finns inom forskningsområdet och på ett systematiskt sätt ställa upp resultaten. Metoden kan användas av åtminstone fyra olika orsaker; för att kartlägga forskningsaktiviteten inom ett område när man vill veta hur mycket material som finns tillgänglig, för att bestämma värdet av att göra en fullständig systematisk genomgång av materialet eller studien, för att summera och sprida forskningsresultat eller för att identifiera brister i det forskningsmaterial som redan finns inom området. I de två första alternativen används metoden endast som en del av en fortgående process medan man i de två sista alternativen använder metoden som en självständig metod i sin studie. I denna studie har scoping review använts som en självständig metod<sup>29</sup>.

Scoping review är en process med sex olika steg. Genom att först identifiera sina frågeställningar och syftet med studien läggs grunden för hur sökstrategierna kan läggas upp. I det andra steget identifieras relevanta studier via internet, databaser och organisationer. Det är inte enbart vetenskaplig kunskap som man använder sig av utan även så kallat grey literature (i fortsättningen grå litteratur) kan användas såsom konferensreferenser, opublicerat material och rapporter. När relevanta studier hittats går man in i det tredje steget vilket är att göra ett urval av de studier man har hittat så att endast de studier som svarar på frågeställningarna väljs. Följande steg blir att kartlägga den data som man samlat in på ett systematiskt och överskådligt sätt i t. ex tabeller eller diagram. I det femte steget sorterar, sammanfattar och rapporterar man resultatet i viktiga teman och kategorier. Det sista steget är valfritt och kallas för en konsultationsövning vilket innebär att man konsulterar personer som studien berör för att få deras perspektiv på forskningsområdet<sup>31</sup>. Det har inte gjorts i denna studie.

---

<sup>28</sup> Polisen, 2020

<sup>29</sup> Arksey & O'Malley, 2005

### 2.4.1 Datainsamling

De kriterier som använts vid insamlingen av datamaterialet har varit fulltext-artiklar, max tio år gamla samt att de ska behandla hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när det gäller våld mot barn. Genom att även söka datamaterial via sökmotorn Google kunde sökningen specificeras mer för att få fram olika projekt inom barnskyddet i Finland. Relevant datamaterial om hälsovårdarens samarbete med andra yrkesgrupper i Finland när barn utsätts för våld hittades relativt lätt på detta sätt.

Datainsamlingen gjordes enligt scoping review processens andra steg genom att söka material via databaserna CINAHL (EBSCO), Svemed och Pubmed, Google scholar samt Google. En utförligare metodbeskrivning finns i mitt examensarbete<sup>30</sup>. Där ingår de sökord som användes i databaserna, den manuella sökningens sökord och resultaten. Urvalet av studier som svarar på frågeställningarna gjordes i samband med sökningen av material. Sökningsprocessen har synliggjorts i två skilda Prisma flow diagram. Sex relevanta vetenskapliga artiklar hittades som svarade på mina frågeställningar, dessa artiklar finns i en översiktsartikel i mitt examensarbete<sup>31</sup>. I det femte och sista steget sorteras och sammanfattas datamaterialet och resultatet presenteras under viktiga teman och kategorier.

### 2.4.2 Etik

Forskningsetik är en övergripande term som innefattar etiska perspektiv och bedömningar vid forskning och vetenskap. All forskning ska bedrivas i enlighet med god vetenskaplig praxis<sup>32</sup>. Hederlighet, noggrannhet och allmän omsorgsfullhet har således använts i arbetet bland annat genom att använda korrekta källhänvisningar så att andras arbeten respekteras samt lägga stor vikt vid källkritiken. I denna studie används data från vetenskapliga artiklar samt grå litteratur, artiklarna är alla publicerade i vetenskapliga tidningar och referentgranskade. Samtliga artiklar är skrivna på engelska vilket medför omsorgsfullhet vid översättningen och noggrannhet vid sammanfattningen av texterna så att inga misstolkningar görs. De hemsidor som använts som grå litteratur är alla statliga hemsidor och deras auktoritet, trovärdighet och uppdatering har beaktats vid valet. I studien redogörs hur datamaterialet samlats in och resultatet sammanfattas på ett överskådligt sätt vilket hör till god vetenskaplig praxis. Man bör även kunna göra en etisk motivering av valet av studie vilket innebär att studien ska handla om väsentliga frågor, den ska ha en god vetenskaplig kvalitet samt genomföras på ett etiskt sätt. Denna studie handlar om hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när barn utsätts för våld vilket är ett viktigt ämne som det behövs mera kunskap om. För att lyckas få en god vetenskaplig kvalitet på arbetet behöver teori, metod, diskussion och resultat matcha varandra och även besvara de forskningsfrågor som arbetet har, vilket har eftersträfvats i studien.<sup>33 34</sup>

## 2.5 Resultat

Resultatet presenteras utgående från undersökningens tre frågeställningar och beskriver hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när ett barn upplever våld i hemmet samt vilka faktorer som främjar eller hindrar detta samarbete.

---

<sup>30</sup> Skrifvars, 2021

<sup>31</sup> Skrifvars 2021

<sup>32</sup> Henricson, 2017

<sup>33</sup> Henricson, 2017

<sup>34</sup> Forskningsetiska delegationen, 2012



### 2.5.1 Hälsovårdarens multiprofessionella samarbete

Det som finns beskrivet i den nu existerande litteraturen om hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när ett barn upplever våld i hemmet sammanfattas under två rubriker. Dels visar resultatet på att man i Finland vill möjliggöra ett multiprofessionellt samarbete, dels på att träning i multiprofessionellt samarbete behövs.

Mödra- och barnrådgivningarna<sup>35</sup> har en skyldighet att samarbeta med olika kommunala aktörer i syftet att identifiera behovet av särskilt stöd och ordnandet av detta. Rådgivningarna samarbetar då till exempel med småbarnspedagogiken, hemservicen, barnskyddet, elevhälsan, den specialiserade sjukvården och andra aktörer. Exempelvis så kan man från barnskyddets sida be om ett expertutlåtande av en hälsovårdare angående en familj som är klient både på barnrådgivningen och hos barnskyddet<sup>36</sup>. En socialarbetare behöver ha tillgång till interprofessionell sakkunskap för att få stöd i att kunna göra en korrekt bedömning i barnskyddsfall. Speciellt viktigt är detta när det förekommer meningsskillnader i fallet<sup>37</sup>. Genom att samarbeta multiprofessionellt så samlar man de olika yrkesgruppernas sakkunskap, kompetens och resurser som behövs för att kunna identifiera och ingripa tidigt när ett barn utsätts för våld i hemmet<sup>38</sup>.

Social- och hälsovårdsreformen har varit på gång sedan 2005 och har under årens lopp omprövats och ändrats. Under Juha Sipiläs regering kom programmet för barn- och familjetjänster (LAPE) till med fokus på att barn- och familjetjänster ska samlas och samarbetet ökas. Lågtröskeltjänster och förebyggande arbete skulle minska behovet av egentliga barnskyddstjänster. Arbetet med LAPE fortsätter under Sanna Marins regering med fokus på familjecenterversamhet och tidigt stöd, lågtröskeltjänster och ett mångdisciplinärt barnskydd.<sup>39</sup> Genom familjecenterversamhet vill man kunna samla alla de tjänster som barnfamiljer behöver på ett och samma ställe. På detta sätt vill man kunna erbjuda tidigt stöd, vård och rehabilitering och förebygga våld i nära relationer. Eftersom familjecentrens anställda har ett tätt samarbete ska familjerna snabbt få hjälp och stöd<sup>40</sup>.

I LAPE-programmet hade man även tillsatt en arbetsgrupp som arbetar med att skapa en nationell tjänst, "Ett barn, en lägesbild", som samlar klientuppgifterna inom tjänsterna för barn och familjer. Via den elektroniska tjänsten ska familjerna få tydlig sammanställd information om de tjänster som deras barn tillhandahåller. Tjänsten skall även användas som ett gemensamt verktyg även för yrkespersoner inom olika sektorer. Med hjälp av den kan de samordna tjänster från olika sektorer bättre. I en gemensam handlingsplan kan professionella anteckna de mål och åtgärder som man kommit överens om tillsammans med barnet, den unga personen eller familjen samt tidsplaner och ansvarsfördelning i fråga om tjänsterna<sup>41</sup>.

### 2.5.2 Träning i multiprofessionellt samarbete behövs

Multiprofessionellt samarbete kan definieras som att arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål, inte endast att arbeta sida vid sida. Detta är inget som börjar fungera av sig själv utan det krävs motivation, kunskap, samarbetsmetoder och långsiktig träning för ett lyckat multiprofessionellt

---

<sup>35</sup> Statsrådets förordning 338/2011

<sup>36</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2019

<sup>37</sup> Finlex, 417/2007

<sup>38</sup> Inkilä m.fl., 2013

<sup>39</sup> Soteuudistus, u.å.

<sup>40</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2021

<sup>41</sup> Social- och hälsovårdsministeriet, 2019b

samarbete. Att utveckla det praktiska samarbetet är möjligt genom interprofessionell träning. Träningen kan i praktiken innebära träffar mellan olika professioner där fokus ligger på att göra var och en bekant med samarbetsparternas arbetsbeskrivningar och på att diskutera vad multiprofessionellt samarbete betyder för de andra yrkesgrupperna och vilka faktorer som påverkar samarbetet. Förutom diskussioner kring olika yrkesgrupper kan man även ha gruppuppgifter kring samarbete och grupperna får lägga fram olika samarbetsförbättringsförslag. Sådan här träning har visat sig ha en positiv effekt på deltagarnas attityder, villighet, kunskap och kompetens när det gäller multiprofessionellt samarbete. Huvudprincipen i interprofessionell träning är interaktion, vilket kräver ett aktivt lärande av deltagarna genom ett utbyte av kunskap mellan professioner. Genom diskussioner mellan lärare och deltagare kan man tillsammans söka efter alternativa lösningar, ifrågasätta sina egna arbetsmetoder och reflektera tillsammans. På detta sätt kan de multiprofessionella kompetenserna förbättras.<sup>42 43 44</sup>

### 2.5.3 Faktorer som främjar samarbetet

För att uppnå ett multiprofessionellt samarbete där man tillsammans arbetar mot ett gemensamt mål så krävs det en vilja att försöka förstå varandra och att kunna uppskatta och värdesätta varandras kompetenser. När kunskapen om varandras yrkesroller växer främjas även samarbetet. För att det ska finnas utrymme för denna utveckling vore det viktigt att ledningen avsatte tillräckligt med resurser på det multiprofessionella samarbetet.

#### **Kunskap**

För det första så behöver professionella ha kunskap om våld mot barn. Alla som arbetar med barn behöver ha kunskap i både upptäckande och ingripande när barn utsätts för våld, hur väl den kunskapen är, står i relation till hur effektivt samarbetet blir. För det andra så behövs kunskap om de yrkesgrupper man samarbetar med, deras yrkesroller, kunskap och värderingar. Kunskap om de uppgifter, ansvarsområden och arbetsmetoder som används av andra yrkesgrupper minskar misstro och ökar det multiprofessionella samarbetet. För att få denna kunskap krävs det gemensamma diskussioner och arbete både inom den egna enheten och samarbetsparterna emellan. När alla aktörer känner till vilken kunskap och vilka tjänster som finns att erbjuda i den egna kommunen eller det egna välfärdsområdet blir vården och stödet lättare att rikta dit det behövs. För det tredje så krävs det även kunskap i multiprofessionellt samarbete, vilket fås genom träning. Professionella behöver ha denna kunskap för att bättre kunna ingripa när barn utsätts för våld, speciellt dagvårdspersonal, skolpersonal och hälsovårdspersonal eftersom de dagligen träffar barn.<sup>45 46</sup>

#### **Rätt utgångspunkt och gemensamma mål**

För att samarbetet ska fungera är det viktigt att man har samma utgångspunkt och ett gemensamt mål att arbeta mot. Utgångspunkten bör alltid vara barnets bästa och de gemensamma målen utgå från barnets och familjens situation, mål och behov. Samarbetet fungerar bäst om alla berörda parter tillsammans gör upp den gemensamma planen för barnet och familjen. I första hand skall man göra upp en gemensam klientplan istället för att varje yrkesgrupp har varsin klientplan. På det viset kan

---

<sup>42</sup> Inkilä m.fl., 2013

<sup>43</sup> Olander m.fl., 2017

<sup>44</sup> Leppäkoski m.fl., 2014

<sup>45</sup> Inkilä m.fl., 2013

<sup>46</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2019

varje aktör bättre bidra med sin kompetens och grunduppgift och man undviker överlappande arbete. När varje aktör känner sig delaktig och har en möjlighet att påverka skapas ett förtroende sinsemellan. Om alla inblandade aktörer deltar i framställandet av klientplanen blir det lättare att se till att alla har tillgång till den information som behövs kring barnet och familjen. Genom att ha regelbundna gemensamma möten blir de gemensamma målen lättare att arbeta mot tillsammans. I svåra situationer kan man då dela sina erfarenheter, känslor och även ansvaret med andra. På detta sätt ökar även hängivenheten till det egna arbetet samt kunskapen om och uppskattningen för andras arbete.<sup>43 42</sup>

### **Tydligt ledarskap**

Multiprofessionellt samarbete bland hälsovårdare behöver stöd på en institutionell nivå för att säkerställa optimism och förse dem med lämpliga resurser och tid. Det behövs även en robust strategi i samarbetet. Organisatoriska faktorer spelar en avgörande roll i samarbetet, såsom ett starkt ledarskap och kompetens i att bemöta och hantera personalen. Ledningen ansvarar för att möjliggöra det multiprofessionella samarbetet genom att planera in tillräckligt med tid, utrymme och resurser så att de olika yrkesgrupperna kan träffas regelbundet. Ledningen behöver även arbeta för att arbetsplatsen har ett öppet och mottagligt klimat med en villighet att samarbeta och kommunicera öppet. Genom att ha tydliga riktlinjer angående uppgifter och ansvar flyter samarbetet på smidigt och risken för konflikter minskar. Tydliga överenskommelser och ömsesidiga förväntningar samt ett likvärdigt bemötande är också viktigt. Lyckas ledningen med detta så är risken för överlappande arbete betydligt mindre och även risken att en yrkesgrupp sätter sig över en annan minskar.<sup>47 48</sup>

### **Den interpersonella processen**

Den interpersonella processen är grundläggande när det gäller multiprofessionellt samarbete, den innefattar viljan att samarbeta, tillit, ömsesidig respekt, attityder, värderingar och kommunikation. Ett lyckat samarbete är beroende av faktorer som tillit, respekt, samarbetskompetenser och en god kommunikation.<sup>45</sup> Dessa faktorer rankades som viktigast för ett lyckat samarbete mellan läkare, hälsovårdare, barnmorskor och barnskyddsarbetare när de tillfrågades. Minst viktiga faktorer ansågs formella strukturer, ekonomi och ledarskap vara. Viktigt är att kunna identifiera och ge näring åt de faktorer som bygger upp samt upprätthåller tilliten. Grunden till tillit är beroende av ansikte-mot-ansikte relationer. Tilliten sinsemellan kan sägas ha utvecklats när ens intressen blivit gemensamma och man anser det som självklart att den andra parten vill väl. Tillit kan definieras som förtroende till samarbetspartens moral och kompetens. Detta kan således tolkas som att tillit föder respekt och förbättrar motivationen och kommunikationen<sup>49</sup>. Med andra ord så är det genom att träffas fysiskt och lära känna varandra som förståelsen och uppskattningen för de andra yrkesgrupperna ökar vilket i sin tur gör att tilliten byggs upp. En gemensam förståelse utvecklas för att varje yrkesgrupp bidrar med sin kompetens och kunnande, man får erkännande för sin yrkesroll och respekten ökar sinsemellan.

#### **2.5.4 Faktorer som hindrar samarbete**

De faktorer som finns beskrivna som hinder för samarbete är framför allt okunskap. Okunskap om andra yrkesgruppers uppgifter, kompetenser och ansvarsområden och okunskap om

---

<sup>47</sup> Dahl & Crawford, 2018

<sup>48</sup> Schot m.fl., 2019

<sup>49</sup> Clancy m.fl., 2013

samarbetskompetenser. Att inte få erkännande för sin yrkesroll, tidsbrist, separata arbetsplatser och svårigheter att dela information är andra faktorer som hindrar samarbete.

### **Okunskap**

Okunskap om andra yrkesgruppers arbetsuppgifter, arbetsmetoder, kompetenser och ansvarsområden utgör hinder för ett lyckat samarbete. Om man inte känner till hur de yrkesgrupper man samarbetar med själva arbetar, vilka ansvarsområden de har eller vilka metoder de använder så är risken stor att den multiprofessionella kompetensen inte kan utnyttjas tillräckligt. Risken för konflikter sinsemellan ökar också när ingen har koll på vem som ansvarar för vilka uppgifter, detta kan då även leda till överlappande arbete, känslor av att bli ignorerad och inte uppskattad för sitt arbete.

<sup>50</sup> 45

Okunskap i vilka kompetenser som behövs ha för att kunna samarbeta utgör även ett hinder. Bristande samarbetskompetenser såsom bristande kommunikation, bristande respekt och en negativ eller nedvärderande attityd mot varandra leder inte till ett gott samarbete. Även den familj och det barn man arbetar med kommer att känna av om det finns oenigheter eller en maktkamp mellan de inblandade yrkesgrupperna vilket leder till misstro.<sup>51</sup>

### **Att inte få erkännande för den egna yrkesrollen**

Att inte få erkännande för sin roll som hälsovårdare kan vara ett stort hinder för ett lyckat samarbete. Det framkom i flera av artiklarna att hälsovårdare är stolta över sitt yrke och att man vill att samarbetsparterna ska känna till det specifika som hälsovårdarna kan tillföra samarbetet. En ömsesidig förståelse för varandras yrkesroller är viktigt för ett lyckat samarbete. Att inte få uppskattning för sin kompetens, att bli ignorerad eller att andra yrkesgrupper anser sig kunna utföra hälsovårdarens uppgifter lika bra är faktorer som hindrar samarbetet. Att behöva göra arbete som inte hör till den egna arbetsbeskrivningen upplevdes av många hälsovårdare som nedvärderande. Många upplevde även att det fanns en stor förvirring och okunskap kring hälsovårdarens roll och vilka uppgifter som hör till dem.<sup>52</sup>

### **Tidsbrist**

Om det inte finns tillräckligt med tid avsatt för samarbete hinner man inte lära känna de andra yrkesgrupperna och bygga upp det förtroende som behövs sinsemellan. Det är heller inte sagt att samarbete yrkesgrupper emellan prioriteras ifall arbetsmiljön är stressig. Hälsovårdare upplevde i en studie att de ofta tvingades välja mellan att lägga sin tid på barnen eller delta i olika samarbetsmöten<sup>50</sup>. Här har ledningen ett ansvar, tillräckligt med tid och resurser behöver avsättas för att garantera personalens möjligheter och engagemang i det gemensamma arbetet<sup>53</sup>. Har man dessutom separata arbetsplatser försvåras samarbetet eftersom det då krävs mer planering och tid för att kunna lära känna varandra, få kunskap om varandras roller och skapa gemensamma mål. Informella möten som sker när man arbetar på samma arbetsplats sker inte utan allt måste planeras. Ett territoriellt tänkande

---

<sup>50</sup> Inkilä m.fl., 2013

<sup>51</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2019

<sup>52</sup> Dahl & Crawford, 2018

<sup>53</sup> Social- och hälsovårdsministeriet, 2019a

samt sektoriella gränser kan hindra samarbetet och det krävs tydliga direktiv för att avsätta tillräckligt med tid till samarbete och även ett tydligt stöd från ledningen<sup>54</sup>.

### **Svårigheter i att dela information**

Det finns många olika aktörer som ansvarar för olika tjänster för familjer och barn. Ofta har dessa aktörer egna branschspecifika datasystem och individuella planer som innehåller viktig information om barnet och dess familj. Svårigheter att dela patientinformation anses av olika yrkesgrupper som ett av de stora hinder som finns när det gäller att få samarbetet att löpa smidigt. Att inte ha tillgång till den information man behöver om ett barn upplevs som stressande och irriterande. Det finns en risk att den övergripande bilden av barnets och familjens situation blir ofullständig om tjänsterna är mycket utspridda. I värsta fall har barnet och familjen flera olika planer med olika och kanske till och med motstridiga mål vilket leder till att barnet och familjen kanske inte får rätt hjälp i rätt tid. För att det multiprofessionella samarbetet ska fungera är det bäst om man med föräldrarnas samtycke gör upp en gemensam plan tillsammans med alla de aktörer som är inblandade i barnets vård. På detta sätt får alla tillgång till den information som man behöver och samarbetet förbättras.<sup>55 56</sup> Det är endast barnskyddet som enligt lag kan ta del av uppgifter om barnet utan att ha föräldrarnas samtycke.<sup>57</sup>

## 2.6 Diskussion

Syftet med denna studie var att kartlägga hur hälsovårdaren på barnrådgivningen samarbetar med andra professioner när ett barn upplever våld i hemmet och vilka faktorer som påverkar samarbetet. Centrala frågeställningar utgjordes av vilka faktorer bidrar till ett lyckat samarbete och vilka faktorer utgör ett hinder? I detta kapitel diskuteras resultatet mot den teoretiska utgångspunkt, Imogene King's systemteori, som valts för studien. Vidare skall diskussionen även kunna påvisa hur kvaliteten i studien säkerställts. Styrkor, begränsningar, trovärdighet, pålitlighet samt överförbarhet diskuteras.

Det material som har använts till bakgrunden har noggrant övervägts, vetenskaplig litteratur samt material från statliga hemsidor har använts. Min egen förförståelse var ganska liten innan arbetet påbörjades, under arbetets gång har mer förståelse erhållits men angående det multiprofessionella samarbetet var förförståelsen ändå relativt liten. Scoping review<sup>58</sup> som metod har möjliggjort att både vetenskapliga artiklar och så kallat grått material har kunnat användas. Kanske kunde mer material ha hittats om urvalskriterierna varit bredare men risken skulle då varit att frågeställningarna inte kunnat besvaras på samma sätt. Materialets trovärdighet, auktoritet samt uppdatering har kontrollerats innan användning för att kunna säkerställa så hög reliabilitet och validitet som möjligt. En begränsning i arbetet är att antalet vetenskapliga artiklar som hittades var få, men de som användes besvarade ändå studiens frågeställningar. En sak som kan ses som en svaghet är att artiklarna är från olika länder, två är från Finland, två från Norge, en från England och en är en litteraturöversikt över den forskning som finns inom området. Hälsovårdare arbetar kanske inte på samma sätt i Norge och England som de gör här i Finland. Men samtidigt är kanske ändå de faktorer som bidrar eller hindrar samarbete i stort desamma var man än befinner sig. Tre olika databaser inom omvårdnad användes vid sökningen, endast peer reviewed artiklar användes. Nyckelbegrepp och teman har sökts i materialet och kartlagts på ett systematiskt och överskådligt sätt i tabeller. Till sist har resultatet sammanfattats och

---

<sup>54</sup> Clancy m.fl., 2013

<sup>55</sup> Institutet för hälsa och välfärd, 2019

<sup>56</sup> Olander m.fl., 2017

<sup>57</sup> Finlex, 1301/2014

<sup>58</sup> Arksey & O'Malley, 2005

rapporterats på ett överskådligt sätt i löpande text. Eftersom arbetet har genomförts självständigt har allt datamaterial gått igenom av en person vilket på ett sätt stärker reliabiliteten eftersom samma kvalitetskrav och granskning har använts.

Resultatet visar på att multiprofessionellt samarbete är något som är viktigt i dag och som till och med krävs av hälsovårdaren vid upptäckande och ingripande vid våld mot barn. Viktiga faktorer för att multiprofessionellt samarbete ska lyckas är kunskap, att man har rätt utgångspunkt, gemensamma mål och ett tydligt ledarskap samt den egna interpersonella processen. Faktorer som hindrar samarbete är okunskap, att inte få erkännande för den egna yrkesrollen, tidsbrist, separata arbetsplatser och svårigheter att dela information. Resultatet överensstämmer med den tidigare forskning om multiprofessionellt samarbete som tas upp i bakgrunden<sup>59</sup>.

I Finland eftersträvas och stöds multiprofessionellt samarbete både genom lagstiftning och genom olika projekt som till exempel familjecenterverksamhet och LAPE-programmet (programmet för barn- och familjetjänster). Hälsovårdaren på barnrådgivningen samarbetar med många olika professioner när ett barn utsätts för våld i familjen bl.a. inom dagvården, barnskyddet, med läkare och polis. För att samarbetet ska fungera så behöver de olika yrkesgrupperna tillsammans få träning i multiprofessionellt samarbete. Genom detta förbättras deras samarbetskompetenser och samarbetet kan utvecklas och förbättras. Huvudprincipen i interprofessionell träning är interaktion<sup>60</sup>, detta är även vad King<sup>61</sup> skriver om i sin systemteori. Genom interaktioner kommer det fram hur individer tänker och tycker om andra människor, vilka förväntningar de har och hur varje individ reagerar på varandra. Varje individ i en grupp utgör ett eget personligt system enligt King. I detta system ryms individens attityder, värderingar, egna erfarenheter, behov, mål, förväntningar och uppfattningar vilka alla kommer att påverka hur individen interagerar med resten av gruppen.

De faktorer som framstår som viktigast för ett lyckat samarbete är kunskap samt de egna personliga egenskaperna som t.ex. tillit och respekt<sup>62</sup>. Tillit och respekt är något som byggs upp när man får kunskap om varandra genom att interagera. I King's<sup>58</sup> interpersonella system interagerar två individer eller en grupp med varandra. Ju fler individer som ingår i systemet desto komplexare blir det. Genom att få kunskap om varandras yrkeskunskap, ansvarsområden och kompetens så möjliggörs samarbete och man kan gå vidare från interaktion till transaktion vilket är en process där individerna genom kommunikation med varandra och omgivningen försöker uppnå ett gemensamt mål. Kommunikation är enligt King när man delar med sig av sina tankar, uppfattningar och åsikter bland andra individer genom att använda sig av verbala- och icke verbala meddelanden för att skapa ett socialt interaktion- och inlärningstillfälle. För att kommunikation ska kunna vara effektiv måste den ske i en atmosfär av ömsesidig respekt och en vilja att förstå. Detta stämmer bra överens med denna studies resultat där den egna interpersonella processen anses utgöra grunden för ett lyckat samarbete. Genom interaktion med varandra skapas alltså en tillit och respekt och en gemensam utgångspunkt, och genom transaktioner arbetar man tillsammans mot ett gemensamt mål.

I resultatet framkom det även att ledningen spelar en viktig roll för att möjliggöra ett lyckat multiprofessionellt samarbete. Utgående från King's systemteori så hör ledningen och hela organisationen till det sociala systemet. Det sociala systemet är en grupp människor, t.ex. arbetskollaboratorer, som delar gemensamma mål, intressen och värderingar. Begrepp som ingår i det

---

<sup>59</sup> Fridén & Olsson, 2018

<sup>60</sup> Leppäkoski m.fl., 2014

<sup>61</sup> King, 1981

<sup>62</sup> Clancy m.fl. 2013

sociala systemet är bl.a. organisation, makt, kontroll och beslutstagande. I det sociala systemet har ledningen en viktig roll när det gäller beslutstagande och makt att kunna avsätta de resurser som krävs för att det multiprofessionella samarbetet ska lyckas.

Okunskap, att inte få erkännande för den egna yrkesrollen, tidsbrist, separata arbetsplatser och svårigheter att dela information är hindrande faktorer som alla hör ihop och påverkar varandra. Tidsbrist gör att det inte finns tillräckligt med möjlighet till samarbete<sup>63</sup>. Separata arbetsplatser gör det ännu svårare att träffas och lära känna varandra samt att det försvårar informationsdelningen mellan varandra. Dessa faktorer bidrar till att okunskapen om varandra ökar vilket gör att respekt och tillit till varandra inte byggs upp på samma sätt som när man lägger ner tid på att träffas och lära känna varandra. När kunskapen om varandra fattas kan det leda till att man inte får erkännande för den egna yrkesrollen. Detta framkommer i resultatet som ett stort hinder för samarbete och hör samman med den egna interpersonella processen dit viljan att samarbeta, tillit, ömsesidig respekt, attityder, värderingar och kommunikation hör.

Sammanfattningsvis om man reflekterar utifrån Kings systemteori så bygger det multiprofessionella samarbetet på de tre olika systemen i hennes teori. I det personliga systemet finns den enskilda yrkespersonens egna erfarenheter, behov, mål, förväntningar, uppfattningar, värderingar och attityder. I det interpersonella systemet ingår två eller flera yrkespersoner som tillsammans genom interaktioner skapar en gemensam utgångspunkt som bör vara barnets bästa och genom kommunikation (transaktion) arbetar mot ett gemensamt mål. Det sociala systemet innefattar alla de olika yrkesgrupper som samarbetar kring barnet. Till det sociala systemet hör begrepp som organisation, makt och beslutstagande vilket då i detta fall hör till ledningen. Makt är enligt King förmågan att använda resurser för att uppnå mål. Att ledningen avsätter tillräckligt med tid och resurser på det multiprofessionella samarbetet är en viktig faktor för ett lyckatsamarbete.

## 2.7 Slutsats

Syftet med studien var att kartlägga hur hälsovårdaren på barnrådgivningen samarbetar med andra professioner när ett barn upplever våld i hemmet och vilka faktorer som påverkar samarbetet. Resultatet visar på att mer multiprofessionellt samarbete behövs för att kunna ge barnen det stöd de behöver i tid. För att uppnå ett lyckat samarbete så krävs det att hälsovårdaren träffar berörda yrkesgrupper regelbundet för att få mer kunskap om varandra. Att som hälsovårdare få relevant fortbildning inom både multiprofessionellt samarbete och våld mot barn är också det en förutsättning för ett lyckat samarbete. Resultatet visar även på att ett lyckat samarbete till stor del beror på våra egna attityder och vår vilja att lära oss mer om våra samarbetspartners. Med ett öppet sinne och en fördomsfri attityd kan hälsovårdaren komma förbi många av de hinder som finns för ett lyckat samarbete. Precis som hälsovårdaren önskar förståelse och uppskattning för sin yrkeskompetens önskar antagligen samarbetsparterna detsamma gällande sin egen yrkeskompetens av hälsovårdarna. Ledningens ansvar gällande att få det multiprofessionella samarbetet att fungera är att rent praktiskt möjliggöra samarbetet genom att avsätta tid och resurser på det. Familjecenterverksamheten som redan finns i en del kommuner gör det möjligt åtminstone för en del yrkesgrupper att träffas oftare. När relationerna sinsemellan fungerar kan man tillsammans bygga upp gemensamma mål med en gemensam utgångspunkt och sträva till att uppnå dessa.

---

<sup>63</sup> Dahl & Crawford, 2018

## 2.8 Litteraturförteckning

- Arksey, H., and O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. s. 19–32. ISSN 1364- 5579. Hämtad 27.12.2020 från <http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>
- Brottsofferjouren.** (2018). Man får prata om familjevåld – vad menas med att få hjälp? Hämtad 2.11.2020 från [https://www.riku.fi/content/uploads/su\\_file/2122\\_W\\_Man\\_fU00e5r\\_prata\\_om\\_familjevU00e5ld\\_Vad\\_menas\\_med\\_att\\_fU00e5\\_hjalp\\_Word\\_10122018.pdf](https://www.riku.fi/content/uploads/su_file/2122_W_Man_fU00e5r_prata_om_familjevU00e5ld_Vad_menas_med_att_fU00e5_hjalp_Word_10122018.pdf)
- Brottsofferjouren.** (2019). Brottsofferjouren. Hämtad 17.12.2020 från <https://www.riku.fi/sv/brottsofferjouren/>
- Clancy A., Gressenes T. & Svensson T.,** (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 27, 659 - 668. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
- Dahl B.M. & Crawford P.,** (2018). Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of interprofessional care*, 32 (2) 178 – 184. DOI: 10.1080/13561820.2017.1386164
- Finlex 417/2007.** Barnskyddslag. Hämtad 20-5-2020 <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Finlex 1301/2014.** Socialvårdslag. Hämtad 1.11.2021 från <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Finlex 338/2011.** Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandeverksamhet samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Hämtad 1.11.2021 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
- Fridén, C., & Olsson, C.** (2018). Multiprofessionellt samarbete i primärvården. *Fysioterapi*, 3. Hämtad 30.12.2020 från [https://fysioterapi.se/wp-content/uploads/forskning\\_pagar\\_fysioterapi\\_3-18.pdf](https://fysioterapi.se/wp-content/uploads/forskning_pagar_fysioterapi_3-18.pdf)
- Forskningsetiska delegationen.** (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Hämtad 30.12.2020 från [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Hanseús, K., Jägersvall, M., & Norman, M.** (2020). *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M.** (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Inkilä J., Flinck A., Luukkaala T., Åstedt-Kurki P. & Paavilainen E.** (2013). Interprofessional Collaboration in the Detection of and Early Intervention in Child Maltreatment: Employees' Experiences. *Nursing Research and Practice*, 2013. DOI: 10.1155/2013/186414
- Institutet för hälsa och välfärd.** (2018). Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården. Hämtad 30.12.2020 från <https://www.julkari.fi/handle/10024/136234>
- Institutet för hälsa och välfärd.** (2019). Skapa förtroende - skydda barnet. Hämtad 3.1.2021 från <https://www.julkari.fi/handle/10024/136182>
- Institutet för hälsa och välfärd.** (2020a). Blanketter för arbetet vid rådgivningar. Hämtad 30.12.2020 <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/stodmaterial/blanketter/blanketter-for-arbetet-vid-radgivningar>
- Institutet för hälsa och välfärd.** (2020). Handbok för barnskyddet. Hämtad 16.12.2020 från <https://thl.fi/sv/web/handbok-for-barnskyddet/arbetsprocesser/oppenvarden/placering-som-stodatgard-inom-oppenvarden>
- Institutet för hälsa och välfärd.** (2021). Familjecenter. Hämtad 3.1.2021 från <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovardstjanster/familjecenter>
- King, I. M.** (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. Albany, New York: Delmar publishers inc.
- Leppäkoski T. H., Flinck A. & Paavilainen E.** (2015). Greater commitment to the domestic violence training is required. *Journal of interprofessional care*, 29 (3), 281–283. DOI: 10.3109/13561820.2014.955913
- Nollinjen.** (u.å.). Mot våld i nära relationer och våld mot kvinnor. Hämtad 18.12.2020 från <https://www.nollalinja.fi/sv/>
- Olander E., Coates R., Brook J., Ayers S. & Salmon D.,** (2018). A multi-method evaluation of interprofessional education for healthcare professionals caring for women during and after pregnancy. *Journal of interprofessional care*, 32(4), 509–512. DOI:10.1080/13561820.2018.1437124
- Paavilainen E., Flinck A.** (2008). A National Clinical Practice Guideline. *Nursing Research Foundation*; 2008. Identification of and intervention in child maltreatment.
- Polisen.** (2020). Har du blivit utsatt för ett brott? Hämtad 17.12.2020 från <https://poliisi.fi/sv/har-du-blivit-utsatt-for-ett-brott>



- Rädda barnen.** (2020). Barnskyddsarbete. Hämtad 17.12.2020 från <https://www.pelastakaalapset.fi/sv/hemsidan/>
- Schot E., Tummers L. & Noordegraaf M.,** (2019). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34 (3), 332-342. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Skrifvars, A.** (2021). Barnets bästa -vårt gemensamma ansvar. En scoping review om hälsovårdarens multiprofessionella samarbete när barn upplever våld i hemmet. Hälsovårdarexamensarbete, Yrkeshögskolan Novia.
- Social- och hälsovårdsministeriet.** (2019a). Barnskydd. Hämtad 20.5.2020 från <https://stm.fi/sv/barnskydd>
- Social- och hälsovårdsministeriet.** (2019b). Yksi lapsi, yksi tilannekuva. Hämtad 3.1.2021 från [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161622/STM\\_Rap\\_2019\\_24\\_Yksi\\_lapsi\\_yksi\\_tilannekuva\\_Tyoryhman\\_raportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161622/STM_Rap_2019_24_Yksi_lapsi_yksi_tilannekuva_Tyoryhman_raportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Soteuudistus.** (u.å). Social- och hälsovårdsreformen. Hämtad 21.3.2021 från <https://soteuudistus.fi/sv/tjanster-for-barn-och-familjer>
- Statistikcentralen.** (2020). Aikuisista perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreista 76,8 prosenttia naisia. Hämtad 4.11.2020 från [https://www.stat.fi/til/rpk/2019/15/rpk\\_2019\\_15\\_2020-06-02\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/rpk/2019/15/rpk_2019_15_2020-06-02_tie_001_fi.html)
- Söderman, A. & Jackson, K.,** (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö- BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vård i Norden* 102 (31) 38–42.
- Unicef.** (2020). Konventionen om barnets rättigheter. Hämtad 3.3.2021 från <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet-2/konventionen-om-barnets-rattigheter-hela-texten/>
- Valvira.** (2015). Anmälningsskyldigheter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Hämtad 18.12.2020 från <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/anmalningsskyldigheter-for-yrkesutbildade-personer-inom-halso-och-sjukvarden>

### 3 Barn som utsätts för våld i hemmet - Hälso- och sjukvårdspersonalens möjlighet att identifiera våldet

Fanny Svenfelt & Jennie Löfs

Föräldrars våld mot barn i hemmet är ett fenomen som förekommer överallt i världen. Våldet kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt våld eller handla om försummelse av barn. Att identifiera våld är inte lätt eftersom våldet inte alltid ger upphov till synliga kännetecken eller symptom hos barnet. Ibland är de symptom barnet uppvisar diffusa och barnet beskriver somatiska besvär i stället för att berätta om sina upplevelser av våld i hemmet.

Även i Finland utsätts barn för våld av föräldrarna i hemmet. I enkäten "Hälsa i skolan" år 2019 uppgav 17,1 % av eleverna i årskurs 4 - 5 att de hade upplevt psykiskt våld och 11,8 % att de hade upplevt fysiskt våld från en eller båda föräldrarna. Antalet var lite högre när det gällde eleverna i årskurs 8 - 9.<sup>64</sup>

Våld mot barn i hemmet kan både kortsiktigt och långsiktigt leda till negativa konsekvenser för barnet. Det finns en ökad risk för dessa barn att senare i livet drabbas av depression, ångest, beteendestörningar och missbruk.<sup>65</sup> Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskaper inom området så att de kan förebygga och tidigt identifiera samt ingripa i våld mot barn.

Studien, nedan presenterad, utförs som en scoping review som sammanfattar aktuell litteratur gällande identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i åldern 7 – 12 år i hemmet samt det multiprofessionella samarbetet. Som teoretisk utgångspunkt används Kolcabas "Theory of comfort".

#### 3.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att kartlägga aktuell litteratur beträffande hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande av våld i hemmet där barn i åldern 7 – 12 år drabbas. Studien görs med ett finländskt perspektiv. Forskningsfrågor:

1. Vad finns beskrivet i existerande litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande när det gäller barn som utsätts för våld i hemmet?
2. Hur beskrivs samarbetet med andra professionella partner när det gäller ingripande i situationer där man har misstankar om eller identifierat att ett barn utsätts för våld i hemmet?

#### 3.2 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs tidigare forskning gällande våld mot barn, FN:s barnkonvention, strafflagen och befintligt stöd från samhället. Dessutom beskrivs Kolcabas Theory of comfort<sup>66</sup> som används som modell för tolkning av resultaten.

---

<sup>64</sup> Sotkanet, (u.å)

<sup>65</sup> Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott & Vos, 2012, s. 21; WHO, 2020a

<sup>66</sup> Dowd, 2014, s. 657

### 3.2.1 Våld mot barn

Barn skall skyddas mot alla former av fysisk, psykisk och sexuellt våld (artikel 19) och har rätt till skydd och stöd från samhället vid våld, enligt FN:s barnkonvention (artikel 20, 39).<sup>67</sup> Den finländska lagen förbjuder våld mot barn och användning av våld är straffbelagt.<sup>68</sup>

Våld mot barn i hemmet kan bestå av fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld samt försummelse av barn vilka resulterar i faktiskt eller potentiell skada för barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet i samband med ett ansvarsförhållande, tillit eller maktförhållande.<sup>69</sup> Fysiskt våld definieras som övergrepp eller våldsamma handlingar som orsakar faktiskt eller potentiell skada för barnet och kan vara i form av slag, sparkar, hotande eller slag med ett föremål.<sup>70</sup> Psykiskt våld omfattar handlingar som ger negativ inverkan på barnets psykiska hälsa och utveckling, vilka kan vara ärekränkning, förlöjligande, hot, diskriminering, förkastande, isolering av barnet och andra icke fysiska former av fientligt behandlande.<sup>71</sup> Sexuellt våld innebär handlingar där en förälder använder ett barn för sexuell tillfredställelse och kan vara både fysiskt till exempel sexuella handlingar och övergrepp mot barn eller psykiskt till exempel verbalt som skrämsel, utpressning eller andra hot.<sup>72</sup> Försummelse innebär misslyckande med att stöda/främja barnets grundläggande behov och utveckling på ett eller flera av följande områden: hälsa, utbildning, emotionell utveckling, näring, skydd och trygga levnadsförhållanden.<sup>73</sup>

Det finns många olika riskfaktorer som kan förorsaka våld i hemmet. Orsaken till att ett barn utsätts för våld är sällan en specifik orsak, utan ett resultat av flera riskfaktorer förekommer. Riskfaktorerna för våld varierar i olika kulturer och samhällen.<sup>74</sup> Riskfaktorer för barnet kan vara kön, ålder, personlighet, sexuell läggning samt fysiska och mentala funktionshinder. För föräldrar är riskfaktorer personligheten, beteendet, psykiska eller neurologiska störningar, dålig anknytning, dålig impulskontroll samt dålig självbild.<sup>75</sup> Andra riskfaktorer är bristfällig insikt i föräldraskap och barns utveckling, alkohol- och drogmissbruk samt dålig ekonomisk status.<sup>76</sup> Utsatthet för våld under barndomen är också en föräldrarelaterad riskfaktor.<sup>77</sup> Isolering från övriga i samhället och avsaknad av stödnätverk från samhället samt stöd för barnuppfostran är också riskfaktorer som kan resultera i våld i hemmet. Betydande faktorer på samhällsnivå är sociala- och könsmissiga normer, ekonomi-, hälso-, utbildnings-, köns- och sociala skillnader samt befintligt socialt skydd och preventiva åtgärder.

78

Beroende på vilken våldsförhållande som förekommer, kan barnet uppvisa olika symptom och kännetecken. Vid fysiskt våld kan fysiska skador förekomma i form av hudskador, huvud- eller hjärnskador, skador i munnen, håravfall, skelettskador och inre bukskador.<sup>79</sup> Psykiskt våld kan vara svårare att identifiera eftersom det inte lämnar några fysiska tecken, men orsakar ofta nedsatt kognitiv- och emotionell

---

<sup>67</sup> UNICEF (u.å)

<sup>68</sup> Strafflag 1889/39.

<sup>69</sup> WHO, 2020a

<sup>70</sup> Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002, s. 60, 62.

<sup>71</sup> Krug m.fl., 2002, s. 60.

<sup>72</sup> Krug m.fl., 2002, s. 60, 149.

<sup>73</sup> Krug m.fl., 2002, s. 60.

<sup>74</sup> Emertan & Ertan, 2010, s. 318; WHO, 2020a

<sup>75</sup> WHO, 2020a

<sup>76</sup> WHO, 2020a; Emertan & Ertan, 2010, s. 318

<sup>77</sup> WHO 2020a; Simmel, Merritt, Kim & Kim, 2016, s. 2384

<sup>78</sup> WHO, 2020a

<sup>79</sup> Giardino, 2015, s. 6, 14, 16-17, 20

förmåga hos barnet. Symptom vid psykiskt våld kan vara dåligt självförtroende och självbild samt beteendestörningar.<sup>80</sup> Sexuellt våld kan orsaka både fysiska och/eller psykiska symptom. Fysiska symptom kan vara skador i könsorganen eller analregionen och psykiska symptom kan bestå av depression, ångest, självskadebeteende och olämpligt sexuellt beteende.<sup>81</sup> Försummelse kännetecknas av bristfällig hygien, undernärdhet, tillväxtstörning, apatiskhet, bristande ögonkontakt och uteblivsel från hälso- och sjukvårdsbesök.<sup>82</sup> Oberoende av våldsform kan barnet lida av somatiska symptom såsom huvudvärk, buksmärter eller sömnstörningar, beteendeförändringar, emotionella symptom och/eller sociala symptom.<sup>83</sup>

Symptom och konsekvenser behöver inte förekomma här och nu utan kan uppkomma som långtidskonsekvenser senare i livet.<sup>84</sup> Långtidskonsekvenser av våld kan vara psykiska problem i form av beteendestörningar, depression<sup>85</sup>, ångeststörningar och ätstörningar.<sup>86</sup> Man har även sett en ökad risk för fetma, rökning, alkohol- och drogmissbruk, högrisk sexuellt beteende och oavsiktliga graviditeter hos vuxna som blivit utsatta för våld under barndomen. Genom dessa psykiska och beteendemässiga konsekvenser kan våldet bidra till bland annat hjärtsjukdomar, cancer, sexuellt överförbara sjukdomar och självmord.<sup>87</sup>

### 3.2.2 Samhällets stöd

Alla professionella som kommer i kontakt med barn som misstänks eller har blivit utsatta för våld av en förälder är skyldiga att agera vilket beskrivs i barnskyddslagen kap 3 15§ och kap 5 25§ om social- och hälsovårdspersonalens skyldigheter.<sup>88</sup> Kommuner och organisationer som kommer i kontakt med barn bör ha en handlingsplan för hantering av våldet. Ingripande vid våld i hemmet förutsätter ett multiprofessionellt samarbete över yrkes- och sektorsgränser.<sup>89</sup>

Skolhälsovårdare har regelbundna kontakter med skolbarn och har därför en viktig roll när det gäller att identifiera och ingripa vid misstanke om våld mot barn i hemmet. En hälsovårdare bör känna till riskfaktorer, symptom och tecken på att ett barn far illa, vara uppmärksam på eventuella tecken hos barn som tyder på våld eller försummelse samt våga agera och föra saken på tal. Hälsovårdaren bör diskutera angående familjens vardagsliv, uppfostringsmetoder och vid behov frågor gällande familjevåld.<sup>90</sup> Skolhälsovården ingår i elevvården, d.v.s. ett multiprofessionellt arbete bestående av skolhälsovårdare, skolkurator och skolpsykolog, vilka har en viktig roll i vården och stödet av barn som utsätts för våld i hemmet.<sup>91</sup> Det är inte bara elevvården som har en viktig uppgift att agera vid våld mot barn i hemmet, det har alla aktörer inom ramen för familjecenterverksamhet, barnskydd och polisen.

Familjecentret utgör ett nätverk där olika professioner samarbetar för att främja och följa upp barnets och familjens hälsa samt välbefinnande, erbjuda tidigt stöd, vård samt rehabilitering och att förebygga

---

<sup>80</sup> Giardino, 2015, s. 82 – 83

<sup>81</sup> Giardino, 2015, s. 33

<sup>82</sup> Giardino, 2015, s. 56 - 57

<sup>83</sup> THL, 2019

<sup>84</sup> Johansson & Källström, 2019, s. 28

<sup>85</sup> WHO, 2020a

<sup>86</sup> Norman m.fl., 2012, s. 21

<sup>87</sup> WHO, 2020a

<sup>88</sup> Barnskyddslag 2007/417; Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen, 2018, s. 150

<sup>89</sup> Mäki m.fl., 2018, s. 153

<sup>90</sup> Mäki m.fl., 2018, s. 147, 150 – 153

<sup>91</sup> THL, 2020a; THL 2020b; THL, 2021a

våld i nära relationer.<sup>92</sup> Utöver social- och hälsovårdens tjänster erbjuder även tredje sektorn stöd och hjälp för barn som far illa i hemmet<sup>93</sup>.

Vid misstanke om eller upptäckt av våld mot barn i hemmet måste alltid en barnskyddsanmälan upprättas. Barnskyddets uppgift är att utreda barnets situation och ordna behövliga stödtjänster för barnet och familjen. Stödtjänsterna kan erbjudas inom öppna vården och i grova fall kan barnet vara i behov av brådsakande placering utanför hemmet.<sup>94</sup> Grovt våld kräver alltid en polisanmälan och polisens uppgift är att göra en brottsutredning.<sup>95</sup>

Våld mot barn kan förebyggas genom tillämpning av olika metoder såsom att stöda föräldrar till ett föräldraskap utan våld och ordna känslö-, sexual- och säkerhetsfostran för barn och unga. En annan viktig åtgärd är att förebygga riskfaktorer för våld i barnfamiljer bland annat fattigdom, rusmedelsproblem och psykiska problem. Dessutom behöver professionella inom social- och hälsovården ha tillräckligt med kunskap och kunna kartlägga barnens situation, utföra riskbedömningar samt använda sektorövergripande metoder vid ingripande i våldssituationer.<sup>96</sup>

### 3.3 Utgångspunkt för studien

Utgångspunkten för studien är Kolcabas "Theory of Comfort".<sup>97</sup> Komfortteorin beskriver vikten av att i vårdssituationer skapa en helhetsupplevelse av välbefinnande och trygghet för patienten.

Kolcaba (2003) definierade ordet komfort som "den omedelbara erfarenheten av att bli stärkt genom att behov av lindring, lättnad, och överskridande blir uppfyllda inom fyra behovsområden: fysiska, psykospirituella, sociala och miljömässiga behov."<sup>98</sup> Enligt Kolcaba existerar komfort i tre olika typer: "relief", "ease" och "transcendence" inom de behovsområdena. Med relief d.v.s. lindring anses det att man har uppfyllt ett specifikt komfortbehov hos patienten, ease d.v.s. lättnad är ett tillstånd där patienten kan känna sig lugn eller belåtenhet och transcendence d.v.s. överskridande som ett tillstånd där man kan överstiga ett problem eller smärta.<sup>99</sup>

Kolcaba (2003) definierade människans fyra behovsområden:

- Fysiska behov vilka relaterar till kroppsliga känslor, immunfunktioner och homeostatiska mekanismer.
- Psykospirituella behov förknippas med människans inre självmedvetenhet och innefattar självkänsla, identitet, sexualitet, livsmening och relation till högre makter eller varelser.
- Miljömässiga behov utgörs av människans yttre omgivning, tillstånd och påverkan. Faktorer från omgivningen som kan påverka människan är bland annat ljud, ljus, temperatur, färg, atmosfär, utsikter från fönster och tillgång till naturen.
- Sociokulturella behov utgörs av mänskliga relationer, familje- och samhällsförhållanden. Samhällsförhållanden inkluderar ekonomi, utbildning och olika stödformer. Till sociokulturella sammanhang inkluderas även språk, traditioner, familjehistoria, ritualer och religionsutövande.<sup>100</sup>

---

<sup>92</sup> THL, 2020d

<sup>93</sup> Nettiturvakoti, (u.å.), Mannerheims barnskyddsförbund (uå), Barnavårdsföreningen (uå)

<sup>94</sup> THL, 2020c

<sup>95</sup> Polisen, (u.å.a.); Polisen, (u.å.b.); Polisen, (u.å.c.); Barnskyddslag 2007/417

<sup>96</sup> THL, 2020e

<sup>97</sup> Dowd, 2014, s. 657

<sup>98</sup> Kolcaba, 2003, s. 14

<sup>99</sup> Kolcaba, 2003, s. 9

<sup>100</sup> Kolcaba, 2003, s. 11 – 15; Peterson & Bredow, 2013, s. 195 – 196

Kolcaba (2003) har skapat den s.k. taxonomiska strukturen som är ett rutsystem på tre gånger fyra rutor, alltså tolv celler där man med hjälp av olika kontexter kan dela in patientens behov för att inom vården kunna uppnå komfort. Den taxonomiska strukturen innehåller de tre olika typerna av komfort inom de fyra olika behovsområden. Rutsystemet kan användas för att bedöma patientens vårdbehov genom att ställa upp behoven inom de fyra behovsområden och efter att behoven har identifierats kan man sätta in lämpliga åtgärder för att möta behoven. Efter att lämpliga åtgärder har blivit insatt kan man använda strukturen för att utvärdera att komfortbehoven har blivit tillgodosedda. Genom att använda rutsystemet skapar man en individualiserad vård och försöker tillgodose patientens unika komfortbehov.<sup>101</sup>

Komfortåtgärder kan vara mänskliga grundläggande behov såsom vila, homeostas, samtalsterapi och att bli behandlad som en holistisk varelse, alltså som en människa som en helhet med kropp, själ, ande och miljö. Om komfortåtgärder lyckas uppfylls patientens behov och resultatet blir komfort.<sup>102</sup> Vårdaren skall bedöma patientens upplevelse av komfort både objektivt och subjektivt för att avgöra om komforten har förbättrats efter implementerade komfortåtgärder. Vårdaren bedömer om komfortåtgärderna skall fortsätta, pröva något nytt eller om ny bedömning av behov skall göras.<sup>103</sup>

### 3.4 Metod

Studien genomförs som en scoping review vilket innebär en översikt av befintlig kunskap. En scoping review kan innehålla både vetenskapliga artiklar och grå litteratur såsom rapporter och sammanställningar som inte publicerats i vetenskapliga forum. Vetenskapliga artiklar som inkluderas kan vara gjord med en kvalitativ eller/och kvantitativ design.<sup>104</sup> Arksey och O'Malley har beskrivit sex steg för en scoping review, varav de fem första stegen följs.<sup>105</sup>

I studien fokuseras på litteratur som beskriver hälso- och sjukvårdspersonalens uppgifter när det gäller barn i åldern 7 – 12 som blivit utsatt för våld i hemmet. Studien utgår från en finländsk kontext. Litteraturen för översikten söks i databaser och på nationella och internationella internetsidor. Databaser som används för datainsamling är CINAHL with Full Text (EBSCOhost), PubMed, Terveysportti, Google Scholar och Tritonias sökportal Finna. Nationella internetsidor som används för datainsamling är Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) och internationella internetsidan World Health Organization (WHO). Vetenskapliga artiklar begränsas till att i huvudsak vara finländsk litteratur men även tre artiklar publicerade i Sverige inkluderas med motiveringen att samhällsuppbyggnaden i de båda länderna är liknande och lagstiftningen bygger på liknande grund. Artiklar från övriga länder används inte eftersom riktlinjer gällande arbetet med barn som utsätts för våld i hemmet varierar i olika länder. Grå litteraturen som inkluderas är nationellt material och material från WHO. Vetenskapliga artiklar som används är publicerade mellan år 2010 - 2021 och grå litteraturen mellan år 2015-2021.

Urvalet av datamaterialet baseras på syftet och frågeställningarna. Information som anses vara relevant till syftet och frågeställningarna väljs ut. De inklusionskriterier och exklusionskriterier som styr valet av datamaterialet är olika för vetenskapliga artiklar och för grå litteraturen, kriterierna presenteras i en tabell i vårt examensarbete (se Löfs och Svenfelt 2021<sup>106</sup>). Datainsamlingen och urvalet av materialet beskrivs i ett Prisma-flödesdiagram (se Löfs och Svenfelt 2021).

---

<sup>101</sup> Kolcaba, 1995, s. 288 – 289; Peterson & Bredow, 2013, s. 195 – 196

<sup>102</sup> Dowd, 2014, s. 662 – 663

<sup>103</sup> Kolcaba, 1995, s. 288

<sup>104</sup> Forsberg & Wengström, 2015, s. 170 - 171

<sup>105</sup> Arksey & O'Malley 2005, s. 8 - 9

Det insamlade datamaterialet granskas och sorteras samt sammanställs tematiskt utgående från forskningsfrågorna. Datamaterialet kategoriseras och sammanställs i resuméartiklar, en för vetenskapliga artiklar och en för grå litteraturen (se vårt examensarbete)<sup>106</sup>. Slutligen sammanfattas datamaterialet och resultat rapporteras. Sammanfattningen av materialet görs i beskrivande form i löpande text. Resultaten beskriver nationell och svensk forskning, nationella program, åtgärdsplaner och riktlinjer samt tre publikationer från WHO berörande identifiering, ingripande, förebyggande samt multiprofessionellt samarbete vid våld i hemmet mot barn i åldern 7 – 12 år.

Etiken måste alltid tas i beaktande vid genomförandet av ett vetenskapligt arbete.<sup>107</sup> För att en studie skall kunna kallas etisk måste tre aspekter beaktas. Frågorna som behandlas i studien skall vara väsentliga, studien skall vara av god vetenskaplig kvalitet och skall genomföras på ett etiskt sätt.<sup>108</sup> För att ett vetenskapligt arbete skall vara etisk godtagbar och tillförlitlig bör man bland annat ta hänsyn till andra forskares arbeten och resultat och hänvisa till deras publikationer på rätt sätt. Det är otillåtet att plagiera och att presentera falska resultat.<sup>109</sup> Vid genomförande av studien har etiska principer följts. Ett etiskt dilemma under arbetsprocessens gång är risken för feltolkning på grund av användning av material på annat språk.

### 3.5 Resultat

Resultaten är en sammanfattning av datamaterialet och baserar sig på tio vetenskapliga artiklar varav sju artiklar från Finland och tre från Sverige och två artiklar från Terveysportti, Hotus vårdrekommendationer, två åtgärdsplaner, en guide och en slutrapport från THL samt två riktlinjer och ett förebyggande program från WHO. Resultaten har delats in i de fyra teman som representerar våra två forskningsfrågor: Identifiering av våld, Ingripande i våld, Förebyggande av våld och Multiprofessionellt samarbete. Varje tema består av två eller fler kategorier och antalet kategorier är sammanlagt elva. I tabell 1, nedan presenteras teman och kategorierna i en översiktstabell för att därefter beskrivas i löpande text.

**Tabell 1. Resultaten indelade i teman och kategorier.**

Tema	Kategorier
Identifiering av våld	Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld
	Metoder och tillvägagångssätt
Ingripande vid våld	Att föra våld på tal med barn
	Förfarande vid ingripande i våld
	Rapportering av våld
	Bedömning av barnets säkerhet och implementera stödåtgärder
Förebyggande av våld	Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet
	Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen
Multiprofessionellt samarbete	Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen
	Krav för ett fungerande samarbete
	Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete

<sup>106</sup> Löfs & Svenfelt, 2021

<sup>107</sup> Kjellström, 2017, s. 58 - 59

<sup>108</sup> Kjellström, 2017, s. 64 - 65

<sup>109</sup> Forskningsetiska delegationen, 2012, s.16, 18, 20 – 21

### 3.5.1 Identifiering av våld

Temat Identifiering av våld beskrivs i två kategorier: Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld och Metoder och tillvägagångssätt.

Tabell 2 Identifiering av våld

Identifiering av våld	Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld Metoder och tillvägagångssätt
-----------------------	--

#### Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld

Identifiering av våld kräver tillräckligt med kunskap och utbildning hos professionella som möter barn i sitt arbete.<sup>110</sup> De professionella bör känna till riskfaktorer för våld och kännetecken på fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt försummelse av barn i hemmet<sup>111</sup>. Ifall professionella saknar dessa kunskaper kan misslyckande med identifiering av våld förekomma.<sup>112</sup>

Riskfaktorer för våld i hemmet kan vara associerade med barnet, föräldern, familjen eller hemmiljön.<sup>113</sup> Barnrelaterade riskfaktorer är barnets ålder där yngre barn löper högre risk för våld, komplikationer förknippade med graviditet eller förlossning, prematurbarn, låg födelsevikt och funktionshinder hos barnet. Riskfaktorer relaterade till föräldrarna är trötthet<sup>114</sup>, substansmissbruk, psykiska problem och personliga erfarenheter av utsatthet för våld under barndomen. Familjerelaterade faktorer är låg social och ekonomisk status samt förekomst av andra våldsformer i hemmet.<sup>115</sup>

I litteraturen beskrivs vanliga tecken som kan väcka misstankar om våld. Våld ger inte upphov till någon specifik fysisk eller psykisk symptombild.<sup>116</sup> Vanliga fysiska tecken som tyder på våld är förekomst av blåmärken, sår, ärr, brännskador, frakturer, neurologiska skador och huvudskador. Förekomst av flera blåmärken eller skador på olika ställen på kroppen i varierande åldersgrad är skäl för misstanke om våld.<sup>117</sup> Även skador som har en specifik form eller förekommer på ovanliga ställen kan tyda på våld.<sup>118</sup> När man kan se en negativ interaktion mellan barn och föräldrar, där fientlighet förekommer och där föräldrarna uppvisar undvikande beteende eller orealistiska utvecklingsmässiga förväntningar på barnet finns det skäl att undersöka om psykiskt våld förekommer. Andra tecken är isolering av barnet, olämpliga hot och icke acceptabla metoder för disciplinering. Försummelse

---

<sup>110</sup> Kraft & Eriksson, 2015; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>111</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>112</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>113</sup> Korpilahti, Korhonen, Kettunen, Nuotio, Jokela, Nummi & Lillsunde, 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>114</sup> Leppäkoski, Rantanen, Helminen & Paavilainen, 2019

<sup>115</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>116</sup> Lindholm, Tenhunen & Tossavainen, 2017

<sup>117</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>118</sup> Korpilahti m.fl., 2021



kännetecknas av att barnets grundläggande behov beträffande näring, hygien och kläder, tillsyn, säkerhet i hemmet samt vård och medicinska behov inte tillgodoses.<sup>119</sup>

Misstankar om sexuellt våld mot barn kan väckas på grund av barnets berättelser, beteende eller symptom. Barnet kan uppvisa psykiska och/eller fysiska symptom. Psykiska symptom hos barn i skolåldern kan vara rädslor, mardrömmar, neuropsykiatriska störningar, aggression, hyperaktivitet, tillbakadragenhet och svårigheter i skolan.<sup>120</sup> Fysiska tecken på sexuellt våld kan vara symptom i anusgenitala området såsom sårbildning, svullnad, blåmärken, blödningar, flytningar och dysuri ofta associerade med beteendemässiga eller emotionella förändringar och/eller sexualiserat beteende hos barnet. Även sexuellt överförbara infektioner kan förekomma.<sup>121</sup>

Oberoende av vilken våldsform barnet utsätts för kan det uppvisa allmänna symptom i form av emotionella, beteendemässiga, interpersonella och sociala störningar.<sup>122</sup> Barnet kan lida av rädsla, anpassningsproblem, problem i skolan eller upprepade gånger besöka hälso- och sjukvårdsmottagningar för smärta eller annat problem utan att kunna uppge en tydlig förklaring till smärtan eller problemet. Somatiska besvär såsom huvudvärk och buksmärter kan förekomma hos barnet. Dessutom kan barnet drabbas av depression och andra långsiktiga mentala problem.<sup>123</sup> Andra kända allmänna symptom till följd av våld är dålig självkänsla, våldsamhet, humörstörningar och posttraumatiskt stressyndrom.<sup>124</sup>

### **Metoder och tillvägagångssätt**

Misstankar om våld kan väckas hos hälso- och sjukvårdspersonalen baserat på barnets beteende, fysiska symptom eller fynd eller utifrån det barnet eller en vuxen berättar. Andra bevis är fotografier, barnets dagbok eller anteckningar och kommunikation på internet.<sup>125</sup> Ett barn som vägrar klä av sig vid en undersökning kan vara ett tecken på att något är fel och den professionella personalen bör vara uppmärksam.<sup>126</sup> Vid kontakt med barn och familjer bör man alltid bedöma risken för familjevåld. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall diskutera med föräldrarna om familjelivet i allmänhet, barnuppfostran, relationer och barnets omvårdnad, vilket ger information om familjens situation och kan leda till misstankar om våld samt möjlighet att föra diskussion om våld.<sup>127</sup>

Det kan vara svårt att skilja mellan oavsiktliga och våldsrelaterade skador.<sup>128</sup> Vid fysiska skador eller symptom hos barn som kan tyda på våld bör hälso- och sjukvårdspersonal vara uppmärksam på sannolikheten för att våld förekommer. Misstankar om våld kan väckas av skadans karaktär, lokaliseringen och vid orimlig förklaring till dess uppkomst eller vid variation i förklaringen till skadan.<sup>129</sup> Vid ospecifika symptom hos barnet, en förälders förnedrande attityd gentemot barnet, fördröjning eller uteblivande i vårdsökande bör hälso- och sjukvårdspersonalen ha våld i åtanke.

---

<sup>119</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>120</sup> Lindholm m.fl., 2017

<sup>121</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>122</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>123</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>124</sup> Lindholm m.fl., 2017

<sup>125</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>126</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>127</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>128</sup> Lindholm m.fl., 2017

<sup>129</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015; Tupola & Kallio, 2020

Våldsåtanke bör även väckas vid upprepade skador och vid återkommande kliniska besök.<sup>130</sup> Ett barn som ofta besöker hälsovårdare och klagar på ospecifika symptom kan också tyda på våld.<sup>131</sup>

Ansamlingen av olika riskfaktorer är ett särskilt beaktansvärt sätt när man misstänker eller identifierar barn som utsätts för våld i hemmet. Ingen riskfaktor ensam motiverar att ett barn utsätts för våld utan barnets och familjens helhetssituation bör kartläggas. Våld kan även förekomma i familjer där inga riskfaktorer kan identifieras. Ifall en form av våld har identifierats måste även förekomsten av andra våldsformer utredas.<sup>132</sup>

I Finland finns ingen systematisk screening eller screeningsindikationer för att identifiera fysiskt och psykiskt våld samt försummelse av barn.<sup>133</sup> Inga av de befintliga screeningsverktygen är tillräckligt bra för identifiering av våld mot barn och ytterligare forskning krävs inom området.<sup>134</sup> Hjälpmedel som använts i tidigare forskning vid identifiering av våld är olika hälsoverktyg, allmän diskussion om hälsa, välbefinnande och relationer med barnet samt dokumentation i hälsojournalen och skolans frånvaroregister.<sup>135</sup> Vid misstanke om våld kan personalen erbjuda barnet att förklara genom att rita, skriva eller illustrera modeller.<sup>136</sup>

### 3.5.2 Ingripande vid våld

Temat Ingripande i våld beskrivs i fyra kategorier: *Att föra våld på tal med barn, Förfarande vid ingripande i våld, Rapportering av våld och Bedömning av barnets säkerhet och implementera stödåtgärder.*

Tabell 3 Ingripande vid våld

Ingripande vid våld	Att föra våld på tal med barn
	Förfarande vid ingripande i våld
	Rapportering av våld
	Bedömning av barnets säkerhet och implementera stödåtgärder

De fyra kategorierna går in i varandra och hänger samman, alla fyra skall tas i beaktande och tillämpas vid ingripande vid våld mot barn i hemmet.

#### **Att föra våld på tal med barn**

I litteraturen finns anvisningar för hur man skall föra våld på tal med barn. När barnet på eget initiativ berättar om våldet eller ifall misstankar uppstår till följd av andra faktorer måste vårdpersonalen våga

<sup>130</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>131</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>132</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>133</sup> Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021

<sup>134</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>135</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>136</sup> Engh Kraft, Rahn & Eriksson, 2017; Kieselbach & Carai, 2016

diskutera ämnet.<sup>137</sup> Genom att först ställa neutrala frågor kan man bygga upp ett förtroende och en relation till barnet.<sup>138</sup> Det är tidskrävande att bygga upp en förtroendefull relation till barnet men det krävs för att få barnet att öppna sig.<sup>139</sup> När det handlar om grovt våld är det viktigt att notera att det kan leda till en rättsprocess. Så det är viktigt att inte diskutera våldet för mycket med barnet eller att ställa direkta frågor eftersom det kan påverka tillförligheten i barnets berättelse och ha en negativ effekt på straffprocessen.<sup>140</sup>

I situationer då ett barn berättar om våld skall hälso- och sjukvårdspersonalen hålla sig lugn och aktivt lyssna på vad barnet har att berätta samt vara neutral och undvika att moralisera.<sup>141</sup> Barnet skall få gott om tid för att berätta i lugn och ro.<sup>142</sup> Personalen skall inte intervju barnet<sup>143</sup> och frågor som ställs skall vara öppna, inte ledande och de bör heller inte upprepas.<sup>144</sup> Barnet får inte tvingas att svara på frågor ifall hen inte vill eftersom det kan leda till ytterligare trauma.<sup>145</sup> Det är viktigt att barnet känner sig tryggt för att våga berätta om händelsen och barnets känsloreaktioner vid berättande om våld skall inte kopplas till hur tillförlitlig berättelsen är eftersom barn inte alltid visar några känslor vid berättande om våld som pågått länge. Dessutom kanske inte ens barnet förstår det som har hänt och att det är onormalt. Den professionella skall ta barnet på allvar, inte ifrågasättas och barnet skall få känna sig hörd.<sup>146</sup> Vid kommunikation med barn skall den professionella använda sig av ett språk och terminologi som är åldersanpassat enligt barnets ålder och utvecklingsnivå.<sup>147</sup>

Barnet skall få information om vad som kommer att hända efter att våldet är uppenbart samt vilka följder det har för barnet.<sup>148</sup> Den professionella skall förklara att våld är lagstridigt<sup>149</sup> och att man är skyldig att göra en barnskyddsanmälan vid kännedom om förekomst av våld i hemmet och vid annat än lindrigt våld även en polisanmälan. Dokumentering om våldet skall vara utförlig och innehålla en noggrann beskrivning av vem, hur, var och vad personen berättade samt för vem. Informationen om händelsen och bakgrunden skall dokumenteras med berättarens egna ord och inga tolkningar får göras. Faktorn som bidrog till att våldet diskuterades bör noteras.<sup>150</sup> I dokumentation skall det noteras skillnader mellan barnets och eventuellt föräldrarnas berättelser.<sup>151</sup>

### **Förfarande vid ingripande i våld**

Hälso- och sjukvårdspersonalen skall vid upptäckt av fysiskt våld mot ett barn observera och dokumentera symptom och skadorna samt beskriva skadans karaktär, lokalisation och ålder.<sup>152</sup> Det rekommenderas även att fotografera fysiska skador.<sup>153</sup> Personalen skall fråga öppet av barnet med en

---

<sup>137</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>138</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>139</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>140</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>141</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>142</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018; Tupola & Kallio, 2020

<sup>143</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>144</sup> Amin, Reijnders & Carai, 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Tupola & Kallio, 2020

<sup>145</sup> Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>146</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>147</sup> Amin m.fl., 2017

<sup>148</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>149</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>150</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>151</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>152</sup> Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>153</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020

skada som tyder på våld om hur skadan uppstått.<sup>154</sup> Att ställa frågor till barnet och/eller familjen och att lyssna på dem är viktig.<sup>155</sup> Om en förälder är närvarande vid besöket skall interaktionen mellan barnet och föräldern observeras.<sup>156</sup> Information om nödvändiga undersökningar skall ges till barnet och föräldern.<sup>157</sup> Dokumentationen av stark misstanke om eller fynden av våld skall ske på ett systematiskt och noggrant sätt.<sup>158</sup>

Barn med fysiska skador som tyder på våld skall undersökas av en läkare.<sup>159</sup> Läkareundersökningen sker inom primärvården eller specialistsjukvården, beroende på barnets ålder och skadornas allvarlighetsgrad. I akuta situationer med allvarliga skador eller grovt våld mot barn fordras en jourremiss till specialistsjukvården, för undersökning av barnläkare, barnkirurg eller annan specialist.<sup>160</sup> Ju kortare tid det misstänks vara efter att våldet inträffade, desto mer brådskande bör undersökningen ske för att eventuellt hitta lämpliga fynd.<sup>161</sup>

Vid insamling av uppgifter och fysiska undersökningar bör hälso- och sjukvårdspersonalen minimera risken för att ytterligare skador uppstår hos barnet i form av trauma, rädsla och smärta. Barnets autonomi och egna önskemål skall beaktas. Personalen skall kommunicera med barnet, ge tydlig och åldersanpassad information om vad som görs, motivera varför och om undersökningsresultaten. Undersökningar skall utföras på så vis att det medför minsta möjliga obehag för barnet och en fördröjning av undersökningar skall undvikas.<sup>162</sup>

### **Rapportering av våld**

Hälso- och sjukvårdspersonalen och andra yrkesverksamma som arbetar med barn är skyldig att vid stark misstanke eller upptäckt av våld mot barn utföra en barnskyddsanmälan och vid behov även en polisanmälan.<sup>163</sup> En polisanmälan skall alltid utföras vid misstanke om annat än lindrigt våld. Om den professionella upplever osäkerhet om ett barns situation behöver anmälas eller inte kan barnskyddet eller polisen konsulteras för att fråga råd utan att uppgive barnets personuppgifter. Personalen kan även fråga råd av kollegor. I situationer där en barnskydds- och/eller polisanmälan utförs skall den professionella berätta på ett lämpligt sätt för barnet att de är skyldiga att anmäla.<sup>164</sup> Om situationen tillåter kan barnskyddsanmälan motivering och innehåll meddelas till föräldrarna.<sup>165</sup>

### **Bedömning av barnets säkerhet och implementerastödåtgärder**

Vid ingripande i våld mot barn i hemmet måste barnets säkerhet alltid bedömas och säkerställas.<sup>166</sup> Hälso- och sjukvårdspersonalen måste ta hänsyn till barnets individuella fysiska och psykiska behov, arbetet med föräldrarna och familjen samt barnets miljö och vidta lämpliga åtgärder.<sup>167</sup> Vid bedömningen beaktas risken för att barnet utsätts för upprepat våld och hänsyn tas till om barnet

---

<sup>154</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>155</sup> Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>156</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015.

<sup>157</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>158</sup> Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>159</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2015; Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>160</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017

<sup>161</sup> Lindholm m.fl., 2017; Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>162</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>163</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020

<sup>164</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Sankalahti & Lindberg, 2018;

<sup>165</sup> Lindholm, m.fl., 2017

<sup>166</sup> Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>167</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017

känner sig trygg för att återvända hem. Även risken för att andra familjemedlemmar utsätts för våld skall bedömas.<sup>168</sup>

Under utredningen av våld mot barnet skall nödvändiga och brådskande åtgärder vidtas omedelbart för att skydda barnet och/eller behövlig hjälp implementeras.<sup>169</sup> Barnet kan vara i behov av vård och behandling på sjukhus.<sup>170</sup> Hälso- och sjukvårdspersonalen skall ta hänsyn till alla potentiella skador och vidta åtgärder för att minimera de negativa konsekvenserna för barnet. I WHO:s riktlinjer för arbetet med våld mot barn rekommenderas det att man vid ingripande i våld mot barn gör upp en säkerhetsplan för barnet där man beaktar barnets fysiska och psykiska behov och en uppföljningsplan med en tid för följande uppföljning av situationen.<sup>171</sup>

Vid ingripande i våld mot barn inleds en barnskydds- och ofta även en straffrättslig process. Utöver processerna skall hälso- och sjukvården inleda en hjälpprocess för barnet och föräldrarna.<sup>172</sup> Efter att barnets situation har kartlagts skall barnet och familjen erhållas lämpliga stöd och hjälp enligt individuella behov.<sup>173</sup> Barnet behöver få hjälp att hantera sina upplevelser av våld och föräldrarna att agera som trygga föräldrar genom psykosocialt stöd. Det är viktigt att direkt stöda barnet och att stärka föräldrarnas resurser och informera dem om våld och dess konsekvenser.<sup>174</sup> För att bearbeta traumatiska händelser kan barnet vara i behov av psykoterapi eller hela familjen av familjeterapi.<sup>175</sup> Att vardagen stabiliseras så snabbt som möjligt är det primära för barnet. Om tillämpade metoder inte leder till en förändring i barnets situation måste man i svårare fall överväga att flytta bort barnet från den skadliga miljön.<sup>176</sup>

### 3.5.3 Förebyggande av våld

Temat Förebyggande av våld beskrivs i två kategorier: Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet och Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Tabell 4 förebyggande av våld.

Förebyggande av våld	Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet  Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen
----------------------	---

#### Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet

Det våldsförebyggande arbetet hör till social- och hälsovårdens, utbildningsväsendets och polisens grundläggande uppgift. Tidigt förebyggande av våld i hemmet börjar redan under graviditeten på mödrarådgivningen, fortsätter senare på barnrådgivningen och inom skolhälsovården.<sup>177</sup>

<sup>168</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>169</sup> Lindholm m.fl., 2017; Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>170</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017

<sup>171</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>172</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>173</sup> Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>174</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>175</sup> Lindholm m.fl., 2017

<sup>176</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>177</sup> Korpilahti m.fl., 2021

Förebyggande av våld mot barn är en viktig faktor ur barn-, familje- och samhällsperspektiv nationellt och globalt.<sup>178</sup> Det våldsförebyggande arbetet bygger på fem nyckelområden: barns rättigheter, information, stöd och hjälp, stöd för föräldraskap och relationer, utbildning och kommunikation.<sup>179</sup>

Inom hälsovården ger de återkommande hälsoundersökningarna möjlighet för hälsovårdaren att tidigt identifiera risker för förekomst av våld i hemmet och då förebygga våld på tal med föräldrarna, informera om våldets konsekvenser och stödja till en våldsfri hemmiljö samt implementera stödåtgärder.<sup>180</sup> Vid hälsoundersökningar diskuteras parrelationen, föräldraskapet, barnuppfostran, barnens rättigheter, våld och information om Finlands lagstiftning som förbjuder våld mot barn. Föräldrarna erbjuds stöd och vägledning gällande våldsfria och trygga uppväxtmiljöer och uppfostringsmetoder.<sup>181</sup> För tidig identifiering av riskfaktorer för våld och förekomst av våld används THL:s Blanketten för screening och kartläggning av närståendevåld ([www.thl.fi](http://www.thl.fi)) på rådgivningar och även ibland inom skolhälsovården.<sup>182</sup>

Föräldrastöd har påvisats att fungera som en förebyggande metod mot våld.<sup>183</sup> Andra sätt att förebygga våld är genom att skapa en positiv föräldra-barn relation och interaktion, stärka föräldraskapet och stöda icke-våldsamma uppfostringsmetoder.<sup>184</sup> Med föräldrar som själv blivit utsatta för våld under barndomen är det särskilt viktigt att samtala om våld.<sup>185</sup> I familjer där risken för våld är hög är tidiga interventioner i form av rådgivning i barns utveckling, föräldraträning, konkret hjälp och stöd samt stödjande av positiv föräldra-barn interaktion viktiga.<sup>186</sup> Forskning har påvisat att hembesök har en viktig betydelse för att minska och förebygga våld mot barn i hemmet.<sup>187</sup> Hembesök ger möjlighet till diskussion med hela familjen och observation av familjesituationen.<sup>188</sup>

I skolmiljön är det viktigt att hela skolpersonalen känner till tecken på våld mot barn eftersom det underlättar tidig identifiering och förebyggande.<sup>189</sup> Broschyrer från stödorganisationer med information om våld kan med fördel placeras i väntrum för att öka barns och vuxnas kunskap om våld, vilket kan förebygga våldet.<sup>190</sup>

### **Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen**

Slutsatsen av flera studier betonar att professionella som kommer i kontakt med barn i sitt arbete behöver ytterligare utbildning om våld i hemmet för att kunna agera.<sup>191</sup> Det finns otillräcklig kunskap och färdigheter för arbete med våld i hemmet bland de professionella.<sup>192</sup> En omfattande utbildning gällande identifiering och ingripande i våld mot barn är nödvändigt bland professionella<sup>193</sup> och bör

---

<sup>178</sup> Paavilainen, Helminen, Flinck & Lehtomäki, 2014

<sup>179</sup> Korpilahti, 2018

<sup>180</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>181</sup> Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021

<sup>182</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>183</sup> Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; WHO, 2016

<sup>184</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; WHO, 2016

<sup>185</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>186</sup> Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>187</sup> Korpilahti m.fl., 2021; WHO, 2016

<sup>188</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>189</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>190</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Kraft & Eriksson, 2015

<sup>191</sup> Järvenpää, Martínez-Molina, Ferrer & Haage, 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Sundler, Whilson, Darcy & Larsson 2019

<sup>192</sup> Korpilahti, 2018

<sup>193</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

ingå i grundläggande utbildningar inom hälso- och sjukvården.<sup>194</sup> Utbildningen bör innehålla information om våldsformer och dess effekter, lagstiftning och olika metoder för identifiering och ingripande vid våld.<sup>195</sup> Det är känt att genom fortbildning har förmågan att identifiera och ingripa i våld förbättrats.<sup>196</sup>

### 3.5.4 Multiprofessionellt samarbete

Temat Multiprofessionellt samarbete beskrivs i tre kategorier: Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen, Krav för ett fungerande samarbete och Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete.

Tabell 5 Multiprofessionellt samarbete

Multiprofessionellt samarbete	Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen
	Krav för ett fungerande samarbete
	Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete

Temat det multiprofessionella samarbetet visar på vikten av samarbete över professionsgränser.

#### **Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen**

Vid misstankar om eller identifiering av våld mot barn i hemmet krävs alltid ett multiprofessionellt samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialvården, barnskyddet och polisen.<sup>197</sup> Det rekommenderas även samarbete med utbildningsväsendet för att få en bättre helhetsbild av barnets situation.<sup>198</sup> Hantering av våld mot barn förenklas av nära, tillgängliga och väl organiserade sektorövergripande tjänster och multiprofessionellt samarbete.<sup>199</sup> Alla professionella som kommer i kontakt med barn och familjer har en gemensam uppgift i identifiering, ingripande och förebyggande av våld samt att främja barns och familjernas välfärd.<sup>200</sup> Olika yrkesgrupper har möjlighet att observera olika saker kring barnet och dennes närmiljö, därför är ett multiprofessionellt samarbete av störst vikt vid arbete med barn som misstänks eller utsätts för våld. Genom samarbetet fås mer ingående information om barnet och situationen.<sup>201</sup>

Bedömning av barnets situation skall ske i ett multiprofessionellt samarbete med alla berörda partner.<sup>202</sup> Framgångsrika metoder och förfarande vid samarbete bygger på att dela kunskap mellan samarbetspartnern och ett gemensamt syfte och språk.<sup>203</sup> Aktörerna bör komma överens om

<sup>194</sup> Paavilainen m.fl., 2014

<sup>195</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>196</sup> Korpilahti, 2018; Leppäkoski m.fl., 2019

<sup>197</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>198</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Kraft & Eriksson, 2015; Sundler m.fl., 2019

<sup>199</sup> Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>200</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>201</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>202</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>203</sup> Notko, Husso, Piippo, Fagerlund & Houtsonen, 2021

fördelningen av uppgifter och ansvar vid utredning av och ingripande i barnets situation.<sup>204</sup> Arbetet mot gemensamma mål kan stärkas av att ordna möten mellan alla berörda partner och barnet, där professionella kan tillämpa den egna kompetensen och nödvändiga interventioner förhandlas.<sup>205</sup>

I projektet "Lasta-malli" har man gjort upp en modell för sektorövergripande samarbetet vid våldsarbetet, som hittas på THL:s hemsida ([www.thl.fi](http://www.thl.fi)).<sup>206</sup> Utöver det multiprofessionella samarbetet är samarbete mellan kollegor på enhetsnivå viktigt och kollegorna behöver stöda varandra.<sup>207</sup>

### Krav för ett fungerande samarbete

Grunden för ett lyckat samarbete utgörs av ömsesidigt förtroende, förståelse för delat ansvar och utveckling av ett gemensamt tillvägagångssätt.<sup>208</sup> Dessutom krävs kunskap om våld, kunskap om egna och andra organisationer uppgifter, skyldighet och ansvar samt lagar och förordningar som styr de professionella arbete. En stark yrkesidentitet och förtroende för egen expertis är fördelar vid multiprofessionellt samarbete. Ett gott samarbete kräver en god kommunikation och relation till andra professionella partner.<sup>209</sup> Dessutom är det viktigt att ha förtroende för andra yrkesgruppers profession och kunnande.<sup>210</sup>

### Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete

Professionellas upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete vid ingripande vid våld mot barn i hemmet varierar. Det finns kunskap om multiprofessionellt samarbete bland professionella och stöd vid ingripande i våldet fås ofta från andra på den egna enheten och andra organisationer.<sup>211</sup> Upplevelser av samarbete är ofta positivt<sup>212</sup> men även negativa upplevelser förekommer.<sup>213</sup> Brist på diskussion och förtroende för andra professioner är ibland ett problem vid samarbete.<sup>214</sup> Andra hinder för ett fungerande samarbete är dåliga erfarenheter av tidigare samarbete, avsaknad av ett gemensamt syfte och mål samt otydlig uppgiftsfördelning.<sup>215</sup> En utmaning för samarbete är att alla professionella styrs av flera olika lagar och förordningar.<sup>216</sup>

## 3.6 Diskussion

Metoden scoping review gav möjlighet att kartlägga och sammanfatta kunskap om barn som utsätts för våld i hemmet. I en scoping review kan man utöver vetenskapliga artiklar även inkludera rapporter och föreskrifter vilket var nödvändigt för att få aktuell nationell och internationell litteratur inom ämnet.

Datainsamlingen inleddes med sökande av vetenskapliga artiklar med breda söktermer, från 2015 och nyare och inom Europa. Antalet resultat vara flera hundra artiklar per sökning. Vi läste igenom artiklars

---

<sup>204</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>205</sup> Notko m.fl., 2021

<sup>206</sup> Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>207</sup> Kieselbach & Carai, 2016

<sup>208</sup> Notko m.fl., 2021; Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>209</sup> Notko m.fl., 2021

<sup>210</sup> Järvenpää m.fl., 2017).

<sup>211</sup> Inkilä, Flinck, Luukkaala, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2013

<sup>212</sup> Inkilä, 2013

<sup>213</sup> Notko m.fl., 2021

<sup>214</sup> Järvenpää m.fl. 2017

<sup>215</sup> Notko m.fl., 2021

<sup>216</sup> Notko m.fl., 2021



titlar, abstrakt och granskade snabbt flera artiklar i fulltext och kunde konstatera att våld i hemmet varierar mellan olika kulturer och att hälso- och sjukvården i olika europeiska länder skiljer sig åt. Därför begränsades vetenskapliga artiklar till endast finländska studier från år 2010 och nyare, för att få relevant material. Bristen på finländsk forskning och litteratur inom ämnet gjorde det svårt att hitta relevant datamaterial. De svenska artiklarna söktes först i slutskedet av datainsamlingen under tidspress, vilket kan ha påverkat antalet relevanta sökresultat. Vår sökstrategi kunde eventuellt ha varit bättre om vi skulle haft mindre begränsningar redan från början och genast inkluderat svensk forskning.

Datamaterialet som använts har varit på svenska, finska och engelska. Att använda material på annat språk än det egna modersmålet innebär alltid en risk för feltolkning, vilket har varit ett etiskt dilemma som vi försökt undvika. Studien baserar sig endast på finländska och några få svenska studier vilket gör att resultaten inte är överförbara till andra länder utan ytterligare undersökningar behövs p.g.a. olikheter gällande lagar och hälso- och sjukvårdssystem.

Resultaten i studien sammanfattar vad som finns beskrivet i aktuell litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande samt multiprofessionellt samarbete vid misstankar om eller identifiering av våld mot barn i hemmet. Trots att en stor del av resultaten kan förklaras med tidigare forskning beskriver studien en sammanfattning av litteratur som berör ämnet och bidrar med en bättre helhetsbild inom ämnet. Bristen på relevant litteratur resulterade i begränsningar i resultaten. I litteraturen förekom brist på beskrivningar på tillvägagångssätt vid identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn i hemmet.

I studien framkommer flera intressanta resultat under de fyra teman och genom att jämföra resultaten med studiens bakgrund kan likheter påvisas. Vid temat Identifiering av våld framkommer det att hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn behöver känna till riskfaktorer och kännetecknen på våld för att kunna identifiera det,<sup>217</sup> vilket kan bekräftas med studiens bakgrund.<sup>218</sup> Metoder som underlättar identifiering av våld är ansamling av riskfaktorer vid kontakt med barn och familjer<sup>219</sup> samt att diskutera allmänt om familjelivet med alla familjer<sup>220</sup> och om hälsa, välbefinnande och relationer med barnet.<sup>221</sup> I studiens bakgrund lyfts även fram att hälsovårdare skall diskutera allmänt om familjelivet med familjer.<sup>222</sup> En problematisk aspekt är att det i Finland inte finns någon systematisk screening eller screeningsverktyg för att identifiera våld, utan en kombination av olika metoder och en övergripande bedömning av hela familjens situation krävs för identifiering.<sup>223</sup>

Under temat Ingripande i våld beskrivs tillvägagången. Ingripande i våld innebär diskussion med barnet och/eller familjen, observation av skador<sup>224</sup> och föräldra-barn interaktionen,<sup>225</sup> fotografering av fysiska skador,<sup>226</sup> utförlig dokumentation<sup>227</sup> och en omfattande läkarundersökning<sup>228</sup> samt

---

<sup>217</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>218</sup> Mäki m.fl., 2018, s. 152

<sup>219</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>220</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>221</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>222</sup> Mäki m.fl., 2018 s. 151

<sup>223</sup> Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>224</sup> Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>225</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>226</sup> Paavilainen & Flinck, 2013; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020

<sup>227</sup> Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015

<sup>228</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2015; Sinkkonen & Mäkelä, 2018)

barnskydds- och/eller polisanmälan.<sup>229</sup> I studiens bakgrund framkommer det att hälsovårdare behöver våga agera och föra saken på tal<sup>230</sup> och skyldigheten att göra barnskyddsanmälan<sup>231</sup> och polisanmälan vid behov.<sup>232</sup> Ett intressant resultat som vi inte har påträffat i tidigare forskning är den utförliga beskrivningen av hur man skall föra våld på tal med barn.

Vid temat Förebyggande av våld framkommer det att våldsförebyggandet är en grundläggande uppgift för social- och hälsovården och hälsovårdens förebyggande arbete börjar redan under graviditeten på mödrarådgivning och fortsätter sen på barnrådgivningen och inom skolhälsovården.<sup>233</sup> De återkommande hälsoundersökningarna,<sup>234</sup> föräldrastöd<sup>235</sup> och hembesök har en viktig roll i det förebyggande arbetet.<sup>236</sup> Vikten av föräldrastöd för förebyggande av våld lyfts även fram i studiens bakgrund.<sup>237</sup> Även en tillräcklig utbildning gällande våldsarbetet bland personalen har en viktig betydelse vid tidig identifiering, ingripande och förebyggande av våld,<sup>238</sup> vilket bekräftas med studiens bakgrund.<sup>239</sup> Men det våldsförebyggande arbetet hör inte bara till social- och hälsovården, utan är även en grundläggande uppgift för utbildningsväsendet och polisen.<sup>240</sup> I resultaten framkommer vikten av att hela skolpersonalen känner till tecken på våld för att underlätta identifieringen och förebygga våld.<sup>241</sup>

Under temat Multiprofessionellt samarbete framkommer det att arbetet med barn som misstänks eller utsätts för våld i hemmet alltid kräver ett multiprofessionellt samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialvården, barnskyddet och polisen.<sup>242</sup> Dessutom rekommenderas samarbete med utbildningsväsendet.<sup>243</sup> I studiens bakgrund lyfts det fram att ingripande vid våld mot barn i hemmet kräver ett multiprofessionellt samarbete.<sup>244</sup> Genom samarbete fås en helhetsbild av barnets situation och därför är samarbetet nödvändigt.<sup>245</sup> Ett fungerade samarbete kräver ömsesidigt förtroende, en god relation och kommunikation<sup>246</sup> samt fördelning av ansvar och uppgifter<sup>247</sup>. Dessutom krävs kunskaper om våld, om egna och andra organisationer uppgifter, skyldighet och ansvar samt lagar och förordningar som styr de professionellas arbete.<sup>248</sup>

Kolcabas taxonomiska struktur kan användas som modell för tolkning av studiens resultat. För att barn som blivit utsatta för våld i hemmet skall återfå balans i tillvaron, tillit till livet och hälsa bör de tre formerna av komfort uppfyllas inom de fyra olika behovsområden. I resultaten om ingripande vid våld mot barn i hemmet beskrivs det att barnets helhetssituation kartläggs där fysiska och psykiska behov,

---

<sup>229</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020

<sup>230</sup> Mäki m.fl., 2018, s. 151

<sup>231</sup> THL, 2020c

<sup>232</sup> Polisen, (u.å.a.)

<sup>233</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>234</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>235</sup> Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021; WHO, 2016

<sup>236</sup> Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; WHO, 2016

<sup>237</sup> THL, 2020d

<sup>238</sup> Paavilainen & Flinck, 2013

<sup>239</sup> THL, 2020d

<sup>240</sup> Korpilahti m.fl., 2021

<sup>241</sup> Kraft & Eriksson, 2015

<sup>242</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>243</sup> Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021

<sup>244</sup> Mäki m.fl., 2018, s. 153

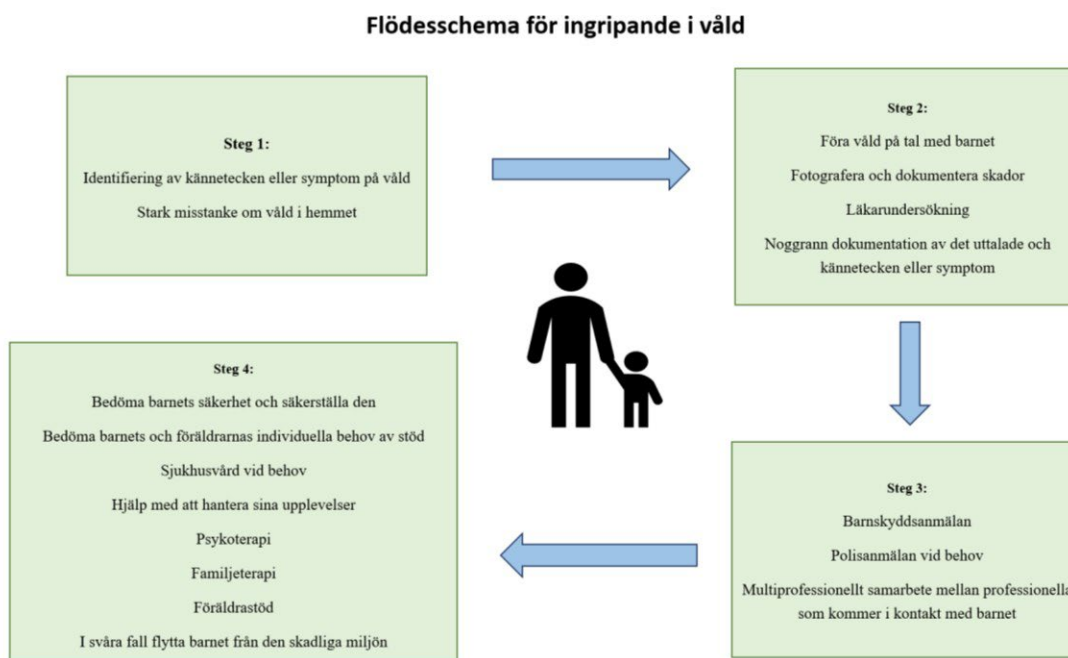
<sup>245</sup> Sankalahti & Lindberg, 2018

<sup>246</sup> Notko m.fl., 2021

<sup>247</sup> Notko m.fl., 2021; Sinkkonen & Mäkelä, 2018

<sup>248</sup> Notko m.fl., 2021

säkerhet och hemmiljö samt föräldra-barnrelationen och andra familjemedlemmars situation skall bedömas individuellt, vilket innebär alla fyra behovsområden: fysiska, psykospirituella, miljömässiga och sociokulturella bedöms. Därefter implementeras nödvändiga hjälp- och stödåtgärder, inom de fyra olika behovsområden för barnet och föräldrarna enligt individuella behov. Komfortåtgärder kan vara mänskliga grundläggande behov såsom vila, homeostas, samtalsterapi och att bli behandlad som en holistisk varelse, alltså som en människa som en helhet med kropp, själ, ande och miljö.<sup>249</sup> Hjälp- och stödåtgärder som beskrivs i resultaten motsvarar dessa komfortåtgärder, där fysiska kan förklaras som sjukhusvård, psykospirituella som bearbetning av traumatiska händelser bland annat i form av psykoterapi, sociokulturella som familjeterapi, psykosociala stöd och stärkande av föräldraskapet och miljömässiga som stödja till en våldsfri hemmiljö eller att flytta barnet från en skadlig hemmiljö. Resultaten i studien betonar en uppföljning av barnets situation, vilket kan relateras till att utvärdera effekten av åtgärderna och bedöma om resultat är transcendence, alltså att barnet och familjen har bemästrat problemen. Om komfortåtgärder lyckas uppfylls patientens behov och resultatet blir komfort.<sup>250</sup>



**Bild 1. Flödesschema för ingripande i våld.**

Flödesschemat i bild 1 har skapats utgående från resultaten för att tydliggöra tillvägagången vid ingripande vid våld mot barn i hemmet och beskriver ingripande steg för steg. Utifrån resultaten kan man tolka att ingripande består av fyra viktiga steg: misstanke/identifiering av våld (steg 1), kartläggning av situationen (steg 2), rapportering och multiprofessionellt samarbete (steg 3) och implementera stödåtgärder (steg 4).

<sup>249</sup> Dowd, 2014

<sup>250</sup> Dowd, 2014

### 3.7 Slutsatser

Över hela världen utsätts barn för våld i hemmet av föräldrarna och finländsk statistik påvisar att många skolbarn är utsatta. Detta fenomen behöver alla professionella som kommer i kontakt med barn och familjer vara medvetna om. Professionella behöver ha kunskap och praktiska färdigheter gällande identifiering och ingripande vid våld mot barn för att kunna identifiera våldet och agera, men för att agera räcker det inte bara med kunskap utan det krävs även mod av de professionella. Att agera vid misstanke om eller identifiering av våld mot barn i hemmet är inte ett val som man har som professionell, utan ett ansvar och en skyldighet, vilket innebär att man alltid måste agera och göra en barnskyddsanmälan oavsett om man vill eller inte. Kännetecknen vid våld mot barn är många och diffusa, därför kan det vara svårt att skilja mellan våld och övriga skador och problem. Redan en liten misstanke om att våld kanske förekommer i ett hem är orsak till att agera, för det är bättre att agera en gång för mycket än för lite. Ifall man som professionell skall vara helt säker på att våld förekommer i hemmet för att agera blir många fall oupptäckta, eftersom man nästan aldrig kan vara helt säker, inte ens om ett barn berättar om våld eftersom barn kan också hitta på egna berättelser. Alla barn har rätt till en trygg och våldsfri uppväxtmiljö, vilket vi som professionella måste stöda.

Resultaten i studien indikerar att professionella inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med barn i sitt arbete har behov av en omfattande utbildning om våld mot barn i hemmet och hantering av det. Vi som själv studerar inom hälso- och sjukvård kan konstatera att vi under vår studietid har pratat väldigt lite om våld och våld mot barn i hemmet och önskar därför att det skulle undervisas mer i ämnet. Att ha kunskap om våld mot barn i hemmet och hantering av det samt den egna skyldigheten är så viktigt för att kunna och våga agera när man misstänker att ett barn utsätts. Forskning har även påvisat att utbildning ökar de professionellas identifiering och ingripande vid våld mot barn i hemmet.

I studien har vi konstaterat att det förekommer brist på finländsk forskning och riktlinjer för arbetet med barn som utsätts för våld i hemmet. Det finns ett stort behov av ytterligare forskning inom området för att förbättra identifieringen och ingripande vid våld mot barn. Forskning om olika tillvägagångssätt och metoder för identifiering och ingripande vid våld vore nödvändigt för att underlätta agerande. För tillfället finns inga effektiva screeningsverktyg, vilket kunde vara skäl att utveckla. Behov finns även av nationella riktlinjer och rekommendationer för arbete med barn som utsätts för våld i hemmet.

### 3.8 Litteraturförteckning

- Amin, A., Reijnders, M. & Carai, S.** (2017). *RESPONDING TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO HAVE BEEN SEXUALLY ABUSED - WHO CLINICAL GUIDELINES*. World Health Organization. Hämtad från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>
- Arksey, H. and O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.
- Barnvårdsföreningen r.f. (uå)** Hämtad 28.10.2020 från <https://www.bvif.fi/> (hämtad 15.06.2022)
- Barnskyddslag 2007/417.** 2020. Hämtad 28.10.2020 från: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Eija, P., Mika, H., Aune, F. & Leila, L.** (2014). How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline. *Nursing Research and Practice*, 2014(2014), 425460-7. Hämtad 28.10.2020 från <https://doi.org/10.1155/2014/425460>
- Engn Kraft, L., Rahm, G. & Eriksson, U.** (2017). School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse. *The Journal of school nursing*, 33(2), 133-142. Hämtad 28.10.2020 från <https://doi.org/10.1177/1059840516633729>
- Ermertcan, A. & Ertan, P.** (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 76(4), pp. 317-326.
- Dowd, T.** (2014). Theory of Comfort. i: M. R. Alligood, red. *Nursing theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby, pp. 657-671.
- Forsberg, C. & Wengström, Y.** (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (Fjärde utgåvan.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskningsetiska delegationen.** (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtad. 29.12.2020 från: [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Giardino, A. P.** (2015). *Recognition of child abuse for the mandated reporter* (Fourth edition.). Saint Louis: STM Learning, Inc. Giardino, A. P. (2015).
- Inkilä, J., Flinck, A., Luukkaala, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E.** (2013). Interprofessional Collaboration in the Detection of and Early Intervention in Child Maltreatment: Employees' Experiences. *Nursing Research and Practice*, 2013, 186414-10. Hämtad 28.10.2020 från <https://doi.org/10.1155/2013/186414>
- Johansson, B., Källström, Å. & Flygare, E.** (2019). *Barns och ungas utsatthet: Våld och kränkningar i barns och ungas relationer* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Järvenpää, E., Martínez-Molina, S., Ferrer, J., Haage, B.** (2017). Professional Coordination in Cases of Child Maltreatment: Challenging Issues in Estonia, Finland, Slovenia and Spain. a Comparative Study. *European Journal of Social Sciences Education and Research*. 9. 43. 10.26417/ejser.v9i2.p43-53
- Kieselbach, B. & Carai, S. (ed).** (2019). *WHO GUIDELINES FOR THE HEALTH SECTOR RESPONSE TO CHILD MALTREATMENT*. World Health Organization. Hämtad 28.10.2020 från [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/technical-report-who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf?sfvrsn=6e0454bb\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/technical-report-who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf?sfvrsn=6e0454bb_2&download=true)
- Kjellström, S.** (2017). *Forskningsetik i: Henricson M. red. Vetenskaplig teori och metod.* (Upplaga 2:2) Lund: Studentlitteratur AB.
- Koistinen, I. & Holma, J.** (2015). Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence. *SAGE open*, 5(1), 215824401557039. Hämtad 28.10.2020 från <https://doi.org/10.1177/2158244015570392>
- Kolcaba, K.** (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.
- Kolcaba, K. Y.** (1995). The Art of Comfort Care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), pp. 287-289. doi:10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
- Korpilahti, U. (toim.),** (2018). *Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018 - 2025, Osa 1*. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtad från <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-082-2>
- Korpilahti, U., Korhonen, L., Kettunen, H., Nuotio, E., Jokela, S., Nummi VM & Lillsunde, P.** (2021). En barndom utan våld: Åtgärdsplan för förebyggande av våld mot barn 2020–2025. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtad från <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8467-7>
- Kraft, L. E. & Eriksson, U.** (2015). The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process. *The Journal of school nursing*, 31(5), 353-362. Hämtad från: <https://doi.org/10.1177/1059840514550483>

- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, M., Zwi, A., Lozano, R. (2002). World report on violence and health. World Health Organization Geneva. Hämtad från [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)
- Leppäkoski, T., Rantanen, H., Helminen, M., & Paavilainen, E. (2019). How Training Impacts the Identification and Discussion of the Risks of Child Maltreatment: A Finnish Follow-Up Study.
- Lindholm, P., Tenhunen, T., & Tossavainen, P. (2017). Lapsen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily (PPSHP). Lääkärin käsikirja. Duodecim.
- Löfs, J. & Svenfelt, F. (2021). *Barn som utsätts för våld i hemmet - en scoping review över aktuell litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande, förebyggande samt multiprofessionellt samarbete*. Hälsovårdarexamen (YH). Institutionen för hälsa och välfärd. Vasa: Yrkeshögskolan Novia. Hämtad 28.10.2020 från <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202205169402>
- Mannerheims barnskyddsförbund (uå) Hämtad 15.6. 2022) från <https://www.mll.fi/sv/hemsida/om-mll/>
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2018). Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården Metodhandbok. Institutet för hälsa och välfärd.
- Nettiturvakoti (u.å.). *Net skyddshem*. (online) Hämtad 22.02.22 från: [https://nettiturvakoti.fi/sv\\_netskyddshem/#kontakt](https://nettiturvakoti.fi/sv_netskyddshem/#kontakt)
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS medicine*, 9(11), p. e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M. & Houtsonen, J. (2021). Intervening in domestic violence: Interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of interprofessional care, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1876645>
- Paavilainen, E. & Flinck, A. (2013). National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 22(3), 209-220. Hämtad från <https://doi.org/10.1002/car.2207>
- Paavilainen, E. & Flinck, A. (2015). *Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hoitotyön Tutkimussäätiö. Hämtad från <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kaltoinkohtelu-hs.pdf>
- Peterson, S. J. & Bredow, T. S. (2013). *Middle range theories: Application to nursing research* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Polisen. (u.å.a.). *Brott mot barn*. Hämtad. 20.02.2021 från: <https://poliisi.fi/sv/barn-som-brottsoffer>
- Polisen. (u.å.b.). *Har du blivit utsatt för ett brott?* Hämtad 20.02.2021 från <https://poliisi.fi/sv/har-du-blivit-utsatt-for-ett-brott>
- Polisen. (u.å.c.). *Våld i nära relationer*. Hämtad. 20.02.2021 från <https://poliisi.fi/sv/vald-i-nara-relationer>
- PRISMA. (2021). *PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources*. Hämtad 28.10.2020 från: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Sankalahti, S., Lindberg, P. (2018). *Skapa förtroende skydda barnet: Guide om samarbete för personer som möter barn och familjer i sitt arbete*. Institutet för hälsa och välfärd. (online) <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-096-9>
- Simmel, C., Merritt, D., Kim, H. M. & Kim, S. (2016). An Exploratory Study of Neglect and Emotional Abuse in Adolescents: Classifications of Caregiver Risk Factors. *Journal of child and family studies*, 25(8), pp. 2372-2386. doi:10.1007/s10826-016-0414-9
- Sinkkonen, M., Mäkelä, J. (red.) (2017). *LASTA-hanke: Kokemuksia viranomaisten yhteistyön ja tietojenvaihdon koordinoinnista lapseen kohdistuneissa pahoinpitely- tai seksuaalirikoksen epäilytilanteissa*. Institutet för hälsa och välfärd. (online) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-850-0>
- Sotkanet. (u.å.). *Statistikuppgifter om finländarnas välfärd och hälsa*. Hämtad 28.10.2020 från: [https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko?indicator=szZMKbbWNTSKN7Q2NAEA&region=s07MBAA=&year=sy6\\_rAgA=&gender=t](https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko?indicator=szZMKbbWNTSKN7Q2NAEA&region=s07MBAA=&year=sy6_rAgA=&gender=t)
- Strafflag 1889/39. (2020). Hämtad 28.10.2020 från: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001>
- Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L. & Larsson, M. (2019). Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse. *The Journal of school nursing*. Hämtad 28.10.2020 från: <https://doi.org/10.1177/1059840519863843>

- THL.** (2019). *Att identifiera och ingripa i våld*. Hämtad 28.10.2020 från <https://thl.fi/sv/web/handbok-om-funktionshindarservice/funktionshinder-i-samhallet/vald-och-funktionsnedsattning/att-identifiera-och-ingripa-i-vald>
- THL.** (2018). *Barnaga har inte försvunnit från Finland*. Hämtad 08.05.2020 från: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/barnagan-har-inte-forsvunnit-fran-finland>
- THL.** (2020c). *Barnskyddsanmälan*. Hämtad 15.12.2020. <https://thl.fi/sv/web/handbok-for-barnskyddet/arbetsprocesser/barnskyddsanmalan>
- THL.** (2020b). *Elev- och studerandevård*. Hämtad 15.12.2020 från: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/elevvard>
- THL.** (2020d). *Familjecenter*. Hämtad 01.03.2020 från: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/familjecenter>
- THL.** (2020e). *Förebyggande av våld*. Hämtad 01.03.2020 från: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/stodmaterial/forebyggande-av-vald-i-nara-relationer-och-inom-familjen>
- THL.** (2021a). *Individuell elev- och studerandevård*. Hämtad 16.04.22 från: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovardstjanster/elev-och-studerandevard/individuell-elev-och-studerandevard>
- THL.** (2021b). *Myndighetssamarbete vid utredning av misstanke om våld mot barn*. Hämtad 16.04.22 från: <https://thl.fi/sv/web/handbok-for-barnskyddet/arbetsprocesser/skyldighet-att-anmala-vald-mot-barn/myndighetssamarbete-vid-utredning-av-misstanke-om-vald-mot-barn>
- THL.** (2020a). *Skolhälsovård*. Hämtad 15.12.2020 från: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/elevvard/skolhalsovard>
- Tupola, S & Kallio, P.** (2020). Lapsen pahoinpitelypäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet. *Lääkärin käsikirja*. Duodecim.
- UNICEF. (u.å.).** *Konventionen om barnets rättigheter*. Hämtad 23.04.2022 från: <https://www.unicef.fi/barnets-rattigheter/konventionen-om-barnets-rattigheter-hela-texten/>
- WHO.** (2020a). *Child maltreatment*. Hämtad 27.10.2020 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- WHO.** (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization. Hämtad 27.10.2020 från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717>.

## 4 Förebyggande av psykisk ohälsa bland ungdomar

Jennifer Antfolk & Victoria Öst

Den psykiska hälsan är en grundpelare för människans välmående och den stärker vår funktionsförmåga och livsglädje så att vi kan skapa motståndskraft, hopp och ork inför livets olika motgångar. Det är svårt att definiera begreppet psykisk hälsa eftersom den inte är bestående utan påverkas och ändras av både oss själva, andra människor, omständigheter, samhällsfaktorer (utbildnings- och arbetsmöjligheter) och kulturella värden.<sup>251</sup> Enligt THL (Institutet för hälsa och välfärd) utgör den psykiska hälsan grunden för människans välbefinnande och funktionsförmåga. Den psykiska hälsan stöder livshantering som innefattar ett meningsfullt liv med jobb och fritidsaktiviteter, upplevelser av kontroll i olika situationer och förmågan att ha ett fungerande socialt liv med olika relationer till andra människor.<sup>252</sup>

Det finns många olika faktorer som både stärker och minskar känslan av en god psykisk hälsa. De skyddande faktorerna hjälper oss att klara av krissituationer och stärker vår livskontroll och funktionsförmåga. Yttre- och inre friskfaktorer påverkar den psykiska hälsan positivt. Yttre friskfaktorer innebär tillräckligt med näring, ett tryggt hem, socialt stöd av familj och vänner, positiva modeller och tankesätt för livet, utbildningsmöjligheter, arbete eller annan försörjning, arbetsgemenskap, att bli hörd, obehindrad rörlighet och god hälsa, en trygg och trevlig livsmiljö, fungerande tjänster och nätverk, lättillgänglig krishjälp, fritidsverksamhet, tidiga positiva människorelationer och socialt kapital. Med inre friskfaktorer menas god självkänsla, känslan av att bli accepterad, problemlösningsförmåga, inlärningsförmåga, förmåga att hantera konflikter, påverkningsmöjligheter i samhället, social kompetens, tillfredsställande förmåga, goda människorelationer, kreativitet, optimism och hopp, känsla av livskontroll, hantering av känslor och förståelse för livets betydelsefullhet.<sup>253</sup>

Det mentala välbefinnandet bland ungdomar i Europa i åldern 11, 13 och 15 har försämrats mellan 2014 och 2018. En fjärdedel av ungdomarna upplever att de lider av nervositet, irritabilitet och sömnsvårigheter minst en gång per vecka. I en tredjedel av fallen rapporteras det att ungdomarna känner sig pressade av skolarbeten och att antalet elever som ogillar skolan har ökat sedan 2014. I och med att användningen av teknik ökat, ökar också risken för nätmobbning. En tiondedel av ungdomarna uppger att de någon gång blivit nätmobbade.<sup>254</sup>

### 4.1 Syfte och frågeställningar

Eftersom ungdomars psykiska ohälsa är ett ständigt ökande problem i vårt samhälle behövs det mera kunskap. I denna artikel beskrivs vad psykisk ohälsa är, hur man kan förebygga psykisk ohälsa i ungdomsåren, psykisk ohälsa i skolmiljön och elevvårdslagen för att läsaren bättre skall kunna förstå våra resultat. Vi har använt oss av "the tidal model of mental health" som teoretisk utgångspunkt eftersom teorin främst används inom vården vid förebyggande av psykisk ohälsa.

Syftet med studien är att kartlägga aktuell litteratur som finns om psykisk hälsa, psykisk ohälsa och förebyggande av psykisk ohälsa bland ungdomar. Artikeln stävar till att beskriva vad psykisk hälsa och ohälsa är samt hitta förebyggande åtgärder för att ungdomars psykiska ohälsa ska minska på sikt.

---

<sup>251</sup> Heiskanen et al, 2006

<sup>252</sup> THL, 2019

<sup>253</sup> Mieli, 2020c

<sup>254</sup> Världshälsoorganisationen, 2020



Avsikten är att söka information i vetenskapliga artiklar, böcker, tidskrifter och hemsidor. Vi har valt att begränsa vårt material till studier och artiklar som i första hand behandlar Finland och i andra hand Sverige och som är publicerade år 2013 eller senare så att vi får aktuell information som är relevant för området. Målsättningen är att öka kunskapen om psykisk ohälsa för personer och vårdpersonal som kommer i kontakt med ungdomar.

Metoden som valts är scoping review eftersom den möjliggör användning av grå litteratur såväl som vetenskaplig litteratur för att besvara de frågeställningarna i studien. Vi har tematiserat vårt resultat i sju underkategorier; psykisk ohälsa idag, resurser för att främja psykisk hälsa, tredje sektorn som främjar psykisk hälsa, levnadsvanor med negativ effekt, stöd i samspelet mellan ungdomar och föräldrar, samarbete och behov av kunskap. Sist och slutligen avslutar vi med en resultat- och metoddiskussion samt slutsatser.

Våra frågeställningar är:

1. Vad säger tidigare forskning om psykisk hälsa och ohälsa bland ungdomar?
2. Vad finns beskrivet om hur den psykiska hälsan kan främjas?
3. Hur kan skolhälsovårdaren bidra till god psykisk hälsa bland ungdomar?

## 4.2 Bakgrund

Psykisk ohälsa ökar mänskligt lidande och påverkar funktionsförmågan negativt. Den psykiska ohälsan påverkar sinnesstämningen negativt. Psykisk ohälsa definieras av många olika tillstånd med varierande svårighetsgrad. Det kan ibland vara svårt att särskilja mellan det som diagnostiseras som psykisk ohälsa och det i vardagligt tal kan benämnas nedstämdhet. För att diagnostiseras med psykisk ohälsa bör flera kriterier uppfyllas. Några av dessa kriterier är att tillståndet för med sig lidande och påverkar vår funktionsförmåga så att individens förmåga att studera eller jobba minskar. Även långvariga besvär med ett visst antal symtom räknas till dessa kriterier.<sup>255</sup> Vid identifiering av psykisk ohälsa finns det olika symtom som kan tyda på att ungdomen inte mår bra. Aggressivitet, nedstämdhet, oro, trötthet, sömnproblem, koncentrationssvårigheter och försämrad självkänsla är några av de symtom som kan framträda vid psykisk ohälsa. Alla dessa sinnesstämningar kan förekomma bland ungdomar i olika åldrar men om de stör det dagliga livet och gör vardagen svår så behöver stöd ges i god tid.<sup>256</sup>

Det finns många olika tecken på psykisk ohälsa och även olika diagnoser som beskriver ohälsan. Ungdomars psykiska ohälsa kan ta sig andra uttryck än den vuxna personens psykiska ohälsa.<sup>257</sup> Tidig upptäckt av psykisk ohälsa är av yttersta vikt eftersom tidig behandling har visat sig hjälpa personen bättre. I dagens läge ser vi att många ungdomar lider av psykisk ohälsa och antalet tycks öka. Allt fler unga är arbetslösa och saknar bostad vilket medför svårigheter för dem, dessutom ökar tillgången på alkohol och droger vilket ytterligare belastar den unga.<sup>258</sup>

När det kommer till riskfaktorer är det olika omständigheter i livet som ökar sannolikheten för att ungdomar ska utveckla psykisk ohälsa. Många olika riskfaktorer interagerar med varandra och effekten av en riskfaktor kan bli mycket större om ungdomen redan är utsatt för andra belastningar i livet. Då skyddsfaktorerna identifieras och stärks kan ungdomar få möjlighet att utvecklas till självständiga och välfungerande individer. Riskfaktorer kan vara en bristande språklig förmåga med

---

<sup>255</sup> Folkhälsomyndigheten, 2021

<sup>256</sup> Bramhagen & Carlsson, 2013

<sup>257</sup> Kéri & Wiwe, 2017

<sup>258</sup> Berg Kelly & Högbom, 2014

svårigheter att sätta ord på sina tankar och känslor, läs- och skrivsvårigheter, svag självkontroll, minskad social kompetens, svårigheter att få och behålla vänner, sänkt självförtroende med negativ självuppfattning. Ungdomar som lever i miljöer där själva levnadsförhållandena utgör en risk för att de ska utveckla psykisk ohälsa behöver stöd. Föräldrar med bristande omsorg till sina barn behöver även stöd utgående från sina egna förutsättningar och behov. Exempel på riskmiljöer är familjer med olika missbruksproblem, relationsproblem, våld i familjen, ensamstående föräldrar, bristfälligt eller väldigt litet socialt nätverk, ekonomiska svårigheter, föräldrar som lider av psykiska sjukdomar och föräldrar med kognitiva brister eller funktionsnedsättningar.<sup>259</sup>

I tabell 1 finns flera faktorer som påverkar den psykiska hälsan positivt och negativt. Skyddande faktorer stöder den psykiska hälsan medan riskfaktorerna utgör en belastning för att upprätthålla en god psykisk hälsa. Faktorerna i sig behöver inte direkt vara orsaken till psykisk hälsa eller ohälsa men de har en bidragande faktor. De inre faktorerna är kopplade till individens egenskaper medan de yttre faktorerna är omständigheter kring individens livssituation.

Tabell 1. Inre och yttre skyddande faktorer och riskfaktorer som påverkar den psykiska hälsan<sup>260</sup>.

Inre skyddsfaktorer	Yttre skyddsfaktorer	Inre riskfaktorer	Yttre riskfaktorer
God fysisk hälsa	Socialt stöd och vänner	Biologiska faktorer, ex. sjukdom	Förluster och skilsmässor
Arvsanlag	Rätt till ett hem	Känsla av hjälplöshet	Droger
Positiva människorelationer	Utbildningsmöjligheter	Sexuella problem	Arbetslöshet
God självkänsla	Arbetsliv	Isolering	Våld/övergrepp
Känsla av acceptans	Påverkningsmöjligheter	Låg självkänsla	Mobbning
Klara av att handskas med konflikter	Trygg livsmiljö		Fattigdom
Problemlösningsförmåga	Lättillgänglig närservice och sjukvård		Skadlig livsmiljö
Skapa och behålla relationer med andra			Psykisk ohälsa i familjen
Förverkliga sig själv			

<sup>259</sup> Uppdrag psykisk ohälsa, u.å

<sup>260</sup> Heiskanen et al., 2006

#### 4.2.1 Förebyggande åtgärder

En god psykisk hälsa är en resurs som bidrar till ett gott välbefinnande och har förebyggande effekter mot psykiska störningar och sjukdomar. Enligt THL kan den psykiska hälsan främjas på tre olika nivåer. På individnivå stöds livshandling och självkänslan. På samhällsnivå främjas den psykiska hälsan genom att socialt stöd ges och trivsel samt trygghet ökas i näromgivningen. På den tredje nivån, strukturnivå, tryggas den privata ekonomin samt inkomster och beslut som minskar diskriminering och ojämlikhet tas. För att förebygga psykisk ohälsa hos ungdomar behöver man vara medvetna om vilka faktorer som främjar den psykiska hälsan och hur man går till väga för att stärka ungdomars psykiska mående. Goda levnadsvanor och boendeförhållanden, ekonomisk trygghet, socialt stöd, självkänsla och välmående samt att stärka den fysiska, psykiska, sociala och emotionella balansen bidrar till ökad psykisk hälsa och främjar ungdomars mående<sup>261</sup>.

Genom att vara uppmärksam på sitt psykiska, fysiska, sociala och andliga välbefinnande stärks den psykiska hälsan. Det samma gäller när individen följer vardagsrutiner, sover tillräckligt, äter mångsidigt, håller våra löften, har kontakt med anhöriga och vänner, berättar om sitt mående, motionerar och slappnar av. Olika fritidsintressen som till exempel att bygga pussel, läsa, laga mat eller lyssna på musik stärker den psykiska hälsan. (Heiskanen et al. (2006) På hemsidan Mieli presenteras "må bra-handen" som är ett verktyg som kan användas som stöd för de som jobbar men barn och ungdomar. Genom verktyget synliggörs faktorer som stöder vardagen, till följd av att dagsrytmen upprätthålls stärks det psykiska välbefinnandet. Sömn, vila, mat, motion, relationer, fritidsintressen och kreativitet är nyckelbegreppen som man utgår ifrån för att följa med och utvärdera personens hälsa.<sup>262</sup>

#### 4.2.2 Förändringar under ungdomsåren

Adolescens är fasen mellan barndom och vuxen ålder, 10 - 19 åringar. Detta är ett unikt stadie av mänsklig utveckling och är en viktig tid för att lägga grunden för ett friskt liv. Ungdomar upplever en snabb fysisk, kognitiv och psykosocial förändring. Detta påverkar hur individen känner, tänker, tar beslut och interagerar med världen runtomkring. Under ungdomsåren utvecklas beteendemönster, till exempel relaterade till kost, fysisk aktivitet, substansanvändning och sexuell aktivitet. För att bibehålla god hälsa, behöver ungdomar information, åldersanpassad sexual undervisning och möjligheter att utveckla livsfärdigheter. Även hälsovårdstjänster som är acceptabla och rättvisa, lämpliga, effektiva, säkra och stödjande är viktiga för den psykiska hälsan.<sup>263</sup>

De fysiska förändringarna som sker i början av ungdomsåren med hastig tillväxt och förändring av kroppsproportioner kan även ställa till det psykiskt. Pojkarna välkomnar ofta förändringarna medan flickor kan känna sig tjocka och bantar eftersom höften breddas och bröstet utvecklas. Ungdomar börjar mer och mer söka sig till sina vänner och spenderar ibland mer tid med dem än familjen. Vänskapsbanden blir starkare och varaktigare. Under denna tid upplever föräldrarna det som svårt att nå den unga, de flesta ungdomar fortsätter ändå att påverkas av föräldrarnas positiva eller negativa reaktioner, trots att ungdomarna spenderar mera tid med sina vänner är föräldrarnas inflytande större än kompisarnas. Ungdomarna omprövar normerna och reglerna som de övertagit av föräldrarna och söker nya relationer i vänkretsen. Under en viss period kan föräldrarnas normer kännas som ett hot mot ungdomens självständighet under denna tid söker den unga nya normer från kompisgruppen. Så småningom kan ungdomen integrera normerna från båda hållen och utvecklingen mot självständighet

---

<sup>261</sup> THL, 2019

<sup>262</sup> Mieli, 2021b

<sup>263</sup> WHO, u.å

fortsätter. Humöret hos en ungdom kan växla snabbt, nedstämdhet kan förekomma under korta perioder allt från några timmar till enstaka dagar, oro är också vanligt speciellt över den egna kroppens utseende och funktioner.<sup>264</sup>

#### 4.2.3 Samspel mellan hem- och skolmiljön

Ungdomar påverkas och formas på ett individuellt sätt av olika upplevelser och hemmiljöer. Även händelser i samhället och erfarenheter i livet bär ungdomar inom sig och det avspeglas i skolmiljön.<sup>265</sup> Det är viktigt att våga ställa frågor och diskutera om familjen, matvanor, sömn, kompisar, fritiden och alkoholvanor. Desto tidigare stöd ges och problemen identifieras, desto större är chansen att öka det psykiska välbefinnandet och vända ett negativt förlopp. Skolan bör utveckla möjligheter och beredskap att tidigt kunna se tecken på förändringar som kan tyda på psykisk ohälsa hos ungdomarna. Ett gott samarbete mellan lärare, elever, föräldrar och hälsovårdare ökar förutsättningarna att lyckas upprätthålla god psykiska hälsa för ungdomar både i skolan och utanför.<sup>266</sup> Det finns många olika yrkesgrupper som arbetar kring ungdomarnas hälsa i skolan. Till elevhälsans uppgifter hör att förebygga, främja, uppmärksamma, utreda, stödja och handleda elever. Den medicinska kompetensen i skolmiljön representeras av skolhälsovårdaren och skolläkaren medan den psykosociala kompetensen utgörs av skolkuratoren och psykolog.<sup>267</sup>

#### **Stöd i lagen om elev- och studerandevård**

Syftet med lagen är att stöda och främja elevers inläring, hälsa, välbefinnande, delaktighet och att hjälpa eleven att förebygga problem. I lagen nämns att välbefinnande är viktigt och att det bör vara en sund och trygg studiemiljö med gott samarbete mellan hemmet och skolan. Att säkerställa tidigt stöd för dem som behöver det och ha jämlik tillgång till elevhälsotjänster av hög kvalitet anpassade till eleverna är grundpelare för att tillämpa lagen så väl som möjligt. När studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välbefinnande upprätthålls och främjas kallas det elevhälsa. Elevhälsan skall främst vara förebyggande. Studerande har rätt till individuellt inriktad elevhälsa. Individuellt inriktad elevhälsa betyder att en enskild elev ska enligt lagen ha tillgång till studerandehälsovård, psykolog och kurator. Elevhälsans psykolog- och kuratorstjänster skall främja välbefinnandet i skol- och studiegemenskapen och också främja samarbetet med den studerandes familj och närstående samt stöda inläringen och välbefinnandet och den studerandes sociala och psykiska färdigheter. En elev har rätt att få tillgång till ett personligt samtal med en psykolog eller kurator senast sju arbetsdagar efter att hen begärt detta om ärendet är brådskande skall möjlighet ges samma dag eller därpå följande arbetsdag. Om en anställd upplever att den studerande behöver psykolog eller kurator hjälp skall den anställde utan dröjsmål ta kontakt med psykolog eller kurator tillsammans med den studerande och lämna de uppgifter som den anställde vet för att en bedömning av behov av stöd kan göras. Skol- och studerandehälsovården skall stödja vårdnadshavarnas välbefinnande och fostringsarbete, i studerandehälsovården ingår även hälso- och sjukvård.<sup>268</sup>

#### 4.3 Utgångspunkt för studien

Vi har använt oss av The Tidal Model of mental health recovery av Philip J Barker som teoretisk utgångspunkt. Teorin består av tre huvudelement som beskrivs nedan. De tre elementen beskrivs som

---

<sup>264</sup> Knorrning, 2012

<sup>265</sup> Bähr, 2020

<sup>266</sup> Bramhagen & Carlsson, 2013

<sup>267</sup> Runström Nilsson, 2017

<sup>268</sup> Lag om elev- och studerandevård 1287/2013

tio åtaganden. Det första elementet "The nature of nursing" (vårdens natur/grund) ifrågasätter varifrån psykiatrisk vård härstammar och vart den är på väg. Det andra elementet "The proper focus of nursing" (rätt fokus i vården) tar upp benämningarna som vi använder om personerna vi vårdar, till exempel orden patienter eller klienter och ifrågasätter dem. Att namnge personer utifrån deras livserfarenheter och livssituationer har varit ett sedan länge känt kännetecken i den psykiatriska historien. Även att se personen framom sjukdomen och det tidlösa i psykisk ohälsa är viktigt. Det tredje elementet är "Reflecting on Practice" (reflektioner) där han anser att problemen som finns kring psykisk ohälsa idag har nästan alltid varit samma, problemen är tidlösa. Han menar att det finns två frågor som fortfarande kräver ett svar och dessa frågor lyder: Borde vårdandet ha egna teorier och modeller för hur den praktiska vården ska se ut? Vad är de exakta reglerna och funktionerna vid vården av mental ohälsa som skiljer sig från den vanliga vården?<sup>269</sup> I teorin utgår man även från 10 så kallade "commitments" (åtaganden).

Det första åtagandet är "value the voice" (att värdera rösten). Klientens historia är både början och slutet av det hjälpande mötet. Historien redovisar både klientens förtvivlan och hoppet om en lösning, detta kallas rösten av erfarenhet. Vid tidvattenmetoden försöker man ta till vara klientens egen narrativa metod att berätta sin historia. I praktiken innebär det att man försöker skriva ner utvärderingar och vårdplanen med klientens egen röst och ibland även med klientens egen handstil.

Det andra åtagandet är "Respect the language" (respektera språket). Klienten har utvecklat ett unikt sätt att berätta sin livshistoria och andra saker som ingen annan än klienten vet. Språket med sin grammatik och klientens egna metaforer presenterar nyckeln till klientens tillfrisknande.

Det tredje åtagandet är "Develop genuine curiosity" (utveckla genuint intresse). Klienten skriver en livshistoria men är sällan som en öppen bok som vårdare måste man därför lära sig hur man visar ett genuint intresse så att man kan förstå berättaren bättre.

Det fjärde åtagandet heter "Become the apprentice" (bli lärling). Klienten är expert på sin egen livshistoria. Ibland tror vårdare att de vet mera om klientens historia än klienten själv. Oavsett hur mycket tid man spenderar med klienten så vet man aldrig mera än klienten själv, klienten bestämmer därför alltid.

Det femte åtagandet handlar om att "Reveal personal wisdom" (avslöja personlig visdom). Klienten har utvecklat ett kraftfullt lager av visdom genom sin historia. Som vårdare har man som uppgift att hjälpa klienten ta fram denna visdom och använda den i sitt tillfrisknande.

Det sjätte åtagandet är "Be transparent" (vara transparent). Klienten och vårdaren blir ett team. För att relationen skall blomstra måste båda två vara villiga att anförtro sig till varandra. Vårdaren skall föregå med gott exempel och vara transparent hela tiden för att klienten också skall våga vara transparent. Fortsätter man ta tillvara klientens egen röst och gör vårdplanen tillsammans på ett samarbetande sätt förstärks den transparenta relationen ytterligare mellan klient och vårdare.

Det sjunde åtagandet är "Use the available toolkit" (använd de tillgängliga verktygen). I klientens historia finns många exempel på vad som fungerat och inte fungerat tidigare och även vad som kan fungera. Dessa representerar de primära verktygen man skall använda sig av för att låsa upp eller bygga historien till tillfrisknandet.

---

<sup>269</sup> Barker & Altschul, 1999

Det åttonde åtagandet är "Craft the step beyond" (skapa steget bortom). Klienten och vårdaren jobbar tillsammans för att konstruera vad som behövs göras för att ändring skall ske. Första steget är avgörande det visar hur viktigt förändring är det pekar även ut riktningen för det ultimata målet för tillfrisknande. Klienten jobbar mot destinationen som kallas återhämtning steg för steg. Fokus ligger på förändring ögonblick för ögonblick detta påminner vårdaren om att jobba med klienten i ett "jag i nuet" för att hitta vad som behöver göras för att klienten skall kunna ta nästasteg.

Det nionde åtagandet är "Give the gift of time" (ge tiden som gåva). Ingenting är lika värdefullt som tiden mellan klienten och vårdaren.

Och slutligen det tionde åtagandet "Know change is constant" (veta att förändring är konstant). Tidvattenmodellen tar för givet att förändring är oundviklig eftersom den är konstant. Sanningen är att ingenting består. Vårdarens uppgift är att lära klienten känna igen förändring och lära hen hur kunskap kan hjälpa hen att styra sitt liv på rätt bana mot tillfrisknande.<sup>270</sup>

#### 4.4 Metod

Metoden som använts är scoping review, vilket innebär en systematisk översiktsstudie.<sup>271</sup> Målet med scoping review är att få en överblick av de relevanta och viktigaste fakta inom ett visst forskningsområde.<sup>272</sup> I en scoping review kan man inkludera flera olika publicerade vetenskapliga artiklar och grå litteratur.<sup>273</sup> Arksey och O'Malley har publicerat en modell för hur man ska gå till väga om man vill använda sig av metoden scoping review i sin studie.<sup>274</sup> Om man vill läsa mera om scoping review så beskrivs den närmare i vårt examensarbete<sup>275</sup> "Förebyggande av psykisk ohälsa bland ungdomar".

För att hitta relevant data i databaserna har vi använt oss av inklusions- och exklusionskriterier och dessa framkommer i tabellform (se vårt examensarbete). Där framkommer vilken sökstrategi som använt samt vilka kriterier som har funnits för artiklarna som tagits med. Artikeln bygger på 8 vetenskapliga artiklar och rapporter samt 6 källor som klassas som grå litteratur.

##### 4.4.1 Etiska överväganden

Forskningsetiska delegationens (TENK) publikation från år 2012 handlar om god vetenskaplig praxis. Här nedan presenteras centrala utgångspunkter för god vetenskaplig praxis, ur ett forskningsetiskt perspektiv.

I forskningen iaktas hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet, både i forskningen och i dokumenteringen och presentationen av resultaten, samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. I forskningen tillämpas dataansaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara.

Forskarna bör ta hänsyn till andra forskares arbete och resultat och hänvisa till deras publikationer på ett korrekt sätt så att deras arbete respekteras. Forskningen planeras, genomförs och rapporteras och insamlade data lagras på det sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. Forskarna avstår från

---

<sup>270</sup> Buchanan-Barker & Barker, 2006

<sup>271</sup> Forsberg & Wengström, 2015

<sup>272</sup> Dijkers, 2015

<sup>273</sup> Forsberg & Wengström, 2015

<sup>274</sup> Arksey & O'Malley, 2005

<sup>275</sup> Öst & Antfolk, 2021

all bedömning och allt beslutsfattande i fråga om vetenskap och forskning om det finns skäl att misstänka jäv.<sup>276</sup>

Det är viktigt att forskningsfrågorna är väsentliga och att arbetet utförs på ett etiskt korrekt sätt. Forskaren bör utgå från samma regler som används i den fysiska världen då hen använder sig av information från internet. En annan sak att reflektera över är vilka källor på internet som är mest optimala för att man ska uppnå syftet med studien. Skapar studien mer kunskap, kommer studiens resultat till nytta och vem har i sådana fall mest nytta av resultatet. Är det individen, samhället eller professionen?<sup>277</sup>

## 4.5 Resultat

Resultatet presenteras som en tematisk sammanfattning. De teman som presenteras är: Riskfaktorer för psykisk ohälsa, resurser för att främja psykisk hälsa, stödet från tredje sektorn, levnadsvanor med negativ effekt, stöd i samspelet mellan ungdomar och föräldrar, samarbete och behov av kunskap.

### 4.5.1 Riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett av det vanligaste hälsoproblemet bland ungdomar. Det yttrar sig som psykiska besvär i form av oro, ångest, magont och huvudvärk.<sup>278</sup> Skolhälsovårdare vittnar om att det förekommer mer och svårare fall av psykisk ohälsa bland ungdomar i skolan<sup>279</sup>. Professionella i skolan anser att ungdomar mår sämre<sup>280</sup>. Mellan åren 2002 och 2018 rapporterades en viss ökning av psykosomatiska besvär och skolstress, även en minskning av psykiskt välbefinnande och livstillfredsställande sågs i Finland, Danmark och Sverige.<sup>281</sup>

Faktorer som hotar den psykiska hälsan bland skolelever och studerande är ensamhet, mobbning, diskriminering, alkohol- och drogkonsumtion och studierelaterad stress. Hela familjens välbefinnande försämras av fattigdom. Den psykiska utvecklingen äventyras av vanvård och våld. I ett tidigt skede skall stöd- och vårdbehov identifieras. När uppväxtmiljön och studiemiljön stöder barnet eller ungdomen ges de psykiska resurserna möjlighet att utvecklas positivt. Eftersom utgångspunkterna för barns uppväxt och utveckling kan vara olika är det viktigt att man inser barndomens och ungdomens betydelse för livslångt välbefinnande och hälsa för att kunna stödja individen i vardagen. Familjen spelar en stor roll för barnets eller ungdomens hälsa och utveckling samt hur de klarar sig senare i livet. En god omsorg, trygghetskänsla och växelverkan, föräldrarnas välbefinnande och möjlighet att kombinera familjelivet med arbete samt ekonomisk trygghet bidrar till barn och ungdomars välbefinnande. Andra trygga vuxna som mor- och farföräldrar och närstående utgör en viktig resurs för uppväxten och välbefinnandet. När ungdomen blir självständig framhålls behovet av psykiska resurser. Färdigheter behövs för att hantera osäkerhet i framtiden exempelvis i studierna och arbetsmarknaden. I allt yngre ålder görs viktiga studieval samtidigt som när- och stödundervisning minskar i många studiemiljöer. När man som ung får mera frihet att göra val behöver man också en förmåga att styra sig själv. En gynnsam utveckling av den psykiska hälsan ökar om ungdomen hittar

---

<sup>276</sup> Tenk, 2012

<sup>277</sup> Henricson 2017

<sup>278</sup> Vorms et al, 2020

<sup>279</sup> Anttila et al., 2020

<sup>280</sup> Onnela, 2021

<sup>281</sup> Eriksson & Trab-Damsgaard, 2020

trygga vänskaper och undviker traumatiska upplevelser när han/hon söker sig mera utanför familjen. Framtidsångest och osäkerhet orsakas av globala fenomen exempelvis avklimatförändringen.<sup>282</sup>

#### 4.5.2 Resurser för att främja psykisk hälsa

I fyra av källorna framkommer att resurser som till exempel tillräckligt med personal samt personal som är kunnig inom psykisk ohälsa vid skolorna är bristfälliga samt att de ekonomiska resurserna är små. Skolpersonal vill kunna stödja ungdomars psykiska hälsa men deras arbetsbörda är redan hög och att ytterligare ta hand om elevers psykiska hälsa är stressande och belastande. Lärare behöver även mera kunskap om psykisk hälsa. Skolorna behöver mera resurser i multiprofessionellt arbete.<sup>283</sup> Skolhälsovårdare behöver mera tid för att främja den psykiska hälsan och resurser att utveckla ett samarbete med andra professioner och med ungdomarnas föräldrar.<sup>284</sup> Folkhälsomyndigheten i Sverige konstaterar brister i den svenska skolans funktion där sjunkande skolprestationer, skolstress och förändringar på arbetsmarknaden bidrar till utveckling av psykosomatiska symtom hos ungdomar.<sup>285</sup>

#### 4.5.3 Tredje sektorns roll

Data över ungdomars psykiska hälsa bör ständigt samlas in för att vi ska kunna följa med utvecklingen av det psykiska måendet under en längre tid. För att detta ska lyckas krävs goda mätinstrument, bra infrastruktur för datainsamling och kompetens att mäta och analysera det data som har samlats in. Genom att mäta och värdera olika ungdomars psykiska mående skapar vi förutsättningar för att ungdomen får, behåller och utvecklar en god psykisk hälsa. En utgångspunkt är att vi behöver kunskap om den psykiska ohälsans utbredning, faktorer som påverkar utvecklingen, konsekvenser för individ och samhälle samt möjlighet påverka utvecklingen med olika insatser.<sup>286</sup>

Psykisk hälsa bland ungdomar är en viktig samhällsfråga som de senaste åren har fått mer uppmärksamhet i samhällsdebatten. I en rapport granskas flera länders strategier och metoder kring hur vi går till väga vid psykisk ohälsa bland ungdomar. Bland annat Sverige, Norge, Danmark, Finland, Island, Storbritannien, Australien och Kanada finns med i rapporten. I Finland sätts stor vikt på att främja ungdomars psykiska hälsa och år 2014 kom en ny lag kring elev- och studerandevård där man delade på den individuella-, och den generella elevhälsan. Med det menas att den individuella elevhälsan har individen i fokus och den generella hälsan består av olika professioner med flera team som arbetar i grupp på organisationsnivå.<sup>287</sup>

Det finns föreningar som arbetar med ungdomsarbete som har som syfte att öka nationell kompetens. Exempel på sådana är EHYT, föreningen för förebyggande rusmedelsarbete samt YEESI, finska föreningen för förebyggande av missbruk och ungdomars psykiska hälsa. I Finland har vi också olika projekt, bland annat Mental Health Association som ordnar kurser och stödgrupper för ungdomar som är i behov av stöd. Även nationella preventionsprogram för att förebygga självmord och öka kunskap och bemötande för de som jobbar med personer med psykisk ohälsa används flitigt i Finland.<sup>288</sup>

---

<sup>282</sup> Vorma et al, 2020

<sup>283</sup> Onnela et al., 2021

<sup>284</sup> Anttila et al., 2020

<sup>285</sup> Eriksson & Trab-Damsgaard, 2020

<sup>286</sup> Eriksson & Trab Damsgaard, 2020

<sup>287</sup> Hellström & Bäckman, 2020

<sup>288</sup> Hellström & Bäckman, 2020



I Finland finns även många olika organisationer som jobbar för att förebygga hälsa och stöda de som behöver hjälp och stöd i olika livssituationer. Dit hör bland annat Röda Korsets skyddshus som står till tjänst för ungdomar mellan 12 och 21 år. De erbjuder samtalsterapi, stöd för självständighet, stöd för sömnrutinen eller en tillfällig övernattnings vid behov. Ungdomar kan också använda sig av samtalshjälpen och ringa för att söka råd vid behov. Onlinesupport finns tillgänglig minst två gånger i veckan.<sup>289</sup>

Folkhälsan är en social- och hälsovårdsorganisation som hjälper, stödjer, utbildar, forskar, vårdar och finns till som stöd i livets alla skeden. Deras nya strategi för 2025 heter; "Mitt i samhället", nära människan. Målen med strategin är att skapa och upprätthålla god uppväxtmiljö, tillit och trygga relationer. Se alla människor oavsett åldrar som en resurs, skapa livskvalitet och jobbar förebyggande mot olika sjukdomar. Även gott samarbete mellan andra aktörer främjar Folkhälsans verksamhet. Folkhälsan tar också fram ny kunskap och nya metoder för att främja hälsan och välbefinnandet de fem kommande åren, under strategiperioden. Bland annat vill de stärka psykisk hälsa och välbefinnande bland barn, ungdomar och familjer samt arbeta hälsofrämjande och för hållbar livsstil och vardag.<sup>290</sup>

Coronapandemisituationen har påvisat att det finns ett ökat behov på svenskspråkiga kristjänster bland annat på grund av att många lever ett ganska isolerat liv utan sociala kontakter och det medför ensamhet och större risk för psykisk ohälsa. Österbottens kriscenter, Valo, satsar på ett riksomfattande digitalt kriscenter med samtalsstöd på svenska via både video- och telefonsamtal. De tycker att det är viktigt att någon lyssnar när någon är i kris eller inte mår bra så därför vill de erbjuda samtalsstöd. Valo erbjuder också stöd i parrelationer eller familjetvister, vid stress och oro över vardagen, om man har förlorat någon närstående, vid problem i arbetslivet, traumatiska upplevelser eller vid andra svåra livssituationer.<sup>291</sup> Centralförbundet för anhöriga till personer med psykisk ohälsa heter FinFami och deras verksamhet går ut på att stöda anhöriga till personer som drabbats av psykisk ohälsa. Föreningen ger information och stöd som anhöriga behöver för att bättre kunna förstå och hjälpa sin anhörig.<sup>292</sup>

#### 4.5.4 Levnadsvanor med negativ effekt

Pojkar i ungdomsåren är en högriskgrupp och konsumerar ofta alkohol när de lider av psykisk ohälsa. Tidigare studier visar att ungdomar med långvarigt missbruk, både pojkar och flickor, riskerar att utveckla ett missbruk av både alkohol och droger samt kriminalitetsutveckling. I studien har tre olika förklaringsmodeller gjorts för att förklara sambandet mellan alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa. Den första handlar om psykisk ohälsa som orsak till alkoholmissbruk, alkoholen används för att hantera depressiva tankar och känslor som en sorts självmedicinering. Den andra förklaringsmodellen innebär att alkoholmissbruket är orsaken till psykisk ohälsa, alkoholen bidrar med negativa fysiologiska effekter och sociala problem i till exempel skolan och familjen. Den tredje bakomliggande faktorn påverkar både psykisk hälsa och alkohol, till exempel svåra familjeförhållanden, relationer och samsjuklighet. Den självrapporterade psykisk ohälsan bland ungdomar i Sverige har också ökat och det beror på stora förändringar i skolan, i familjen eller på arbetsmarknadsstudie visar att depressiva besvär i 14-årsåldern bidrog till förhöjd alkoholkonsumtion bland flickor och pojkar tre år senare. All den samlade kunskap som finns gällande sambandet mellan ungdomars alkoholanvändning och psykisk hälsa påvisar starkt att alkohol- och drogförebyggande insatser behövs bland ungdomarna.

---

<sup>289</sup> Rödakorset, 2021

<sup>290</sup> Folkhälsan, 2021

<sup>291</sup> Mieli, 2021d

<sup>292</sup> FinFami, 2021

När man håller fokus på skyddsfaktorer främjas den psykiska hälsan och på så sätt motverkar det psykiskt och fysiskt skadliga alkoholkonsumtionen hos ungdomarna.<sup>293</sup> Ungdomar tillbringar mycket tid framför dator med att spela dataspel vilket gör att de sover mindre och rör på sig mindre, detta anser lärare har lett till aggressivt beteende och ångest.<sup>294</sup>

Man skall stödja ungdomar vid olika övergångsskeden exempelvis vid byte av skola och studiemiljö, val av utbildning och övergångar i arbetslivet för att förebygga marginalisering. Ungdomar skall stödjas och skyddas mot negativa saker som mobbning, droger, alkohol eller annat riskbeteende, även på nätet. De skall garanteras möjligheter till mångsidiga fritidsaktiviteter enligt sina olika intressen.<sup>295</sup> Fysisk aktivitet har visat sig vara en bra strategi för att förebygga och behandla psykisk ohälsa, till exempel depression och ångest.<sup>296</sup>

#### 4.5.5 Stöd i interaktionen mellan ungdomar och föräldrar

Satsningar på att öka föräldrars kunskap om psykisk hälsa bör göras i form av föräldrastödsprogram. Lärare behöver grundläggande kunskaper om psykisk hälsa i sin utbildning.<sup>297</sup> Föräldrar har generell negativare attityd mot psykisk ohälsa och behandling än ungdomar har. Detta påverkar ungdomarnas motivation till eventuell hjälp och behandling på ett negativt sätt gällande den behandling ungdomen får.<sup>298</sup> Familjerelaterade problem spelar en stor roll på ungdomar och barns välbefinnande. Föräldrars psykiska problem, försummelse och avsaknad av grundläggande hygien är en påverkande faktor till ungdomars välbefinnande.<sup>299</sup>

I multiprofessionell familjeterapi, MDFT, arbetar man med ungdomar som har drog- och beroendeproblem. Syftet med MDFT är att hjälpa ungdomar som har omfattande problem som till exempel droganvändning, brott, psykisk ohälsa, svår skolgång eller svårigheter inom familjen. Terapin, som är utvecklad i USA, är evidensbaserad och familjecentrerad. Man arbetar både med hela familjen och individuellt men ibland kan även barnskydd, ungdomspsykiatri, vänner och skolan inkluderas i terapin. Terapin pågår vanligtvis i sex månader och vården är intensiv med flera träffar i veckan. Med tanke på att terapin är intensiv så kräver det mycket engagemang från klientfamiljen. Viktiga områden att behandla i terapin är till exempel att undersöka och stöda föräldraskapet och dess funktion. Ge stöd till föräldrarna för att de ska kunna bearbeta eventuella personliga problem (psykisk ohälsa eller missbruk). Främja hela familjens förmåga att lösa problem och stöda föräldrarnas samarbete mellan varandra samt med ungdomen.<sup>300</sup>

Det behöver skapas en struktur för att utveckla, upprätthålla, förankra, införa och uppdatera metoder för att praktiskt hjälpa familjer; familjeförmåner, minska fattigdomen bland barnfamiljer och stöda föräldraskapet, om behov finns. Tillräcklig omsorg och trygghetskänsla, en god tidig växelverkan, föräldrars välbefinnande och ekonomisk trygghet bidrar till barns och ungdomars välbefinnande. Minderåriga som lever med anhöriga som är tungt belastade, barn och ungdomar som med en kulturell eller socialt utsatt ställning eller livssituation är exempel på sådana ungdomar och barn som behöver stödjas eftersom de lever med psykisk belastning. Det är av stor vikt att se till att det finns tillräckligt med resurser för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa inom servicen på basnivå,

---

<sup>293</sup> Hagquist & Rydelius, 2013

<sup>294</sup> Onnela, 2021

<sup>295</sup> Vorm et al, 2020

<sup>296</sup> Duberg, Möller & Taube, 2013

<sup>297</sup> Hellström & Bäckman, 2020

<sup>298</sup> Anttila, 2020

<sup>299</sup> Onnela, 2021

<sup>300</sup> Mieli, 2021a

som rådgivningsbyråer och elev- och studerandevården och samarbete mellan yrkesgrupper. Förutom förebyggande arbete bör även korta interventioner erbjudas vid krissituationer. Stöd bör erbjudas åt barnet eller ungdomen i den närmaste omgivningen i småbarnpedagogiken, skol- och studiemiljön och på rådgivningen eller andra social- och hälsojourer, enligt det utvecklingsstadium barnet eller den ungdomen befinner sig i. Speciellt skall minoritetsgrupper tas i hänsyn.<sup>301</sup>

Främjande av psykisk ohälsa i skolor är kostnadseffektivt eftersom det oftast finns personal som kan identifiera problem och erbjuda psykosocialt stöd.<sup>302</sup> Interventioner som främjar och förebygger psykisk ohälsa och tidiga vårdinterventioner minskar kostnaderna för både social- och hälsovård samt för samhället.<sup>303</sup> Med informationsteknik kan man spara in pengar på höga investeringskostnader.<sup>304</sup>

#### 4.5.6 Samarbete i nyckelposition

Vikten av samarbete mellan olika professioner för att främja den psykiska hälsan lyfts fram i tre av källorna. För att uppnå en gemensam grund och gemensamma värderingar som stöder den psykiska hälsan hos barn och ungdomar behövs en struktur för ett brett samarbete mellan samhället, förvaltningsområden och organisationer. Man behöver identifiera vilka delfaktorer som behövs för samarbetet och komma överens om en samarbetsmodell.<sup>305</sup> Samarbetet med en psykiatrisk sjukskötare vid elevrelaterade problem och skolhälsovårdstjänster samt konsultation och vägledning uppskattas av lärare och ses som ett bra sätt att hjälpa och främja elevernas psykiska hälsa på individ och gruppnivå.<sup>306</sup> Skolhälsovårdarna betonade vikten av multiprofessionellt samarbete liksom samarbete med föräldrar. Skolhälsovårdare uppskattade kamratstöd, liksom möjligheten att dela svåra fall så fort möjligt. Skolhälsovårdares viktigaste arbetspartners var skolpsykologer, välfärdsorganisationer, lärare, läkare och välfärdsteamet. Skolhälsovårdare önskar ett mer öppet samarbete, en bättre informationsgång, ansvarsfördelning, förtroende som professionella och feedback från andra såsom specialiserad vård och ungdomsspecialister inom psykiatrisk vård.<sup>307</sup>

#### 4.5.7 Behov av kunskap

Brist på kunskap och behovet av mera kunskap har tagits upp i flera artiklar. Kunskap om psykisk hälsa innebär en medvetenhet om risk- och skyddsfaktorer samt kännedom om metoder som stärker den psykiska hälsan. Man behöver kunskap och förståelse om olika psykiska sjukdomar och vilka behandlingar och vårdtjänster som finns. Kompetens inom missbruk innebär att man har kunskap om vilka faktorer som bidrar till kollektiv och individuell nykterhet, riskfaktorer som äventyrar hälsan, säkerheten och välbefinnandet samt vilka behandlingsmöjligheter som finns. Barnets och ungdomens utveckling stärks av självkänsla och genom att öka information om god praxis, satsa på utbildning i arbetssätt som främjar färdigheterna inom psykisk hälsa och påverka kulturen i småbarnspedagogiken, grundläggande utbildningen och utbildningen på andra stadiet ökar kunnande om psykisk hälsa.<sup>308</sup>

Förklaringen till den ökade psykiska ohälsan kan vara att ungdomar saknar färdigheter för att förstå och hantera sin egen psykiska hälsa. Många saknar också kunskap om vart man kan vända sig för att

---

<sup>301</sup>Vorma et al., 2020

<sup>302</sup>Anttila et al., 2020

<sup>303</sup>Vorma et al., 2020

<sup>304</sup>Välimäki et al., 2017

<sup>305</sup>Vorma et al., 2020

<sup>306</sup>Onnela, 2021

<sup>307</sup>Anttila et al., 2020

<sup>308</sup>Vorma et al., 2020

få hjälp om man mår dåligt. Vuxnas kännedom om psykiska besvär kan främja psykisk hälsa bland barn och ungdomar. När det gäller skolan är lärarna de som har störst möjlighet att se, fånga upp och vägleda ungdomar som mår dåligt. Genom att utbilda blivande lärare om psykisk hälsa, och med ett tydligt fokus på dessa frågor i lärarutbildningen, kan bättre förutsättningar skapas för att möta elever med psykisk ohälsa.<sup>309</sup>

Även om skolhälsovårdare har professionell kompetens inom psykisk hälsa har forskning identifierat bristande kunskap när det gäller främjande av psykisk hälsa och att det finns behov av fortbildningar i ämnet. Skolhälsovårdare är i behov av mera kunskap generellt om ungdomars psykiska utveckling och problem. De ville ha mera information om hur ungdomarna klarar sig i skolmiljön och om deras bakgrund och familjesituation. Kunskap om vårdsystemet behövs. Det belystes även hur viktigt professionell kommunikation är att man kan diskutera, ta problem till tals, kunna vara närvarande, kunna behandla alla elever likvärdigt och acceptera eleverna för vem dom är. Man behöver även kunna bygga ett förtroende och motivera elever med psykiska hälsobehov att ta kontakt med skolhälsovården. Även praktisk kompetens behövs såsom hur man skall bemöta psykiska problem i praktiken och instruktioner när man behöver vara särskilt oroad över symptom.<sup>310</sup> Lärare bryr sig om elevers välbefinnande men känner att de varken har den kunskap om psykisk ohälsa som behövs eller resurser. De belyser därför hur viktigt kommunikation mellan professioner är.<sup>311</sup>

För att hitta lösningar måste kunskapen om hur man mäter den psykiska hälsan utvecklas. Det anses vara viktigt att fördjupa kunskapen om bidragande orsaker till psykisk ohälsa och faktorer bakom olika utvecklingsmönster. Mer forskning behövs för att undersöka trender och för att fördjupa kunskapen om orsaksmönster och faktorer bakom olika utvecklingsmönster. För detta behövs en modell där viktiga faktorer hos individ, familj, socialt nätverk, skola och samhället i stort ingår. Samtidigt är det viktigt att lyssna på ungdomars och anhörigas röster. Etik, medmänsklighet, professionalitet och vetenskapliga perspektiv i samverkan kan möjliggöra minskade kunskapsluckor inom detta område.<sup>312</sup>

## 4.6 Diskussion

Resultatet visar att ungdomars psykiska välbefinnande är sämre nu än tidigare och det är svårt att hitta en specifik orsak till att det har blivit så. Oftast är det en kombination av många olika faktorer och några riskfaktorer som gör det mer sannolikt att drabbas av psykisk ohälsa. Ungdomar saknar färdigheter att förstå och hantera sin egen psykiska hälsa. I kombination med bristfällig kunskap om risk- och skyddsfaktorer har visat sig vara några av orsakerna till att de ungdomars psykiska ohälsa har ökat. I de flesta artiklar lyfts vikten av tidig prevention mot alkohol och droger upp eftersom det idag kommit fram att allt yngre ungdomar kommer i kontakt med rusmedel. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa har ansetts vara starkt.

I skolmiljön och bland lärare saknas kunskap om psykisk ohälsa, resurser, tillräcklig ekonomi och tid att satsa på det förebyggande arbetet, som skulle behövas i skolorna för att svänga trenden med ökande psykisk ohälsa bland ungdomarna.

Den psykiska hälsan grunden för människans välbefinnande och funktionsförmåga. När vi har god psykisk hälsa stöds livshanteringen och den hjälper oss att hantera livets händelser genom åren. Med god psykisk hälsa menas förmåga att möta motgångar, ett meningsfullt liv med jobb och

---

<sup>309</sup> Hellström & Bäckman, 2020

<sup>310</sup> Anttila et al., 2020

<sup>311</sup> Onnela, 2021

<sup>312</sup> Eriksson & Damsgaard, 2020

fritidsaktiviteter, känsla av kontroll i olika situationer och förmåga att ha ett fungerande socialt liv med olika relationer till andra människor. Tidigare forskning visar att psykisk ohälsa bland ungdomar är ett ständigt ökande problem. Några vanliga riskfaktorer som nämns i tidigare forskning är mobbning, ökad stress, ökad droganvändning, alkoholanvändning i yngre åldrar och bristfällig kunskap om psykisk ohälsa och hur den ska förebyggas, speciellt bland föräldrar och lärare.

Genom att vara medveten om vilka faktorer som främjar den psykiska hälsan och riskfaktorerna så kan vi hitta sätt att förebygga och främja välbefinnande. Tillräckligt med sömn, motion och goda kostvanor är också saker som bidrar till en bättre psykisk hälsa, så även sociala relationer, ekonomisk trygghet, välmående, god självkänsla och måttliga mängder med alkohol och tobak (eller ingenting alls). När den fysiska-, psykiska-, sociala- och emotionella balansen stärker så skyddas vi från psykisk ohälsa.

I flera sammanhang poängteras tidig prevention och information om alkohol och droger till ungdomar, eftersom användningen har visat bli alltmer vanligt, också i yngre åldrar. Skolhälsovårdaren behöver också vara lättillgänglig och befinna sig nära eleverna för att lära känna de olika ungdomarna och för att de ska lära känna henne/honom och få förtroende. En skolhälsovårdare som är nära eleverna kan observera måendet bland dem, exempelvis om mobbning, ensamhet, trötthet och aggressivitet. Till skolhälsovårdarens uppgifter hör även att informera om goda levnadsvanor och att ge råd samt att finnas där som stöd vid olika livssituationer. Det är viktigt att komma ihåg att ge beröm till ungdomar för det som går bra och inte endast ta fasta på det som fungerar mindre bra.

Den teoretisk utgångspunkt som valdes var "The tidal model of health recovery". Det första åtagandet i teorin är att värdera rösten vilket betyder att man försöker anpassa vården efter klienten och att behandla alla ungdomar individuellt beroende på vad de har för behov av stöd och hjälp.

Det andra åtagandet handlar om att respektera språket. Ungdomen har utvecklat ett unikt sätt att berätta sin livshistoria och andra saker som ingen annan än ungdomen vet. Vårdare behöver respektera detta, lyssna, bekräfta och acceptera alla personer som de är.

Tredje åtagandet betonar vikten av att utveckla genuint intresse. Ungdomen beskriver sin situation ur sin synvinkel och som vårdare måste man därför lära sig hur man visar ett genuint intresse och ställer relevanta frågor så att man kan förstå ungdomen bättre. En person som är i kontakt med ungdomar behöver vara genuint intresserade av dem och deras hälsa för att få förståelse och insikter i hur man kan hjälpa dem att behålla god psykisk hälsa.

Fjärde åtagandet är att bli lärling eftersom ungdomen är expert på sin egen livshistoria och ibland tror vi vårdare att vi vet mera om personens historia än hen själv. Därav är det viktigt med självbestämmanderätt och att vårdaren kommer med råd och stöd men det slutgiltiga valet står i ungdomens händer (eller hos föräldern om personen inte är myndig).

Det femte åtagandet innebär att avslöja personlig visdom. Ungdomen har utvecklat visdom genom sin erfarenhet. Vårdare har som uppgift att hjälpa ungdomen att ta fram denna visdom och använda den i sitt tillfrisknande. Skolhälsovårdare, föräldrar och lärare kan ge information, stöda och uppmuntra ungdomen samt ge konkreta råd som hjälper dem att uppnå psykisk hälsa.

Det sjätte åtagandet är att vara transparent. Man skall jobba tillsammans med ungdomen på samma nivå. Man skall förklara för ungdomen varför olika vårdåtgärder görs. Exempelvis varför man kallar in ungdomen på besök idag och vad man kommer göra. Detta gör att ett förtroende byggs upp och ungdomen har lättare att berätta för vårdaren om sina problem.

I det sjunde åtagandet ska man använda de tillgängliga verktygen. Genom att ge verktyg till ungdomen som hen kan använda sig av när hen stöter på svårigheter minskar risken för att ungdomen insjuknar i psykisk ohälsa. Man kan fråga ungdomen vad som får hen att må bra och uppmuntra ungdomen att ägna sig åt det.

Åttonde åtagandet innebär att skapa steget bortom. Man skall inte fokusera så långt fram i tiden utan ta små steg mot ett bättre välbefinnande och lära ungdomen att ta en dag i taget.

Det nionde åtagandet handlar om att ge tid som gåva. Man behöver reservera tillräckligt med tid åt ungdomen så man har tid att lyssna och diskutera med ungdomen så hen känner sig sedd och hörd.

Slutligen åtagande nummer tio, som innefattar vetskapen om att förändring är konstant. Genom att ge kunskap om psykisk hälsa till ungdomen kan den psykiska hälsan stärkas och ungdomen förstår att förändringar i livet sker som vi inte kan påverka.

Begreppet överförbarhet förklarar hur väl resultaten kan överföras till andra grupper eller situationer. Överförbarheten beskriver resultatets användbarhet och analysprocessen ska vara noggrant beskriven.<sup>313</sup>

Metoden har fungerat bra eftersom vi har skrivit om ett omfattande ämne och har behövt brett forskningsmaterial att utgå ifrån. När vi har sökt i databaserna har vi använt oss av allmänna sökord för att hitta så mycket om psykisk ohälsa som möjligt. Vi har mest hållit oss till forskning och material från Finland men även tagit del av information från Sverige och resten av världen vilket har varit lättare tillgängligt då vi har använt oss av scoping review och haft möjlighet att söka information från hela världen i databaserna.

Nackdelarna har då varit att vi har fått väldigt många sökträffar och endast ett fåtal som varit relevanta för vår studie. Därför har mycket tid gått åt till att läsa genom och rensa bort väldigt många artiklar och rapporter som inte handlade om det vi sökte efter. Ofta kunde artiklarna vara ganska specifika, till exempel handla om någon viss sjukdom eller tillstånd och vi har fokuserat mest på den allmänna psykiska hälsan och ohälsan samt förebyggande åtgärder. Det har varit svårt att hitta svenskspråkiga studier från Finland eftersom vi oftast använt sökord på svenska och engelska. Även ovana hos vi skribenter att använda databaser har varit ett hinder för att hitta relevanta artiklar i vissa databaser eftersom en del är svårare att förstå sig på än andra och både artiklarna och databaserna är oftast på engelska.

#### 4.7 Slutsats

Sammanfattningsvis har vi i studien kommit fram till att det saknas kunskap om psykisk ohälsa, resurser, tillräcklig ekonomi och tid att satsa på det förebyggande arbete som skulle behövas. Lärare och föräldrar som är i kontakt med ungdomar som mår psykiskt dåligt möter många utmaningar på grund av bristande kunskap. Det behövs mer utbildning, råd och stöd för att tidigt kunna förebygga, identifiera och behandla psykisk ohälsa. Trenden med ökande psykisk ohälsa bland ungdomar måste brytas med bland annat tydliga nationella och internationella riktlinjer. Ungdomar är i stort behov av närvarande vuxna som har förmågan att lyssna, fånga upp och vägleda dem. Vuxna som är i kontakt med ungdomar kan uppleva osäkerhet och de kan sakna kunskap om psykiska besvär och diagnoser. Därför behöver vuxna, speciellt föräldrar och yrkesgrupper som jobbar med ungdomar, få bättre

---

<sup>313</sup> Mårtensson & Fridlund, 2017

kunskap och verktyg för hur de ska möta ungdomarna på ett bättre sätt. Vi kan även konstatera att det idag redan finns goda förutsättningar och verktyg för att främja den psykisk hälsan bland ungdomar och vi hoppas att det fortsätter utvecklas så att den psykiska ohälsan på lång sikt kan förebyggas.

## 4.8 Litteraturförteckning

- Anttila, M., Ylitalo, M., Kurki, M., Hipp, K. & Välimäki, M.** (2020). *School Nurses' Perceptions, Learning, Needs and Developmental Suggestions for Mental Health Promotion: Focus Group Interviews*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17
- Arksey, H. & O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: towards a methodological framework.
- Barker, P. J. & Altschul, A. T.** (1999). *The philosophy and practice of psychiatric nursing*. Churchill Livingstone.
- Berg Kelly, K. & Högbom, A.** (2014). *Ungdomars hälsa* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bramhagen, A. & Carlsson, A.** (2013). *Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Buchanan-Barker, P. & Barker, P.** (2006). The ten commitments: a value base for mental health recovery, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental health services* 44(9)
- Bähr, K.** (2020). *Psykisk hälsa i skolan: Främja, skydda och stärka* (Första utgåvan.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Dijkers, M.** (2015). What is a scoping review? *KT Update*, 4(1), s. 1–5.
- Duberg, A. Möller, M. & Taube, J.** (2013). *Dans kan ge unga skydd mot psykisk ohälsa*. *Läkartidningen*, 34 – 35/2013.
- Eriksson, C. & Damsgaard, M. T.** (2020). *Att mäta och värdera psykisk ohälsa bland ungdomar*. Socialmedicinsk tidskrift 5 - 6/2020.
- Finfami** (u.å) Hämtad 19.2.2021 från <https://www.finfamiosterbotten.fi/>
- Folkhälsan.** Samordnar hela Folkhälsans verksamhet. Hämtad 30.3.2021 från <https://www.folkhalsan.fi/om-folkhalsan/samfundet-folkhalsan-rf/>
- Folkhälsomyndigheten.** (2021). *Vad är psykisk hälsa?* Hämtad 10.5.2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y.** (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av* (Fjärde utgåvan.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hagquist, C. & Rydelius, P-A.** (2013). Psykisk ohälsa och alkohol har en nära koppling. *Läkartidningen*, 34 – 35/2013.
- Hellström, L. & Bäckman, L.** (2020). *Att främja hälsa och förebygga ohälsa hos ungdomar*. Malmö universitet.
- Heiskanen, T. Salonen, K. Kitchener, B. Jorm, A. & Honkala, A.** (2006) *Handbok i psykiska första hjälpen, VCS*.
- Henricson, M.** (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kéri, V. & Wiwe, M.** (2017). *Mentalisering och psykisk ohälsa hos ungdomar* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Knorring, A.** (2012). *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lag om elev- och studerandevård 1287/2013 (2013) Finlex
- Mieli.** (2021a). *Multidimensionell familjeterapi MDFT*. Hämtad 24.02.2021 från <https://mieli.fi/sv/utvecklingsarbete/barn-och-unga/tidig-insats/multidimensionell-familjeterapi-mdft>
- Mieli.** (2021b). *Må bra handen*. Hämtad 12.02.2021 från <https://mieli.fi/sv/julisteet/m%C3%A5-bra-hand>
- Mieli.** (2021c). *Vad är psykisk hälsa?* Hämtad 28.01.2021 från <https://mieli.fi/sv/förstasidan/fmhf/vad-är-psykisk-hälsa>
- Mieli.** (2021d). *Österbottens kriscenter Valo*. Hämtad 12.02.2021 från <https://www.mielenterveysseurat.fi/valo/?lang=sv>
- Mårtensson, J. & Fridlund, B.** (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. i: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Onnela A., Hurtig T., Ebeling H.** (2021). *International journal of circumpolar health* (80:1), <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1873589>
- Runström Nilsson, P.** (2017). *Elevhälsa: Samverka, förebygga, bygga* (Första upplagan.). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Röda korset** (u.å). *De ungas skyddshus*. Hämtad 19.2.2021 från <https://www.rodakorset.fi/vart-arbete/de-ungas-skyddshus/>
- Tenk.** (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtad 07.04.2022 från [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- THL.** (2019). *Främjande av psykisk hälsa*. Hämtad 29.10.2020 från <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/framjande-av-psykisk-halsa>



**Uppdrag psykisk ohälsa** (u.å). *Skydds- och riskfaktorer för psykisk ohälsa*. Hämtad 03.02.21 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/skydds-och-riskfaktorer-for-psykisk-ohalsa/>

**Vorma, K., Rotko, T. & Larivaara, M.** (2020) *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*, Social- och hälsovårdsministeriet

**Välimäki, M., Anttila, K., Anttila, M. & Lahti, M.** (2017) *Web-Based Interventions Supporting Adolescents and Young People With Depressive Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis*, JMIR Mhealth Uhealth

Världshälsoorganisationen (u.å) *Adolescents health*. Hämtad 19.3.2021 från [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

**Världshälsoorganisationen.** (2020) *WHO report on health behaviours of 11–15-year-olds in Europe reveals more adolescents are reporting mental health concerns*. Hämtad 21.5.2020 från <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2020/who-report-on-health-behaviours-of-1115-year-olds-in-europe-reveals-more-adolescents-are-reporting-mental-health-concerns>

Öst V. & Antfolk J. (2021). *Förebyggande av psykisk ohälsa bland ungdomar: en scoping review*. Hälsovårdarexamen (YH). Institutionen för hälsa och välfärd. Vasa: Yrkeshögskolan Novia. Hämtad 30.6.2022 från <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202205108355>

## 5 “Vi blev föräldrar till våra egna föräldrar. Vad vi inte lärde oss var att vi också var behövande, att också vi behövde omvårdnad och hjälp” -Barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol och hälsovårdarens möjlighet att upptäcka och stöda

Elin Burman, Mathilda Kvist och Anna Hult

I det finländska samhället är överdrivet alkoholbruk ett av de största hoten mot hälsan, 560 000 finländare (13 %) använder alkohol på ett hälsoskadligt sätt<sup>314</sup>. Mellan år 2017-2019 fanns det 65000 - 70 000 barn i Finland vars åtminstone ena förälder led av allvarliga rusmedelsproblem. Var fjärde finländare har under sin barndom upplevt en överdriven alkohol-och/eller drogkonsumtion hos sin förälder<sup>315</sup>.

Professionella som möter familjer kommer med stor sannolikhet stöta på beroendeproblematik. Hälsovårdaren är i nyckelposition och möter de flesta familjer vid mödra- och barnrådgivningen och i skolhälsovården. Därför är att det väldigt viktigt att hälsovårdare tidigt kan upptäcka tecken på problem och ta det till tals. Hälsovårdare bör även kunna stöda och vägleda barnen och våga agera vid misstanke om att ett barn inte har det bra hemma.

I denna studie belyses barns upplevelser av att leva i en familj med skadligt bruk av alkohol. Med Kolcabas (2003) vårdteori som utgångspunkt beskrivs hur hälsovårdare kan använda sig av resultaten som presenteras för att stödja barnets välbefinnande.

Studien består av två delstudier genomförda med olika metoder; scoping review och dokumentstudie. Med scoping review kartläggs den kunskap som finns inom ämnet och dokumentstudien baseras på berättelser av vuxna barn som växt upp med föräldrar med skadligt bruk av alkohol. Dokumentstudien har gjorts genom kvalitativ innehållsanalys av tre självbiografier. Scoping review har gjorts genom databassökning av aktuella och relevanta artiklar men även så kallad grey literature, så som studier eller kliniska riktlinjer. I studien analyseras och sammanfattas 15 artiklar från CINAHL och PubMed och två som grå litteratur.

### 5.1 Syfte och frågeställningar

Arbetets syfte är att beskriva barns utsatthet i en familj präglad av föräldrars skadliga bruk av alkohol samt hur hälsovårdaren kan stöda dessa barn att uppnå välbefinnande genom lindring, välbehag och transcendens. Genom att undersöka vilka faktorer som påverkar barnen hämmande och skyddande vill vi även se möjligheterna för hälsovårdare att upptäcka och stöda barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol.

Frågeställningar inför studien är följande:

1. Vilka faktorer karaktäriserar uppväxten för barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol?
2. Vilka hämmande och skyddande faktorer påverkar barnets välbefinnande på grund av föräldrars skadliga bruk av alkohol?

---

<sup>314</sup> Sotkanet, 2020

<sup>315</sup> Holmila m.fl., 2016

3. Hur kan hälsovårdaren upptäcka, stöda och främja välbefinnandet hos barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol?

## 5.2 Bakgrund

I kapitlet presenteras tidigare forskning gällande hur den beroende och hela familjen påverkas av ett skadligt bruk av alkohol, hur barnet kan upptäckas, vad Finlands lagstiftning säger och vilket stöd som samhället erbjuder till barn och unga.

### 5.2.1 Alkoholens skadeverkan

Användning av alkohol har en rad, både direkta och långvariga, effekter på individen. Vid låga doser kan alkohol ge stimulering och man blir mer pratsam, social och kan uppleva eufori. Alkohol kan tillfälligt dämpa ångest. Vid högre doser kan alkoholen medverka till hämningsslöshet, impulsivitet som resulterar i utåtagerande beteende som kommer till uttryck i sex, spelande, aggressivitet, distanslöshet och även självdestruktivt beteende som till och med kan resultera i suicidförsök<sup>316</sup>.

Alkohol har även en sederande effekt vilket kan leda till sluddrande tal, avvikande motorik, medvetlöshet och i värsta fall död. Med stigande doser av alkoholen sjunker kognitiva förmågor såsom inlärnings- och koncentrationsförmågan och även omdömet, därav minnesluckor<sup>317</sup>. Vid långvarig hög konsumtion av alkohol uppkommer kroniska effekter som beroende, ökad tolerans och abstinenssymptom<sup>318</sup>.

Idag har begreppet skadligt bruk ersatt begreppet missbruk. I studien används därför begreppet skadligt bruk framom ordet missbruk. Enligt det internationella klassificeringssystemet ICD-10I beskrivs skadligt bruk som en användning av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadorna kan vara fysiska eller psykiska<sup>319</sup>. Begreppet beroende beskrivs som en blandning av fysiologiska, kognitiva och beteendemässiga fenomen. Användningen av substansen i fråga har fått en betydligt högre prioritet än tidigare betydelsefulla saker i livet. Den beroende har även högre tolerans för substansen och svårigheter med att kontrollera bruket trots skadliga konsekvenser. Ifall kriterierna för beroende uppfylls diagnosticeras inte skadligt bruk utan enbart beroende<sup>320</sup>. I vår studie användes ordet beroende synonymt med skadligt bruk<sup>321</sup>.

### 5.2.2 Familjehemligheter och medberoende

Det skadliga bruket av alkohol hemlighets hålls ofta för omgivningen. Black nämner tre regler som familjer med skadligt bruk av alkohol följer; "Don't talk", "Don't trust" och "Don't feel". Det blir en oskriven lag i familjen att inte tala om det verkliga problemet. När problemet börjar märkas utåt sägs bortförklaringar till jobbet, grannar och vänner. Många gånger försöker föräldrarna även dölja beroendet för barnen. Bortförklaringarna underlättas om den verkliga situationen inte diskuteras hemma, det skadliga bruket blir en familjehemlighet.<sup>322</sup>

---

<sup>316</sup> Franck & Nylander, 2015

<sup>317</sup> Johnson m.fl., 2017; Franck & Nylander, 2015

<sup>318</sup> Franck & Nylander, 2015

<sup>319</sup> Världshälsoorganisationen (WHO), 2019

<sup>320</sup> WHO, u.å.

<sup>321</sup> WHO, 2019

<sup>322</sup> Black, 2002

Det kan vara förvirrande för barnen när problemen döljs både inom familjen och utåt för andra<sup>9</sup>. Barnet kan tro att allt bara är en inbillning eller ett missförstånd. Vuxna och äldre syskon kan tro att det bästa sättet att skydda de yngre i familjen är att ignorera vad som sker och bara låta det gå förbi. Hela familjen lever i förnekelse av alkoholismen. Vardagen präglas av lögner och tilliten till andra förminskas, man kan uppleva att ingen skulle tro en om man bryter tystnaden. Barn kan även vara rädda för att svika föräldrarna genom att berätta.<sup>323</sup>

Medberoende används för att beskriva ett beteende som anhöriga till personer med beroendeproblematik utvecklar. Genom att hitta sätt att hantera svårigheter och skydda beroendepersonen utvecklas medberoendet<sup>324</sup>. Det handlar ofta om långvariga relationer där den som försöker få den andre att sluta använda alkohol inte lyckas. Eftersom det även handlar om känslomässigt starka mönster blir medberoendet efterhand en stadigvarande livsstil<sup>325</sup>.

Hela familjen påverkas negativt av att en familjemedlem har ett skadligt bruk av alkohol. Det kan beskrivas som att hela familjen blir sjuk. Barn kopierar föräldrarnas beteende och på så sätt kan skadligt bruk av alkohol också bli barnets beroende<sup>326</sup>. Som medberoende blir man maktlös och den enda vägen ut kan vara att föräldern tar tag i sin egen beroendesjukdom<sup>327</sup>. Den beroende föräldern klarar inte av föräldraskapet och barnen blir tvungna att agera förälder<sup>328</sup>.

Relationerna påverkas mycket. Det är svårt att hålla normala konversationer med den beroende och hans humör är omväxlande, vilket kan ge upphov till en känsla av att inte veta hur dagen kommer att sluta. Anhöriga försöker därför anpassa sitt beteende enligt den beroendes sinnesstämning för att undvika konflikter men det är svårt när humöret snabbt kan ändra. Många gånger leder situationen till missförstånd, separation samt fysiskt och psykiskt våld<sup>329</sup>

### 5.2.3 Barnet i familjen med beroendeproblematik

Barn behöver kärlek, omsorg och närhet för att få det grundläggande behovet av trygghet uppfyllt. I en familj påverkar alla varandra och därför blir även föräldrarnas beroende som en del av familjen. Som följd blir familjelivet skrämmande och oförutsägbart för barnet<sup>330</sup>.

#### **Barnets anknytning till föräldern**

Anknytningen är en viktig del och lägger en grund för den framtida psykiska hälsan. Vid trygg anknytning har barnet en trygg, positiv och tillitsfull relation till föräldern. Den trygga anknytningen skapar grunden för relationsbyggande som ger en välfungerande socialförmåga<sup>331</sup>.

Om barnet inte fått en trygg anknytning till föräldrarna kan det leda till att barnet får svårt för att vara ensam och saknar trygghet och tillit. De egna känslorna kan bli svåra att handskas med och därtill har man ingen bas för att bygga relationer. Om ett barn inte fått sitt anknytningsmönster tillgodosett

---

<sup>323</sup> Black, 2002

<sup>324</sup> Bång, 2012

<sup>325</sup> Sandström 2019

<sup>326</sup> Ferraboli m.fl., 2015

<sup>327</sup> Söderlund & Lundell, 2015

<sup>328</sup> Ferraboli m.fl., 2015

<sup>329</sup> Ferraboli m.fl., 2015

<sup>330</sup> Solantaus, 2017

<sup>331</sup> Sandström, 2019

genom föräldern kan alternativa vuxna fungera i föräldrarnas ställe. Det kan vara till exempel lärare, klasskamratens förälder, idrottstränare eller grannar<sup>332</sup>.

#### 5.2.4 Resiliens

Begreppet resiliens kan förklaras som en förmåga att ha en normal funktion trots onormala förhållanden<sup>333</sup>. Enligt Andersson (2018) kan resiliens även stå för återhämtning och hållbarhet som kännetecken av en lyckad anpassning till en svårighet. Barn har individuella sätt och strategier för hur de reagerar på stress eller en risk. Resiliens kan vara ett engångsfenomen eller en fortlöpande process som kan illustreras med begreppen återupprätta, upprätthålla och förbättra<sup>334</sup>.

Begreppet återupprätta kan innebära att man efter att ha upplevt en akut risksituation återvänder till sitt vanliga beteende. Upprätthålla och förbättra hänvisar till en tidsmässig varaktighet. Barn som lever i problematiska uppväxtförhållanden kan trots det dagligen upprätthålla en tillfredsställande psykologisk funktion<sup>335</sup>.

Barn som upplever skadligt bruk av alkohol inom familjen kan utveckla resiliens genom skolprestationer eller social och känslomässig utveckling. Beröm och uppmuntran från föräldrar, mor- och farföräldrar och lärare gör att barnet vågar möta nya påfrestningar med förnyad styrka. För att kunna hjälpa barn som lever under svåra levnadsförhållanden bör man både stärka barnens resiliens och bekämpa de risker som barnen utsätts för. I samhället har det varit stor tyngdpunkt på hur man kan reducera riskförhållanden och hot men man behöver även förbättra familjeförhållandena och uppväxtmiljön och inte enbart koncentrera sig på hoten<sup>336</sup>.

#### 5.2.5 Överlevnadsstrategi coping

Coping kan beskrivas som den överlevnadsstrategi en person utvecklar för att hantera smärtsam påfrestning. Strategin hjälper personen finna stabilitet i det kaotiska. Handlingssättet är ofta hjälpande i stunden men kan på längre sikt orsaka negativa effekter då själva problemet inte belyses<sup>337</sup>.

Det finns två huvudfunktioner då det gäller coping: problem- och emotionsfokuserad. Problemfokuserad coping handlar om problemlösning genom identifiering av problem samt utarbetning av alternativa lösningar och handlingsalternativ. Vid emotionsfokuserad coping hanteras problemet med att undvika, distansera, minimera och selektivt uppmärksamma problemet. Den emotionsfokuserade copingen tas ofta till då själva problemet känns omöjligt att göra något åt<sup>338</sup>.

#### 5.2.6 Att upptäcka barnet i familjen med skadligt bruk av alkohol

Skolhälsovården har en viktig roll gällande uppföljningen av barnets hälsa samt tidig upptäckt av problem. Allt från att barnet har dålig tandhälsa till hälsoproblem i familjen som olycksfall,

---

<sup>332</sup> Sandström, 2019

<sup>333</sup> Borge, 2011

<sup>334</sup> Borge, 2011

<sup>335</sup> Borge, 2011

<sup>336</sup> Borge, 2011

<sup>337</sup> Bång, 2012

<sup>338</sup> Andersson, 2018

självordsförsök och psykosomatiska problem kan ha samband med en förälders skadliga bruk av alkohol<sup>339</sup>.

Hos barn är förändringar i barnets beteende och känsloliv alarmerande. Oberoende av ålder är oro, beteendeproblem, irritation, dåligt humör, gråtattacker, sömnsvårigheter, depression och apati tecken på att barnet inte mår bra. Akut hjälp behövs om tecken på självskadebeteende, självmordstankar eller självmordsförsök finns<sup>340</sup>.

Ett barn kan ha koncentrationssvårigheter i skolan på grund av att tankarna ständigt kretsar kring problemen hemma. Även ständigt bråk mellan kamrater, uppmärksamhetsökande beteende och klängighet på föräldrarna kan vara tecken på att någonting inte står rätt till. Andra symptom som kan ses hos barnet till föräldrar med skadligt bruk av alkohol är stress, oro, rädsla, ilska, ont i magen och trötthet. Det kan även finnas kroppsliga spår som blåmärken. Ett barn kan exempelvis avstå från gymnastiken för att det vill dölja sina blåmärken. Att ett barn kommer väldigt tidigt till skolan, inte vill gå hem eller verkar orolig inför längre ledigheter är även alarmerande<sup>341</sup>.

Hos äldre barn kan tjuvrökning, vandalisering, grövre våld, skadligt bruk av droger och omfattande skolk vara varningstecken. Som motsats till allt ovan kan barnet även reagera genom att ta ansvar, vara skötsam och prestera väl i skolan. Den sistnämnda varianten kan vara svårast att upptäcka<sup>342</sup>.

Olika tecken hos föräldrar kan vara att de inte går att nå eller avbokar tider för planerade besök. Skolhälsovårdarens rekommendationer följs inte gällande mat och mediciner som barnet skulle behöva. Föräldrarna glömmer att se till att barnet äter frukost innan skoldagen eller kommer i tid till skolan. Föräldrarna kan ringa och störa eller göra barnet oroligt under skoldagen. Att prata med barnet i enrum och inte alltid låta föräldrarnas tolkningar få företräde om barnen och föräldrarna har olika förklaringar till problemen är viktigt<sup>343</sup>.

På en hälsogranskning hos skolhälsovårdaren är den psykiska hälsan minst lika viktig som den fysiska hälsan. Hälsovårdaren ska skapa en förtroendefull relation till barnen och visa att man har tid att lyssna. Det är viktigt att fråga hur det är hemma och inte bara hur det är i skolan. Om skolhälsovårdaren tillsammans med övrig personal i skolan upptäcker tecken är det viktigt att utreda om det finns orsaker bakom<sup>344</sup>.

Tidigare studier visar att många föräldrar och barn i början inte vill att problemen ska avslöjas, men sedan medger en önskan att det skulle ha upptäckts tidigare. Skolan har en viktig roll i att uppmärksamma barn med problem hemma. Det vore viktigt att samarbetet mellan de olika verksamheterna (skola, socialservicen, barnhälsovård), som möter barnen och föräldrarna i vardagen, skulle fungera optimalt. Således skulle föräldrarna och barnen få rätt stöd i tid. Den hjälp som erbjuds bör vara ändamålsenlig och individuellt anpassad till den enskilda familjens behov<sup>345</sup>.

---

<sup>339</sup> Alexanderson & Näsman, 2019

<sup>340</sup> Solantaus, 2017

<sup>341</sup> Alexanderson och Näsman, 2019

<sup>342</sup> Alexanderson och Näsman, 2019

<sup>343</sup> Alexanderson och Näsman, 2019

<sup>344</sup> Alexanderson och Näsman, 2019

<sup>345</sup> Folkhälsomyndigheten, 2016

### 5.2.7 Lagstiftning som reglerar verksamheten

Barnets förälder kan vara klient inom missbrukarvården och i förordningen om missbrukarvård (1986/653) beskrivs hur barnet bör tas i beaktande. I förordningen framgår det att en rehabiliteringsplan skall uppgöras i samråd med klienten. I planen skall det framkomma om klienten har barn som är under klientens vårdnad. Skötseln av barnet skall beaktas samt behovet av stöd för barnet framgå (2§)<sup>346</sup>. Inom missbrukarvården skall service erbjudas missbrukaren, hans familj och närstående som är i behov av hjälp och stöd (7§)<sup>347</sup>.

Barnskyddslagens syfte är att trygga uppväxten för att möjliggöra en harmonisk och mångsidig utveckling. Barnskyddet skall stödja föräldrarna i deras uppgift som fostrare samt vid behov erbjuda nödvändig hjälp och stöd<sup>348</sup>. Enligt barnskyddslagen (417/2007) är alla yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården skyldiga att göra en anmälan till det organ som är ansvarigt för socialvården i kommunen om de fått kännedom om omständigheter som äventyrar barnets utveckling. Anmälan bör även göras vid kännedom eller misstanke om barnets eget beteende kräver att behovet av barnskydd utreds. I 25§ i barnskyddslagen finns bestämmelser om att göra en barnskyddsanmälan<sup>349</sup>.

Enligt socialvårdslagen (2014/1301) ska alla socialvårdsåtgärder trygga barnet och ge en balanserad utveckling, omsorg, uppväxtmiljö, fysisk och psykisk integritet, självständighetsprocess samt växande till att känna ansvar (5§). Kommunala myndigheter skall ge akt på och främja barns och ungas välfärd samt avhjälpa missförhållanden i uppväxtförhållanden (8§)<sup>350</sup>.

Lagen och elev- och studerandevård (1287/2013) säger att avsikten med skol- och studerandehälsovården är att främja och följa upp studerandes och elevers välbefinnande, trygghet i studiemiljö, sunda uppväxt, utveckling, studieförmåga samt tidig identifiering av de barn som är i behov av stöd. Stöd ordnas och hänvisningar till vård eller undersökningar skall ges vid behov. Till skolhälsovårdens uppgift hör även att stödja föräldrarna och vårdnadshavarna i sitt fostringsarbete samt befrämja deras välbefinnande<sup>351</sup>.

### 5.2.8 Samhällets och organisationers stöd till barn och unga

Det finns flera olika organisationer som erbjuder stöd för barn och unga som har föräldrar med skadligt bruk av alkohol. Bland annat finns Ninni-verksamheten där barn och unga får ha enskilda samtal med yrkesverksamma eller delta i samtalsgrupper. Verksamheten erbjuder även olika läger som barn och unga får delta i<sup>352</sup>.

Det finns även olika chattforum på nätet som är riktade till barn och ungdomar där man kan chatta med "netti-isovanhempia", yrkesverksamma eller frivilliga om vad som helst<sup>353</sup>. På de anonyma

---

<sup>346</sup> Förordning om missbrukarvård, 1986/653

<sup>347</sup> Lag om missbrukarvård, 1986/41 8§

<sup>348</sup> Barnskyddslag, 417/2007 2§

<sup>349</sup> Barnskyddslag, 417/2007 25§

<sup>350</sup> Socialvårdslag 2014/1301

<sup>351</sup> Lagen och elev- och studerandevård 1287/2013 8§

<sup>352</sup> USM u.å.

<sup>353</sup> EHYT u.å.; Muruset, 2021

chattforumen kan man få stöd och råd<sup>354</sup>. Förutom chattforum finns även mailtjänst samt barn- och ungdomstelefon dit man kan ringa och vara anonym<sup>355</sup>.

### 5.3 Utgångspunkt för studien

Kolcabas (2003) vårdteori utgör utgångspunkten för studien. Teorin bygger på begreppet "Comfort" som kan översättas till tröst, välbefinnande eller välstånd<sup>356</sup>. I vår studie används översättningen välbefinnande. Enligt Nationalencyklopedin (u.å.) beskrivs välbefinnande som en "känsla av att må bra", vilket de flesta barn som lever med en beroende förälder inte gör. Kolcabas vårdteori illustrerar bra hur barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol kan stödjas för att uppnå välbefinnande.

Det finns tre typer av välbefinnande: lindring, välbehag och transcendens. Lindring kan beskrivas som uppfyllelse av ett specifikt behov. Vid välbehag känner man ro och belåtenhet. Transcendens är förmågan att överskrida ett obehag, problem eller smärta. Vidare finns fyra typer av upplevelser: fysiskt välbefinnande, psykospirituellt välbefinnande, miljöbaserat välbefinnande samt sociokulturellt välbefinnande. När en patient upplever alla tre typer av välbefinnande på alla fyra upplevelseplan känner patienten sig väl till mods<sup>357</sup>.

Vid svåra problem är det inte realistiskt, trots goda interventioner, att en patient skall känna välbefinnande på alla plan. Tyngdpunkten bör därför sättas på att känslan av välbefinnandet är högre efter interventionen/interventionerna än innan<sup>358</sup>.

Fysiskt välbefinnande innefattar balans i kroppsfunctioner och hantering av fysiska besvär. Smärta i olika former är ofta bidragande orsak till frånvaro av välbefinnande på det fysiska planet. Illamående, yrsel, trötthet, magbesvär, elektrolytrubbningar eller andra metaboliska besvär samt funktionsnedsättningar är andra exempel. För att uppnå välbefinnande används vårdåtgärder och behandlingar som eliminerar eller håller besvären på en hanterlig nivå<sup>359</sup>.

I psykospirituellt välbefinnande kombineras psyket och andligheten. Upplevelsen innefattar synen på sig själv som individ, vilket tangerar självmedvetenhet, sexualitet, självkänsla, självkoncept, andlighet och existentiella funderingar<sup>360</sup>. Vad som ger mening med livet är individuellt och således även behoven som skall uppfyllas.

Sociokulturellt välbefinnande handlar om individen i relation till andra. Detta innefattar sociala relationer till andra, kulturell- och finansiell bakgrund, utbildning, yrke, religion och familjetraditioner. Till miljöbaserat välbefinnande hör allt i omgivningen som kan påverka välbefinnandet som natur, temperatur, lukter, ljud, inredning, renlighet och säkerhet<sup>361</sup>.

### 5.4 Metod

Studien bygger på två olika kvalitativa metoder och är uppdelad i två delstudier. I delstudie 1 används scoping review och delstudie 2 görs en dokumentstudie av tre bibliografier med kvalitativ

---

<sup>354</sup> Lasinen lapsuus, u.å.; Ninni, 2021; Sekasin-chat, u.å.

<sup>355</sup> Mannerheims barnskyddsförbund u.å.

<sup>356</sup> The Comfort Line, 1997 – 2019. MOT Sanakirjat, 2021

<sup>357</sup> Kolcaba, 2003

<sup>358</sup> Kolcaba, 2003

<sup>359</sup> Kolcaba, 2003

<sup>360</sup> Kolcaba, 2003

<sup>361</sup> Kolcaba, 2003



innehållsanalys. Delstudie 1 är gjord av Elin Burman och Mathilda Kvist medan delstudie två är gjord av Anna Hult.

I delstudie 1 används Scoping Review i enlighet med Arksey & O'Malleys (2005) beskrivning av metoden. Avsikten är att samla kunskap från den litteratur som redan finns. Scoping review genomförs i fem av de sex beskrivna stegen. Forskningsfrågorna identifierades med hjälp av tidigare litteratur och studiens utgångspunkt. Relevant litteratur söktes i vårddatabaserna CINAHL och PubMed samt även i Tritonias artikelsökningstjänst, Finna.

Sökningar gjordes på både engelska och svenska. Först gjordes breda sökningar i databaserna med relevanta sökord. Under arbetets gång utvecklades sökstrategin och olika artiklars ämnesord lästes för att hitta fler användbara sökord. Även artiklars referenslistor genomsöktes men där identifierades inga artiklar som användes i resultaten. Genom att använda sökmotorn Google och olika organisationers webbsidor identifierades grå litteratur.

Vid artikelsökningen i databaserna användes inklusionskriterier som referentgranskning, fulltext, nyare artiklar än 2010, svenska, finska, engelska samt artiklar som svarar på syfte och frågeställningarna. Sökträffarnas rubriker lästes igenom och vi exkluderade de som inte svarade på vårt syfte och frågeställningar. Därefter lästes kvarstående artiklars abstrakt genom för att se om innehållet motsvarade vårt syfte. Artiklarna lästes sedan igenom som helhet för att identifiera ytterligare artiklar som borde uteslutas.

Fyra tabeller utformades för att tydligt beskriva processens gång. Sökprocessen finns beskriven i sin helhet i examensarbetet.<sup>362</sup> För att sammanfatta och rapportera resultaten gjordes en tematisk sammanfattning av materialet. Återkommande och gemensamma teman i de olika artiklarna identifierades. Samma gjordes för att finna gemensamma teman i grå litteratur. Sammanlagt inkluderades 15 vetenskapliga artiklar från CINAHL och PubMed samt 2 rapporter och rekommendationer benämnda grå litteratur.

Delstudie 2 bygger på bibliografier där barn har beskrivit sin barndom som präglats av skadligt bruk av alkohol. Böckerna till dokumentstudien är valda för att få svar på frågeställningen "Vilka faktorer karaktäriserar uppväxten för barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol". De tre böckerna som använts för dokumentstudien är: Schulman, A. (2016) "Glöm mig", Cederqvist, C. (2019) "Jag andas alltså finns jag" och Sundström, J. (2014) "Håll käften unge". Litteraturen har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys och beskriver en barndom kantad av föräldrarnas skadliga bruk av alkohol. Dokumentstudiens syfte är att finna samband och olikheter i berättelserna. För att få en helhetsbild har materialet lästs igenom flera gånger. I genomläsning av materialet markerades meningsenheter och därefter bildades koder, subkategorier och slutligen huvudkategorier.

En tabell utformades för att tydligt sammanfatta huvudkategorierna och subkategorierna. Under varje huvudkategori finns tre till fyra subkategorier som berör barnens känslor och upplevelser under deras uppväxt.

#### 5.4.1 Etiska överväganden

I studien följs etiska riktlinjer för forskning och god vetenskaplig praxis. Till god vetenskaplig praxis hör noggrannhet i forskningsarbetet såsom noggranna källhänvisningar och utvärderingar av forskningsresultat. Det är även viktigt att lämplig datainsamlings- och undersökningsmetod för studien

---

<sup>362</sup> Burman, Kvist & Hult 2021

tillämpas<sup>363</sup> Som datainsamlingsmetod valdes publicerade dokument, såväl vetenskapliga artiklar och rapporter som självbiografier för att ta del av barns upplevelser av att leva i en familj med skadligt bruk av alkohol.

## 5.5 Resultat

Nedan presenteras resultaten av analyserna för de två delstudierna. En sammanfattning av resultatet från de båda delstudierna görs i kapitlet slutsatser.

### 5.5.1 Delstudie 1, kartläggning av kunskap kring temaområdet

Resultat för delstudie 1 utgörs av en tematiserad sammanfattning av det insamlade materialet. Kapitlet har delats in i tre delar utgående från den analys av materialet som gjorts. Den första delen fokuserar på barnet, sedan skiftar fokuset till hur familjen i sin helhet påverkas och slutligen till möjligheter att stöda barnet.

#### Barnet i fokus

Den tidiga interaktionen, utvecklingen av de emotionella banden och förtroendet till föräldern kan bli störd av föräldrarnas alkoholberoende<sup>364</sup>. På grund av beroendet klarar föräldern inte av föräldraskapet och omvårdnaden av barnet kan försummas<sup>365</sup>. Barnet har högre risk att få beteende- och känslomässiga störningar<sup>366</sup>. Barn påverkas åldersvis olika allt från utåtagerande beteende, till antisocialt beteende och kriminalitet<sup>367</sup>. Högre risk finns även för självskadebeteende, självmordstankar och självmordsförsök<sup>368</sup> samt att utveckla ett skadligt bruk av alkohol<sup>369</sup>

Barnet påverkas fysiskt och psykiskt av föräldrarnas skadliga bruk av alkohol. Det kan kännas i hela kroppen som att kippa efter andan, värk, håll i magen och som om hjärtat brister.<sup>370</sup> Många känslor så som otrygghet, osäkerhet, oro, hjälplöshet, ensamhet, skam, sorg och rädsla uppstår<sup>371</sup>. Hela situationen är oviss och föräldern med skadligt bruk av alkohol kan verka främmande och skrämmande för barnet<sup>372</sup>. Barnet kan utsättas för våld och även våld riktat mot andra kan vara skrämmande och situationen kan bli farlig om barnet går emellan för att skydda någon<sup>373</sup>. Sexuellt våld förekommer också<sup>374</sup>. Att se mycket våld hemma kan även normalisera våldsamt beteende<sup>375</sup>.

Ingen studie påvisar könsskillnader i hur barn påverkas av att leva med föräldrar med skadligt bruk av alkohol. Inga skillnader gällande emotionella problem, depression, lågt självförtroende, kommunikationssvårigheter, ensamhet eller relation till förälder hittades.<sup>376</sup> Dock verkar pojkar löpa

---

<sup>363</sup> Forskningsetiska delegationen 2021

<sup>364</sup> Pisinger m.fl., 2016; Werner & Malterud, 2016

<sup>365</sup> THL, 2015; Park & Schepp, 2015; Alexanderson & Näsman, 2017a

<sup>366</sup> Pisinger m.fl., 2016; Jennison, 2014; Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl. 2018; Raitasalo m.fl., 2019

<sup>367</sup> Park & Schepp, 2015

<sup>368</sup> Pisinger m.fl., 2018; Alexanderson & Näsman, 2017b; Mackrill m.fl. 2012

<sup>369</sup> Haugland m.fl., 2013; THL, 2015; Jennison, 2014

<sup>370</sup> Tinnfält m.fl., 2018; Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>371</sup> Holmila m.fl., 2011; Hill 2015; Pisinger m.fl., 2018; Werner & Malterud, 2016; Tinnfält m.fl., 2018

<sup>372</sup> Park & Schepp, 2017

<sup>373</sup> Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>374</sup> Hill, 2011

<sup>375</sup> Tinnfält m.fl., 2018

<sup>376</sup> Pisinger m.fl., 2016

större risk för uppförandeproblem i tonåren och kriminellt beteende som vuxen. En förklaring kan vara att pojkar i allmänhet enligt forskning utsätts för fler riskfaktorer än flickor.<sup>377</sup>

### **Medvetenhet av föräldrarnas skadliga bruk av alkohol**

Att få full förståelse för vad föräldrarnas skadliga bruk av alkohol innebär är en lång process. Till en början kan det vara svårt för barnet att förstå orsaken bakom föräldrarnas beteende<sup>378</sup>. Vad en "normal" alkoholkonsumtion är och hur normala hemförhållanden för sig är svårt att veta för ett barn<sup>379</sup>. Med tiden när jämförelser börjar göras med andra familjer, kan barnet inse att föräldern har problem<sup>380</sup>.

Fast barn är medvetna om det skadliga bruket har de ibland inte kunskap eller saknar förståelse för vad situationen innebär och hur den skall hanteras. Att skilja mellan den nyktra föräldern och föräldern som styrs av sitt skadliga bruk av alkohol kan vara svårt och barnet kan tro på allt den alkoholphäverkade föräldern säger<sup>381</sup>. Det dröjer ofta länge innan barnet inser att beroendet är en sjukdom som föräldern styrs av<sup>382</sup>.

### **Behov av kontroll**

Barn kan försöka få kontroll över situationen hemma genom att distansera sig fysiskt och psykiskt och genom att undvika och klippa banden till föräldern. Barnen kan vädja om att föräldern skall söka hjälp och att den nyktra föräldern skall skilja sig från föräldern med skadligt bruk av alkohol<sup>383</sup>. De kan ha klara uttänkta strategier för att förhindra föräldern från att bli berusad genom att påverka tillgängligheten av alkohol. Det kan vara genom att till exempel gömma nycklar eller pengar så att anskaffningen av alkoholen påverkas<sup>384</sup>.

Om bråk uppstår eller om någon betar sig olämpligt kan barnen försöka flytta föräldrarnas uppmärksamhet till barnet. Om föräldern med skadligt bruk av alkohol kommer hem sent kan barnen känna att de måste vänta upp till föräldern är hemma eller vaka vid sängen för att ha uppsikt över föräldern<sup>385</sup>. Försök att återställa ordningen i familjen är även ett sätt att få kontroll<sup>386</sup>.

### **Familjen i fokus**

Störd växelverkan mellan familjemedlemmar i en familj där skadligt bruk av alkohol förekommer verkar vara vanligt<sup>387</sup>. Familjeaktiviteter, högtider, firande och rutiner rubbas på grund av föräldrarnas skadliga bruk av alkohol<sup>388</sup>. Barnet känner besvikelse om föräldern inte kan delta i olika familjeaktiviteter, evenemang som är viktiga för barnet eller skjutsa dem någonstans<sup>389</sup>.

---

<sup>377</sup> Nordensvälfärdscenter, 2012

<sup>378</sup> Werner & Malterud, 2016; Tinnfält m.fl., 2018; Park & Schepp, 2017; Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>379</sup> Werner & Malterud, 2016

<sup>380</sup> Park & Schepp, 2017

<sup>381</sup> Park & Schepp, 2017

<sup>382</sup> Park & Schepp, 2017; Hill, 2015

<sup>383</sup> Park & Schepp, 2017

<sup>384</sup> Tinnfält m.fl., 2018

<sup>385</sup> Alexanderson & Näsman, 2017b; Park & Schepp, 2017

<sup>386</sup> Tinnfält m.fl., 2018; Werner & Malterud, 2016

<sup>387</sup> Jennison, 2014; THL, 2015; Werner & Malterud, 2016

<sup>388</sup> Werner & Malterud, 2016

<sup>389</sup> Alexanderson & Näsman, 2017b; Jennison, 2014

Atmosfären hemma är spänd, det finns inga tydliga regler, konflikter mellan föräldrar uppstår och närhet mellan familjemedlemmar är en bristvara<sup>390</sup>. I de värsta fallen förekommer hot, manipulation, fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld, misshandel samt försummelse och vanvård av barn<sup>391</sup>.

### Hur den beroendes beteende påverkas

Den berusades humör och känslor skiftar snabbt och föräldern kan bli aggressiv och våldsam<sup>392</sup>. Den berusade beskrivs som oberäknelig, pratsam, irrationell, lätt irriterad, flyktig<sup>393</sup> och vill ständigt starta konflikter och bråk<sup>394</sup>. Personen med skadligt bruk av alkohol tenderar att skylla ifrån sig, komma med lögnar och skuldbelägga andra. Ofta lever personen i förnekelse och vill inte ta till sig eller ändra på sig när en familjemedlem eller utomstående diskuterar personens användning av alkohol.<sup>395</sup>

Vid kraftig berusning påverkas balansen och den berusade kan vara frånvarande och svår att få kontakt med. Talet är väldigt sluddrigt och den berusade kan spy, kissa eller bajsas på sig.<sup>396</sup> Personen med skadligt bruk av alkohol är i flertalet fall självmordsbenägna<sup>397</sup>. I en studie har 17.8 % av föräldrarna med skadligt bruk av alkohol försökt ta livet av sig och hela 45% har någon gång hotat att ta livet av sig<sup>398</sup>.

### Familjehemligheter och medberoende

Det skadliga bruket hemlighets hålls ofta. Personen med beroendet och övriga familjemedlemmar spelar ofta en roll utåt för att dölja problemen<sup>399</sup>. Den beroende och blir ofta duktig på att ljuga och komma på ursäkter<sup>400</sup>. Att ljuga blir ett inlärt beteende och en del av vardagen för barnet<sup>401</sup> som följd kan barnet få tillitssvårigheter till andra<sup>402</sup>. Barnet kan också känna sig sviket att den nyktra föräldern som döljer vad som sker<sup>403</sup>.

Sociala band och vänskaper kan komma att påverkas negativt och social isolering är vanligt. Barn kan undvika att bjuda hem vänner av rädsla för att avslöja hemligheterna eller för vad kompisarna ska tycka<sup>404</sup>. Rädsla kan finnas för att bli utan vänner<sup>405</sup> eller för att rykten ska spridas i hela skolan<sup>406</sup>. Det kan även vara svårt att sätta ord på situationen och rädsla kan finnas för att inte bli trodd<sup>407</sup>. Många

---

<sup>390</sup> Jennison, 2014; THL, 2015; Werner & Malterud, 2016

<sup>391</sup> Werner & Malterud, 2016; THL, 2015; Mackrill m.fl. 2012

<sup>392</sup> Jennison, 2014; Pisinger m.fl., 2018; Holmila m.fl., 2011; Werner & Malterud, 2016; Park & Schepp, 2017; Hill, 2015

<sup>393</sup> Park & Schepp, 2017

<sup>394</sup> Holmila, 2011; Werner & Malterud, 2016

<sup>395</sup> Werner & Malterud, 2016; Park & Schepp, 2017

<sup>396</sup> Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>397</sup> Hill, 2015; Mackrill m.fl., 2012; Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>398</sup> Mackrill m.fl., 2012

<sup>399</sup> Tinnfält m.fl., 2018; Werner & Malterud, 2016; Holmila m.fl., 2011

<sup>400</sup> Werner & Malterud, 2016

<sup>401</sup> Werner & Malterud, 2016; Holmila m.fl., 2011

<sup>402</sup> Holmila m.fl., 2011

<sup>403</sup> Werner & Malterud, 2016

<sup>404</sup> Holmila m.fl., 2011; THL, 2015; Alexanderson & Näsman, 2017b; Werner & Malterud, 2016

<sup>405</sup> Holmila m.fl., 2011; Werner & Malterud, 2016

<sup>406</sup> Tinnfält m.fl., 2018

<sup>407</sup> Werner & Malterud, 2016

barn är även rädda för vad familjen skall tycka och att situationen skulle bli värre om de berättade för någon<sup>408</sup>.

Barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol tvingas ofta växa upp fort, bli självständiga och ta ansvar för hushållssysslor. Ibland tar de till och med hand om föräldern och ansvarar över ekonomin<sup>409</sup>. Skolgången kan bli lidande ifall barnet känner sig tvunget att stanna hemma och ta hand om förälder eller syskon<sup>410</sup>.

Ifall barnet inte har någon att prata med finns risk för att problemen inom familjen aldrig kommer fram<sup>411</sup>. I en studie framkom att hela 38 % har aldrig berättat för någon och 20 % bara talat med en förälder eller syskon. I endast 24 % av fallen visste skolan och i 17 % av fallen var socialen medveten om situationen.<sup>412</sup>

### **Möjligheter till stöd**

Eftersom de barn som växer upp i negativa uppväxtförhållanden upplever många riskfaktorer är det viktigt att professionella och föräldrar stärker de skyddande faktorerna hos och omkring ett barn och inte enbart koncentrerar sig på att reducera riskerna<sup>413</sup>. En skyddande faktor är att få tankarna på något annat. Om till exempel bråk uppstår föräldrarna emellan så kan barnen tänka på positiva saker, titta på tv eller försvinna till en fantasivärld<sup>414</sup>.

Skyddsfaktorerna kan göra barnen mer motståndskraftiga mot riskfaktorerna. Skyddsfaktorerna minskar även sannolikheten för problembeteenden hos barnen när det förekommer en riskfaktor. En skyddande faktor kan till exempel vara ett karaktärsdrag, beteende, en relation, egenskap, händelse eller omständighet<sup>415</sup>.

Om barnen har lågt självförtroende, dålig självreglering, svårhanterligt temperament, oräddhet, spänningssökande beteende, hämningssvårigheter, oräddhet samt låg kognitiv nivå verkar de som riskfaktorer<sup>416</sup>. Däremot om barnen har ett lätthanterligt eller optimistiskt temperament, en effektiv känsloreglering, god sammanhållning och anpassningsförmåga samt lätt till flexibilitet kan det ses som skyddsfaktorer<sup>417</sup>.

### **Professionellas och närståendes stöd**

Det är en utmaning för professionella att upptäcka barn och familjer i behov av stöd och att utforma insatser som stärker de skyddande faktorerna samt minskar riskfaktorerna. Med ökad kunskap bland professionella som arbetar med barn kan man ge barnen en mycket bättre chans i livet. Det är ingen

---

<sup>408</sup> Holmila m.fl., 2011; Werner & Malterud, 2016; Tinnfält m.fl., 2018

<sup>409</sup> Alexandersson & Näsman, 2017a, 2017b; Holmila m.fl., 2011

<sup>410</sup> Hill, 2015; Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>411</sup> Holmila m.fl., 2011

<sup>412</sup> Mackrill m.fl., 2012

<sup>413</sup> Nordens välfärdscenter, 2012

<sup>414</sup> Park & Schepp, 2015; Holmila m.fl., 2011

<sup>415</sup> Nordens välfärdscenter, 2012

<sup>416</sup> Park & Schepp, 2015; Nordensvälfärdscenter, 2012

<sup>417</sup> Nordensvälfärdscenter, 2012; Park & Schepp, 2015

bra strategi att "vänta och se"<sup>418</sup>. De barn som fått hjälp och stöd känner sig befriade och lättade att någon förstår deras problem och att barnen själva förstår att det inte är deras fel<sup>419</sup>.

Ibland kan professionella diskutera sinsemellan kring oro över ett barn en längre tid innan den berörda familjen aktivt tas med i diskussionen. Detta kan leda till att de professionella bygger upp en verklighet som familjen inte upplever sig vara en del av och det i sin tur leder till att familjen och de professionella går i otakt<sup>420</sup>. De professionella bör se familjen som en samarbetspartner med sin speciella kunskap. Då kombineras familjens behov och den sakkunniges kunskap på ett sätt som har till mål att arbeta och lära tillsammans. Man får då en bättre möjlighet att skapa de stödinsatser som är bäst för barnet<sup>421</sup>.

Familjemedlemmar eller vuxna kan verka skyddande. Kompisar i samma ålder, mor- och farföräldrar, släktingar, professionella så som lärare, kuratorer, skolhälsovårdare, socialarbetare, coacher, ungdomsarbetare, polisen och övriga anhöriga har kunnat vara till hjälp och stöd för barnen<sup>422</sup>. Man har sett att yngre barn mer sällan får professionell hjälp än lite äldre barn. Detta kan bero på att barnen med åldern blir mer självständiga och vågar lättare ta hjälp utifrån. Hos yngre barn är hjälp från föräldrar, mor- och farföräldrar och andra anhöriga vanligare<sup>423</sup>.

### 5.5.2 Delstudie 2, sammanställning från dokumentstudien

I detta kapitel presenteras sammanställningen av delstudie 2, resultat från analysen av de tre valda bibliografierna. Kapitlet har delats in i huvud- och underrubriker enligt teman som stigit fram i analysen av litteraturen.

Tabell 1. Huvud- och underkategorier

<b>Stulen barndom</b>	<b>Otrygghet</b>	<b>Svek</b>	<b>Önskan att känna sig älskad</b>	<b>Familjevåld</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansvar</li><li>• Skuld</li><li>• Skam</li><li>• Oro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rädsla</li><li>• Ovisshet</li><li>• Hot</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besvikelse</li><li>• Att inte bli sedd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vara till lags</li><li>• Trygghet och kärlek</li><li>• Hopp</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upplevelse av våld</li><li>• Sexuella övergrepp</li><li>• Smärta</li></ul>

Tabell 1 visar de 5 huvudkategorierna Stulen barndom, Otrygghet, Svek, Önskan att känna sig älskad och Familjevåld med tillhörande subkategorier. För att göra läsningen lättare kommer varje huvudkategori, i texten nedan att illustreras med en del av ovanstående tabell.

#### Stulen barndom

<sup>418</sup> Nordens välfärdscenter, 2012

<sup>419</sup> Holmila m.fl., 2011

<sup>420</sup> Nordens välfärdscenter, 2012

<sup>421</sup> Nordens välfärdscenter, 2012

<sup>422</sup> Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl., 2018; Holmila m.fl., 2011

<sup>423</sup> Holmila m.fl., 2011

Barnen får uppleva händelser som inte kan anses höra till en trygg barndom. Familjedynamiken är olik normen och det blir ombytta roller i familjen, där barnen måste ta ansvar över sina föräldrar och se till att föräldrarna klarar sig i stället för att föräldrarna tar hand om barnet. Barnen kan känna skam över familjeförhållandena de lever i, eftersom de uppfattar att deras liv ter sig olikt en "vanlig" familjs liv. De känner att barndomen tas ifrån dem och att de går miste om det som hör barndomen till, även om de inte kan formulera det under sin barndom kan de beskriva känslan som vuxen.

Huvudkategorin Stulen barndom består av subkategorierna Ansvar, Skuld, Skam och Oro vilka redogörs för nedan.



Barnet upplever sig ha gått miste om en sorglös barndom där föräldrarna har ansvar och barnen har tid för lek och kamrater. Barnet i en dysfunktionell familj lär sig att sätta föräldrarna i första rummet och snabbt växa upp för att ta hand om en berusad eller otillräknelig förälder som löper risk att skada sig. Barnen vill inget annat än att känna sig älskade och få vara barn, men här bär de i stället ett enormt ansvar över sina föräldrar.

*“Vi blev föräldrar till våra egna föräldrar och vi lärde oss att alltid sätta dem i främsta rummet. Vad vi inte lärde oss var att vi också var behövande, att också vi behövde omvårdnad och hjälp”*

Barnen upplever sig som ansvariga för föräldrarnas välmående, känner att de bör ta hand om föräldrarna och se till att de inte skadar sig själva eller någon i omgivningen och se till att de helt enkelt överlever.

*“När mamma faller ner i sina depressioner är det alltid jag som får ta hand om henne. Det är jag som får se till att hon inte super ihjäl sig”*

Känslan är skrämmande när de vet att föräldern är ensam hemma eller far ut på fest. Tankarna snurrar i huvudet och det är svårt att skapa ett liv utanför den vardag som är fylld med oro för föräldern. Barnen bär ett ansvar som är allt för stort för dem och detta drabbar deras uppväxt på många olika sätt. Om något skulle hända föräldern får barnet skuldskänslor och lägger skulden på sig själva

*“Jag skulle inte ha lämnat mamma ensam kvar i stugan! Dumma fula, idiotiska mig! Hur kan du göra så mot din mamma?”*

Om inte barnen klandrar sig själva så gör föräldern det. Föräldrarna överför ett alltför stort ansvar på barnet. Överföringen av ansvar är inte alltid direkt, den kan även vara subtil och indirekt.

*“Varför gör du så här mot mig? Jag som alltid varit så snäll mot dig och sett till att du har det bra. Om du bara visste hur mycket jag riskerat i mitt liv för din skull. Hur har du mage att ta upp det gamla hela tiden. Är du dum eller?”*

Med sättet föräldern uttrycker sig så får de barnet att känna att det är deras fel att föräldern har det jobbigt. Barnet lär sig att inte konfrontera föräldern om de händelser som har skett, det blir en tyst kunskap som aldrig nämns, en familjehemlighet.

När föräldern tappar kontrollen över alkoholen och personligheten ändras påverkas barnet. Eftersom föräldern betar sig konstigt och pinsamt leder det i vissa situationer till att barnet sätts i kläm. Barnet skäms i situationer där föräldrarna inte betar sig som vuxna i allmänhet gör, när de flagrant bryter mot samhällets normer.

*“När vi kommer till hamnen stirrar fiskargubbarna på oss men ingen kommer och hjälper mig. Jag skäms gränslöst över mamma som är full och som bara har trosor på mig.”*

De möts av personer som varken hjälper eller pratar med dem men väl stirrar. Skammen känns djupt inom barnet och de mötande personernas blickar bekräftar det som barnet redan känner. De vill inte att vänner och lärare ska få reda på hur de har det ställt hemma så de gör allt för att försköna situationen och dölja sanningen. På grund av föräldrarnas missbruk är det ofta stökigt och smutsigt hemma så barnen känner att de inte kan ta hem vänner vilket leder till att de isolerar sig och vänder sig inåt.

Barnens vardag präglas av en ständig oro. De oroar sig över sin egen och föräldrarnas framtid. Kommer de ha tak över huvudet och mat på bordet och kommer de som barn bli borttagna av socialen eller få bo kvar med föräldern? De är livrädda att något ska hända föräldern eller att de ska skada sig själva när de druckit för mycket och tappat kontrollen.

## Otrygghet

Barnen lever i otrygghet där känslor som rädsla, ovisshet och hot utgör en del av vardagen. Barnen tvingas ta ett ansvar som är utöver deras förmåga. Bibliografierna beskriver svartsjuka och drama i parförhållandena vilket resulterar i slagsmål som barnet bevittnar. Föräldern kan byta partner och barnet kan då sättas i andra hand. Barnen är rädda att föräldern eller föräldrarnas nya partner ska misshandla dem.

Huvudkategorin Otrygghet består av subkategorierna Rädsla, Ovisshet och Hot vilka redogörs för nedan.

<b>Otrygghet</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rädsla</li><li>• Ovisshet</li><li>• Hot</li></ul>
--

Rädslan uppkommer i situationer när barnet upplever att det inte finns någon kontroll över händelserna. Det kan gestalta sig i när mamman och pappan/sambon åker i väg på fest oroar barnet sig över att kvällen ska sluta i slagsmål.



*“Jag undrar vad som kunnat hända om hon inte lyckats rymma. Hade hans slagit ihjäl henne som hon sa? Och om det händer något, vad sker då med mig? Var hamnar jag då? Hos pappa?”*

Barnen är också rädda att föräldern skulle ta sitt eget liv till följd av att hen mår så psykiskt och fysiskt dåligt.

*“Det viktigaste är att mamma snart kommer hem igen. Det måste hon göra. Jag rusar in på mitt rum igen. Väntar, sätter mig på min säng. Hon måste komma snart. Jag är livrädd att hon ska ha hoppat ner i kanalen, att hon ska ha valt att ta sitt liv.”*

Barnen har en ständig oro och rädsla över föräldrarnas välmående och familjens framtid samt ett allt för stort ansvar. När föräldern blir arg så skrämmer ovissheten barnet, att inte veta eller kunna förutse konsekvenserna av händelser. Föräldrarnas humör svänger så snabbt att barnet inte har någon chans att förstå varför händelser sker och de blir rädda. Barnet ser ett förändrat beteendemönster hos föräldern t.ex. att rösten ändras och föräldern betar sig annorlunda.

*“Han ryter och väser “jävla unge, du ska sova” jag blir jätterädd när pappa skriker till mig.”*

*“De skrämmer mig, det är något i deras röster som jag inte tycker om, som får mig att vilja bli osynlig.”*

De lär sig att göra sig små och osynliga. Allt för att inte göra någon arg eller för att inte själva bli sårade eller fysiskt skadade. Barnen lever i en ständig ovisshet där de inte vet vad som kommer hända näst och de förstår inte varför föräldrarna blir arga. Barnen upplever föräldrarna hotfulla och oberäkneliga.

*“När jag kommer nära dem ser jag att pappas ögon är mörka, nästan som två svarta klot. Med en gång förstår jag att någonting är fel, men jag förstår inte varför.”*

Otryggheten gör att barnen ständigt är på sin vakt och försöker förutse vad som skall hända.

*“Adrenalinerna rusar i blodet och får mitt hjärta att slå snabbare. Vart ska mamma?*

*Varför sminkar hon sig? Tänker hon lämna bort mig?”*

Medvetenheten om att familjen kan ryckas upp och de kan flytta till ett nytt ställe eller att pengarna kan ta slut om föräldern inte jobbar gör att barnet lever i ovisshet om hur framtiden kommer att bli, vilket också gör barnet otryggt. En barndom borde få vara trygg och fylld av kärlek. I dessa barns fall är det inte så, och de är ofta oroliga om hur familjen ska kunna klara sig ekonomiskt.

*“Pappa är den som tjänar mest pengar, det har han sagt till mig. Jag blir ändå orolig, om han förlorar jobbet, behöver vi då flytta igen? Jag vill inte det. Jag vill bo här. Och blir vi fattiga då? Och kommer vi ha råd med mat?”*

I flera situationer klarar inte föräldern av att ta en konflikt där barnet ifrågasätter deras val och aktivitet och då i stället visar föräldern auktoritet i form av hot för att tysta barnet.

*Om du inte passar dig och inte är snäll så kan du ju bo vid pappas i stället på heltid? Vill du det, kanske?"*

När barnen är hemma känner de ofta rädsla. De är rädda för att bli lämnade, för att bli misshandlade eller rädda över att något ska hända föräldern. Det leder till att de inte känner sig trygga i sitt eget hem.

## **Svek**

Barnen känner sig ofta svikna och saknar tillit och trygghet i vardagen. Det naturliga, att ett barn blir omhändertaget av de vuxna i familjen stämmer inte i en familj med missbruksproblematik. I bibliografierna beskrevs sveket av föräldrarna och andra vuxna. Huvudkategorin Svek består av subkategorierna Besvikelse och Att inte bli sedd vilka redogörs för nedan.

<b>Svek</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Besvikelse</li><li>• Att inte bli sedd</li></ul>
--

En besvikelse uppstår hos barnet när föräldern inte tar den roll de borde göra och barnen inte får stöd och förståelse i de situationer de verkligen behöver det. Barnen vill bli behandlade som barn, de vill att föräldern ska hålla om dem och visa kärlek och förståelse när de har det jobbigt. Barnen blir utåtagerande för att få uppmärksamhet.

*"Mamma borde ha förstått att min ilska var en konsekvens av allt jag varit med om. I stället för att stänga in mig på mitt rum borde hon ha stannat kvar och hållit om mig."*

Barnen har svårt att avgöra om det som sker hemma mellan fyra väggar är okej. Deras verklighet är den de lever i och det är svårt för ett barn med begränsad erfarenhet att reflektera över sin familjs situation. Det kan också vara svårt för barnet att med ord beskriva sin upplevelse.

Det är svårt att fråga om hjälp när det finns ett outtalat hot om att inte få vara hos föräldrarna om de inte betar sig på det sätt föräldrarna önskar. Barnet upplever sig ansvarig för att få slut på slagsmål och det är svårt att få grannar, främmande människor att agera och då ser barnet ingen annan utväg än att själv ställa sig mellan föräldrarna vid ett slagsmål.

*"Jag ropar högt efter mamma. När hon inte hör mig springer jag gråtande ut i köket och skriker "sluta mamma, snälla mamma, sluta!" Jag drar i mammas kläder och försöker ställa mig i mellan henne och x men blir bortfäst som om jag vore en fluga man viftar bort."*

När ett barn gråter så är det naturliga att en vuxen tröstar. I dessa berättelser gråter barnet och vill bli tröstat men ingen kommer för att trösta, trots att barnet vet att föräldern hör. Denna känsla är obegriplig att förstå. Att ett barn måste känna sig så ensamt och övergivet. Vem vänder hen sig till om inte ens föräldern kommer när hen gråter?

*"Varför kommer inte mamma, hör hon inte att jag gråter?"*

Barnen känner sig osynliga och att ingen bryr sig om deras väl och ve. De måste klara sig själva och har ingen att dela känslor och tankar med.

*“Det är ingen som frågar mig vad jag gör eller hur jag mår. Det spelar ingen roll om jag struntar i skolan och knarkar ihjäl mig. Det är ingen som bryr sig i alla fall.”*

De går igenom sin vardag med att känna sig osynliga och osedda. De blir besvikna på människors tomma löften och ageranden gång på gång och känner att de inte kan lita på någon.

### **Önskan att känna sig älskad**

Den röda tråden i bibliografierna är barnets önskan om att få kärlek, att känna sig älskade. Huvudkategorin Önskan att känna sig älskad består av subkategorierna Vara till lags, Trygghet och kärlek och Hopp vilka redogörs för nedan.

#### **Önskan att känna sig älskad**

- Vara till lags
- Trygghet och kärlek
- Hopp

Till följd av att barnen inte känner sig älskade och behöva försöker de vara till lags för att få positiv uppmärksamhet och undvika den negativa uppmärksamheten. Detta blir ett beteendemönster som följer med dem in i vuxenlivet. Det värsta som kan hända är att föräldern blir arga på dem och visar det. Det bästa, är att de får känna sig älskade. Att vara någon till lags beskrivs som en desperat känsla och barnens enda verktyg för att förhoppningsvis känna en gnutta kärlek från föräldern och känna sig viktiga. De är rädda att de ska komma i andra hand när föräldern ofta har ny partner och därav gör de alltid som föräldern säger, för att vara omtyckt.

*“För att känna mig älskad började jag vara mamma till lags i alla lägen och i alla situationer”*

I många situationer är barnen rädda att någon ska göra dem fysiskt eller psykiskt illa. De har fått lära sig den hårda vägen att våld kan uppstå om föräldern blir arg på dem så det är bättre att “vara duktig och lyda” för att undvika problem. Det är en hemsk känsla barnen måste bära på, att ständigt vara rädd för att bli sårad och därav vara människor till lags.

*“Jag måste göra som han säger för att han inte skall slå mig mer”*

När föräldern eller en annan människa visar kärlek så känner sig barnen trygga. Det behövs inte mycket för att barnet ska känna att någon bryr sig. Barnet känner kärlek när någon ler till dem, ger dem en kram eller en ärlig blick som ger barnen en känsla av att de är sedda.

*“Men mamma håller om mig, och det är det finaste och viktigaste just nu.”*

*“Kvinnan tittar på mig med sina stora ögon när hon pratar med mig, jag känner mig sedd och betydelsefull.”*

För att barnen ska våga öppna upp och våga skapa relationer med människor i hens omgivning, berätta om sina känslor behöver de känna att någon bryr sig. I en av berättelserna beskrivs en situation där barnet håller allt inom sig och agerar utåt när läraren försöker nå hen. Men med hjälp av att läraren fortsatte behandla barnet med kärlek och visa att hon fanns där om barnet behövde prata så gav barnet till sist efter och vågade öppna upp, vilket ledde till att barnet kände en stor lättnad att få dela hens jobbiga situation med någon utomstående.

*“Med sin värme och medkänsla bröt hon upp mitt hjärta som stelnat och blivit hårt. Fröken sätter sig bredvid mig och lägger armarna om mig. Hon låter mig gråta utan att säga ett ord.”*

I berättelserna framkom ofta en känsla av hopp i samband med en stark känsla av glädje. Känslan av glädje uttrycktes ej många gånger i böckerna, men stunder av glädje gav barnet hopp och tro att saker kunde bli bättre.

*“Vinden smeker mitt ansikte och rufsar till mitt blonda hår. Jag sluter ögonen och det pirrar i magen. Jag känner mig lite gladare och tänker: Mamma kommer nog snart!”*

De bästa stunderna i barnens vardag har visat sig vara de stunder där föräldrarna visat kärlek och värme till barnen. Det viktigaste i barnens liv är att få känna sig älskade. Något de får kämpa så hårt för men som borde vara en självklarhet. För att känna föräldrarnas kärlek blir de föräldrarna till lags.

## **Familjevåld**

I samband med föräldrarnas skadliga missbruk har barnen också genomgått negativa händelser som påverkat dem fysiskt. Barnen har upplevt saker som inget barn borde uppleva. Händelserna påverkade barnens uppväxt med en känsla av otrygghet och rädsla. Dessa händelser har satt ärr hos barnen i vuxen ålder. Huvudkategorin Familjevåld består av subkategorierna ”Upplevelse av våld”, ”Sexuella övergrepp” och ”Smärta”.

### **Familjevåld**

- Upplevelse av våld
- Sexuella övergrepp
- Smärta

Våldsupplevelser i hemmet är ett vanligt fenomen i dessa berättelser. Antingen att ena föräldern är aggressiv mot resten av familjen eller att föräldrarna är aggressiva mot varandra och på det sättet skrämmer barnet eller att barnet i värsta fall hamnar i mellan.

*“Pappa slår mig. Han slår mig flera gånger. Och skriker att jag ska sluta gråta och vara tyst.”*

När föräldrarna är berusade är risken större för att barnet ska bli utsatt för våld eftersom alkoholen leder till att föräldrarnas personlighet förändras och de tappar kontrollen över känslor och handlingar. När alkoholen är inblandad blir slagsmålen våldsamma och farliga, och därmed väldigt skrämmande för barnen att stå vittne till. De är hjälplösa och kan ingenting annat än att se på eller gömma sig.

*“Pappa knuffar till mamma som vinglar och tappar balansen.. Pappa slår mamma i ansiktet och hon faller till golvet.. Mamma reser sig sakta upp och då slår pappa henne igen.”*

*“Jag ser att mamma har ramlat på golvet, pappa står över henne och han slår och slår och det rinner blod i hennes ansikte och mamma skriker, men pappa slutar inte slå.”*

Bibliografierna beskriver hur barnen utsätts för misshandel. Misshandeln är såväl fysisk som psykisk. De blir misshandlade av föräldern eller föräldrarnas partner och de har ingen de kan berätta detta för. De kan inte berätta för någon eftersom de då är rädda att tas ifrån föräldrarna. Det är en tuff situation där barnet vill bort från det hotfulla och farliga men samtidigt stanna kvar hos föräldern, om bara föräldern skulle kunna älska dem och visa dem kärlek. De lever på ett hopp, vänder sig inåt och stannar kvar, håller tyst.

*“Utan att säga ett ord tar pappa ett hårt och bestämt tag om min kropp och lyfter upp mig med sina stora händer. Det gör ont och jag blir rädd.”*

Barnen har svårt att förstå vad sexuella övergrepp är, men har känner starkt obehag och rädsla i situationen. Barnet känner intuitivt att det inte är rätt det som sker men har inga referenser att jämföra med.

*“Jag öppnar ögonen och pappas händer klämmer på mig, det känns konstigt, han tar på mig på ett annorlunda sätt och han luktar illa och stönar konstigt. Händerna är på mitt bröst, min mage och lägre ner, de är mellan mina ben.”*

*“Jag backar men han tar min hand och drar mig intill sig, jag vågar inte gå, vågar inte skrika och han lägger min hand på sin snopp och för min hand upp och ner över snoppen.”*

I en av bibliografierna beskrivs hur barnet som blivit utnyttjad som liten är i en hotfull situation igen senare livet. Men denna gång är barnet äldre och känner igen blicken i mannens ögon och förstår vad han vill och kan avlägsna sig från situationen. Denna man är barnets mammas nya partner vilket gör situationen ännu svårare för barnet att ta sig ur, även om hon lyckats för stunden.

*“Jag blir rädd för honom, jag ser vad han tänker, det surrar i öronen och jag måste ta mig bort från honom.... jag vet vad Ingvar vill ha och jag vill springa därifrån.”*

Smärta är inte bara vad barnen känner till följd av slag utan smärtan beskrivs också som en inre reaktion på att barnet blir oroligt när det händer hotfulla saker i omgivningen och därefter får barnet olika symtom. I många situationer när barnet hör höjda röster, gräl eller slagsmål så börjar kroppen svara med symtom som t.ex. ont i magen, illamående eller svårt att andas.

*“Jag hör hur mamma och pappa fortfarande skriker, och jag mår illa och är på väg att kräkas.”*

*“Jag får svårt att andas och jag blir varm och kall på en och samma gång. Mitt huvud spänner och trycker och jag börjar gråta.”*

Våld i hemmet är något barnet får bevittna alltför ofta, ibland blir barnet själv misshandlat eller sexuellt utnyttjat. Detta börjar i en så ung ålder att barnet har svårt att urskilja vad som händer, vad som är rätt och fel och när de borde söka hjälp.

## 5.6 Diskussion

Valet av att använda två olika metoder har gjort resultaten rikt och att problematiken kring att växa upp som barn i en familj med skadligt bruk av alkohol är väl belyst. Det finns många likheter mellan resultaten från studien, tidigare forskning och de båda delstudierna. Scoping review ger kunskap kring ämnet medan dokumentstudien ger en förståelse för barnens situation.

De flesta inkluderade artiklarna är från Europa vilket gör studien mer gångbar i en europeisk kontext. Sverige och Finland har väldigt liknande kultur och det som beskrivs i böckerna kan vara verklighet även i Finland och Norden. Trovärdigheten har beaktats då materialet varit tillgängligt för alla och då handledare följt processen. Detta gör att resultaten har genomlysts på olika sätt och att kritisk granskning av materialet varit möjlig.

Till en början upplevdes det utmanande att finna lämpliga sökord men vartefter blev sökprocessen tydligare. Det underlättade att arbetsgången i scoping review var tydligt beskriven av Arksey och O'Malley, (2005). För att underlätta överförbarheten till andra grupper och för att göra det enklare för läsaren att följa arbetsprocessen beskrevs och kartlades materialet som ingår i resultaten noggrant (se Burman, Hult och Kvist 2021). Under arbetsprocessen följdes de etiska riktlinjerna genom att inte plagiera och genom att källhänvisa på ett korrekt sätt. Materialet från scoping review är peer-reviewed eller kommer från kända pålitliga organisationer.

För dokumentstudien utfördes en kvalitativ innehållsanalys av tre självbiografier. Böckerna valdes utgående från frågeställningen "Vilka faktorer karaktäriserar uppväxten för barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol". Barnens känslor och upplevelser förklarades detaljerat i berättelserna, vilket gav en bred förståelse till läsaren om hur barnen präglades av att växa upp i ett hem med skadligt bruk av alkohol.

Etiken följdes genom att använda lämplig datainsamling och undersökningsmetod, vilket i detta fall var att läsa om när vuxna själv berättat deras upplevelser under barndomen vilket gör materialet informativt och trovärdigt. Under arbetsprocessen var det viktigt att inte ändra citat eller göra egna tolkningar av berättelserna.

Man kan se ett tydligt samband bland känslorna och upplevelserna som beskrivs i böckerna. Känslor och upplevelser som framkom ett fåtal gånger togs ej med i analysen.

Den första frågeställningen gäller vilka faktorer som karaktäriserar uppväxten för barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol och vårt resultat visar att barn som växer upp i ett hem där det finns skadligt bruk av alkohol påverkas av situationen. Det leder till svårigheter för barnet att känna tillit till föräldrarna och det skapas familjehemligheter som präglar barnets uppväxt<sup>424</sup>. Barnet kan bli isolerat och det finns få sociala band utanför familjen<sup>425</sup>. Den sociala isoleringen kan hindra barnet att komma till insikt att familjeförhållandena inte är normala<sup>426</sup>.

---

<sup>424</sup> Black, 2002

<sup>425</sup> Tinnfält m.fl., 2018; Werner & Malterud, 2016; Holmila m.fl., 2016; THL, 2015; Alexanderson & Näsman, 2017b

<sup>426</sup> Enligt Park & Schepp, 2017

Vardagen är oförutsägbar och tidvis skrämmande<sup>427</sup>. Både litteraturen i bakgrunden<sup>428</sup> och resultaten<sup>429</sup> ger flera exempel på beteendeförändringar hos föräldern med skadligt bruk av alkohol som ger en förståelse för hur kaotisk vardagen kan vara. Rädsla verkar vara en genomgående faktor i uppväxten. Både i resultaten och i bakgrunden beskrivs allt från rädsla att svika familjen och bli ensam till att bli utsatt för våld<sup>430</sup>.

Barnet och övriga anhöriga blir medberoende. Likt bakgrunden<sup>431</sup> beskrivs i resultaten hur hela familjen blir sjuk tillsammans med den beroende. Barnet blir tvunget att ta för stort ansvar, växa upp snabbt och åsidosätta sitt eget liv.<sup>432</sup>

I dokumentstudien beskrivs liknande känslor, livet hemma med familjen är skrämmande för barnet eftersom föräldrarnas känslor är oförutsägbara till följd av hens skadliga bruk av alkohol. Barnet tar ansvar över föräldern, och känner en ständig oro över att något dåligt ska hända dem eller att de ska skada sig själva. Barnen finner ej tid att ta hand om sig själva och prioriterar föräldrarnas välmående över deras eget.

I situationer där föräldern går igenom en depressionsfas till följd av alkoholanvändning känner barnet ett ansvar över att få hen på fötter igen. Det framkommer hur barnet ständigt är på sin vakt för att kunna räkna ut vad som händer näst. Barnen går på tå för att inte väcka irritation hos föräldern.

Till den andra frågeställningen, angående vilka faktorer som påverkar barnets välbefinnande, hittades både skyddande och hämmande faktorer. Resiliens som nämns i bakgrunden handlar om barnets styrka att möta besvikelser och påfrestningar<sup>433</sup>. I resultaten nämns att skyddsfaktorer kan göra barnet mer motståndskraftigt mot riskfaktorer<sup>434</sup>. De ökar med andra ord barnets resiliens. Flertalet exempel på emotionsfokuserad coping och några problemfokuserade coping strategier<sup>435</sup> fanns i resultaten. Dessa kan vara allt från att försöka tänka på annat till att påverka tillgängligheten avalkohol<sup>436</sup>.

Stärkande faktorer som kommer från barnet själv och utifrån omgivningen så som god anpassningsförmåga, flexibilitet, stöd och uppmuntran från omgivningen<sup>437</sup> hittades som gemensamma teman både i resultat och bakgrundens litteratur. Enligt Kolcaba kan faktorer som påverkar välbefinnandet delas in i fyra olika upplevelseplan; fysiskt-, psykospirituell-, miljöbaserat-, samt sociokulturellt välbefinnande<sup>438</sup>.

Våld, sexuella övergrepp, självskadebeteende samt brist på vård och omsorg är hämmande faktorer från resultaten som hör till det fysiska välbefinnandet<sup>439</sup>. Gällande det psykospirituelle välbefinnandet nämns bland annat psykisk ohälsa, emotionella problem, lågt självförtroende, störningar i den

---

<sup>427</sup> Solantaus,2017

<sup>428</sup> Franck & Nylander, 2015; Johnson m.fl., 2017

<sup>429</sup> Jennison, 2014; Pisinger m.fl., 2018; Holmila m.fl.,2011; Werner & Malterud, 2016; Park & Schepp, 2017; Hill,2015

<sup>430</sup> Holmila m.fl., 2011; Werner & Malterud, 2016; Tinnfält m.fl., 2018; Park & Schepp, 2017; Black, 2002; Ferraboli m.fl.,2015

<sup>431</sup> Ferraboli m.fl, 2015

<sup>432</sup> Alexanderson & Näsman, 2017a; 2017b; Holmila m.fl., 2011; THL, 2015; Park & Schepp, 2015; Werner & Malterud, 2016; Hill, 2015

<sup>433</sup> Borge,2011

<sup>434</sup> Nordensvälfärdscenar, 2012

<sup>435</sup> Andersson, 2018

<sup>436</sup> Holmila m.fl., 2011; Park & Schepp, 2017

<sup>437</sup> Nordensvälfärdscenar, 2012; Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl., 2018; Holmila m.fl., 2011; Sandström, 2019

<sup>438</sup> Kolcaba, 2003

<sup>439</sup> Jennison, 2014; Pisinger m.fl., 2018; Holmila m.fl.,2011; Werner & Malterud, 2016; Park & Schepp, 2017;2015; Hill, 2015; Holmila, m.fl. , 2011; Alexanderson & Näsman, 2017

psykologiska utvecklingen samt självmordsbenägenhet<sup>440</sup>. Att ha en tillitsfull relation till en utomstående vuxen verkar här skyddande<sup>441</sup>.

Av hämmande faktorer som påverkar det sociokulturella välbefinnandet kan nämnas uteblivna firanden och familjeaktiviteter<sup>442</sup>, sämre prestationer i skolan<sup>443</sup>, svårigheter med att skapa relationer till andra<sup>444</sup> och barn som ansvarar för ekonomin<sup>445</sup>. Faktorer gällande det miljöbaserade välbefinnande framkommer tydligast i biografierna/självbiografierna där barnen beskriver hur de mår dåligt över deras hemförhållanden. Lukten av cigaretter, glassplitter på golvet, öl och spritflaskor utspridda i hemmet och en förälder som kan vara berusad när de kommer hem gör att de inte vill ta hem vänner på besök.

Sista frågeställningen rör hur hälsovårdaren kan upptäcka, stöda och främja välbefinnandet hos barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol. Skolhälsovården och skolan spelar en viktig roll för tidig upptäckt av barn som har problem hemma<sup>446</sup>. Allt som kan tyda på att något inte är bra hemma skall uppmärksammas och inte undvikas, det är ingen bra idé att vänta och se<sup>447</sup>. Förändringar i barnets sätt att vara, känsloliv och beteende beskrivs vara alarmerande och kan vara tecken på att ett barn har problem hemma<sup>448</sup>.

Det är viktigt att som hälsovårdare vara uppmärksam på hur ett barn kan visa att något inte är okej. I resultatdelen från dokumentstudien framkommer den fysiska smärtan och psykiska smärtan som barn i hem med skadligt bruk av alkohol fått uppleva. Den fysiska smärtan kan synas genom kroppsliga symtom som illamående eller ont i magen men också som blåmärken eller skramor till följd av fysiskt våld. Den psykiska smärtan kan ta sig i uttryck och vara grundad i många delar. Till exempel känner dessa barn ofta skuld, skam och rädsla till följd av hemförhållandena.

Tidigare beskrevs att barn upplever olägenheter som hänförs sig fysiska, psykospirituella, sociokulturella och miljöbaserade välbefinnandet som gör att barnen inte uppnår välbefinnande. För att stärka barnets fysiska välbefinnande där bland annat försummelse av fysisk omvårdnad, våld, sexuella övergrepp förekommer är det viktigt att hälsovårdaren vågar fråga vid misstanke och gör en barnskyddsanmälan då det krävs<sup>449</sup>. Samarbete med olika verksamheter är även viktigt för att barnen och dess familj får rätt och individuellt anpassat stöd<sup>450</sup>. I lagen om elev- och studerandevård beskrivs att skolhälsovårdaren även har till uppgift att stödja föräldrarna i sitt fostringsarbete. Det är viktigt att ha en tillitsfull relation till föräldrarna och att man samarbetar tillsammans med dom för barnets bästa<sup>451</sup>.

Gällande det psykospirituella välbefinnandet där psykisk ohälsa, depression och självmordsbenägenhet förekommer är det viktigt att hälsovårdaren skapar en vårdrelation där barnet känner att

---

<sup>440</sup> Park & Schepp, 2015; Raitasalo m.fl., 2019; Pisinger m.fl., 2016; Nordensvälfärdscenter, 2012

<sup>441</sup> Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl., 2018; Holmila m.fl., 2011

<sup>442</sup> Werner & Malterud, 2016

<sup>443</sup> Park & Schepp, 2015; Alexanderson & Näsman 2017b; Pisinger m.fl., 2016

<sup>444</sup> Pisinger m.fl., 2016; Holmila m.fl., 2011; THL, 2015; Alexanderson & Näsman, 2017b; Werner & Malterud, 2016

<sup>445</sup> Alexanderson & Näsman 2017b

<sup>446</sup> Alexandersson och Näsman, 2019; Folkhälsomyndigheten, 2016

<sup>447</sup> Nordensvälfärdscenter, 2012; Alexandersson och Näsman 2019

<sup>448</sup> Solantaus, 2017; Alexandersson & Näsman, 2019

<sup>449</sup> Barnskyddslag, 417/2007 25§

<sup>450</sup> Folkhälsomyndigheten, 2016

<sup>451</sup> Nordens välfärdscenter, 2012



hen kan lita på vårdaren. Då vågar barnet öppna sig och berätta om sina tankar och känslor<sup>452</sup>. Barnet kan uppmuntras att testa olika fritidsaktiviteter, skriva dagbok, läsa eller försöka finna tröst i gosedjur eftersom dessa fungerar som skyddande faktorer<sup>453</sup>.

På det sociokulturella välbefinnandeplanet kan det förekomma uteblivna familjefiranden och familjeaktiviteter, barnet kan ha sämre prestationer i skolan och svårigheter att skaffa relationer till andra. Här har hälsovårdaren möjlighet att bekräfta barnet, hjälpa till med kompisar och vid behov till exempel utreda behov av stödundervisning i något skolämne åt barnet. Hälsovårdaren kan hänvisa barnet till olika stödformer så som chatt-forum, stödtelefoner och Ninni-verksamheten<sup>454</sup>. Den hjälp som erbjuds bör vara ändamålsenlig och individuellt anpassad för familjens bästa<sup>455</sup>.

På det miljöbaserade välbefinnandet är det viktigt att förbättra familjeförhållandena och uppväxtmiljön<sup>456</sup>. Enligt socialvårdslagen (2014/1301) ska även alla socialvårdsåtgärder trygga barnet en balanserad uppväxtmiljö.

Utöver upplevelseplanen finns det tre typer av välbefinnande, lindring, välbehag och transcendens<sup>457</sup>. Vilka behov som barnet har att uppfylla beror på vilket upplevelseplan (fysiskt, psykospirituellt, sociokulturellt eller miljöbaserat) de negativa faktorerna verkar på. Vilka behov samt vilket upplevelseplan det gäller påverkar även hälsovårdarens möjlighet att bidra till lindring för barnet. Har barnet blivit slaget kan till exempel en ispåse på det skadade området lindra, medan en ispåse inte är till så stor lindring om barnet har behov av att tala med någon om våldet hemma.

Problemet kvarstår i någon mån så länge som föräldern aktivt har ett skadligt bruk av alkohol. För att barnet skall uppnå välbehag kan det krävas att föräldern får hjälp för sitt skadliga bruk av alkohol. Därför är det viktigt att ta tag i grundproblemet, det vill säga att hälsovårdaren diskuterar med föräldern som har ett skadligt bruk av alkohol och berättar vart man kan vända sig samt uppmuntrar till att söka vård.

Hur hälsovårdaren kan hjälpa barnet att uppnå transcendens beror även på typen av problem. Eftersom transcendens innebär förmågan att överskrida ett problem eller obehag kan man hjälpa barnet att utveckla copingstrategier. Copingstrategier hjälper barnet hantera svåra situationer och på så sätt må bättre trots att det verkliga problemet kvarstår<sup>458</sup>. I flera artiklar i resultaten framkommer hur barn, för att hantera besvärliga situationer, avlägsnar sig själv fysiskt eller mentalt<sup>459</sup>. Man bör stärka de skyddande faktorerna, barnets resiliens samt reducera de riskfaktorer och hot barnet utsätts för<sup>460</sup>.

Sammanfattningsvis har hälsovårdaren en viktig roll för att upptäcka, stöda och främja välbefinnandet hos barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol. Eftersom dessa elever befinner sig i en sårbar situation behöver hälsovårdaren ställa frågor och känna igen tecken och vara lyhörd för dem under

---

<sup>452</sup> Alexanderson och Näsman, 2019

<sup>453</sup> Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl, 2018; Holmila m.fl., 2011

<sup>454</sup> EHYT, u.å; Muruset, 2021, Ninni, 2021; Sekasin-chat u.å.; Mannerheims barnskyddsförbund u.å; USM, u.å; Ninni, 2021

<sup>455</sup> Folkhälsomyndigheten, 2016

<sup>456</sup> Borge, 2011

<sup>457</sup> Kolcaba, 2003

<sup>458</sup> Andersson, 2018; Bång, 2012

<sup>459</sup> Park & Schepp, 2015; Tinnfält m.fl, 2018; Holmila m.fl., 2011

<sup>460</sup> Borge, 2011; Bång, 2012; Nordensvälfärdscenter, 2012

besöket. Hälsovårdaren har ett ansvar att vidare skicka och informera eleven när skolhälsovårdaren märker eller misstänker att eleven far illa.

## 5.7 Slutsatser

I vår studie framgår att många barn bor i familjer där rusmedelproblem förekommer<sup>461</sup>. Detta betonar verkligen vikten av att hälsovårdaren har verktyg för möjligheten att upptäcka, stöda och främja välbefinnandet hos barnen.

Genom studien kan man se att barnens reaktioner kan komma i uttryck på väldigt olika sätt. Barnen kan ge sig i uttryck genom allt från att bli utåtagerande till högpresterande i skolan. Det finns alltså ingen mall för hur barn i en familj med alkoholproblem reagerar. Därför bör man vara uppmärksam om något ändras i barnets beteende eller känsloliv och reagera vid misstanke.

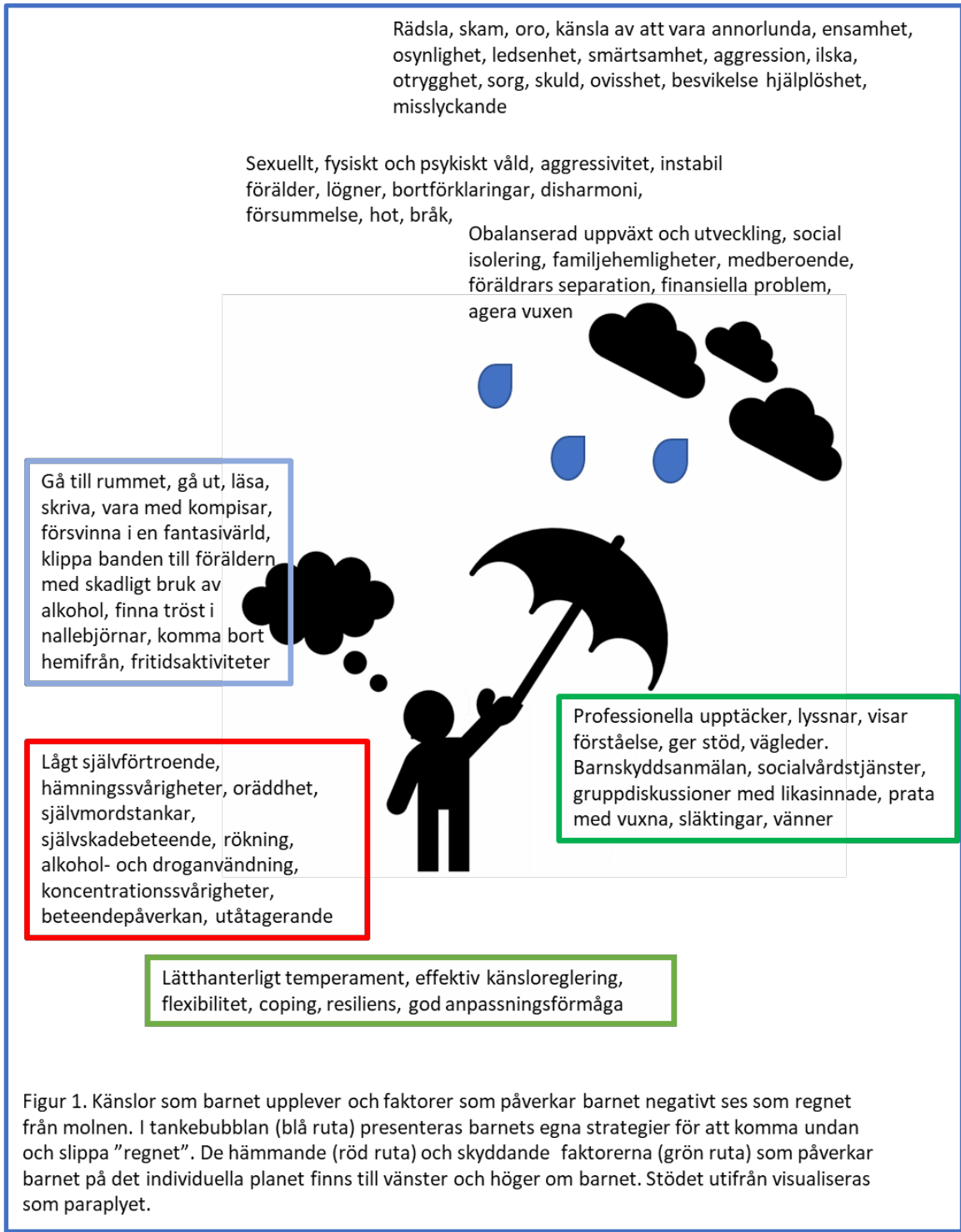
Det vore viktigt att det multiprofessionella samarbetet fungerar med den gemensamma utgångspunkten som är familjens bästa. Våga fråga hur ett barn mår och ha i åtanke att det kan ta några samtal före barnet känner tillit och vågar öppna sig. Barnen kan känna att de sviker föräldrarna eller vara rädda för att göra någon arg om de berättar om deras familjeförhållanden, uppmuntra barnet till att berätta hur hen mår.

Vidareforskning om hur hälsovårdare kan stöda och vägleda barnen skulle vara viktig. Även hur vårdpersonal praktiskt kan samtala kring detta ämne med barnen och föräldrarna skulle kunna vara idéer för framtida forskning.

Nedan i figur 1 beskrivs de riskfaktorerna i form av regn som duschar över barnet men det finns ett paraply som kan mildra effekterna av regnet, dvs. olika skyddsfaktorer. De professionella kan se och åtgärda negativa händelser som påverkar barnet. Det finns också faktorer inom barnet, reiliens, som påverkar hur väl ett barn kan återhämta sig från negativa upplevelser.

---

<sup>461</sup> Holmila m.fl., 2016



Figur 1. Känslor som barnet upplever och faktorer som påverkar barnet negativt ses som regnet från molnen. I tankebubblan (blå ruta) presenteras barnets egna strategier för att komma undan och slippa "regnet". De hämmande (röd ruta) och skyddande faktorerna (grön ruta) som påverkar barnet på det individuella planet finns till vänster och höger om barnet. Stödet utifrån visualiseras som paraplyet.

## 5.8 Litteraturförteckning

- Alexanderson, K., & Näsman, E.** (2019). *Upptäckt och stöd: Om barn till föräldrar med missbruksproblem*. (Upplaga 1:1.). Studentlitteratur.
- Alexanderson, K., & Näsman, E.** (2017a). Barns upplevelser när föräldrars missbruk upphört: "Alltså det är svårt att må bra igen". *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 34(5), ss. 400–414. Hämtad 13.4.2020 från <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1455072517732277>
- Alexanderson, K., & Näsman, E.** (2017b). Föräldrar med missbruksproblem: Möten mellan barns och föräldrars perspektiv. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(4), ss. 447–456. Hämtad 10.5.2020 från <https://socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/view/1689/1536>.
- Andersson, S. I.** (2018). *Hälsopsykologi*. (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Arksey, H., & O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. Hämtad 7.1.2021 från <https://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>
- Barnskyddslag 1.1.2008/ 417.** (Online). Hämtat från 12.5.2020 <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Black, C.** (2002). *It Will Never Happen to Me Growing Up With Addiction As Youngsters, Adolescents, Adults*. (2 uppl.). MAC publishing.
- Borge, A. I.** (2011). *Resiliens: Risk och sund utveckling*. (2., rev., uppdaterade och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Burman, E., Kvist, M. & Hult, A.** (2021). "Vi blev föräldrar till våra egna föräldrar. Vad vi inte lärde oss var att vi också var behövande, att också vi behövde omvårdnad och hjälp" - Barn till föräldrar med skadligt bruk av alkohol och hälsovårdarens möjlighet att upptäcka och stöda. [online] <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202205118485>
- Bång, C.** (2012). *Släpp kontrollen, vinn friheten! För anhöriga påverkade av missbrukets konsekvenser*. Åkersberga: Coaching & Motivation Scandinavia AB: Vulkan.
- Comfort line** (1997-). *Comfort theory topics*. Hämtad 7.9.2020 från <https://www.thecomfortline.com/>
- Cederqvist, C.** (2019). *Jag andas alltså finns jag*. Albert Bonniers förlag.
- Ferraboli, C. R., Guimarães, A. N., Kolhs, M., Galli, K. D. S. B., Guimarães, A. N., & Schneider, J. F.** (2015). Alcoolismo e dinâmica familiar: Sentimentos manifestos/ Alcoholism and family dynamics: feelings shown. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), s. 1555 Hämtat 10.5.2020 från [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27245/pdf\\_1](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27245/pdf_1)
- Folkhälsomyndigheten.** (2016). *Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld*. Hämtad 20.5.2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53abc1662c974bf498c5c16715ce4010/barn-familjer-missbruk-psykisk-ohalsa-vald-16042-webb.pdf>
- Forskningsetiska delegationen.** (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtad 10.5.2020 från [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf%20](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf%20)
- Franck, J., & Nylander, I.** (2015). *Beroendemedicin*. (2. uppl.). Studentlitteratur AB.
- Föreningen för förebyggande rusmedelsarbete (EHYT) r.f. (u.å.). Hämtad 9.4.2021 från: <https://ehyt.fi/sv/>
- Förordning om missbrukarvård 29.8.2986/653. Hämtad 24.1.2021 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860653>
- Haugland, S. H., Holmen., T. L., Ravndal, E., & Bratberg, G.H.** (2013). *Parental alcohol misuse and hazardous drinking among offspring in a general teenage population: gender-specific findings from the Young-HUNT 3 study*. *BMC Public Health*, 13(1). 2013, ss. 1140. Hämtad 17.5.2020 från <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1186/1471-2458-13-1140>
- Henricson, M.** (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 2:1.). Studentlitteratur AB.
- Hill, L.** (2015). "Don't Make Us Talk!": Listening to and Learning from Children and Young People Living with Parental Alcohol Problems. *Children & Society*, 29(5), ss. 344–354. Hämtad 24.04.21 från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/chso.12064>
- Holmila, M. J, Itäpuisto, M, & Ilva, M.** (2011). *Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12-18 years with problem drinking parents*. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 18(3), ss. 179–186. Hämtad 10.2.2021 från: <https://www.tandfonline-com.ezproxy.novia.fi/doi/full/10.3109/09687637.2010.493168>

- Holmila, M., Raitasalo, K., Tigerstedt, C. & Institutet för hälsa och välfärd.** (2016). Sukupolvien sillat ja kasvamisen karikot – vanhemmat, lapset ja alkoholi. Hämtad 22.5.2020 från [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131418/URN\\_ISBN\\_978-952-302-738-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131418/URN_ISBN_978-952-302-738-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Institutet för hälsa och välfärd (THL).** (2015). Handbok för mödrarådgivningen, nationell rekommendation. Tammerfors: Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab. Hämtat 21.4.2021 från <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-490-8>
- Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B.** (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem.* (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.
- Jennison, K. M.** (2014). The impact of parental alcohol misuse and family environment on young people's alcohol use and behavioral problems in secondary schools. *Journal of Substance Use*, 19(1/2), ss.206–212. Hämtat 19.1.2021 från <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.3109/14659891.2013.775607>
- Kolcaba, C.** (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research.* Springer Publishing Company.
- Lag om elev- och studerandevård 30.12.2013/ 1287.** Hämtad 12.5.2020 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2013/20131287>
- Lag om missbrukarvård 17.1.1986/41.** Hämtad 24.1.2021 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Lasinen lapsuus** (u.å.). *Apua lapselle.* Hämtad 9.4.2021 från: <https://lasinenlapsuus.fi/tukea/apua-lapselle>
- Mackrill, T., Elklit, A., & Lindgaard, H.** (2012). Treatment-seeking young adults from families with alcohol problems. What have they been through? What state are they in? *Counselling & Psychotherapy Research*, 12(4), ss. 276–286, Hämtat 24.4.2021 från <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.662519>
- Mannerheims barnskyddsförbund. (u.å.).** *Barn- ungdomstelefonen samt nätbrevstjänsten.* Hämtad 9.4.2021 från: <https://www.nuortennetti.fi/sv/barn-och-ungdomstelefonen-samt-natbrevstjansten/>
- Muruset.** (2021). *EHYT bueno.* Hämtad 9.4.2021 från <https://muruset.fi/>
- Nordens välfärdscenter.** (2012). *Nordens barn. Tidiga insatser för barn och familjer.* Hämtad 3.3.2021 från [https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/02/1-TidigaInsatser\\_enk.pdf](https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/02/1-TidigaInsatser_enk.pdf)
- Park, S., & Schepp, K.** (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child & Family Studies*, 24(5), ss. 1222–1231. Hämtad: 24.04.21 <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>
- Park, S., & Schepp, K.** (2017). The Patterns of Adaptation While Growing Up Under Parental Alcoholism: A Grounded Theory. *Journal of Child & Family Studies*, 26(7), ss. 1875–1887. Hämtad 24.4.2021 från <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-017-0717-5>
- Pisinger, V. S., Bloomfield, K., & Tolstrup, J. S.** (2016). Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent - child relationships among 71 988 young people in Denmark. *Addiction*, 111(11), ss. 1966–1974. Hämtad 24.4.2021 från <https://doi.org/10.1111/add.13508>
- Pisinger, V. S., Hawton, K., & Tolstrup, J.S.** (2018). Self-injury and suicide behavior among young people with perceived parental alcohol problem in Denmark: a school-based survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21 (2), ss. 201 – 208. Hämtad 2.2.2021 från <https://link-springer-com.ezproxy.novia.fi/article/10.1007%2Fs00787-017-1031-x>
- Raitasalo, K., Holmila, M., Jääskeläinen, M., & Santalahti, P.** (2019). The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(7), ss. 913–922. Hämtat 1.2.2021 från <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1007/s00787-018-1253-6>
- Sandström, S.** (2019). *Missbruk, trauma och samsjuklighet: Bemöta och behandla.* (Första upplagan.). Stockholm: Gothia utbildning AB.
- Schulman, A.** (2016). *Glöm mig.* Bookmark förlag.
- Sekasin-chat. (u.å.).** *Info.* Hämtad 9.4.2021 från: <https://sekasin247.fi/fullpage/feeds/>
- Socialvårdslag 30.12.2014/1301.** Hämtat från 24.1.2021 <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Solantaus, T. Institutet för hälsa och välfärd, THL.** (2017). *Miten huolehdin lapsistani.* Hämtad 9.4.2021 från [https://mieli.fi/sites/default/files/materials\\_files/miten-huolehdin-lapsistani-opaskirja.pdf](https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/miten-huolehdin-lapsistani-opaskirja.pdf)
- Sotkanet.** (2020). *Andelen personer som dricker för mycket alkohol.* Sotkanet. Hämtad 22.5.2020 från <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/metadatas/indicators/4412>
- Sundström, J.** (2014). *Håll käften unge.* Lindskog förlag.
- Söderlund, A., & Lundell, S.** (2015). *Djävulsdansen: Bli fri från medberoende.* Stockholm: Bladh by Bladh.

- Tinnfält, A., Fröding, K., Larsson, M. & Dalal, K.** (2018). "I Feel It In My Heart When My Parents Fight": Experiences of 7-9-Year-Old Children of Alcoholics. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 35(5), ss. 531–540. Hämtad 24.4.2021 från <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10560-018-0544-6>
- Understödsföreningen för svenskspråkig missbrukarvård r.f., USM. (u.å.).** *Ninni – för de bortglömda barnen.* Hämtad 9.4.2021 från <https://www.missbrukarvard.fi/barn>
- Världshälsoorganisationen. (u.å.).** *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Hämtad 24.3.2021 från [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf?ua=1)
- Världshälsoorganisationen. (2019).** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.* Hämtad 24.1.2021 från <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10.2>
- Werner, A., & Malterud, K.** (2016). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 11, ss. 1 –N.PAG. Hämtad 2.2.2021 från <https://www.tandfonline-com.ezproxy.novia.fi/doi/full/10.3402/qhw.v11.30673>

## 6 Reflektioner

Ann Backman och Maj-Helen Nyback

Vuxnas våld och övergrepp mot barn är ett tabubelagt område vilket rapporten ovan visar. Föräldrars skadliga bruk av alkohol drabbar många barn. Samarbete mellan många olika professioner diskuteras i många sammanhang för att stävja våldet, minska skadligt bruk av alkohol och därigenom kunna trygga alla barns uppväxt. Bland professionella möts inte alltid förväntningar på samarbete. Det finns även olika syn på vad samarbete innebär. I rapporten används olika benämningar på samarbete mellan professioner. Med **mångprofessionellt samarbete** menas inom social- och hälsovården arbetsätt där personer med olika professioner eller personer från olika organisationer arbetar tillsammans utifrån klientens behov och önskan medan ett **multiprofessionellt arbetsätt** karakteriseras av att medlemmar självständigt arbetar sida vid sida och delar med sig av vad som gjorts. Ett **interprofessionellt arbetsätt** förutsätter gemensamma arbetsprocesser för att planera, genomföra och utvärdera vård och behandling. Kompetens i mångprofessionell samverkan är centralt och innefattar kunnande i samarbete, nätverksarbete och i det sektorövergripande arbetet. Oberoende av begrepp och innebörd av begrepp kan vi enas kring att det är viktigt att vi från alla professioner utökar vårt samarbete för barnets bästa.

Barns illabefinnande påtalas ofta och med ökad forskning får vi en bättre förståelse för de mekanismer som kan leda till att ett barn far illa. Det är också forskning och utökad kunskap som skall hjälpa oss alla att förstå vilka verktyg vi behöver för att kunna stöda barns och familjers välmående. Sedan 1980-talet har attityder mot disciplinärt våld blir mer negativt. Nu finns en ny oroväckande trend i samhället som visar att attityder i förhållande till våldsdisciplinära åtgärder mot barn har blivit mer godkännande. Det innebär att en större andel anser att våld som stävar till att tillrättvisa barn och korrigera beteende är mer accepterat än för några år sen. Det finns även en minskad kännedom om att våld riktat mot barn är förbjudet i lagen. Detta gäller framför allt personer som är under 25 år. Det innebär att kommunikationen och informationen om barns rättigheter bör ökas, inte bara bland professionella utan även bland befolkningen.

Rapporten utgör ett viktigt tidsdokument, den beskriver den kunskap, de trender och metoder som idag finns tillgängliga. Det förebyggande barnskyddet medför idag en speciell utmaning när de nya välfärdsområdena skapas och nya samarbetsstrukturer skall byggas upp jämt mot bildningen. Samarbetet bör vara såväl mångprofessionellt som multiprofessionellt och det bör karaktäriseras av intraprofessionalitet, att detta för att vi skall få gemensamma strukturer och metoder att använda. Det förebyggande arbetet behöver göras på lång sikt och det är många faktorer som inverkar på utgången av åtgärderna.

I rapporten lyfter skribenterna upp olika möjligheter och hinder för det mångprofessionella samarbetet, men även vikten av att alla professionella bär ansvar för det egna arbetet samt att professionella bör och ska arbeta holistiskt så att barn och familjer får den hjälp som behövs. Samhället och förutsättningar för en god vardag ändras i snabb takt. Barn och unga är ofta de som först reagerar på olika missförhållanden. Olika reformprojekt satsar på förebyggande insatser, nya metoder och en evidensbaserad verksamhet där t.ex. delaktighet och utvärdering är centrala hörnstenar i utvecklingsarbetet. Utbildning, fortbildning och kompetensutveckling behövs bland alla professionella som möter barn för att kunna svara mot de föränderliga behoven.

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

Yrkeshögskolan Novia har ca 4500 studerande och personalstyrkan uppgår till ca 320 personer. Novia är den största svenskspråkiga yrkeshögskolan i Finland som har examensinriktad ungdoms- och vuxenutbildning, utbildning som leder till högre yrkeshögskoleexamen samt fortbildning och specialiseringsutbildning. Novia har utbildningsverksamhet i Vasa, Jakobstad, Raseborg och Åbo.

Yrkeshögskolan Novia är en internationell yrkeshögskola, via samarbetsavtal utomlands och internationalisering på hemmaplan. Novias styrka ligger i närvaron och nätverket i hela Svenskfinland.

Novia representerar med sitt breda utbildningsutbud de flesta samhällssektorer. Det är få organisationer som kan uppvisa en sådan kompetensmässig och geografisk täckning. Högklassiga och moderna utbildningsprogram ger studerande en bra plattform för sina framtida yrkeskarriärer.

Yrkeshögskolan Novia  
Rektorat  
Wolffskavägen 31  
65200 Vasa, Finland  
Tfn +358 (0)6 328 5000 (växel),  
[www.novia.fi](http://www.novia.fi)

Antagningservice  
Wolffskavägen 33  
65200 Vasa  
[antagningservice@novia.fi](mailto:antagningservice@novia.fi)  
[admissions@novia.fi](mailto:admissions@novia.fi)

Yrkeshögskolan Novia upprätthåller en publikations- och produktionsserie för att sprida information och kunskap om verksamheten såväl regionalt, nationellt som internationellt.

Publikations- och produktionsserien är indelad i sex kategorier:

R - Rapporter • P - Produktioner • A - Artiklar • L - Läromedel • S - Studerandes arbete • RS - Reseskildring

Läs våra senaste publikationer på [www.novia.fi/forskning/novias-publikationsserie](http://www.novia.fi/forskning/novias-publikationsserie)