FÖRSTA LINJE BOKEN

Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa

UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

Framtaget av Uppdrag Psykisk Hälsa på Sveriges Kommuner och Landsting

Förord

Att ibland må dåligt är en del av livet och den normala utvecklingen. Vårdnadshavare och andra vuxna i barnets närhet, till exempel förskolepersonal eller lärare, kan ofta upptäcka och förändra hur barnet eller den unga har det på ett sätt som gör att hen mår bättre. Föräldrautbildning och en allmän grundkunskap hos alla som arbetar med barn om psykisk hälsa är en viktig grund.

Om måendet hindrar barnet eller den unga från att göra det hen brukar eller medför lidande för den enskilde eller anhöriga behöver det finnas snabb tillgång till stöd och hjälp, oberoende av om skälen är psykiska, medicinska, sociala eller pedagogiska. Annars finns risk för att måendet utvecklas till psykisk ohälsa med negativa konsekvenser för till exempel skolgång, social utveckling och etablering som vuxen.

I internationella undersökningar av barn och ungas uppväxtvillkor rankas Sverige ofta högt, även jämfört med många andra välfärdsländer.[1] Samtidigt finns tecken på att den psykiska hälsan hos barn och unga i Sverige under en längre period försämrats. Den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor (HBSC) visar att psykiska och somatiska besvär ökat bland skolbarn (11, 13 och 15 år) sedan mitten av 1980-talet. Den senaste mätningen (2013/2014) visar en fortsatt ökning.[2] I Sverige uppger nästan vart femte barn att de har dagliga psykosomatiska hälsoproblem som huvudvärk och illamående. Det är den högsta siffran i Skandinavien. Flickor mår i allmänhet sämre än pojkar.[3]

Under 2000-talet har flera nationella satsningar gjorts för att utveckla insatserna för barns och ungas psykiska hälsa. Man har bland annat ökat tillgängligheten till den specialiserade barnpsykiatrin och byggt upp en första linje som kan ge tidiga insatser när barn och unga visar tecken på, eller risk för, psykisk ohälsa. Under senare år har flera olika typer av förstalinjeverksamheter vuxit fram, både landstingsdrivna och i kommunal regi. Men i många län saknas fortfarande beslut kring ansvarsfördelningen av tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa. Det saknas också nationella vägledningsdokument kring vad första linjens verksamheter tillsammans bör erbjuda i form av stöd och hjälp. Otydligheten medför att barn och unga fortsätter att ’falla mellan stolarna’. Det här arbetsmaterialet är framtaget för att driva på diskussionen om första linjens innehåll i syfte att ge barn och unga snabb tillgång till likvärdiga och bra insatser vid tidiga tecken på, eller risk för, psykisk ohälsa.

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef för Uppdrag Psykisk Hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting

Stockholm, juni 2017

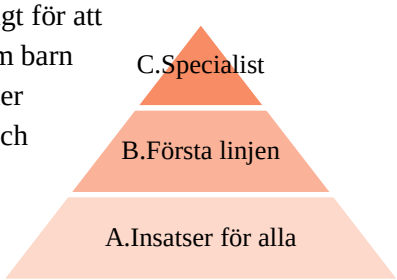
[1] UNICEF (2013)
[2] Folkhälsomyndigheten (2014)
[3] UNICEF (2016)

Innehåll

Inledning ... 4
Läsanvisning ... 4
Bakgrund ... 7
Del 1. Allmänt om första linjen ... 8
Organisatoriska modeller ... 8
Helhetssyn ... 10
Insatser ... 11
Tillgänglighet ... 17
Del 2. Kartlägga och definiera behov ... 20
Snabbt lotsa vidare vid akuta eller svåra tillstånd ... 20
Berätta om ramarna ... 20
Kontaktorsak en given utgångspunkt ... 21
Att kartlägga i lagom omfattning ... 22
Formulär och checklistor ... 24
Analysera och formulera ... 24
Diagnostisera eller inte ... 26
Del 3. Att ge stöd och behandling ... 28
Barn och unga med flera problem samtidigt ... 29
Barn och som känner rädsla, oro eller ångest ... 33
Barn och unga som är ledsna eller nedstämda ... 39
Barn och unga som har svårigheter med stress ... 47
Barn och unga som har svårt att reglera uppmärksamhet och energi ... 52
Barn och unga med särskild begåvning (särbegåvning) ... 57
Barn och unga som har svårigheter med sömnen ... 61
Barn och unga med psykisk ohälsa kopplad till kroppen ... 64
Barn och unga med oro kopplad till identitet och framtid ... 69
Barn och unga med ätproblem ... 74
Barn och unga som gör illa sig själva ... 77
Barn och unga med beteendeproblem ... 80
Barn och unga med riskbruk, missbruk eller beroende ... 85
Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel ... 89
Barn och unga med besvärlig hemsituation ... 96
Barn och unga som utsätts för kränkande behandling ... 102
Barn och unga som upplevt kris eller trauma ... 105
Barn och unga som flytt ... 109
Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik ... 117
Bilaga 1. Frågor i övergripande kartläggning ... 120
Bilaga 2. Exempel på instrument och checklistor ... 126
Källor ... 128

Inledning

För de flesta barn och unga är främjande insatser såsom bra skolgång tillräckligt för att må bra och utvecklas. En del behöver stöd eller behandling. Det kan handla om barn och unga som tillhör en riskgrupp, barn som befinner sig i en svår situation eller barn som är sårbara i sig själva. Av dessa behöver en liten grupp omfattande och specialiserade insatser.



Figur 1. Insatser ges på olika nivå

Modellen med A) främjande insatser för alla, B) förebyggande och tidiga insatser respektive C) specialiserade insatser kan illustreras som en pyramid. I botten ryms de hälsofrämjande samhällsinsatser som ges alla barn och unga (föräldragrupper på BVC, ungdomsmottagningar, familjecentraler, elevhälsa m m). I toppen finns de specialiserade insatser som barn och unga med omfattande eller allvarlig problematik behöver (till exempel insatser från BUP). I mellanskiktet finns den så kallade ’första linjen för barn och ungas psykiska hälsa’.

Insatser i första linjen ska ges med en helhetssyn på psykisk hälsa och barnets och den ungas situation. Det innebär att första linjen ska kunna erbjuda stöd och hjälp oberoende av om skälen är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska.

Syfte

Syftet med stödmaterialet är att ge en samlad bild av vilka insatser första linjen kan eller skulle kunna erbjuda barn, unga och anhöriga. Det innebär att fokus för det här materialet är att försöka identifiera vad första linjen kan göra (innehållet), utan att gå in på vilken aktör som ska genomföra det eller med vilken organisation. Vi i Uppdrag Psykisk Hälsa inser att detta kan stressa läsaren, men tror att det bästa angreppssättet är att se det ur barnperspektiv och fokusera på vilka insatser som behövs för att möta behovet hos barn och unga. (läs mer om materialets avgränsningar på s. 6).

Materialet ska ses som ett arbetsdokument som kommer att förändras över tid. Det kan användas i lokala diskussioner om första linjens innehåll, resurs-, kompetens- och ansvarsfrågor samt vara underlag vid framtagandet av nationella vägledningsdokument. Förhoppningsvis kan arbetsmaterialet bidra till att de barn, unga och familjer som behöver stöd får rätt insatser på rätt nivå.

Läsanvisning

Arbetsmaterialet riktar sig till dig som arbetar med, planerar eller ansvarar för stöd- och hjälpinsatser för barn och unga med tidiga tecken på eller risk för psykisk ohälsa. Eftersom materialet har ett brett perspektiv på vad första linjen kan erbjuda är det troligen många läsare som från organisatorisk hemvist bara kommer vara direkt berörda av en del av materialet. Vi tror att det är viktigt att få möjlighet att se helheten och vad andra delar av första linjen kan innehålla.

Materialet är i en första version. Avsikten är att revidera innehållet allt eftersom kunskapsläget förändras. Ytterligare avsnitt är redan nu under planering, bland annat om uppföljning och om psykisk hälsa och ohälsa hos de yngsta barnen.

Disposition

Utöver det inledande kapitlet är arbetsmaterialet indelat i tre delar.

Del 1 – Allmänt om första linjen

I kapitlet diskuteras helhetssyn, målgrupp, arbetssätt och tillgänglighet.

Del 2 – Kartlägga och definiera behov

Kapitlet behandlar första linjens uppgift att hjälpa barn, unga och anhöriga att reda ut och ringa in vilket stöd de vill ha eller behöver.

Del 3 – Att ge stöd och behandling

Kapitlet handlar om hur första linjen kan stödja barn, unga och anhöriga. Den här delen utgår ifrån de problem som barn, unga och anhöriga kan ha när de kommer till första linjens verksamheter.

Avgränsningar

Arbetsmaterialet tar inte ställning till val av organisationsform eller ansvarsfördelning. Materialet behandlar inte heller juridiska förutsättningar eller kompetenskrav för olika typer av insatser. Utgångspunkten brukar traditionellt vara att fokusera på vilka verksamheter som har ett ansvar snarare än vilka insatser som behövs för att möta behovet hos barn och unga. Det leder inte sällan till ett positionerande och en diskussion om gränsdragningar snarare än dialog om hur vi tillsammans skapar en organisation som svarar mot verksamheternas egentliga syfte. Vi i Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL, tror att det är en mer framkomlig väg att skifta från ett organisationsperspektiv till ett barnperspektiv med fokus på innehåll från barns, ungdomars och familjers behov. Sedan kan en gemensam definition av innehållet användas som underlag för vidare diskussioner om kompetenskrav, ansvarsfördelning, behov av forskning och kunskapsstöd samt eventuella lagändringar.

Ograderade metoder

För att främja likvärdighet och kvalitetssäkrade insatser vore det önskvärt med en gemensam ståndpunkt inom och mellan verksamheter om hur bedömningar görs och vilka åtgärder som ges i första linjen utifrån medicinska, psykologiska, (psyko)sociala och pedagogiska aspekter. En sådan gemensam ståndpunkt skulle i första hand grundas på evidens och vid brist på evidens skulle den baseras på beprövad erfarenhet. Detta stödmaterial tar upp arbetssätt och metoder som är erfarenhetsbaserade exempel på hur man arbetar i första linjen idag. Därmed inte sagt att alla första linjeverksamheter arbetar på samma sätt eller att samma metoder förekommer i alla verksamheter. Uppdrag Psykisk Hälsa anser att det vore värdefullt om någon eller några av kunskapsmyndigheterna gjorde en översikt och gradering av första linjens kunskapsläge för tidiga insatser, screeninginstrument samt stöd- och behandlingsmetoder vid lindriga till medelsvåra problem. Och sedan initierade forskningsstudier där metoder saknas. Det vore önskvärt med ett systematisk förfarande för att få en samlad bild av vilka problemställningar och i vilka lägen professionen uppfattar att kunskapsunderlag saknas eller inte ger tillräcklig vägledning.

Vad menas med psykisk hälsa och psykisk ohälsa?

Enligt WHO är psykisk hälsa ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hen lever i.[4] Forskningen är inte enig om vad det i praktiken innebär.[5] I det här dokumentet menas med psykisk hälsa att ”må okej” de flesta dagar. Att med jämna mellanrum uppleva både toppar och dalar som en naturlig del av livet och utvecklingen, och att ha en fungerande vardag i familj, skola och med kompisar.

I det här dokumentet avses med psykisk ohälsa hos barn och unga, i enlighet med Socialstyrelsens definition, ”psykiska symptom som påverkar barnets eller den unges känslomässiga välbefinnande och hindrar optimal utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter”.[6] Det innebär en bredare definition än de olika psykiska sjukdomar som det finns diagnoser för.

Barn och unga kan visa tecken på psykisk ohälsa av olika skäl, vanligen beskrivet i termer av arv och miljö. Alla människor har olika förmågor och förutsättningar att hantera det som händer i livet. Sviktande förmågor och förutsättningar kan benämnas som sårbarheter, hur lätt sårbarheten triggas och under vilka omständigheter är olika för olika personer. Graden av sårbarhet och motståndskraft kan också förändras över tid, till exempel beroende på om ett barn växer upp i en trygg eller otrygg miljö och vilka strategier hen lär sig för att hantera olika svårigheter.

Ibland talas om risken för att medikalisera eller sjukdomsförklara reaktioner som är en normal respons på svåra omständigheter, till exempel en kris i familjen eller sociala missförhållanden. Om den psykiska ohälsan orsakas av omständigheter i barnets eller ungdomens miljö är det naturligtvis nödvändigt att både stödja barnet eller den unga och att förändra miljön, till exempel genom föräldrastöd eller konsultativt stöd till skolpersonal.

Ord och begrepp

I det här dokumentet har vi valt ord och begrepp som ska passa olika typer av förstalinjeverksamheter och professioner. Vår strategi har varit att försöka använda ett vardagligt språk och undvika facktermer. För att öka läsbarheten används ibland synonyma begrepp istället för den juridiska termen.

Liten begreppsförklaring:

Vårdnadshavare *Anhörig* *Förälder*	Används synonymt i dokumentet för att beteckna som den eller de personer som i kontakt med vården är förälder eller fungerar som ställföreträdande förälder.
Familj	Betecknar i dokumentet både biologiska och andra familjemedlemmar som är betydelsefulla för barnet eller den unga.
Skola	Är i dokumentet synonymt med både förskola, skola och andra utbildningsformer.

[4] Bremberg, S. & Dalman, C. (2015) [orig. WHO]
[5] Ibid.
[6] Socialstyrelsen (2016a)

Bakgrund

Att det finns för lite utrymme för tidiga insatser och bristande samverkan är exempel på kända utmaningar vad gäller insatser för barn och unga. Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen har i flera år kommit överens om utvecklingssatsningar för att stödja kommuner och landsting att förbättra sitt arbete för barn och ungas psykiska hälsa. Sedan 2009 har ett fokusområde varit att stödja kommuner och landsting att utveckla sina tidiga insatser till barn och unga som visar tidiga tecken på eller är i risk för att utveckla psykisk ohälsa – stöd och hjälp i den så kallade *första linjen.* Utvecklingssatsningarna[7] har bedrivits med stöd av ett centralt projektkansli på Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringen har i 2016 års överenskommelse (s k Uppdrag Psykisk Hälsa: Aktion 2016) varit tydliga med att man vill ha ökat fokus på förebyggande och tidiga insatser. Att tydligt definiera innehållet i första linjen är en del i arbetet med att identifiera vilka tidiga insatser[8] vi kan göra idag. Det här arbetsmaterialet initierades inom ramen för 2016 års satsning och är en fortsättning på tidigare års utvecklingsarbete. En betydande del av innehållet har tagits fram i dialog med professionella (psykologer, socionomer, läkare, specialpedagoger m fl) från olika förstalinjeverksameter under två arbetsdagar i Stockholm i augusti 2016.

Stödmaterialet har också beröringspunkter med *Positionspapper – Psykisk hälsa, barn och unga* (2016) som uttrycker SKL:s ställningstaganden om hur kommuner och landsting/regioner bör agera samt vilket ansvar staten har.

Kartläggning av första linjen

Under 2014 genomförde projektet Psynk – psykisk hälsa barn och unga (SKL) en kvantitativ kartläggning av förstalinjeverksamheter. Kartläggningen visade att barn, unga och anhöriga som söker hjälp i första linjen är en mångskiftande grupp. En stor del av barnen och ungdomarna hade problem med oro och ångest (32 procent) eller nedstämdhet (22 procent). Utöver oro, ångest och nedstämdhet var familjerelaterad problematik, aggressivitet, koncentrationssvårigheter och skolsvårigheter vanliga sökorsaker för yngre barn. För tonåringar var – utöver oro, ångest och nedstämdhet – familjerelaterad, skolrelaterad och relationsrelaterad problematik vanligast.[9]

Kunskapen från kartläggningen har tillsammans med samtal med praktiker i första linjen för barns psykiska hälsa och experter inom psykiatri varit utgångspunkter för urvalet av målgrupper för förstalinjeinsatser som beskrivs i del tre av arbetsmaterialet (ss. 28)

[7] Modellområdesprojektet 2009-2011 (SKL, 2012); Psynk – Psykisk hälsa barn och unga 2011-2014 (SKL, 2015a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2015 (SKL, 2016a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2016 (SKL, 2017).
[8] Uppdrag Psykisk Hälsa (SKL) har tillsammans med professionsföreningar tagit fram ett dokument som kallas ”Tidiga listan – börja med barnen”, om vad vi menar med tidiga insatser (SKL, 2014).
[9] SKL (2015b)

Del 1. Allmänt om första linjen

Organisatoriska modeller

Idag finns ingen tydlig reglering om vad som ska göras i olika verksamheter eller av olika huvudmän när det gäller första linjen. Det innebär att olika landsting och kommuner har olika lösningar för att tillgodose behovet av en första linje. I följande avsnitt ges en förenklad beskrivning av hur olika typer av verksamheter kan ge förstalinjesinsatser. Bilden kommer följaktligen inte stämma in på alla landstings och kommuners modell för att erbjuda en första linje för barns och ungas psykiska hälsa.

Samlad eller uppdelad kompetens

Första linjens breda uppdrag förutsätter kompetens inom flera olika kunskapsområden, t ex psykologi, psykosocialt arbete, somatisk vård och pedagogik. En samlad första linje innebär att huvudmännen samlat olika förstalinjekompetenser under samma tak, som för besökaren framstår som en och samma verksamhet. Med en samlad första linje är det lätt för barn, unga och deras föräldrar att hitta rätt eftersom det finns en tydlig samlad plats där hjälp kan erbjudas. En annan modell är att dela upp ansvaret mellan olika verksamheter. Oberoende av modell behöver det finnas en tydlighet i hur samverkan och ansvarsfördelning mellan kompetenser och mellan verksamheterna ska se ut.

Olika verksamhetstyper med gemensam målsättning

I alla kommuner och landsting finns verksamheter som på olika sätt arbetar för barns och ungas psykiska hälsa. Verksamheternas uppdrag brukar antingen ha tyngdpunkt på det främjande och förebyggande arbetet – till exempel elevhälsan – eller på stödjande och behandlande insatser – till exempel BUP. Många landsting har fattat beslut om att låta barnhälsovården, primärvården eller specialistpsykiatrin utföra första linjens insatser för psykisk hälsa. I praktiken ges insatserna inte sällan av flera verksamheter, även om någon del av organisationen har ett mer uttalat uppdrag. På frågan om vilka kommunala verksamheter som har uppgifter inom första linjen för barns och ungas psykiska hälsa brukar elevhälsa, socialtjänst och verksamheter med delat huvudmannaskap, såsom familjecentraler eller ungdomsmottagningar, nämnas.[10] I de flesta län finns idag verksamheter som har uppdraget att vara första linjen för barns och ungas psykiska hälsa som huvuduppdrag. Dessa verksamheter kan drivas antingen av kommunen, landstinget eller med delat huvudmannaskap.

Juridiska förutsättningar

Insatser vid psykisk ohälsa hos barn och unga kan erbjudas med stöd i olika lagstiftningar. Vanligast är att stöd erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen eller skollagen. Det händer att barn och unga behöver flera insatser och att dessa erbjuds enligt flera olika lagstiftningar samtidigt. Det kan till exempel handla om barn och unga med koncentrationssvårigheter som får behandling för ADHD enligt hälso- och sjukvårdslagen och samtidigt erbjuds extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan enligt skollagen. Det finns även insatser som kan erbjudas med stöd i flera lagstiftningar. Till

[10] SKL (2015c)

exempel kan riktat föräldrastöd erbjudas enligt skollagen, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

För barn och unga och deras föräldrar är det oftast oviktigt vilken lagstiftning som reglerar den insats som erbjuds. För kommuner och landsting har lagstiftningen däremot stor betydelse för vad olika verksamheter och professioner kan erbjuda i form av stöd och hjälp, dokumentation och uppföljning samt vilken rättssäkerhet som finns kring insatserna. Kommuner som förlagt en del av rådgivningsinsatserna inom första linjen till socialtjänstens Råd- och servicefunktioner följer till exempel annan reglering kring utredning och dokumentation än vad som gäller för insatser som ges vid biståndsbedömning enligt Socialtjänstlagen.

Trots brister och utmaningar förknippade med nuvarande lagstiftning anser vi, Uppdrag Psykisk Hälsa (SKL), att det går att bedriva bra förstalinjearbete. En större fråga är i vår mening att, givet nuvarande lagstiftning, att säkra tillgången till förstalinjeinsatser för alla barn, unga och familjer som behöver dem. För att nå dit behöver kommuner och landsting göra en gemensam analys och tillsammans se till att resurserna inom deras geografiska område är tillräckliga på både förstalinje- och specialistnivå. För lite resurser totalt sett kan aldrig fullt ut kompenseras av god samverkan utan kommer visa sig i bristande tillgänglighet i en eller flera delar av verksamheterna.

Samverkan med elevhälsa och skola

Att klara skolan är enligt forskning den enskilt viktigaste faktorn för barns framtida hälsa.[11] Ibland är svårigheter i för-/skolan en orsak till att en elev visar symptom på ohälsa, det kan till exempel handla om att eleven inte stimuleras utifrån sina förutsättningar (t ex vid inlärningssvårigheter eller särbegåvning) eller till följd av kränkande behandling. Det är i första hand för-/skolans ansvar att skapa en välfungerade arbetsmiljö och lärandesituation. Elever som får insatser för psykisk hälsa, psykiska eller psykosociala besvär av första linjen kan behöva anpassningar och stöd så att de klarar skolan på bästa sätt utifrån sina förutsättningar. God samverkan mellan skola och andra verksamheter som ger stöd till barn och unga kan ha avgörande betydelse för hur effektivt en insats verkar i elevens vardag.

I skollagen har lagstiftaren för elevhälsans del tydliggjort sambandet mellan lärande och hälsa genom att markera att elevhälsans uppgift både är att stärka skolans hälsofrämjande och förebyggande arbete och att stödja elevens utveckling mot utbildningens mål.[12] Enligt lagen ska eleverna ha tillgång till medicinsk, psykosocial, psykologisk och specialpedagogisk kompetens. Socialstyrelsen och Skolverket har tagit fram vägledningsdokument[13] för den samlade elevhälsan, men fortfarande finns ett stort tolkningsutrymme för vad elevhälsan kan göra för barns och ungas psykiska hälsa. Det innebär att insatser för psykisk hälsa kan se mycket olika ut mellan kommuner och mellan skolor. I några kommuner har elevhälsan åtagit sig ett större ansvar för att ge insatser vid tecken på psykisk ohälsa än vad skollagen kräver. Variationen syns också i den faktiska tillgången till elevhälsans

[11] Det ömsesidiga sambandet mellan skolprestation och psykisk hälsa har lyfts av bland annat Kungliga Vetenskapsakademien (KVA, 2010), Socialstyrelsen (2010a) och Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO, Regeringskansliet, 2012). Sambandet indikerar att god hälsa ger ett ökat välbefinnande vilket ger bättre förutsättningar för lärande. Lärande i sig och att gå ut skolan med godkända betyg har i sin tur samband med minskad ohälsa, kriminalitet och utanförskap på kort och lång sikt. Ju tidigare en elev avslutar sina studier, desto sämre är framtidsutsikterna, och elevgrupper med låga eller ofullständiga betyg från grundskolan har kraftigt förhöjda risker för framtida psykosociala problem. Elever med psykisk ohälsa eller svårigheter i hemmet får ofta svårt att koncentrera sig i skolan.

[12] Inriktningen ska främst vara främjande och förebyggande, och i mindre proportion åtgärdande. (Skolverket, 2014; Socialstyrelsen, 2016b).

[13] Socialstyrelsen (2016b)

professioner, vilket bland annat uppmärksammats av Skolinspektionen.[14] Under 2017 pågår ett arbete inom Uppdrag Psykisk Hälsa (SKL) för att ta fram ett metodstöd som beskriver hur elevhälsan kan arbeta främjande, förebyggande och åtgärdande med psykosociala insatser.[15]

Elevhälsans breda kompetens och den vardagsnära kontakten mellan elevhälsans professioner, barn och unga samt skolans personal ger en unik möjlighet att upptäcka barn och unga som mår dåligt, ge tidiga insatser och att lotsa barn, unga och anhöriga att hitta rätt hjälp i annan verksamhet.

Helhetssyn

Principen om att sätta barnets bästa i främsta rummet är enligt Barnrättsutredningen (SOU 2016:19) en av de tydligaste bristerna när det gäller Barnkonventionens genomslag i Sverige. Istället för att utgå ifrån det enskilda barnets situation tas ofta större hänsyn till generella uttalanden i förarbeten, policydokument och andra riktlinjer.

För första linjens verksamheter betyder principen om barnets bästa (Artikel 3) till exempel att stöd och behandling ska utgå ifrån en helhetssyn på barnet och barnets situation, där man förstår att psykisk hälsa, kroppsligt tillstånd, hem- och skolsituation (omgivningsfaktorer) påverkar varandra och bildar en helhet.

Det innebär med nödvändighet att det inte går att göra någon isolerad analys av barnet eller den unga utan att hen måste förstås i ett sammanhang, till exempel utifrån kunskap om hemmiljö eller skolsituation. Målsättningen med en första linje kan därför vara att kunna möta barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt – oavsett om problemet har psykologiska, relationella, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker.

Erfarenheten från tidigare utvecklingsarbete inom första linjen är att samsyn och samverkan inom och mellan verksamheter gör att verksamheter som ingår i första linjen kan ge bättre insatser än om varje profession och verksamhet agerar var för sig.[16] Här följer några exempel på hur helhetssyn konkret kan märkas i första linjens verksamheter.

Öppen dörr och låga trösklar

Det är odramatiskt att söka hjälp i första linjen eftersom den är lättillgänglig och inte har krav på att ’kvalificera’ för att få stöd.

Första linjen har ett generöst erbjudande om att erbjuda stöd och hjälp oavsett problemets art. Det innebär att första linjen eftersträvar en helhetsbild av barnet, ungdomen och dess sammanhang. Alla förstalinjemottagningar kan inte hjälpa till med alla typer av problem, men alla förstalinjeverksamheter kan identifiera orsaker till psykisk ohälsa och vid behov lotsa till ”rätt” verksamhet för det problemet.

För att kunna göra en bred kartläggning och ge insatser vid sammansatta svårigheter har första linjen tillgång till multidisciplinär kompetens. Arbetssätt och metoder väljs utifrån evidens och beprövad erfarenhet framför tradition och ideologi.

[14] Skolinspektionen (2015)
[15] SKL (2016b)
[16] Modellområdesprojektet 2009-2011 (SKL, 2012); Psynk – Psykisk hälsa barn och unga 2011-2014 (SKL, 2015a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2015 (SKL, 2016a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2016 (SKL, 2017).

Att se och använda det sociala nätverket

I första linjen eftersträvas arbetssätt som involverar och drar nytta av barnets eller ungdomens nätverk, både hemma, i skolan och på fritiden.

Första linjen ser hela den närmsta kretsen, både föräldrar, syskon och andra viktiga personer i barnets eller den ungas liv, och tar hänsyn till den ömsesidiga påverkan mellan anhöriga. Det kan till exempel innebära att ge stöd med hänsyn till samtidiga insatser för en förälder inom vuxenpsykiatrin, eller att stötta syskon som påverkas av belastningen i familjen.

Samverkan och samordning

Det finns upparbetade kanaler och rutiner för samarbete och samverkan, till exempel för dialog kring samordnade individuella planer (SIP), hänvisningar eller remisser.

Det finns många fördelar med att låta barnet eller ungdomen behålla den samtalskontakt som hen fått förtroende för, oberoende om det är på första linjen eller på BUP. Ofta är det vad barn och anhöriga själva vill, då orken kanske inte finns att ”börja om” med en ny person. För första linjen kan det innebära ett scenario där barnet/anhöriga får fortsatt stöd av första linjen och att första linjens personal får handledning av BUP. På motsvarande sätt skulle BUP under loppet av en längre tids behandling även kunna erbjuda förstalinjeinsatser till syskon så att familjen kan ges ett sammanhållet stöd.

Stöd och behandling, vare sig på förstalinjenivå eller på BUP, får i princip alltid ett bättre utfall om det samtidigt förs en dialog med den främjande-/förebyggande nivån – vanligen förskola eller skola.

Insatser

I följande avsnitt avses med insatser alla typer av aktiviteter eller uppgifter som första linjen kan göra eller ha. De typer av insatser som tas upp i avsnittet är:

1) att främja och förebygga,

2) att ringa in och definiera problem,

3) att hänvisa och remittera,

4) att vara ett konsultativt stöd för andra verksamheter och

5) att ge stöd och behandling enskilt eller i grupp.

Exempel på tillvägagångssätt för att ringa in och definiera problem respektive ge stöd och behandling fördjupas i del två respektive tre i arbetsmaterialet.

Främjande och förebyggande insatser

Hälsofrämjande arbete fokuserar på de faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa snarare än vad som orsakar sjukdom (det salutogena perspektivet) och lägger stor vikt vid egenmakt (empowerment), delaktighet och ett holistiskt angreppssätt.[17] Första linjens huvuduppdrag är att ge insatser när det finns

[17] Det salutogena perspektivet: att fokusera på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa snarare än vad som orsakar sjukdom. Egenmakt: processen för att möjliggöra för individ eller grupp att ta kontrollen över sitt liv och sin hälsa, ofta genom utbildning och lärande (eng. Empowerment). Delaktighet: att bygga sitt arbete på de berördas egen analys av nuläget

tecken på eller risk för psykisk ohälsa medan ett hälsofrämjande arbete generellt riktar sig till alla i en befolkning. I mötet med barn och unga som visar tecken på problem kan första linjen använda hälsofrämjande metoder, till exempel genom att ta till sig ett lösningsfokuserat förhållningssätt och att lyfta fram och stärka det som fungerar väl hos individen och i det sociala sammanhanget.

Förebyggande arbete tar sin utgångpunkt i kunskapen om orsakerna till sjukdom och ohälsa, (det patogena perspektivet) och syftar till att förhindra uppkomsten av sjukdomar, skador eller problem (primär prevention) och att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av existerande problem eller att ett problem återuppstår (sekundär prevention).[18] Tanken är att det går att minska risken för ohälsa genom att minska riskfaktorernas inflytande på individens hälsa och samtidigt stärka skyddsfaktorer.[19] Det kan till exempel innebära att göra riktade insatser för att försäkra att hälsofrämjande insatser även når barn med överrisker för psykisk ohälsa, till exempel barn och unga som har det svårt hemma eller har svårt att klara skolan. I praktiken kan förebyggande arbete ske ute på boenden (t ex asylboenden, familjehem, HVB-hem) eller genom aktiv rekrytering till riktade föräldrastödsgrupper.

Konsultation till personal

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan också ges indirekt till barn och unga genom att utbilda och handleda personer som möter barn och unga i sitt arbete, till exempel inom för-/skola, elevhälsa och fritidsföreningar. Utbildningar kan handla om hur personalen kan bli bättre på att upptäcka barn eller ungdomar som mår dåligt, vad verksamheten kan göra själv för att underlätta för barn och unga som mår dåligt, och när och vart verksamheten kan hänvisa barn, unga eller deras anhöriga. Konsultationer kan ges både i grupp och enskilt, även kring specifika barn och unga förutsatt att anhöriga och/eller eleven gett samtycke till det. Ett sätt att samordna insatserna kring enskilda elever är genom samordnad individuell plan (SIP).

Kartlägga och definiera problem, frisk- och riskfaktorer

Barn och unga kommer till första linjen för att de själva eller någon i deras närhet (anhörig, närstående eller annan) upplever att barnet eller den unga mår dåligt och kan behöva stöd eller hjälp. Ibland överensstämmer sökorsaken med det faktiska problemet men ofta kan barnet, den unga och familjen behöva hjälp att reda ut och sortera i förklaringarna till måendet. Metoden för att ringa in symptom och bakomliggande orsaker kallas i det här arbetsmaterialet för att göra en ’övergripande kartläggning’. Det innebär att den som träffar barn, ungdomar eller anhöriga försöker få en så bred bild av hur barnet eller den unga mår eller har det.

Det är inte ovanligt att processen att ”reda ut” är en tillräcklig hjälp för att barn, ungdom och anhöriga ska känna att de kan komma tillrätta med det som är svårt på egen hand. Om det visar sig att det finns behov av ytterligare stöd eller någon typ av behandling kan den övergripande kartläggningen användas som underlag vid en fördjupad utredning, vid beslut om vilket stöd verksamheten kan erbjuda, eller för

samt hur de vill arbeta vidare utifrån detta läge. Holistiskt angreppssätt: att erkänna att helheten är mer än summan av delarna, och att olika delar påverkas och påverkar varandra i en ständigt pågående process. Detta gör att det hälsofrämjande arbetet utvecklas i ett större sammanhang och ses i ett längre tidsperspektiv (Västra Götalandsregionen, 2010)

[18] Socialstyrelsens termbank, sökning ”primärprevention” och ”sekundärprevention”. (Socialstyrelsen 2016c)

[19] Andersson, I. & Ejlertsson G (2009)

att motivera familjen att söka hjälp från en verksamhet som bättre kan motsvara barnets eller ungdomens behov – till exempel den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

Läs mer om kartläggning i Del 2. Kartlägga och definiera behov (ss. 20)

Hänvisa och remittera

Resurser och kompetenser i första linjen är i normalfallet anpassade för att hjälpa barn och unga med lätta eller medelsvåra problem där tillståndet kan förbättras med relativt korta insatser. I de fall barn, ungdomar eller anhöriga söker hjälp för akuta eller omfattande problem är det därför viktigt att verksamheten inte fördröjer adekvata insatser på rätt nivå. Det innebär att det i första linjen behöver finnas tillgång till kompetens att avgöra vad som är akuta och omfattande behov. En inledande bedömning (ibland kallat triagering) behövs ofta för att avgöra på vilken nivå insatser ska ges, ibland följd av en mer fördjupad utredning. Om bedömningen pågår under en längre period kan man ge stödjande insatser under tiden. Kunskap att urskilja symptom och bakomliggande orsaker är inte sällan avgörande för en långsiktigt framgångsrik insats. (Till exempel kan en oupptäckt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ibland medföra att man behandlar pålagringar såsom depression och ångest utan att ge dom verktyg som behövs för att hantera den underliggande funktionsnedsättningen).

Det ska finnas samsyn och välfungerande rutiner för hänvisning eller remittering mellan första linjen och angränsande verksamheter (till exempel BUP, socialtjänst och somatisk vård). Om det finns oro för att barnet eller någon i barnets närhet ska skada sig själv eller på något sätt fara illa ska det finnas rutiner för hur personalen på första linjen ska agera.

Stöd och behandling för enskilda och grupper

Det finns ingen tydlig definition på skillnaden mellan stöd och behandling vad gäller psykisk hälsa. Socialstyrelsen använder ordet *behandling*[20] för ”åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd”, varav *stödjande samtal*[21] utgör en underkategori. Tidigare har myndigheten använt begreppet *psykosocialt stöd* för ”stödjande insatser som främst är ägnade åt att förbättra den enskildes sociala situation och livssituation i övrigt” respektive *psykosocial behandling* för att beteckna ”systematiska och teoretiskt grundade [beprövade] teorier eller metoder som används för att hjälpa individen”.[22] Det är inte helt uppenbart vad som skulle vara en tillräcklig grad av systematisk prövning eller teoretisk grund för att klassa en insats som behandling. Det är bara en liten del av de insatser som ges i första linjen som -utsatts för någon vetenskaplig prövning om man ser till alla typverksamheter och målgrupper som första linjen består av idag. Även obeforskade insatser kan vara verksamma. Om möjligt är det såklart alltid rådigt att i första hand välja en evidensbaserad insats och i andra hand en insats baserad på beprövad erfarenhet. När man använder metoder som inte är evidensbaserade är det särskilt viktigt med kontinuerlig uppföljning för att säkerställa att insatsen ger avsedd effekt – och att barnet eller den unga inte mår sämre trots eller på grund av stödet eller behandlingen.

I det här dokumentet används begreppen stöd, hjälp och behandling synonymt för att beteckna insatser som avser att förbättra ett barns eller en ungdoms mående. Enligt Psynkprojektets kartläggning[23] är

[20] Socialstyrelsen (2016d)
[21] Socialstyrelsen (2016e)
[22] Socialstyrelsen (2007)
[23] SKL (2015b)

vanliga typer av stöd eller behandling i första linjen information och utbildning (inom psykiatrin kallat psykoedukation eller psykopedagogik), stödjande samtal, riktat föräldrastöd, familjestöd och enklare psykologisk behandling samt insatser som stödjer barnet eller ungdomen att fungera i skolan. Ofta ges olika typinsatser i kombination, till exempel utbildning (psykoedukation) och samtalsstöd. De flesta stöd- och behandlingsinsatser kan ges både enskilt eller i grupp. På senare tid finns också möjligheten till internetbaserad hjälp, antingen genom självhjälpsprogram eller behandlingsprogram med stöd av en terapeut eller motsvarande. Här följer en beskrivning av några vanliga typer av stöd- och behandlingsinsatser i första linjen för barns och ungas psykiska hälsa. Fler typer av insatser tas upp i respektive avsnitt i del tre av stödmaterialet.

Rådgivande samtal

För många föräldrar eller anhöriga kan rådgivning eller en kortfattad kartläggning för att sortera i bekymren vara en tillräcklig insats. Den som hört av sig kan tillsammans med den professionelle komma överens om en bra strategi att gå hem och prova. Den professionelle kan uppmana att höra av sig om bekymren kvarstår eller blir värre (t ex om två veckor), annars görs ingen ytterligare insats.

Information och utbildning (Psykoedukation, Psykopedagogik)

Förmedling av information och kunskap är en insats i sig och ingår också i de flesta behandlingar. Insatsen syftar till att ge förståelse för de problem eller symptom som barnet, den unga eller anhöriga upplever, att minska besvär orsakade av missförstånd och kunskapsluckor och att öka förutsättningarna för att barnet/den unga/anhöriga ska kunna möta sina svårigheter på ett fungerande sätt. Beroende på omständigheterna kan det till exempel handla om att lugna genom att förklara att något är normalt och/eller ofarligt (att normalisera) eller att förklara vad en diagnos innebär (inklusive vilka behandlingar som finns samt information om olika strategier och stödinsatser). För anhöriga kan information och övningar handla om hur de kan agera och reagera för att vara ett stöd för barnet eller den unga (till exempel utbildning om positivt samspel, problemlösning, gränssättning; kommunikation och att känna igen och hantera affekter).

Utbildningsmoment kan också innehålla olika typer av praktiska övningar, till exempel rollspel.

Utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag kan första linjen informera och utbilda om till exempel barns normala utveckling och ge redskap för att hantera olika typer av situationer som uppkommer i vardagen.

Stödjande samtal

Strukturerade samtal i stödjande eller behandlande syfte är vanligt förekommande i första linjen. Exempel på en metod för att hålla strukturerade samtal är Motiverande samtal (MI). Metoden används för att underlätta förändringsprocesser. Förändringsbenägenhet skapas genom att bland annat väcka nyfikenhet och en högre grad av aktivt deltagande. Den professionelles roll är att hjälpa den hen möter att formulera en egen förståelse av sitt problem, skapa egna argument för förändring, och att stärka hens beslut och åtagande att genomföra förändringen. Det finns behandlingsmetoder som baseras på dessa principer, men i sig självt är MI snarare ett förhållningssätt för rådgivning. MI kan användas i kort rådgivning och vid en längre behandlingsperiod. MI kan användas både individuellt och i grupp.

Riktat föräldrastöd	Insatser för barn och unga sker oftast i nära samarbete med vårdnadshavarna. Den professionelle kan både träffa föräldrar (anhöriga) tillsammans med barnet eller den unga eller träffa föräldrarna enskilt. Riktat föräldrastöd kan erbjudas i form av gruppbehandling eller som en individuellt anpassad insats. Det finns visst forskningsstöd för att riktat föräldrastöd kan hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa.[24]
Familjestöd	Familjestöd innebär att man arbetar med hela eller delar av familjer för att lösa problem, bemästra svåra livssituationer och komma vidare i kriser. Familjeterapi är en form av familjestöd. Familjeterapi utgår ifrån systemteori och synen på familjen som en helhet som är större än de enskilda familjemedlemmarna. Delarna i ett system hänger samman och alla delar påverkar varandra. Sker en förändring i en del av systemet så påverkas också de andra delarna.
Psykologisk behandling/ psykoterapi	Ett samlingsnamn för olika vetenskapligt beprövade psykologiska behandlingsmetoder. Vanligen samtalsbaserad metodik som bygger på en samarbetsrelation mellan behandlaren och den som behandlas. De vanligaste inriktningarna är kognitiva och beteendeinriktade terapier (KBT) och psykodynamisk psykoterapi. Andra former av psykoterapi är till exempel Interpersonell terapi (IPT) och mentaliseringsbaserad terapi.

Kognitiva och beteendeinriktade terapier (KBT)

KBT är en sammansättning av beteendemässiga och kognitiva insatser grundade på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. De beteendeinriktade momenten syftar till att minska kontraproduktiva beteenden och öka konstruktiva beteenden genom att påverka det som föregår beteendet, beteendets konsekvens och genom övning av beteenden. De kognitiva momenten syftar till att ändra kontraproduktiva kognitioner, självuppfattningar och föreställningar. KBT kännetecknas av insatser fokuserade på problemlösningsstrategier.[25] Det finns många olika behandlingsformer som bygger på KBT, utvecklade för olika problemområden. KBT har bland annat visat sig ha god effekt vid behandling av barn och ungdomar, vid ångest, depression, uppförandeproblem, vissa ätstörningar, skolrelaterade problem, ADHD och självskadebeteende. Läs mer om KBT på exempelvis Socialstyrelsens webbplats.

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi fokuserar på att klienten ska få hjälp att förstå och bearbeta sina inre konflikter, relationsmönster och den självbild som ligger till grund för symptom. Förståelsen och bearbetningen sker delvis genom ett fokus på vad som sker i relation till psykoterapeuten. Det finns manualer för vissa typer av psykodynamisk beteendeterapi, till exempel för mentaliseringsbaserad

[24] Folkhälsomyndigheten (2014); Barlow. J. et al (2014); SBU (2010)
[25] Fritt översatt från Arch J.J. & Craske M.G. (2009).

terapi och psykodynamisk korttidsterapi (Intensive short-term dynamic psychotherapy, ISTDP). Läs mer om psykodynamisk terapi på exempelvis Socialstyrelsens webbplats.

Insatser via internet

Internet kan användas för att sprida riktad information till barn, unga och föräldrar om olika symptom och problem och som ett sätt att erbjuda rådgivning och behandling.

Rådgivande insatser på internet kan till exempel handla om olika chattfunktioner där professionella svarar på frågor och där man kan vara anonym. Frågorna kan handla om symptom och problem samt om hur man kan gå tillväga för att få hjälp. Exempel på befintliga chattfunktioner som används av barn och unga för att få svar på frågor om psykisk ohälsa är umo.se (’Ungdomsmottagningen på nätet’) och ’Soctanter på nätet’ där socialtjänstens medarbetare svarar på frågor via mail och chatt.

Behandlande insatser vid lätt till medelsvår psykisk ohälsa som sker via nätet har visat sig vara effektiva vid behandling av vuxna. Det finns tecken på att det även gäller barn och unga och det finns en del försök att erbjuda behandling för ungdomar via nätet.[26]

Exempel på stöd på nätet som är tillgängligt för allmänheten:

www.bup.se	Har bland annat en frågetjänst för anonyma frågor om psykiska problem och bekymmer
www.snorkel.se	Förebyggande insatser för nedstämdhet/oro/ångest.
www.umo.se	Ungdomsmottagning på nätet med information om sex, hälsa och relationer. Unga mellan 13 och 25 år kan skicka in frågor och få personligt svar.
1177.se	Vårdguide på nätet
www.foreningentilia.se	”Tillsammans för ungas psykiska hälsa”, en ideell organisation för unga med psykisk ohälsa. Erbjuder stödchatt kvällstid.
www.bris.se	Här kan barn och unga mejla och chatta med en kurator, skriva med jämnåriga i forum och läsa om viktiga ämnen
näracancer.se	Information och stöd till barn som har någon med cancerdiagnos i sin närhet
kuling.se	För barn/unga med en förälder som har en psykisk sjukdom

[26] SLL (2016); Linköpings universitet (2016); Psykiatripartners (2016).

Tillgänglighet

Det spelar ingen roll att det finns effektiva arbetssätt för att stödja och hjälpa barn och unga om insatserna inte når de som behöver dem. Tillgänglighet är därför ett centralt begrepp när man talar om tidiga insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Det är av särskild betydelse att det finns snabb tillgång till insatser under uppväxten så att svårigheter inte hämmar barnet eller den unga i dess utveckling, till exempel genom att inverka på sociala relationer, skolprestation eller självbild. Forskning har visat att det är viktigt att barn och unga som behöver stöd och behandling vid lättare och medelsvår psykisk ohälsa får detta för att förebygga en fördjupad problematik[27].

Ofta sätts likhetstecken mellan god tillgänglighet och korta väntetider, men begreppet rymmer fler aspekter.

Lätt att hitta

Det ska vara tydligt till vilken verksamhet man ska vända sig eller hänvisa när ett barn eller ungdom visar tecken på att må dåligt. Upplysningar och information ska anpassas och spridas på ett sätt som är anpassat för målgruppen – barn och unga själva, föräldrar och anhöriga eller personer som möter barn och unga i sitt arbete eller ideellt. Exempel på forum för att informera föräldrar är till exempel föräldramöten i förskola och skola, ”live” eller genom en kort informationsfilm. Anpassad information till barn och unga kan förmedlas till exempel genom broschyrer, anslagstavlor eller TV-skärmar i skolan, Facebook och andra sociala medier eller på en hemsida.

Lätt att kontakta

Det ska vara lätt att ta kontakt med första linjens verksamheter. Det innebär till exempel att någon ska svara när man ringer till verksamheten, att telefonköerna är korta samt att det kan finnas digitala uppringssystem eller möjlighet att ta kontakt via internet. Verksamheterna kan också erbjuda drop-in med generösa öppettider eller öppettider anpassade efter olika målgrupper (barn, unga, anhöriga, personal). Personal i andra verksamheter kan uppleva att det är lättare att ta kontakt med första linjen om det finns en namngiven person att vända sig till i första hand och om det är möjligt att ringa anonymt för rådgivning.

Barn och unga ska kunna få stöd av första linjen även utan förälders vetskap. Generellt ska barn och unga få mer att säga till om och en växande grad av självbestämmande i takt med ålder och mognad.[28] I många verksamheter verkar tumregeln vara att betydligt mer egenmakt erkänns efter omkring tolv till femtonårsåldern. Barns möjlighet till självständigt hjälpsökande kan exempelvis underlättas genom att göra det lätt att kontakta och boka tid via webben.

Lätt att besöka

Olika kommuner och landsting har olika förutsättningar när det gäller att erbjuda insatser som är geografiskt lättillgängliga.

---

[27] Bremberg, S. & Dalman, C. (2015)
[28] Socialstyrelsen (2010a), Socialstyrelsen, (2012a).

Närhet kan uppnås genom att förstärka befintliga verksamheter som till exempel elevhälsan, eller genom att skapa nya verksamheter i barn och ungas närmiljö. Virtuell närhet kan uppnås genom att öka möjligheten till insatser via internet.

Kort väntetid

Att möta barn och ungdomars behov av stöd och hjälp i ett tidigt skede kan många gånger vara avgörande för barnets eller ungdomens utveckling. Dessvärre är det sedan flera år känt att barn och unga som visar tecken på att må dåligt alltför ofta får vänta länge, något som gäller både barnpsykiatrin, socialtjänsten och skolan. Mellan 2009 och 2015 har landstingen kunnat ta del av stimulansmedel för att öka tillgängligheten till och utveckla första linjen, för kompetensutveckling och implementering samt för samordning mellan landsting och kommuner. Medlen delades ut under förutsättning att landstingen uppfyllt en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barnpsykiatrin. Garantin betecknas ibland med siffrorna ”0-7-30-30”: 0 dagars väntan för kontakt med primärvården, 7 dagars väntan för besök hos allmänläkare, 30 dagars väntan för bedömning hos specialist, 30 dagars väntan för fördjupad utredning eller behandling.[29] Under de senaste åren har utvecklingsarbete påbörjats för att utveckla väntetidsmätningar även för första linjens olika verksamhetstyper. Väntetider och arbetsbelastning i en verksamhet är direkt beroende av verksamhetens storlek (ekonomi och personal med rätt kompetens) och indirekt beroende av andra verksamheters uppdrag och arbete.

Jämlika insatser

Jämlika insatser innebär att stöd och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande av alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning[30], utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Likvärdighet innebär inte att alla individer och grupper ska behandlas likadant. Det innebär istället att tillgodose individens behov och rättigheter oavsett hens skiftande förutsättningar. Därmed kan verksamheter behöva öka sin kunskap om ojämlikhet och strukturell diskriminering och hur det påverkar enskilda individers tillgång till stöd och hjälp. Det kan till exempel behövas särskilda arbetssätt för att nå vissa grupper, anpassning av skriftlig information eller extra tid för att förklara en insats så att den som ska ta del av insatsen förstår.

Läs mer om tillgänglighetsanpassning till exempel hos Myndigheten för delaktighet, www.mfd.se.

Ett normkritiskt förhållningssätt

Normer behövs för att ett samhälle ska fungera; allt kan inte regleras av lagar och skrivna regler. Samtidigt är det bra att vara normkritisk eftersom normer kan exkludera och uttrycka makt, vilket skapar ojämlik tillgång till hjälp. Ett normkritiskt förhållningssätt innebär att försöka bli medveten om exkluderande normer, till exempel i kommunikation och beteenden, som gör att vissa människor eller grupper känner sig ovälkomna eller ifrågasatta när de söker stöd eller hjälp. I nästa steg försöker man

[29] Garantin ansågs uppfylld om 9 av 10 barn fått en bedömning inom en månad, och att 4 av 5 hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom en månad från beslut. (Socialdepartementet, 2009).

[30] Sedan 2009 gäller *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i Sverige*. Konventionen skapar inte några nya rättigheter utan syftar till att undanröja hinder för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Sverige har också ratificerat ett tilläggsprotokoll som innebär att enskilda personer och grupper kan klaga till en övervakningskommitté om de anser att deras rättigheter kränkts (Regeringskansliet, 2014).

förändra kommunikationen eller beteendet. Normer kan också göra att visa grupper drar sig för att söka hjälp, till exempel visar forskning att killar i låg utsträckning söker hjälp när de mår dåligt, och att det har en koppling till normer för manlighet.[31] Ett normkritiskt synsätt kräver kontinuerligt underhåll och lämpar sig väl för dialog och övningar i personalgrupper.

Lästips:

- Kunskapscentrum för Jämlik vård i Västra Götalandsregionen har tagit fram ett arbetsmaterial om normkritik för verksamheter som möter föräldrar, *En förälder blir till – ett verktyg för jämlikt föräldraskap genom utbildning och reflektion* (Västra Götalandsregionen, 2014).
- Jämställ.nu är en webbplats som samlar fakta och nyheter om jämställdhet, praktiska exempel och konkreta verktyg för jämställdhetsarbete. Sajten drivs av Nationella sekretariatet för genusforskning, länsstyrelserna, Svenska ESF-rådet, Sveriges Kommuner och Landsting samt VINNOVA.

Delaktighet

Tillgänglighet handlar också om att tillsammans skapa ett bra samtalsklimat där alla berörda ges möjlighet att delta och höras. Olika personer har olika förutsättningar. I samtal med barn och unga behöver språk och frågor exempelvis anpassas efter ålder, utvecklingsnivå, språkfärdigheter och modersmål. Man måste säkra att barnet förstår.

Barnsamtal kräver träning.

Ibland behövs alternativ eller kompletterande kommunikation (AKK) i samtal med en person som har en funktionsnedsättning. Förutom att till exempel använda kroppsspråk och gester finns specifika AKK-former som tecken, bilder, bildsymboler och ord som kan komplettera eller ersätta nedsatt tal eller språk.[32]

Tips:

- Kommunikationsstöd i vårdsituationer, www.kom-hit.se, är en webbresurs finansierad av Arvsfonden. Till projektet hör också ett verktyg för bildstöd, www.bildstod.se.

[31] Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid. Regeringens skrivelse 2016/17:10
[32] Läs mer om AKK på exempelvis Specialpedagogiska skolmyndighetens sida: https://www.spsm.se/stod/specialpedagogiskt-stod/sprak-och-kommunikation/alternativ-och-kompletterande-kommunikation/

Del 2. Kartlägga och definiera behov

Det är ofta en stor utmaning att snabbt kunna bilda sig en uppfattning om barnets eller den ungas behov eller problem och samtidigt se barnet i ett helhetsperspektiv med både styrkor och svagheter, frisk- och riskfaktorer (både i sig själv och i barnets eller ungdomens omgivning). Det är också en av de mest centrala uppgifterna i en första linje.

Att ställa frågor kring barnets eller den ungas hela livssituation för att få en helhetsbild av frisk- och riskfaktorer kallas i det här arbetsmaterialet för att göra en övergripande kartläggning.

Snabbt lotsa vidare vid akuta eller svåra tillstånd

I inledningen av en kontakt bör den som pratar med barnet, den unga eller anhöriga försöka identifiera behov av insatser som inte kan ges i första linjen, så att barnet/den unga/anhöriga snabbt kan hänvisas eller remitteras till rätt verksamhet. Det kan till exempel handla om suicidrisk eller återkommande självskadebeteende. Den här initiala bedömningen göras på olika sätt beroende på hur verksamheten är organiserad, till exempel med stöd av en checklista vid första kontakt, genom triagering[33] i telefon eller under det första besöket.

Berätta om ramarna

För att skapa en tillitsfull relation ska den som träffar barnet, den unga eller familjen vara öppen med hur samtalet kommer att gå till och vad det kan leda till så att barnet, den unga eller familjen vet vad de kan förvänta sig. Till exempel är det bra att informera om:

Att du kommer göra ditt bästa för att hjälpa

Berätta att du kommer göra det bästa du kan för att hjälpa och att det går att träffa någon annan om det inte känns bra. Tala också om att det ibland visar sig att barnet kan få bättre hjälp av någon annan person och att du i så fall lotsar dit. Informera om att samtalet dokumenteras för att du lättare ska kunna se om det ni gör tillsammans fungerar (uppföljning) och så att du kan bli ännu bättre på att hjälpa barn och unga (förutsatt att dokumentation görs).

Hur länge samtalet kommer vara

Tala om hur mycket tid ni har till dagens samtal, till exempel ”idag har vi så här lång tid på oss…”. Annars är det risk att det viktigaste inte hinns med.

Ett sätt att värna om barnets förtroende och kvalitén i samtalet är att ge barnet eller den unga möjlighet att avbryta samtalet om hen inte känner sig bekväm eller orkar mer. Bedömningen av hur drivande den professionelle kan vara i samtalet behöver bedömas från fall till fall. En grundregel kan vara att inte trycka på mer än vad relationen tål, eftersom det finns en risk att äventyra samarbetet. I praktiken kan

[33] Triage är en process för att sortera och prioritera patienter utifrån bland annat sjukhistoria och symptom i syfte att behandla de mest allvarliga eller brådskande fallen först.

det innebära att ibland avvakta med att ställa en del frågor. Samtidigt är det viktigt att signalera att man är öppen för att lyssna och prata även om det som kan kännas skamfyllt eller obehagligt.

Att du inte för saker vidare utan att först prata med barnet eller den unga

Att skapa förtroende hos barnet eller den unga att våga berätta om det som är jobbigt, och samtidigt vara öppen med att du har ett ansvar att kontakta socialtjänsten om det framkommer något som gör dig oroad för att hen ska komma till skada, är inte helt enkelt. Socialstyrelsen planerar ett kunskapsstöd om att samtala med barn som kan komma att ge vägledning. När man pratar med ett barn gäller sekretessen även mot föräldrarna, med ett undantag: föräldrarna har rätt att veta det de behöver veta för att ta sitt ansvar som föräldrar, så länge informationen inte skadar barnet. Hur mycket föräldrarna har rätt att veta varierar med hur stort ansvar lagen lägger på dem som föräldrar. Det ansvaret blir mindre ju äldre och mognare barnet blir. För en 3-åring är föräldraansvaret större än för en 13-åring, och 13-åringens föräldrar har alltså inte rätt att få veta lika mycket, om inte 13-åringen samtycker. Om 13-åringen har en svår utvecklingsstörning blir föräldraansvaret större eftersom mognaden anses vara lägre i lagens ögon.

Ett förslag är att i början av en kontakt informera barnet eller ungdomen om att hen kan berätta saker för dig i förtroende men att det ibland uppstår situationer när du kommer vilja berätta vissa saker för den ungas föräldrar så att dom kan vara bra föräldrar, men att du i så fall först vill komma överens med barnet eller den unga först om vad som är okej att förmedla. Berätta också att du har ett ansvar att hjälpa barnet eller den unga om det i samtalet framkommer något som gör dig oroad för att hen ska komma till skada på något sätt (orosanmälan till socialtjänsten), men att du i så fall ger hen information först.

Be om lov innan inhämtning av information från andra verksamheter

Om den unga har tidigare eller pågående kontakter kan man vilja hämta information från den verksamheten. I så fall skall man alltid fråga barnet vad hen tycker, oavsett om man frågar föräldrarna eller inte. Enligt 4 kap. 3 § Patientlagen ska man klarlägga barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Kontaktorsak en given utgångspunkt

Barn, unga och anhöriga som kommer till första linjen har ofta en ganska klar idé om vad de vill ha hjälp med. Därför är det än självklar utgångspunkt för samtalet att låta dem själva berätta vad de ser för problem och vad de vill ha hjälp med. Enligt Barnkonventionen (Artikel 12) har ett barn rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad.

Nedan är några exempel på öppna frågor som man kan ställa till barn, ungdomar eller anhöriga i början av en kontakt.

A) Frågor om varför barnet/ungdomen är här

– Varför har du tagit kontakt?
– Tycker du att det finns något problem – vad?
– Tror du någon annan tycker att det finns problem (familj, lärare, kompisar, andra) – vad?
– Vad tror du händer om du/ni inte får hjälp?

B) Frågor om hur barnet eller ungdomen påverkas

– Hur märks problemet?
– När märks problemet (situationer)?
– Konsekvenser för barnet/ungdomen och personer i dess närhet?

C) Frågor om hur det har varit

– Hur länge har det varit så här?
– Har det funnits problem förut?
– Vad har man gjort för att hjälpa tidigare, i familjen eller i andra verksamheter?
– Avslutade eller pågående kontakter?

D) Frågor om önskemål

– Vilken hjälp skulle du vilja ha?
– Hur skulle du vilja att det blev i framtiden?
– Vad vill du själv förändra?
– Vad skulle du vilja göra annorlunda?

Att kartlägga i lagom omfattning

Risken med en överambitiös metod är att starten på en stöd- eller behandlingsinsats fördröjs och att barnet, den unga eller anhöriga utsätts för onödigt många frågor. Effektiv kartläggning har idealt bara den omfattning som krävs för att med tillräcklig säkerhet ringa in problem och styrkor att arbeta vidare med. Enligt ett strukturerat tillvägagångssätt är avsikten med en kartläggning att den ökar sannolikheten att identifiera både problem och styrkor.

Den som möter barnet, ungdomen eller anhöriga bör även kunna identifiera tecken på ohälsa och svårigheter som ligger utanför den egna verksamhetens uppdrag, för att kunna lotsa vidare eller genomföra synkroniserade insatser med angränsande verksamheter.

När det är lätt att ringa in

En strategi kan vara att börja med att prata om det som barn, ungdomar eller anhöriga själva ser som sitt problem och att hjälpa till med detta. Ett verktyg för att på ett neutralt sätt snabbt närma sig ett problem kan vara att inför mötet skicka ut hemskattningar där barnet, den unga respektive anhöriga får lista sina problem och välja ut vilka som är viktigast att ta upp. Vid sådana mer preliminära kartläggningar är det särskilt viktigt att kontinuerligt följa effekten av de insatser som bestäms och samtidigt använda ny information som dyker upp efterhand som ett sätt att fördjupa kartläggningen. Här är det alltså viktigt att vara öppen för att justera bedömningarna kring både problemställning och de insatser som skall ges i takt med att ny information dyker upp. Att insatser inte ger avsedd effekt kan vara en indikation på att problemet är något annat än vad det verkat.

När det är svårare att ringa in

Ibland är det mindre tydligt vad för slags problem det rör sig om och då kan barnet, den unga och anhöriga behöva mer stöd att sortera i det som inte fungerar. Då behöver den professionelle i

samarbete med barnet eller den unga och anhöriga göra sig en helhetsbild av både hur problemen tar sig uttryck och eventuella bakomliggande orsaker och samband. Man får kunskaper om barnet och barnets situation dels genom att lyssna på och intervjua barnet eller den unga själv, anhöriga och omgivning, men även genom observation – hur ser barnet ut att må, hur beter hen sig tillsammans med andra? Med barnets och/eller vårdnadshavarens samtycke kan man också inhämta information från andra verksamheter där barnet brukar vara, till exempel förskola eller skola.

För att kunna göra en helhetsbedömning av barnets situation ska kartläggningen täcka alla viktiga områden i barnets liv, vanligen hur det är hemma, i skolan och på fritiden. Även om barnet, den unga eller anhöriga kommit till första linjen för att de söker hjälp för något specifikt är det viktigt att under kartläggningen också uppmärksamma det som fungerar bra och är starka sidor hos barnet eller den unga och i de sociala sammanhangen. Se exempel på kartläggningsfrågor i bilaga 1.

Att ta upp känsliga ämnen

Den som träffar barnet bör skapa utrymme för att prata med barnet eller den unga i enrum, förutsatt att hen själv vill det. Då kan anhöriga eller andra sitta utanför rummet och barnet ska få veta var och hur det kan söka upp hen och att det är okej att göra det.

Efter enklare och mer neutrala frågor inom de olika kartläggningsområdena kan man gå djupare in i olika problemområden där man hittar sådana. För att samtalet inte ska upplevas för tungt eller laddat kan det vara bra att växla mellan mer neutrala och mer djuplodande frågor. Istället för att fråga om ett barn blivit utsatt för våld eller övergrepp kan man till exempel fråga om det är någon som är elak mot honom eller henne eller någon annan i familjen.

Forskning visar att barn i låg utsträckning pratar med vuxna om sina erfarenheter av till exempel våld, sexuella övergrepp, mobbing och självskadebeteende.[34] [35] Det kan kännas svårt att ta upp exempelvis missbruk och våld, när en familj söker för något helt annat, men om man inte ställer denna typ av frågor vid första mötet blir det ofta svårare att ta upp dem längre fram. Det kan vara en hjälp för både den som ställer och besvarar känsliga frågor att ställa dem på ett sätt som är så neutralt som möjligt, till exempel genom att använda eller lägga in frågan i ett frågeformulär för att ställa den på samma sätt varje gång i inledningen av varje samtalskontakt.[36]

Lästips om samtal med barn och unga:

- *Samtala med barn och unga*. Barnombudsmannen, 2004.
- *Tala med barn*. Hjälpmedelsinstitutet, 2006.
- *Samtala med barn i socialtjänsten.* Socialstyrelsen, 2004.

[34] Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2015)
[35] Annerbäck E.M., Gustafsson P.A., Svedin C.G., Wingren G. (2010)
[36] Hultman, O. et al. (2014)

Formulär och checklistor

Forskning från andra sammanhang (flygsäkerhet, polisutredningar, kirurgi och intensivvård) visar att användningen av checklistor och bedömningsmetoder fungerar som minnesstöd för att inte missa grundläggande frågor och samtidigt kunna ägna kraft åt mer avancerade tankegångar, vilket leder till färre missar och bättre resultat.[37] Strukturerade och standardiserade formulär och checklistor är ett bra komplement till ett kartläggningssamtal och utgör ofta en del av en professionell bedömning. Det finns formulär som fungerar som checklistor, formulär som screenar för psykisk ohälsa och formulär som screenar för ett särskilt symptom eller problemområde. Forskning har visat att om man använder strukturerade formulär minskar risken för att missa viktig information.[38]

Andra fördelar med standardiserad informationsinhämtning är att det kan underlätta kommunikation och samverkan inom och mellan verksamheter, och ge förutsättningar för uppföljning av enskilda barn såväl som verksamheten.

Återkoppling av ett ifyllt formulär till barnet, den unga eller familjen bör göras på ett hänsynsfullt sätt, i synnerhet om resultatet pekar på problem eller svårigheter. Till exempel är det viktigt att också lyfta styrkor och områden inom vilka barnet, den unga eller familjen fungerar bra.

Exempel på generella formulär att använda när barn eller unga visar tecken på att må dåligt finns i bilaga 2.

Analysera och formulera

Efter en summering av risk- och friskfaktorer har den som träffat barnet, ungdomen eller familjen att göra en sammanvägd analys av barnets eller ungdomens behov med hänsyn till:

- Symptom på ohälsa (allvarlighetsgrad och beständighet)
- Hur väl hen fungerar i vardagen
- Om det finns något runt barnet/den unga som påverkar hen negativt
- Om hen utsätter sig själv eller andra för destruktiva handlingar
- Starka sidor hos hen och hälsofrämjande faktorer i omgivningen

Huruvida hjälpen ska ges inom ramen för första linjens verksamheter beror på hur verksamhetens uppdrag definierats och avgränsats mot andra verksamheter. I arbetsmaterialets del tre ges förslag på vilka stödjande och behandlande uppgifter första linjen kan ha vid olika problemställningar. Redan vid första kontakt ska en bedömning göras om barnet eller ungdomen behöver en akut insats och i så fall hänvisas eller remitteras.

I bedömningen av vilken hjälp som behövs bör hänsyn tas till problemens typ och omfattning men även till barnets eller den ungas och familjens specifika situation. Barn och unga med flera riskfaktorer kan till exempel vara i behov av mer eller annat stöd än barn och unga med färre riskfaktorer och fler friskfaktorer. Läs mer om arbetssätt när barn och unga har flera problem i del tre av arbetsmaterialet.

[37] Örebro Universitet (2016)
[38] Ibid.

Ibland är sortering och lugnande besked tillräckligt

För vissa barn, ungdomar och familjer är den sortering och struktur som kartläggningen innebär i sig ett tillräckligt stöd för att kunna gå vidare utan att behöva eller önska mer stöd från verksamheten.

Inte sällan är det föräldrar med oro för sitt barn som kontaktat verksamheten. För dem kan ”någon att prata med” rådgivning och information till exempel kring barns normala utveckling, vara fullt tillräckligt för att känna sig nöjda med mottagandet. I rådgivningen kan den professionelle också stärka den anhöriga att våga pröva att tillämpa en relativt enkel problemlösningsstrategi på egen hand (till exempel att avsätta tid för varandra i familjen eller att prata i bilen) och att vid behov kontakta första linjen igen.

Osäkerhet

Om den som möter barn, ungdom och anhöriga inte upplever sig ha fått tillräckligt med information eller inte känner sig säker på hur informationen från kartläggningen ska tolkas bör hen ta reda på mer eller konsultera någon med mer erfarenhet eller kunskap i området. Vid kroppsliga symptom kan det exempelvis behövas en somatisk bedömning.

Kartläggningen kan också visa att det finns behov kring en fördjupad bedömning av de problem som kartläggningen ringat in.

I kapitlet Stöd och behandling ges exempel på olika metoder för fördjupad bedömning som lämpar sig vid misstanke om olika problemställningar.

Sätta mål

En grundprincip för förstalinjeverksamheter som möter barn och unga som behöver stöd eller behandling är att erbjuda bästa möjliga hjälp. För att veta att verksamheten lever upp till den ambitionen förutsätts någon typ av utvärdering eller uppföljning. Det finns många olika sätt att bedöma en individs förändring och att utvärdera insatser. En av de enklaste metoderna är att tillsammans med barnet/den unga och anhöriga sätta upp ett mål för förändringen och vid uppföljning avgöra om målets uppnåtts. Socialstyrelsen har tagit fram en handbok för det här arbetssättet som de kallar MOS (målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer) som finns att ladda ner på myndighetens hemsida.[39] Metoden kan användas i allt arbete som handlar om förändring av beteenden, handlingssätt eller känslor. Huvuddragen består i att:

1) Hjälpa barnet/den unge och anhöriga att formulera mål utifrån sina problem och bekymmer. Den professionelle hjälper till att formulera en version av målet som också blir mätbart.
2) Mäta om målet uppnåtts eller är på väg att uppnås, under och efter avslutad insats. Den professionelle hjälper till att hitta metoder för mätning, till exempel genom beteendeobservation eller skattningsskalor.
3) Analysera och bedöma måluppfyllelsen, till exempel genom att den professionelle sammanställer mätresultat och visar skillnaden före och efter insats.

Att hjälpas åt att formulera svårigheter och mål gör det lättare att hitta de problem som är viktigast för barnet/den unge och anhöriga istället för att satsa på insatser som det inte finns motivation för. Målen

[39] Socialstyrelsen (2012b)

ger också en ledtråd om vilka insatser som kan vara aktuella. Socialstyrelsen ger exempel på fem steg för att sätta mål: Identifiera problemet, Välj ett problem att arbeta vidare med, Specificera mål och delmål, Formulera mätbara mål och Hitta en lämplig insats.[40]

Diagnostisera eller inte

I olika landsting finns olika uppfattningar om huruvida barn och ungdomar ska kunna ges en diagnos i första linjen eller inte.

Exempel på argument som talar mot att ställa diagnos i första linjen

En invändning mot att ställa diagnos i första linjen är att dessa typer av verksamheter syftar till att ge stöd och hjälp vid lindrig problematik och/eller problematik i ett tidigt skede, vilket skulle innebära att symptom och påverkan i vardagen inte skulle kvalificera för en diagnos. Dessutom har första linjen vanligen en bredare uppgift än att ge insatser vid tidiga tecken på psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, till exempel vid problem i familjen, eller vid olika typer av kriser i livet. Nackdelen med en diagnos kan också vara att omgivningen och personen själv har förutfattade meningar om personer med en viss diagnos. Det är vanligt med negativa eller lågt ställda förväntningar på vad en person med diagnos kan klara av. En annan farhåga är att diagnosen gör det svårare att se personen bakom, att hen själv reducerar sin självupplevelse i termer av diagnosen och att diagnosen bidrar till att befästa en negativ självbild eller ett negativt beteende.

Exempel på argument för att ställa diagnos i första linjen

Rätt ställd diagnos är ofta vägledande för vilket stöd eller behandling som kan vara lämplig.[41] Diagnoser kan också underlätta forskning på olika insatsers effektivitet i förhållande till problemställningen i fråga. Vidare underlättar diagnoser kommunikation mellan vårdgivare.

Många gånger kan rätt ställd diagnos också vara till hjälp för den som får den. Rätt ställd diagnos kan ge en förklaring och förståelse för de besvär man upplever. Att ett tillstånd eller ett sätt att fungera har ett namn innebär ju att man inte är ensam om det och det kan kännas bra. Med hjälp av en diagnos kan man också söka information om sina symptom, man kan lättare få adekvat hjälp och man kan, om man vill, få kontakt med andra människor som har samma symptom. Omgivningen kan också få större förståelse för att kravnivån kan behöva anpassas efter individuella förutsättningar.

Vid ordination av en specifik behandling är det brukligt att åtminstone sätta en preliminär diagnos som stämmer med den professionelles bedömning av barnet eller den ungas problem och det problem som behandlingen är riktad mot. Att kunna ställa, och ge insatser vid, diagnos i första linjen skulle kunna öka tillgängligheten till stöd och hjälp för fler barn fler barn. Det förutsätter naturligtvis att första linjen rustas med tillräcklig kompetens för att ställa diagnoser.

Samtal med enskilda kring diagnossättning (i den egna eller angränsande verksamheter) bör ske med hänsyn till att somliga känner lättnad av att få en förklaring på sina svårigheter, i termer av diagnos,

[40] Ibid.
[41] Enligt Socialstyrelsen är ”en korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, en adekvat behandling och en adekvat uppföljning” (Socialstyrelsen, 2016f)

medan andra kan känna sig illa berörda av att få ett samlande begrepp av sina svårigheter. Oberoende om första linjen kan och får diagnosticera eller inte är det lika viktigt att lyfta fram barnet/ den ungas och familjens styrkor och friskfaktorer och ha ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Diagnoser är ett verktyg för professionen som hör ihop med behandling och är inte en etikett på barnet. Diagnoser kan omprövas och ändras om ett tillstånd utvecklas.

Kompetenskrav för att ställa diagnos

Det är inte reglerat i lagar eller förordningar vem inom vården som får sätta medicinska diagnoser. Socialstyrelsen skriver i handboken ”Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?” att det i allmänhet är läkare som gör det, men i praktiken kan all vårdpersonal som har tillräcklig kunskap ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens.[42]

Det kan behövas kunskap från flera människor med olika kompetens inom vården för att få ihop den kunskap som krävs för en diagnos, till exempel psykolog, logoped, specialistläkare med flera.

Vem som borde ställa diagnos, när/var/hur det är lämpligt, och hur man ska jobba med det inom hälso- och sjukvården, är en annan fråga. Det kan finnas lokala bestämmelser om vem som får göra vad. Var och en i vårdpersonalen har ett eget personligt ansvar för hur hen utför sitt arbete. Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för hur man jobbar. Såväl yrkespersonen i vårdpersonalen som verksamhetschefen kan ställas till svars om något blir fel i vården.

[42] Socialstyrelsen (2015a)

Del 3. Att ge stöd och behandling

I den här delen av arbetsmaterialet presenteras förslag på vilka typer av stöd eller behandling som första linjen kan ge vid vanligt förekommande situationer och problem som barn, unga och anhöriga söker hjälp för.

Utifrån kunskap och erfarenheter från tidigare utvecklingsarbete för barns psykiska hälsa[43], samtal med verksamma i första linjens verksamheter och expertis inom psykiatri är utgångspunkten för det här dokumentet att den samlade första linjen inom ett län kan eller skulle kunna erbjuda stöd och hjälp till barn och unga med följande omständigheter, problem och svårigheter.

- Att ha flera omständigheter eller problem samtidigt
- Att känna rädsla, oro eller ångest
- Att vara ledsen eller nedstämd
- Att ha svårigheter med stress
- Att ha svårt att reglera uppmärksamhet och energi
- Att ha en särbegåvning
- Att ha svårigheter med sömnen
- Att ha psykisk ohälsa kopplad till kroppen
- Att ha oro kopplad till identitet och framtid
- Att ha ätproblem
- Att göra illa sig själv
- Att ha beteendeproblem
- Att ha riskbruk, missbruk eller beroende
- Att behöva stöd i kommunikation och samspel
- Att ha en besvärlig hemsituation
- Att utsättas för kränkande behandling
- Att ha upplevt kris eller trauma
- Att ha flytt
- Att ha allvarlig eller omfattande problematik

Alla de här omständigheterna kan hänga ihop med psykisk ohälsa, antingen som symptom eller orsak, och i lindrigare former kan de ofta avhjälpas eller lindras med relativt korta insatser. Allvarligare eller mer komplicerade situationer ska första linjen kunna identifiera för att kunna lotsa barn, ungdomar och anhöriga till en specialist.[44] Ett generellt riktmärke för om det är första linjen eller specialist som ska erbjuda hjälp är hur väl barnet eller ungdomen fungerar i vardagen (funktionsnivå).

[43] Modellområdesprojektet 2009-2011 (SKL, 2012); Psynk – Psykisk hälsa barn och unga 2011-2014 (SKL, 2015a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2015 (SKL, 2016a); Uppdrag Psykisk Hälsa, Aktion 2016 (SKL, 2017).

[44] Jmf modellen Stepped Care som innebär att inledningsvis erbjuda kartläggning följt av behovsinriktade insatser stegvis, där insatser som kan ges till många med en relativt begränsad insats ligger tidigt i utbudet medan mer avancerade insatser kommer senare. (SLL, 2017.)

Barn och unga med flera problem samtidigt

Det är inte ovanligt att barn och unga som mår dåligt har flera olika problem på samma gång, till exempel att de uppvisar psykiska symptom och samtidigt har problem i skolan, hemma eller med kompisar. En kartläggning som genomfördes inom ramen för Psynkprojektet visar att 4 av 10 personer (0-24 år) som sökte hjälp i förstalinjeverksamheter hade två eller flera kontaktorsaker.[45]

Ibland är källan till olika problem densamma, men svårigheter kan också uppstå samtidigt och oberoende av varandra. Exempel på det senare är att själv ha skolsvårigheter och att få reda på att ens förälder blivit allvarligt sjuk. Samtidiga problem kan bidra till att förstärka varandra och göra att den sammanlagda bördan blir större än varje problem sett för sig.

Samband mellan miljö och psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa hos barn hänger inte sällan ihop med faktorer i omgivningen, förklaringen är delvis att barn och unga är mer utlämnade åt den situation de befinner sig i. Vanliga orsaker till att barn mår dåligt är till exempel bråk och våld i familjen, mobbning, problem med kompisar, en förälder med missbruk eller psykisk ohälsa eller ekonomisk eller social utsatthet i familjen. Psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättningar kan också medföra reaktioner från omgivningen som bidrar till eller förstärker barnets eller den ungas svårigheter.

Viktigast i ett litet barns tillvaro är trygga vuxna medan betydelsen av kompisar ökar ju äldre barnet blir. Bra relationer inom familjen gör mycket för barns och ungas psykiska hälsa. Föräldra- eller familjestöd är därför en viktig del i nästan alla insatser som riktas till barn. I familjer där vuxna har svårigheter, sjukdom eller missbruksproblem får barnen ibland ta ett alltför stort ansvar för hushållet och syskon, och ibland även för föräldern.

Forskning visar att hur väl barn och unga klarar skolan har stor betydelse för deras psykiska hälsa på både kort och lång sikt. Det är därför det är en mycket betydelsefull insats att stödja eleven att klara skolan på ett bra sätt utifrån sina förutsättningar.

Samsjuklighet

På 70-talet myntades termen samsjuklighet (eng. comorbidity, Feinstein, 1970) för att beteckna samtidiga sjukdomstillstånd. Inom psykiatrin och missbruksvården är det vanligt att prata om samsjuklighet. Men vissa ifrågasätter hur användbart konceptet är när det gäller psykisk ohälsa eftersom det ofta är oklart om den ”extra” diagnosen verkligen är fristående från den första, och menar att det snarare kan röra sig om olika uttryck för samma underliggande tillstånd.[46]

Exempel på psykisk ohälsa som ofta förekommer tillsammans med annan ohälsa är depression, ångest och sömnstörningar och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Depression förekommer ofta samtidigt med ångest. Depression och ångest kan förekomma tillsammans med missbruk, vilket man tror hänger samman med exempelvis självmedicinering och att

[45] SKL (2015b)
[46] Maj, M. (2005)

personer med psykisk ohälsa kan vara mer känsliga för rus- och beroendeeffekter. Det finns också en koppling mellan depression och beteendeproblem, till exempel utagerande beteenden eller sexuella riskbeteenden. Det finns också ett ömsesidigt samband mellan depression, ångest och smärta och/eller kroppsliga besvär eller sjukdom. Det är exempelvis inte ovanligt att ungdomar som får besked om en livslång kronisk sjukdom, såsom diabetes typ 1, drabbas av en krisreaktion eller depression.

På gruppnivå ökar en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning risken för en mängd andra problem. Det finns vissa tecken på att det delvis beror på sårbarheter som följer av funktionsnedsättningen i sig. Aspergers syndrom är vanligt förekommande med ADD och ADHD förekommer ofta med borderline[47] och det kan tyda på att det finns neurologiska kopplingar mellan olika tillstånd. Men även sociala faktorer, såsom omgivningens bemötande spelar in. Utan ett anpassat stöd har dessa barn ofta svårt att leva upp till krav och förväntningar, till exempel i en skolsituation, vilket ökar risken för misslyckande, minskad självtillit och självkänsla. Det är också vanligt att dessa barn uppfattas som annorlunda eller provocerande vilket är en riskfaktor för att bli ensamma, mobbade och utsatta av andra. Sammantaget bidrar ovanstående till att barn med dessa tillstånd i högre grad än andra upplever stress, depression, och ångest.

Tidiga insatser är viktiga för att ett första problem inte ska dra med sig följdproblem.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Tecken och symptom hos barn och unga kan vara svåra att förstå. Ibland beror det på att de märkbara problemen (till exempel att spela pajas, ställa till bråk eller dra sig undan situationer förknippade med obehag) döljer en bakomliggande svårighet, men för barnet eller den unga fungerar som en strategi för att hantera vardagen. Krav från vuxna som är svåra för barnet att förstå, klara av eller känns fel kan göra att barnet eller den unga värjer sig eller visar ilska när vuxna står på sig. I andra fall vill barnet eller den unga inte avslöja sina svårigheter på grund av skam (till exempelvis vid utsatthet för mobbning) eller därför att man vill skydda sin familj (till exempel en förälder som har missbruksproblem). Barn och unga kan också ha svårt att tolka sina egna känslor eller att förklara sina upplevelser med ord.

En övergripande kartläggning av frisk- och riskfaktorer är det första steget för att ta reda på om barnet, den unga eller familjen har problem inom ett eller flera områden och hur dessa i så fall verkar hänga ihop (se sid X om kartläggning).

Att bedöma hur väl barnet eller ungdomen fungerar i vardagen är ofta vägledande för att bedöma problemens omfattning och om insatser ska erbjudas i första linjen eller i annan verksamhet. Om problembilden är svår att tolka eller på något sätt inte stämmer kan det vara en anledning till att konsultera specialistnivån för hjälp med bedömning.

Exempel på instrument:

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa. Läs mer om SDQ på Socialstyrelsens hemsida, Metodguiden.
C-GAS	Funktionsskattning

[47] Socialstyrelsen (2017).

BarnKASAM, Barns känsla av sammanhang	För att undersöka barns syn på sin tillvaro och sin förmåga att hantera problem som de möter.
Nätverkskarta	Om barnets/ungdomens kontakter med sin omgivning. Ge förståelse för barnets/ungdomens syn på sina relationer och vilka resurser barnet har omkring sig. Kan också göras för förälder/familjen.
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)	Kan vara stöd i bedömning av begåvningsprofil, lågbegåvning och särbegåvning.

Hänvisning och remittering

Under följande omständigheter bör barn och ungdomar med flera problem samtidigt vanligen få stöd och hjälp av specialist

- Stora svårigheter att fungera i vardagen
- Oro för att barnet far illa (föranleder också anmälan till socialtjänsten)
- Föräldrar eller omsorgspersoner kan eller vill inte medverka till en förstalinjeinsats
- Självmordsrisk
- Barnets situation förbättras inte eller försämras trots insatser i första linjen
- Barnet eller ungdomen har allvarliga eller omfattande problem (se avsnitt om allvarliga problem, sid X)

Det är viktigt att första linjen skaffar sig kompetens att kunna bedöma och ta hand om lindrigare tillstånd samtidigt som det är viktigt att allvarliga tillstånd inte får en fördröjd handläggning, så att barn med dessa tillstånd snabbt remitteras vidare till specialistnivå.

Stöd och behandling

Kunskapsläget om vad som är den bästa behandlingen vid flera samtidiga psykiska symptom är oklart. Enligt Socialstyrelsen bör utgångspunkten vid samsjuklighet, till exempel vid depression, ångest och missbruk, vara att bedöma personens totala behov och att kombinera och skräddarsy insatser utifrån individens behov. [48]

Var ska man börja?

I vilken ordning insatser ska ges för att bli mest verksamma varierar mellan individer och mellan situationer. Det krävs enskild bedömning från fall till fall av en insatt och erfaren professionell. Ibland kan parallella insatser behövas, till exempel insatser riktade till barnet/ungdomen och föräldrastöd.

Följande är exempel på generella hänsyn som kan göras inför beslut om vilka insatser som ska göras först eller prioriteras:

Gör barnet eller den unge delaktig. Utgå ifrån barnets eller den ungas beskrivning av vad hen tycker är viktigast att förändra. Det skapar motivation och stärker alliansen mellan barn och professionell. Det kan göra det lättare att ta sig an de andra problemen efteråt.

[48] Socialstyrelsen (2017)

Påverka orsaker i miljön. Om barnet eller den unga mår dåligt på grund av något i miljön bör man försöka ändra på miljön (till exempel att i samverkan med skolan få mobbning att upphöra eller göra en orosanmälan till socialtjänsten om man befarar att barnet eller ungdomen far illa i hemmet).

Börja med det som är enkelt. Börja med något som går lätt att förändra men ändå ger märkbara resultat för barnet eller den unga. Ge till exempel konsultativt stöd till elevhälsan och skolan för hur de kan bemöta och stödja barnet eller den unga på ett bättre sätt.

Flera fronter samtidigt. Om det är möjligt, välj en eller flera insatser som angriper problemen från olika vinklar, till exempel genom att ge föräldrastöd och individuell psykoterapi till barnet eller den unga parallellt. Det bör det finnas gemensam uppföljning av insatserna som en helhet om insatserna förutsätter samverkan inom eller mellan verksamheter.

Gör en plan. Formulera tillsammans en plan som dokumenteras och delas med de iblandade. Planen bör ta upp syfte, val av angreppsätt (val av insatser) och målsättningar. Utfallet bör följas upp kontinuerligt. Planen kan förändras under processen.

Samverkan med andra aktörer

Vid samtidiga problem kan det vara särskilt svårt att avgöra vilken aktör (nivå) som är bäst lämpad att ge insatser. Organisatoriskt kan det också vara så att olika typer av problem brukar hanteras av olika verksamheter. För att ge barnet, den unga eller familjen ett sammanhållet stöd förutsätts god samverkan mellan aktörer, till exempel med stöd av samordnad individuell plan (SIP). Att göra en SIP innebär att de olika aktörerna tillsammans med barn och familj identifierar behoven och sedan tydligt bestämmer vem som gör vad och hur detta följs upp. En SIP är lämplig att göra så fort det är flera aktörer som ska ge insatser som behöver samordnas. Det behöver alltså inte handla om allvarlig problematik, SIP är ett sätt att effektivisera insatserna och skapa samsyn. Uppdrag Psykisk Hälsa (SKL) har tagit fram ett webbverktyg för att underlätta uppföljning av SIP-möten på individ- och organisationsnivå, se www.sipkollen.se.

Ett annat sätt att skapa kontinuitet är att en aktör åtar sig att ge barnet, den unga eller familjen samlade insatser. Det förutsätter att nödvändig kompetens finns i verksamheten eller att det är möjligt att få konsultativt stöd från andra aktörer.

Barn och som känner rädsla, oro eller ångest

Att ibland känna sig orolig eller rädd tillhör livet. Rädsla för farliga saker eller situationer och att vilja undvika dessa har under hela mänsklighetens historia varit till nytta för vår överlevnad. Det är naturliga reaktioner. Men i vårt nuvarande samhälle fungerar dom här reaktionerna inte alltid ändamålsenligt. Olika saker oroar olika människor och en del oroar sig mer än andra. Barn och unga kan ha perioder av mindre allvarliga besvär av oro och rädsla. Småbarn kan till exempel uttrycka rädsla när de skiljs från sina föräldrar och tonåringar kan känna oro inför att bli vuxna. Bland yngre barn är det inte ovanligt att känna stark rädsla för vissa saker, t ex insekter, främlingar, spöken, döden eller att någon olycka ska hända föräldrarna. Vissa tonåringar blir blyga, osäkra och socialt reserverade.

Att känna oro eller ångest är också en vanlig reaktion när något svårt händer i livet, som till exempel vid en separation, vid en flytt eller när någon närstående blir allvarligt sjuk. Oro och ångest kan också vara en reaktion på en traumatisk erfarenhet i barnets eller den ungas liv, till exempel utsatthet för våld eller flykt på grund av oroligheter eller krig. Vad som upplevs som trauma kan vara olika från person till person och beror på vad man varit med om tidigare eller i vilken situation och skede i livet det sker.

Om oron blir så stark eller långvarig att den blir ett hinder i barnets eller den ungas vardag eller utveckling kan oron kallas för ångest. Ungefär ett barn av tio drabbas av sådan ångest. Vissa funktionshinder eller kroppsliga/psykiska sjukdomstillstånd kan ha ångest och oro som ett delsymptom.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Lindrigare och övergående former av rädsla eller oro kan barnet eller den unga med stöd av anhöriga ofta hantera på egen hand. Om oron och rädslan börjar styra vardagen och det inte sker någon förbättring kan ytterligare stöd behövas.

Tecken på behov av stöd, av första linjen eller annan verksamhet, kan vara att barnet eller den unga:

- Är rädd eller ångestfylld under en längre period (flera månader)
- Går tillbaka i utvecklingen (gäller i synnerhet små barn)
- Tappar lusten till eller står still i utvecklingen
- Börjar undvika att delta i sammanhang eller aktiviteter hen tidigare deltagit i
- Utvecklar problematiska beteenden eller agerar destruktivt
- Återkommande söker för somatiska besvär som inte har kroppslig orsak
- Har svårt att sova
- Upplever separationssvårigheter
- Har försämrade skolresultat
- Har ett minskat umgänge med kompisar
- Av föräldrarna upplevs ha förändringar eller försämringar i barnet eller den unges allmäntillstånd
- Uttrycker ängslan, till exempel genom kraftig gråt
- Söker försäkran
- Har tvångstankar eller tvångshandlingar
- Har upptagenhet av visst rädsloområde, fobier

Riskgrupper och risksituationer

Nedan listas några omständigheter som kan vara förenade med oro eller ångest och som den som träffar barn, ungdomar eller anhöriga bör vara observant på både i förebyggande, stödjande och behandlande syfte.

Hög belastning i familjen

Livssituationer förenade med stress kan också påverka familjeklimatet och föräldrarnas kapacitet att parera och hantera de svårigheter som barnen möter. Barn kan också känna oro för sina föräldrar. Exempel på stress i familjen är:

- Skilsmässa och separation
- Sjukdom
- Dödsfall
- Missbruk
- Arbetslöshet
- Ekonomisk press
- Konflikter i familjen
- Våld eller kränkningar
- Förälder med psykisk ohälsa
- Migration

Överbeskyddande föräldrastil

Ett kontrollerande eller överbeskyddande förhållningssätt kan vara en riskfaktor, till exempel att inte låta barnet vara självständigt i situationer där det är rimligt att låta det klara uppgifter på egen hand. Ängsliga och osäkra beteenden hos barnet kan också utlösa ett överbeskyddande beteende hos föräldern som kan förstärka barnets ängslighet, osäkerhet och undvikande. Föräldrar med en egen ångestproblematik kan också oavsiktligt lära barnet att undvika situationer som ger oro samt att tolka in hot i situationer som inte är hotfulla.[49] Oron kan också ha en ärftlig komponent.

Bristande arbetsmiljö i skolan eller kränkningar

En stökig skolsituation med exempelvis bristande eller instabil organisation kan ha negativ inverkan på lärarnas kapacitet och indirekt på dynamiken i elevgrupperna. Att uppleva (upprepade) kränkningar och/eller fysiskt våld som offer, åskådare eller förövare är bland annat förenat med oro och ångest. Barn som inte bemöts utifrån sina behov i för-/skolan, till exempel på grund av olika typer av inlärningssvårigheter eller särbegåvning, kan exempelvis reagera med symptom på stress, oro och depression.

Alkohol, droger och kriminalitet

Bruk av alkohol, droger och kriminalitet eller att umgås i kretsar med sådant beteende kan vara förknippat med oro och ångest. En av de upplevda fördelarna med att använda alkohol/droger är att de initialt kan upplevas som ångestreducerande. Men användningen kan den unga också ge ångest, i samband med ruset och vid abstinens. Om beteendet sker i strid med grundläggande egna värderingar kan också det ge ångest.

[49] Socialstyrelsen (2010c)

Kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning

Att ha en somatisk sjukdom eller en funktionsnedsättning kan i sig vara förenat med oro. Barnet eller den unga kan också känna oro inför att vara annorlunda jämfört med andra barn och unga och att inte passa in.

Övergångar

Perioder förenade med kraftfull utveckling kan ge upphov till oro och existentiella funderingar. Exempel på övergångar är stadieövergångar i skolan eller identitetsutveckling mellan barndom och tonår.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Först bör den som träffar barnet, den unga eller anhöriga försöka reda ut vilka faktiska omständigheter som skulle kunna ligga till grund för oro och försöka påverka dessa. Men ibland kommer barnets ångest från en stark, omotiverad rädsla. Några frågeställningar att utgå ifrån kan vara:

- Vilken typ av rädsla handlar det om? Hur tar rädslan sig uttryck?
- I vilka situationer visar sig rädslan?
- Hur länge har barnet/den unga känt rädslan/oron?
- Hur påverkar det barnet/den unga i vardagen? T ex undviker något? Panikångest?
- Har något hänt i barnets liv eller förändringar i barnets närhet?

För att få svar på frågorna kan man fråga barn och unga själva, deras föräldrar och andra vuxna i barnets/den ungas närhet, till exempel personal i skolan. Utifrån svaret på frågorna kan man ta ställning till om en fördjupad bedömning behövs.

Det finns fler olika typer av ångest såväl som olika allvarlighetsgrader. För en liten del av barn och unga kan oro och rädsla utvecklas till ett sjukdomstillstånd. Rädsla och oro klassas inte som ett sjukdomstillstånd med mindre än att det påverkar funktionsförmågan eller ger ett påtagligt lidande. Vid en fördjupad bedömning tar man reda på vilken typ av ångest som barnet eller den unga har och i vilken utsträckning den påverkar vardagen. För att ta reda på det kan man ställa frågor till barnet/den unga och föräldrar eller till andra vuxna som finns i barnet/den ungas närhet. Nedan ges exempel på olika typer av ångestproblematik.

Generaliserad ångeststörning	Är när barn eller unga oroar sig mycket för olika saker, till exempel hur det ska gå i skolan, för att något ska hända deras föräldrar, att det ska börja brinna eller att det ska komma inbrottstjuvar till deras hem. Vanliga tecken är att känna sig spänd, rastlös, lätt bli uttråkad och ha svårt att koncentrera sig, att lätt bli irriterad och ha svårt med sömn. Mindre barn ställer ofta många frågor med en förhoppning om att svaren ska lugna dem men oftast väcks nya frågor som skapar ny oro. Tecken hos ungdomar kan vara att de är perfektionistiska, överdrivet självkritiska och rädda för att göra fel.
Separationsångest	Är när barn eller unga är väldigt rädda för att vara ifrån sina föräldrar eller annan närstående på ett sätt som inte är åldersadekvat. Barn eller unga med separationsångest uttrycker ofta oro för sin egen och för föräldrarnas säkerhet och hälsa. Tecken på problem med separationsångest kan vara att inte vilja sova ensam, att drömma mardrömmar, att klaga över kroppsliga

besvär och att inte vilja gå till skolan eller delta i fritidsaktiviteter. Separationsångest är vanligare hos skolbarn än hos tonåringar.

Social fobi — Handlar om att vara rädd för att vistas i olika situationer tillsammans med andra. Till exempel att tala med eller inför människor hen inte känner eller att äta tillsammans med andra. Barn och unga med social fobi är rädda för uppmärksamhet och för att bli granskade eftersom det leder till tankar om att bli bortgjord eller att inte räcka till. Det är vanligt att tecken på social fobi uppmärksammas i åldrarna 11-13 år, ofta i samband med att kraven på att prestera höjs. Social fobi är vanligare hos flickor än hos pojkar. Social fobi är ovanligt för barn under 7 år.

Paniksyndrom — Är att få återkommande perioder av intensiv rädsla. Den intensiva rädslan är förknippad med kroppsliga symptom såsom stark hjärtklappning, yrsel, illamående, en känsla av att det är svårt att andras och att benen känns svaga. Det är vanligt att barn och unga med paniksyndrom utvecklar ett beteende där man undviker det som man tror kan utlösa paniken, till exempel folksamlingar. Paniksyndrom är oftast något som förekommer hos tonåringar och är ovanligt hos barn under 14 år.

Specifik fobi — Är att vara rädd för speciella saker eller situationer. För mindre barn handlar det ofta om till exempel rädsla för specifika för djur eller för nålar medan det bland skolbarn och ungdomar är vanligt med rädsla för höjder eller specifika situationer. Rädslan är så pass stark att den leder till ett beteende där barnet eller den unga undviker det som orsakar rädslan.

Tvångssyndrom — Innefattar både tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar är skrämmande tankar som är återkommande och ger upphov till obehag och ångest. Ofta kretsar tankarna kring smuts, sjukdom, olyckor, katastrofer och rädsla för att skada någon annan. Tvångshandlingar är sådana handlingar som upprepas gång på gång, ofta onödigt ofta och länge och på ett ritualliknande sätt. Det är vanligt att de handlar om renlighet eller pedantisk ordning. Ångesten uppstår när man inte får utföra handlingen.

Tvångstankar och tvångshandlingar debuterar ofta när barn är runt 10 år gamla och något tidigare hos pojkar än hos flickor.

PTSD - posttraumatiskt stressyndrom — Typiskt för posttraumatiskt stressyndrom är att återuppleva en traumatisk händelse om och om igen, till exempel när man försöker somna eller när något i omgivningen påminner om den traumatiska händelsen (trigger). Traumatiska händelser som kan utlösa posttraumatiskt stressyndrom hos barn eller unga kan vara upprepade konflikter och familjevåld, misshandel och hot, olycksfall och svår sjukdom, sexuella övergrepp, att ha bevittnat eller upplevt våld, svåra olyckshändelser, naturkatastrofer, krig eller flykt.

Relaterade problem — Ångest är också ett vanligt besvär vid andra psykiska och somatiska problem. Exempel på andra psykiska problem som är vanliga tillsammans med ångest är oro och nedstämdhet, ätproblematik och neuropsykiatriska diagnoser och autismspektrumstörningar. Ångest kan även förekomma i samband med somatiska besvär så som astma, migrän och epilepsi. Även

vissa läkemedel kan orsaka ångest. Det är vanligt att ungdomar med ångest även har problem med missbruk. Vid en bedömning av ångest bör man därför ta reda på om det enskilda barnet eller den unga även har andra psykiska, somatiska eller sociala besvär.

Formulär och screeninginstrument

Som stöd vid en bedömning av rädsla och ångest kan man även använda sig av olika formulär. En del formulär är mer generella och fångar upp rädsla och ångest brett och andra är mer inriktade på en viss typ av rädsla och ångest.

Generell ångestskala (SCAS)	Ett generellt instrument
Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C)	Ett generellt instrument
The Separation Anxiety Inventory for Children (SAI)	Utvecklat för separationsångest
Social Phobia Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)	Utvecklat för social fobi
Children's Obsessive Compulsive Inventory (ChOCI)	Utvecklat för tvångssyndrom
Yale-Brown tvångssyndromskala (CY-BOCS)	Utvecklat för tvångssyndrom

Hänvisning och remittering

Insatser på specialistnivå ska vanligen ges om:

- Det finns risk för att barnet far illa, vilket enligt lag ska föranleda anmälan till socialtjänsten (14 kap. 1 c § SoL).
- Barnet eller den unga har svårigheter att fungera i vardagen (kan bedömas med stöd av C-GAS)
- Det är troligt att barnet eller den unga har posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
- Barnet eller den unga inte mår bättre, eller mår sämre, trots insatser från första linjen (exempelvis efter 3 till 6 tillfällen).
- Om barnet eller den unga haft flera problem samtidigt under flera månaders tid, i synnerhet i kombination med tvång, ätstörningar eller självskada.
- Om det finns några tecken på risk för att barnet eller den unga ska ta sitt liv.

Stöd och behandling i första linjen

Vid lätta till medelsvåra problem med ångest och rädsla kan första linjen erbjuda olika typer av stöd och behandling, vid behov i kombination.

Psykoedukation	För en del ungdomar och föräldrar är psykoedukation en tillräcklig insats för att hitta strategier att hantera oro och ångest. Psykoeduktaion kan också bestå av exempelvis föräldrautbildning i hur föräldrarna kan stötta barnet eller den unga. Psykoedukation är ofta en del i andra individuella- och gruppinsatser.
Familjeterapi	Om barnets eller den ungas oro eller ångest är en reaktion på situationen i familjen.

Riktat föräldrastöd	Mindre barn kan få hjälp genom att deras föräldrar får ökad förståelse för varför barnet agerar som det gör och verktyg att hjälpa barnet. Exempel på material: • Cool Kids • Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) • De otroliga åren
Gruppbehandling	Stödjande eller behandlande insatser i grupp bör kunna erbjudas för att lära sig strategier att hantera sin ångest och/eller rädsla. Exempel på material: • Cool Kids • Våga mera • FRIENDS
Stödjande samtal	Kan behövas för att till exempel motivera en person att våga utmana sina rädslor för att kunna hantera ångesten. Exempel på metoder: • Motiverande samtal (MI)
Individuell psykologisk behandling	KBT-behandling är en vanlig och effektiv behandling vid ångest hos barn och unga som kan ges både enskilt och i grupp. Exempel på psykologiska behandlingar: • Coping Cat, C.A.T. project • Ensessionsbehandling för fobi • Psykodynamisk korttidsterapi
Stöd på nätet	Kan erbjudas både i form av stödjande och behandlande insatser men även i form av forum där barn/unga eller föräldrar tar del av andras erfarenheter. Till exempel via Nationella hjälplinjen.
Konsultativt stöd till skolan	Skolan möter barn och unga med ångest och det finns stora möjligheter för skolan att hjälpa barn och unga att hantera sin ångest när den uppstår i vardagen.
Fysisk aktivitet/fysisk träning	Motivera till regelbunden fysisk aktivitet i lagom omfattning.

Lästips

- Basset, L. (2000). *Befriad från ångest – så övervinner du oro och panikkänslor och tar makten över ditt liv.* Natur & Kultur Akademisk.
- Forster, M. (2013). *Jag törs inte men gör det ändå. Om barns välmående och självkänsla.* Natur & Kultur.
- Hanell, Å.; Hellström, K.; Liberman, L (2003). *Rädd, räddare, ångest – När barn och ungdomar mår dåligt.* Prisma.
- Kåver, A. (2010). *Social fobi – att känna sig granskad och bortgjord*. Natur & Kultur.
- Svirsky, L. (2012). *Rädslor, fobier och nedstämdhet hos barn och unga*. Gothia Förlag.
- Svirsky, L.; Thulin, U. (2011). *Mer än blyg – om social ängslighet hos barn och ungdomar*. Studentlitteratur.
- Wadström, L. (2014). *Sluta älta och grubbla*. Psykologinsats.

Barn och unga som är ledsna eller nedstämda

De flesta känner sig ibland ledsna eller uppgivna. Oftast är det en reaktion på att vara med om något jobbigt. Det finns individuella skillnader på hur lätt en person har för att känna sorg eller nedstämdhet. Andra i samma situation skulle istället visa ilska eller inte reagera alls. Det beror delvis på läggning, tidigare erfarenheter och vilka förebilder och normer barnet eller den unga stött på när det gäller att uttrycka ledsenhet. I vissa utvecklingsfaser är nedstämdhet mer förekommande, till exempel i tonåren. Tjejer som kommit i puberteten kan i vissa fall drabbas av mer eller mindre stark nedstämdhet i samband med PMS.

Nedstämdhet kan också bero på barnets eller den ungas livssituation, till exempel om det finns problem i hemmiljön eller i skolan eller om det hänt något som kastat barnets tillvaro upp och ner.

Vanlig ledsenhet skiljer sig från depression genom att den går över efter en kortare period och inte påverkar hur barnet eller den unga klarar vardagen. Sorg, till exempel efter ett dödsfall, är en typ av ledsenhet som kan övergå i depression om sorgen varar för länge. Men någon ”normaltid” för en sorgeprocess finns inte, hur sorg uttrycks och hur länge är i hög grad individuellt. Sorgen kan behöva pågå länge och påverkar hur personen fungerar i vardagen, utan att känslan av sorg för den skull blivit en depression. En individ kan också känna en blandning av sorg och depression. Ett sätt att försöka skilja tillstånden åt, är att notera att man vet vad man är ledsen för vid ledsenhet och sorg (vanligen att ha drabbats av en förlust eller något dåligt). Men symptombilden är ofta är mer komplicerad vid depression och utmärks inte sällan av negativt tänkande och känslor av värdelöshet, hopplöshet och meningslöshet.

När ett barn eller en ungdom är ledsen en längre tid och tappar lusten till sådant som tidigare varit roligt eller intressant, som att vara med kompisar, fritidsintressen eller att gå till skolan kan hen behöva stöd och hjälp. Obehandlad depression kan ta lång tid att läka ut av sig själv och innan dess kan barnet hunnit tappa mycket i skolan, sociala relationer och i självbild och i värsta fall begå självmord.

Samtidiga problem med nedstämdhet eller depression, ångest och risk- eller missbruk är inte ovanligt hos ungdomar.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Tecken på nedstämdhet kan till exempel uppmärksammas av barnet eller den unga själv, kompisar, föräldrar eller av skolpersonal.

Yngre barn

- Svårt att sova
- Psykosomatiska tecken, ont i huvudet, ont i magen
- Går tillbaka i utvecklingen, t ex börjar kissa på sig igen
- Svårt att bli glad, ler inte, föräldrarna kan inte få barnet på bra humör
- Oro, separationsångest
- Gråter eller skriker
- Stöter bort den som försöker trösta
- Håglöshet, vill inget

- Slutar leka, drar sig undan

Kapitel om psykisk ohälsa hos de minsta barnen är under planering.

Äldre barn och tonåringar

- Minskad lust, minskad glädje, passivitet, brist på energi
- Slutar med (fritids)aktiviteter som tidigare varit lustfyllda
- Oro, ångest
- Gråt, ledsenhet
- Ilska, irritation
- Överkänslig för kritik och motgång
- Inåtvändhet, tystnar, drar sig undan
- Skuld, skam, värdelöshetskänslor,
- Hopplöshet, tankar på att inte vilja leva eller att skada sig själv, självmordsförsök
- Psykosomatiska tecken, ont i huvudet, ont i magen, förvärring av somatiska tillstånd
- Förändrad aptit, viktnedgång eller viktökning (tröstätning)
- Trötthet, sömnproblem (insomningssvårigheter, sover för mycket/för lite, vaknar tidigt)
- Koncentrationssvårigheter
- Försämrade skolresultat
- Okaraktäristiska reaktioner, t ex plötslig gråt eller utbrott
- Destruktivt beteende, utåtagerande, riskbruk av alkohol eller droger
- Skolfrånvaro

Riskgrupper och risksituationer

I det följande listas olika faktorer som ökar risken för nedstämdhet eller depression

Individuell sårbarhet, temperament och personlighet

- Reagerar starkt och omedelbart på motgångar, pessimistisk attityd, grubblande, negativ självbild, tendens att ta på sig skulden för misslyckanden
- Ärftlighet för depression (hos förälder i synnerhet)
- Prestationsbaserad självkänsla

Annan ohälsa, funktionsnedsättningar, riskbeteenden

- Tidigare perioder av nedstämdhet
- Oro, ångest
- Aggressivitet, utåtagerande
- Riskbruk av alkohol och droger
- Kronisk sjukdom, t ex diabetes, astma, fetma; kroppslig funktionsnedsättning
- Läkemedelsanvändning (biverkning)
- Sömnproblem
- Bristande rutiner för sömn, mat och aktivitet
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (utanförskap, svårigheter i socialt samspel)

Social och ekonomisk belastning

- Missbruk hos förälder
- Brister i föräldrastöd, föräldraförmåga, fler föräldrakonflikter
- Bo i ett socialt utsatt område
- Ekonomisk utsatthet
- Mindre bra copingstrategier i familjen
- Negativt familjeklimat, konflikter

Negativa livshändelser

- Övergrepp, konflikter och brott, bevittnat våld, utsatthet för våld
- Omsorgssvikt, vanvård
- Instabila, osäkra förhållanden
- Trauma, flykt från hemland
- Familjehems- eller institutionsplacering
- Förluster, t ex av förälder

- Familjemedlem är allvarligt sjuk

Skolrelaterade problem

- Långvarig skolfrånvaro
- Minskad koncentration och tappad motivation i skolarbetet
- Upprepade skolmisslyckanden
- Utsatthet för kränkningar, mobbning
- Brister i skolans lärmiljö/arbetsmiljö
- Lärmiljön är inte anpassad efter elevens förutsättningar (t ex vid inlärningssvårigheter eller särbegåvning)

Övrigt

- Att vara tjej
- Att vara i tonåren
- HBTQ
- Andra i barnets närhet begått självmord, t ex i kompiskretsen eller skolan

Fördjupad kartläggning och bedömning

En fördjupad kartläggning kan ta upp förekomsten av risk- och skyddsfaktorer, hur problemen visar sig (i vilka sammanhang, hur ofta) och hur mycket de påverkar barnet, den unga och familjen. Det är viktigt att tidigt försöka ta reda på om barnet eller den unga har tankar på att ta sitt liv eller om lidandet har yttre orsaker, till exempel missförhållanden i hemmet eller i skolan.

Det mesta får man veta genom att prata med barnet och föräldrarna, men det kan också vara värdefullt att hämta information från exempelvis skola, elevhälsa och i förkommande fall socialtjänst (förutsatt samtycke). Den professionelles intervju, självskattningsformulär och observationsdata utgör vanligen grunden för bedömning för om och vilken insats som kan erbjudas på första linjen eller om barnet eller den unga ska hänvisas eller remitteras till specialist.

Sambandet mellan depression och annan psykisk ohälsa och kroppsliga tillstånd är starkt. Tillstånd markerade med (S) förekommer ofta samtidigt eller före depression.[50]

- Kroppslig sjukdom (S)
- Medicinering
- Missbruk (S)
- Sorg
- Bipolär sjukdom
- Psykos
- Ångest (S)
- Adhd (S)
- Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD
- Beteendestörningar (S)
- Autism (S)
- Personlighetsstörningar
- Ätstörning (S)
- Särbegåvning (ovanligt hög intelligens)

Exempel på verktyg som kan stödja kartläggning och bedömning

Följande skattningsskalor är en samling av skalor och instrument som används i första linjen och specialistverksamhet vid tecken på nedstämdhet och depression. Det går inte att utifrån nuvarande kunskapsläge värdera eller rangordna dem utan vi kan enbart konstatera att fler eller färre

[50] Socialstyrelsen (2010d), SFBUP (2014)

verksamheter upplever att de är användbara. Dessa verktyg syftar till att stödja utförandet av insatser. För forskningsändamål finns andra skalor för exempelvis depression och kring dessa råder större konsensus inom forskarvärlden.

Allmänna instrument	
C-GAS	Funktionsskattning
SDQ, The Strengths and Difficulties Questionnaire	Bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa.
Beteendeanalys	Strukturerad intervju
Jag tycker jag är…	Självskattningsskala om självvärdering. För barn 7-16 år.
5 till 15 (Fem till femton-formuläret)	Instrument för bedömning av utveckling och beteende. Föräldraintervju. Gäller barn 5-15 år.
Nallekort	Hjälpmedel (spelkort) för att prata om känslor. Nallekorten visar en bredd av känslouttryck och är människolika. För barn över 1 år.
The Feeling Faces	Hjälpmedel (spelkort) för att utforska barnets emotionella kunskap och för att underlätta för barnet att beskriva sina egna känslor i olika situationer.
Rita bilder från vardagen	Intervju/teckning för att undersöka barnets vardag (mat, sömn, skola, fritid, rutiner o s v)
Livslinje	För att kartlägga viktiga livshändelser.
BarnKASAM, Barns känsla av sammanhang	För att undersöka barns syn på sin tillvaro och sin förmåga att hantera problem som de möter.
Nätverkskarta	Om barnets/den ungas kontakter med sin omgivning. Ger förståelse för barnets/den ungas syn på sina relationer och vilka resurser barnet har omkring sig. Kan också göras för förälder/familjen.
Mitt sociala nätverk	Fördjupningsfrågor gällande barnets nätverk
Somatisk screening, medicinsk bedömning	Läkarbedömning
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av alkohol. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av droger. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)	Kan vara stöd i bedömning av begåvningsprofil, lågbegåvning och särbegåvning.

Skalor för att fånga nedstämdhet, depression

K-sads (Kiddie Sads), depression supplement	Semistrukturerad diagnostisk intervju om nuvarande och tidigare erfarenheter av psykisk ohälsa. Föräldraversion och för barn 6 till 18 år.
Mini-kid (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju, för barn)	Diagnostisk intervju.
Becks Ungdomsskalor (BUS)	Självskattningsskalor för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar i åldrarna 7–18 år.
Children's Depression Inventory (CDI)	För barn 6 till 17 år.
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	Screeningformulär för depression i åldern 8-18 år. Svensk översättning finns hos BUP Stockholm.
Montgomery-Åsberg Depression Ratings Scale (MADRS)	För bedömning av depressionsdjup. Utprovad på vuxna men kan användas i äldre tonåren
Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)	Om symptom på oro och nedstämdhet förekommer i kombinationen med ångest eller rädsla.
Depression self-rating scale for children (DSRS)	Självskattningsformulär. För barn 8 till 14 år.
Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C)	Strukturerad intervjuskala för ångestproblem. Svensk evidens saknas.

Instrument till stöd för att upptäcka självmordsrisk

Det enda sättet att ta reda på om någon tänker på självmord är att fråga om det. Om någon tänker ta sitt liv är det viktigt att veta hur mycket och länge dessa tankar funnits. Du kan till exempel ställa följande frågor: *Har du tänkt ut hur och när du skall begå självmord? Har du tillgång till medel eller tänkt skaffa dig medel för att utföra din plan?*[51]

Det saknas studier av huruvida bedömning av självmordsrisk förbättras av att instrument används som komplement till bedömningen. SBU menar ändå att intervju- och skattningsinstrument kan fungera som ett pedagogiskt hjälpmedel för att få mer information om personens beskrivning och uppfattning av situationen.[52]

Nedan är exempel på några instrument.

Beskows självmordsstege	Stöd för bedömning av självmordsrisk
Scale for Suicide Ideation (SSI)	Stöd för bedömning av självmordsrisk
Klinisk bedömning av självmordsbenägna barn och ungdomar	Stöd för bedömning av självmordsrisk

[51] NASP (2017)
[52] SBU (2015)

Hänvisning eller remittering

I följande situationer ska barnet eller den unga hänvisas eller remitteras till specialist. Första linjen har ett moraliskt ansvar att inte släppa taget om barn och ungdomar som sökt hjälp i verksamheten innan det är bekräftat att barnet ges en adekvat insats i annan verksamhet.

- Vid självskadebeteende, självmordstankar eller tidigare självmordsförsök. Lämna aldrig en akut självmordsnära person ensam. Bedömer du att situationen är akut, ring alltid 112 eller åk till en akutmottagning.
- Vid misstanke om depression hos barn under 13 år
- När barnet eller den unga har stora svårigheter att fungera i vardagen
- När barnet eller den unga behöver farmakologisk behandling för depression
- När barnet eller den unga känner stort lidande
- När barnet eller den unga har påtagliga svårigheter pga. annan samtidig psykisk ohälsa
- Vid misstanke om att problemen beror på sociala missförhållanden (anmälan till socialtjänst)
- Vid misstanke om att psykiska symptom har kroppslig orsak
- När problemen inte förbättras, eller försämras, trots insatser i första linjen

Stöd och behandling i första linjen

Självmordsförebyggande på lokal nivå

Första linjen kan konsultativt eller i samarbete med skolor ge insatser för att förebygga oro och nedstämdhet. Skolbaserade universella program som kan förebygga självmordsförsök är:

Good Behavior Game (GBG). Ges på lågstadiet under ett till två år. Syftar till att förstärka positiva beteenden och attityder mellan elever och lärare.

Youth Aware of Mental Health (YAM).

Andra exempel på program är: *Penn Prevention Program (PPP), Resourceful Adolescent Program (RAP), Problem Solving for Life (PSFL).*

Det förekommer att självmord har en ”smittoeffekt”, d v s risk för att utlösa härmande beteende bland personer som identifierar sig med den som suiciderat (i ålder, kön, livsstil).[53] Första linjen kan delta i förebyggande arbete genom att vara tillgänglig i sammanhang där självmord begåtts, t ex finnas i skolan eller erbjuda stöd till ungdomar i kretsen kring den döde. Första linjen kan också bidra till händelseanalyser efter självmord.

Riktat föräldrastöd

Stärka föräldraförmågan genom psykoedukation och ge verktyg för att stödja sitt barn eller ungdom. Att kunna använda problemlösande och känsloreglerande copingstrategier på ett flexibelt sätt. Bl.a. färdigheter i att undersöka problem och hitta alternativa lösningar, göra upp en plan och följa den och att söka socialt stöd hos personer som aktivt kan hjälpa till att minska stress. Öka förmåga att känna igen och reglera känslor och därmed minska risk att fastna i ett negativt

[53] Johansson, L (2010)

	stämningsläge och negativa tankar, med minskning av påfrestning i relationer som följd.
Föräldrastödsprogram, manualbaserade	T ex *De otroliga åren*, för att stödja föräldrar till barn med beteendeproblem eller känslomässiga problem
Familjestöd	Stöd för kommunikation, samspel och goda relationer inom familjen. Se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89).
Stödjande samtal	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga.
Behandling	Psykologisk behandling, vanligen KBT. Individuellt eller i grupp. Exempel på manualbaserat program: *Coping with depression/Att hantera depression* (10 träffar).
Ta stöd från nätverket	När barnets familj behöver bli drivande i en förändringsprocess och behöver hjälp att samordna eller mobilisera sin egen kraft till förändring behöver de ofta stöd och hjälp från sitt eget sociala nätverk. För att detta ska ske behövs goda samtal föras med de människor som finns runt familjen och barnet. Systemiska nätverksmöten är en metod som då kan användas för att hjälpa familjen vidare.
Påverka skolsituation	Stödja barn, ungdom eller föräldrar i kontakt med skolan. T ex för att få stopp på mobbning.
Stressreduktion	Se Barn och unga som har svårigheter med stress (ss. 47)
Stöd i grupp	Förebyggande och stödjande, psykoedukativt och strategier för att hantera nedstämdhet/oro. Exempel på metoder: *Att hantera depression, Må bättre, Depression in Swedish Adolescents (DISA), Coping with Stress course (CWS), Coping with depression – adolescent* (KBT i grupp), *Mindfulness.*
Psykoedukation	Målgruppsanpassad information/psykoedukation via skrift, på nätet eller informationsträffar enskilt eller i grupp.
Internetbehandling	T ex erbjuda chattfunktion där barn och unga kan chatta med en professionell som kan svara på frågor eller komma med råd.
	KBT-behandling över internet.
Sömnskola	Se Barn och unga som har svårigheter med sömnen (ss. 61)
Beteendeaktivering	Stöd att förändra sitt beteende för att komma i kontakt med sidor av tillvaron som ökar engagemang och livsenergi. Individuellt eller i grupp.
Fysisk aktivitet/fysisk träning	Motivera till regelbunden fysisk aktivitet i lagom omfattning.
Insatser vid särbegåvning	Särskilt begåvade elever (särbegåvade) som blivit passiviserade av understimulans kan behöva stöd med motivationsarbete och träning i

frustrationstolerans och bemästra impulser att ge upp vid minsta motgång. Se Barn och unga med särskild begåvning (särbegåvning) (ss. 57)

Barn och unga som har svårigheter med stress

Det är inget konstigt med att ibland känna stress. Ibland är stress något positivt, till exempel för att kunna springa extra snabbt och hinna med bussen eller hinna göra klart ett prov på utsatt tid. Det kan däremot vara skadligt att uppleva långvarig stress utan tillfällen att ladda om eller återhämta sig. Den biologiska förklaringen till stress – att hjärnan skickar ut stressignaler som gör att hjärtat slår fortare, andningen blir snabbare och musklerna spänns – tros vara att människan ska kunna attackera eller fly vid plötsligt hot och därmed överleva (”fight or flight”). Det systemet är välfungerande vid tillfälliga stresspucklar men är inte anpassat för långvarig eller konstant stress. Då tenderar mekanismerna att ge sömnstörningar, koncentrationssvårigheter och psykisk ohälsa.

I dagens samhälle finns det ganska mycket som stressar både barn och vuxna. En del saker är lättare att påverka, som att ha en aktivitet färre i veckan. Andra saker är svåra att förändra själv, som ett stressande betygssystem. Då kan den bästa lösningen vara att försöka förändra sitt förhållningssätt, som att sänka kraven på sig själv och lära sig tekniker för att hantera stresskänslor.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Yngre barn kan ha svårt att tolka och sätta ord på att de upplever stress. Tecknen är ofta psykosomatiska eller känslomässiga. Äldre barn och tonåringar kan vara medvetna om att de är stressade men inte veta vad de ska göra åt det.

Tecken hos de yngsta barnen (under 3 år)

- Inte vilja äta
- Svårt att sova
- Tillbakadragenhet
- Gnäller, kinkig
- Växer inte normalt

Kapitel om psykisk ohälsa hos de yngsta barnen är under planering.

Tecken hos barn i förskole-/skolålder

- Börjar sova dåligt, mardrömmar
- Vara på högvarv
- Trots
- Arg, vresig, utagerande
- Somatiska reaktioner, magont, huvudvärk, illamående (kräkningar)
- Oro, separationsångest
- Ledsen
- Äter för lite eller för mycket
- Svårt att koncentrera sig i skolan
- Försämrade skolresultat
- Kissar på sig på dagen, går tillbaka i utvecklingen

Tecken hos äldre barn och tonåringar

- Psykosomatiska tecken, huvudvärk, magont, illamående, ont i nacke och axlar
- Hjärtklappning
- Koncentrationssvårigheter, minnesproblem
- ”Må dåligt” utan att veta varför

- Katastroftänkande, allt känns livsavgörande, ångest vid tanke på att ändra beteende
- Försämrade skolprestationer
- Nedstämdhet, negativa tankar, tappat lusten, tappat intresse
- Ångest
- Slutar med sådant som tidigare var kul
- Sover dåligt, känner sig alltid trött
- Lättirriterad, utåtagerande
- Rastlöshet, kan inte koppla av

Riskgrupper och risksituationer

Personlighetsdrag och tidigare erfarenhet av stress

Olika personer är olika känsliga för stress och olika personer blir stressade av olika saker. Samma person kan också reagera olika på liknande situationer beroende på hur man mår för tillfället och vad man varit med om tidigare. Att tidigare ha varit stressad gör en känsligare och lättare att bli stressad i framtiden.

Det finns också högre risk för stress bland äldre barn och ungdomar som ligger högt i mognadsnivå jämfört med andra i klassen, har tendens att ta på sig andras stress (omvårdande), har perfektionistiska drag eller höga krav hemifrån.

Ständig uppkoppling och sömnsvårigheter

För mycket skärmtid stjäl utrymme från andra aktiviteter, till exempel motion som naturligt leder till ökad förmåga till avslappning. Att hålla på med mobilen precis före läggning kan störa hjärnans förberedelse på insomning, framförallt på grund av det blåa dagsliknande ljus som lyser från mobilen. En del barn och unga stannar uppe sent eller vänder på dygnet för att spela datorspel, vilket inte ger tillräcklig återhämtning.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Att inte kunna leva upp till omgivningens förväntningar skapar stress. Att ha en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning i en miljö där hänsyn inte tas eller med otillräckliga anpassningar medför ofta den här typen av stress. Ibland skapar dessa barn egna, mer eller mindre välfungerande, strategier för att klara vardagen, till exempel att dra sig undan eller att vara ”klassens clown”. Funktionsnedsättningarna kan ibland göra det svårare att få kompisar och göra barnet mer utsatt för ensamhet eller mobbning.

Funktionshinder och kroppslig sjukdom

Att vara annorlunda från andra barn, i utseende eller vad man kan göra, kan vara stressande, särskilt i äldre åldrar. Allvarlig kroppslig sjukdom är också stressande.

Stress hos de minsta barnen

När riktigt små barn upplever stress handlar det ofta om att föräldrarna inte uppfyller barnens grundläggande behov eller att de är överstimulerade. (Ett särskilt kapitel om de yngsta barnen är under planering).

Brister i förskolemiljö

Yngre barn som känner stress kan inte alltid sätta ord på känslorna, här behöver en vuxen tolka signalerna. Förskolebarn kan till exempel bli stressade av personalomsättning och stora barngrupper (vilket tenderar att innebära hög ljudnivå, mindre vuxenkontakt och fler relationer att förhålla sig till). För barn som är annorlunda än normen, till exempel på grund av inlärningssvårigheter eller särbegåvning, kan bristande anpassningar i förskolemiljön bidra till stress.

Brister i skolans arbetsmiljö

Stress på grund av skolmiljön kan uppstå av flera olika skäl. Ibland beror det på att brister i organisationen och i ledarskapet, vilket kan påverka personalomsättningen och skapa stress bland lärarna – vilket i sin tur kan påverka klassrumsmiljön. Andra gånger beror stressen på att för många prov är koncentrerade till en viss period eller att skolan och läraren använder en pedagogik som inte passar elevernas förutsättningar, t ex för mycket egenstyrt arbete. För elever som fungerar annorlunda än normen, till exempel på grund av inlärningssvårigheter eller särbegåvning, kan bristande anpassning av lärmiljön efter elevens förutsättningar skapa stress. Ett stökigt klassrum och hög ljudvolym kan skapa stress. Stress i skolan kan också bero på dynamiken i elevgrupper, att man inte har kompisar eller att det förekommer kränkningar/fysiskt våld/utfrysning där skolan inte lyckats i sina förbyggande eller åtgärdande insatser.

Hektiskt familjeliv

Att försöka hinna göra allt man borde eller vill i vardagen är en stressfaktor i många familjer. Om vuxna ofta är stressade och har ont om tid kan det smitta av sig på barnen. I välmening vill många föräldrar ge sina barn en utvecklande fritid, men även roliga aktiviteter kan skapa stress om det är för många, i synnerhet fritidsaktiviteter där barnet också måste prestera. Både barn och vuxna mår bra av rutiner med tillräckligt utrymme för mat, sömn och återhämtning.

Förväntningar på att vara lyckad

Barn och ungdomar kan också uppleva stress när egna eller andras förväntningar och krav känns övermäktiga. Barn och ungdomar kan också känna stress över att bli gillade av kompisar, ideal kring hur man ska se ut, prestera i idrott och att få höga betyg för att kunna komma in på rätt utbildning.

Stora förändringar

Både positiva förändringar som att flytta till en större bostad eller att få ett syskon, och negativa förändringar som att tvingas fly från sitt hemland kan skapa stress.

Social utsatthet, otrygghet och vanmakt

En svår socioekonomisk situation, arbetslöshet, psykisk ohälsa eller missbruk hos föräldrar kan påverka stabiliteten i vardagen och föräldraförmågan. Konflikter i familjen kan också leda till stress. En känsla av att inte kunna utnyttja sin potential eller kunna påverka sitt liv kan också skapa stress, t ex att vara i en asylprocess eller långvarig skolfrånvaro av olika anledningar.

Att behöva ta för stort ansvar hemma i förhållande till sin ålder kan också ge stress, t ex att känna att man behöver ta hand om föräldrar eller syskon för att det finns missbruksproblem i familjen eller för att man är äldsta barnet och den enda i familjen som pratar bra svenska.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Här följer exempel på frågeställningar och verktyg som kan ingå i en fördjupad kartläggning.

- Medicinsk undersökning, konsultation av barnläkare (D-vitaminbrist, sköldkörtelfunktion, anemi m m),
- Ångestproblematik (generaliserad ångest, panikångest)
- Bedömning av funktionsförmåga
- Livsstil (stressanalys och copingstrategier)
- Hur det går i skolan (efter samtycke hämta information från exempelvis lärare och skolsköterska)

Förslag på instrument:

KEDS, Karolinska Exhaustion Disorder Scale	Självskattningsformulär för utmattningssyndrom. Framtaget för vuxna, kan också fungera för äldre barn och ungdomar.

Hänvisning eller remittering

I följande fall är det vanligen bättre att barnet eller den unga får hjälp av specialist.

- Vid långvariga problem med stress
- Barnet eller den unga har flera problem samtidigt
- Funktionsnivån är låg eller sjunker
- Vid misstanke om bakomliggande somatisk sjukdom
- Vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Risk för suicid

Stöd och behandling i första linjen

Se över livsstil	Förstärka bra rutiner kring sömn, matvanor, motion, skärmtid, avkoppling med mera. Se över antalet fritidsaktiviteter och deras funktion för barnet eller den unga. Ibland behöver hela familjens livsstil och livssituation ses över.
Förändra skolsituationen	Tillsammans med skolan se över om det är något i skolsituationen som kan förändras, till exempel om det finns möjlighet att minska antalet läxor, särskilt stöd i undervisningen, hjälpmedel eller hjälp i studieteknik. Även elever som har lätt för sig (t ex särbegåvade elever) har rätt till Elever som lätt når de kunskapskrav som minst ska uppnås ska ge ledning och stimulans för att kunna nå längre i sin kunskapsutveckling.
Sjukgymnastik	Ökad kroppskännedom och avslappningsövningar.
Fysisk aktivitet/fysisk träning	Motivera till regelbunden fysisk aktivitet i lagom omfattning.
Arbetsterapeutiska metoder	Insatser kan bestå i att utreda vanor, rutiner och aktiviteter i vardagen, komma med förslag på struktur för att klara vardagliga aktiviteter, hjälpa till att utveckla rutiner för att bättre hantera vardagen, ge stöd i studier och vid anpassning av skolmiljö, arbetsplats eller motsvarande.

Föräldrastöd	Kan till exempel bestå i psykoedukation kring stress, strategier för att stödja sitt barn eller rådgivning för att hitta bra struktur i vardagen (t ex att gå ned i arbetstid under en period för kortare dagar i förskolan eller att minska ambitioner i hemmet och att lägga mer tid på att vara tillsammans i familjen).
Gruppverksamhet	Kan innehålla psykoedukativa insatser kring exempelvis sömn, stressreducering och studieteknik. Samtalsgrupper för unga kring förväntningar, normer och stress. Kan erbjudas både till föräldrar och barn/unga.
Psykoedukation	Om hur stress fungerar i kroppen, råd, tekniker och övningar för att minska stress. Kan ges individuellt eller i grupp.
Avslappningsteknik	Lära ut eller tipsa om olika tekniker för avslappning, enskilt eller i grupp. T ex Mindfulness (för barn över 4 år), andningsövningar, barnyoga, och massage. Ge tips på avslappnande aktiviteter, som trädgårdsarbete, pyssel, högläsning.
Stödsamtal, samtalsterapi, KBT	Om identitet, krav och förväntningar, att förändra tankar och beteenden. Tillsammans hitta en rimlig nivå på vad barnet eller den unga behöver prestera. Till exempel med stöd av KBT.
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Påminner om KBT. Syftar till att öka kapaciteten att acceptera den smärta som är en naturlig del av livet och öka kraften att agera utifrån sina värderingar. En relativt ny metod i Sverige som visat på lovande resultat. Kan ges i grupp och individuellt (vanligen cirka fyra tillfällen).
Familjestöd	Tillsammans med familjen hitta sätt att få tid att umgås och prata på ett kravlöst sätt. Stärka relationerna i familjen och främja bra kommunikation för att kunna prata om det som är jobbigt och skapa lösningar tillsammans.
Stöd vid migrationsstress	Se Barn och unga som flytt (ss. 109).

Barn och unga som har svårt att reglera uppmärksamhet och energi

Förmågan att styra sin uppmärksamhet och aktivitetsnivå ökar med ett barns ålder och mognad men det finns också en naturlig variation mellan individer. Koncentrationsförmågan kan också variera tillfälligt beroende på dagsform och situation. I tonåren är det till exempel normalt att ha både hög och låg förmåga som kan växla snabbt beroende på känsloläge.

I skolan har de flesta barn från och till svårt att koncentrera sig, oftast för att uppgiften inte intresserar dem. Svårigheter att hålla fokus i skolan kan också vara en reaktion på en stökig klassrumssituation. Dagens former för undervisning med egenstyrt lärande i form av projekt- och grupparbeten ställer ganska stora krav på elevernas förmåga att hålla fokus på sitt eget arbete. För en del är det för svårt, vilket går ut både över dem själva och omgivningen.

När det händer något jobbigt i livet kan det uppta tankarna och göra det svårt att fokusera, till exempel om det är bråkigt hemma eller någon i familjen blivit allvarligt sjuk. Nedstämdhet, oro och krisreaktioner kan också påverka koncentrationsförmågan.

Ibland kan svårigheterna bero på en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som till exempel ADHD eller autismspektrumstörningar. Det kan ibland ta lång tid att förstå att koncentrationssvårigheterna beror på en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Ofta blir problemen mer uppenbara när kraven i skolan ökar och de strategier som barnet tidigare använt inte längre fungerar. Svårigheter i skolan kan också ha sin grund i inlärningssvårigheter eller språksvårigheter. Även barn utan diagnos kan behöva stöd, förståelse och lämpliga anpassningar i vardagsmiljöerna, såsom i skolan.

Barn och unga med särskilt hög begåvning (särbegåvade) som inte stimuleras utifrån sina förutsättningar kan också visa tecken på koncentrationssvårigheter i för-/skolan. Ofta handlar det om att eleven blivit uttråkad eller har svårt att passa in i de normer som präglar undervisningen och relationer med jämnåriga.

Tecken på behov av stöd eller behandling

Följande kan vara tecken på behov av stöd eller behandling, oavsett svårigheternas orsak.

- Utagerande beteende eller agera klassens clown
- Tillbakadragenhet
- Ojämn funktionsnivå
- Når inte målen i skolan
- Genomförda adekvata åtgärdsplaner i skolan men kvarstående svårigheter
- Svårigheter att planera och organisera
- Agerar impulsivt, konsekvenstänkande matchar inte barnets ålder
- Sömnsvårigheter
- Motorisk oro

Riskgrupper och risksituationer

Kognitiva funktionsnedsättningar

När det gäller kognitiva funktionsnedsättningar finns det samband med för svårigheter med uppmärksamhet och aktivitetsnivå. Inom vissa släkter är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vanligare, vilket tyder på en ärftlig komponent. Påfrestningar under graviditeten, förlossningen eller i nyföddhetsperioden (för tidig födsel, näringsbrist i moderkakan eller tidig hjärnhinneinflammation) är också riskfaktorer. Ibland kan vissa kromosomavvikelser, epilepsi och några ämnesomsättningssjukdomar ge samma symptom som neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Om barnets förälder har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan det också utgöra en social riskfaktor. Om föräldern inte fått hjälp kan hens egna negativa erfarenheter från skoltiden påverka barnets förväntningar på utbildning (”Det är inte viktigt” eller ”Det är inget för oss”).

Barnets eller den ungas situation i hemmet eller arbetsmiljön i skolan kan vara särskilt viktig för barn med funktionsnedsättningar, för att de ska få rätt stöd och förståelse. Bristande uppväxtmiljö och brister i skolan kan förvärra effekterna av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Sociala faktorer

Om det finns en ökad belastning i familjen kan det påverka föräldraförmågan. Det kan till exempel ta sig uttryck i att konfliktnivån ökar i hemmet eller genom att föräldern inte orkar se eller stötta barnet eller den unga när hen behöver det. Om barnet känner sig oroligt eller nedstämt kan det minska koncentrationen på exempelvis lektionerna i skolan. Exempel på belastning i familjen:

- Förälder med psykisk ohälsa eller missbruksproblem
- Ekonomisk utsatthet eller långvarig arbetslöshet
- Stora livsförändringar, kris eller trauma
- Kriminalitet

Belastningar i miljön, särskilt vid trauma, kan ge övergående symptom som påminner om svårigheter vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Skolmiljö

Arbetsmiljön i skolan har stor betydelse både för enskilda elever, dynamiken inom elevgrupper och för lärarnas kapacitet att vara bra lärare och ledare. Vilka pedagogiska verktyg lärarna kan, vill och har förutsättningar för att tillämpa har också betydelse för elevernas skolsituation. Exempel på faktorer i skolmiljön som medför ökad risk:

- Instabil organisation, brister i skolledning, vantrivsel bland lärare
- Kränkningar (exempelvis mobbning)
- Pedagogik som skapar oro i klassrummet (t ex höga krav på arbete under eget ansvar med bristande hänsyn och anpassning till elevers förutsättningar)

Fördjupad kartläggning och bedömning

En fördjupad kartläggning kring var problem med koncentrationssvårigheter och aktivitetsreglering beror på kan göras med stöd av följande frågeställningar och instrument.

- **Hemsituationen**. Långvariga påfrestningar eller omvälvande livshändelser.
- **Påverkan i vardagen**. Hur länge problemen funnits och i vilka sammanhang de märkts.
- **Ärftlighet**. Finns någon i släkten som visar tecken neuropsykiatrisk funktionsnedsättning?
- **Graviditet och nyföddhetsperiod**. Fanns särskilda påfrestningar?
- **Arbetsterapeutisk utredning**. Av rutiner, vanor och aktiviteter i vardagen.
- **Lindrig utvecklingsstörning/svagbegåvning**. Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) är ett exempel på instrument som kan användas.
- **Särbegåvning** (ovanligt hög intelligens)
- **Specialpedagogisk kartläggning.** Till exempel kartläggning av läsfärdighet (t ex med stöd av datortest som *Logos*), kartläggning av språklig förmåga (t ex med stöd av *Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*, *ITPA-3* och *CELF-4*), arbetsminnestest och klassrumsobservation.
- **Screening och frågeformulär för att sondera neuropsykiatrisk funktionsnedsättning**
    - *SNAP IV*. Screenar för uppmärksamhetsstörning, impulsivitet/överaktivitet, trotssyndrom
    - *Brown ADD Rating Scale* (Brown ADD-RS). Fokus på uppmärksamhetsstörning. Kan användas som självskattningsinstrument, fyllas i av anhörig eller i intervju. Undersöker funktionsområdena organisation och prioritering, fokusering och uppmärksamhet, aktivitetsnivå, frustrationstolerans och arbetsminne.
- **Becks ungdomsskalor** (BUS). Självskattningsskalor för bedömning av emotionell och social problematik.
- **AUDIT**. För att upptäcka riskbeteende avseende alkohol. Kan göras både på ungdom, och på indikation till förälder.
- **DUDIT**. För att upptäcka riskbeteende avseende droger. Kan göras både på ungdom, och på indikation till förälder.

Hänvisning och remittering

När man pratar om så kallad överdiagnostisering och underdiagnostisering av barn och unga med psykisk ohälsa tänker nog många på det ökade antalet barn, men även vuxna, som fått diagnosen ADHD eller autismspektrumstörning. Många lärare vittnar också om att det finns fler barn i klassrummet med den här typen av problematik än tidigare. Även om diagnoserna de facto ökat är forskningen oklar kring orsaken. En stor del av förklaringen är sannolikt att metoderna för diagnostik förändrats, att föräldrar i högre utsträckning än tidigare söker en diagnos när barnet har svårigheter, samt att kraven i samhället och i skolan förändrats vilket medfört att även barn med lindrigare typer av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar blivit mer synliga. Utifrån perspektivet om överdiagnostisering medför detta ett onödigt fokus på diagnoser, som stämplar barn och uttömmer barnpsykiatrins resurser, när det i många fall hade räckt att göra vissa anpassningar i barnets

skolsituation och ett bra bemötande för att barnet ska fungera bra i vardagen. Stöd i skolan ska ges utifrån behov oavsett diagnos eller ej. Risken med att inte upptäcka (underdiagnostisera) funktionsnedsättningar hos barn är å andra sidan att barnet inte får det stöd eller hjälpmedel hen behöver, eller att stödet sätts in i ett sent skede när barnet redan utvecklat andra pålagringar på grundproblematiken. Förespråkande av tolerans för och värdesättande av människors olikhet, att personer med olika styrkor och svagheter kan komplettera varandra och samhället i stort. Och strävan efter lösningar anpassade efter individens behov kan förknippas med båda synsätt.

Vilket perspektiv som råder i förstalinjeverksamheten får betydelse för vilka barn och unga som ges en insats och vilka som hänvisas eller remitteras vidare. En pragmatisk lösning kan vara att vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning först göra en insats i första linjen, vanligen i samverkan med förskola eller skola, och avvakta hänvisning om insatsen är tillräcklig för att barnet eller den unga ska må och fungera bra i vardagen.

I följande fall är det oftast bättre att barnet eller den unga ges insatser av specialist.

- Trots insatser från skola och första linjen fortsätter eller förvärras problemen
- Funktionsförmågan är allvarligt påverkad
- Vid misstanke om självmedicinering eller missbruk

Stöd och behandling i första linjen

I det följande ges exempel på insatser som kan ges i första linjen. Inom första linjen finns vanligen inte kompetens eller utrymme för neuropsykiatrisk utredning, men första linjen kan ge insatser för att stötta barn, ungdomar och familj även efter konstaterad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. För svårigheter med koncentration och aktivitetsreglering som beror på familjesituationen se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89) och Barn och unga med besvärlig hemsituation (ss. 96).

Psykoedukation	Utbildning och information som ökar förståelsen för funktionsnedsättningen samt ger strategier att handskas med vardagen för familjen, för barnet självt, och för andra personer i omgivningen så som pedagoger och andra närstående. Exempelvis brukarföreningen Attention har tagit fram informationsmaterial, www.attention.se.
Föräldrastöd	Handledning och stöd riktat till föräldrar, till exempel utifrån specialpedagogisk kartläggning eller om barnet/den unga har neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
Familjestöd	Om det är stökigt i familjen, t ex med påverkan på syskon.
Samverka med skola	Pedagogiska åtgärder ansvarar för-/skolan för i samråd med föräldrarna. Konsultation från och samarbete med första linjen är ofta värdefullt, till exempel genom handledning från första linjen till personal i skola och på fritids.
Gruppstöd	Kan ges både till barngrupper, ungdomsgrupper eller blandade grupper med barn, ungdomar och anhöriga. Att få insats i grupp kan vara avdramatiserande, ge igenkänning samt skapa nya kontakter. Innehållet består ofta av psykoedukation, strategier i vardagen och övningar.

Internetbaserat stöd	Det finns en mängd olika appar som kan fungera som hjälpmedel och kognitivt stöd och nya utvecklas ständigt, få tips hos specialpedagogiska skolmyndigheten (www.spsm.se) eller brukarföreningarnas hemsidor (t ex www.attention.se).
Känsloskola	T ex Repulse, KAT-KIT
Arbetsterapeutiska metoder	Insatser kan bestå i att utreda vanor, rutiner och aktiviteter i vardagen, komma med förslag på struktur för att klara vardagliga aktiviteter, hjälpa till att utveckla rutiner för att bättre hantera vardagen, hjälpa till att prova ut hjälpmedel (t ex tids- eller minneshjälpmedel), ge förslag på hur vardagsteknik som mobil eller dator kan användas som hjälpmedel, ge tips på produkter som kan underlätta i vardagen och ge stöd i studier och vid anpassning av skolmiljö, arbetsplats eller motsvarande.
Lågaffektivt bemötande	Utbilda och öva föräldrar och viktiga personer i barnets eller den ungas omgivning i ett lågaffektivt eller lugnt bemötande. Den typen av bemötande består huvudsakligen i att minska det känslomässiga trycket på barnet genom att själv vara lugn för att både vuxen och barn ska få bättre chans att få kontroll över situationen för att hitta konstruktiva lösningar.

Barn och unga med särskild begåvning (särbegåvning)

Barn är olika och utvecklas i olika takt, men utvecklingen följer i stora drag samma mönster – vi lär oss till exempel att sitta, stå, gå och prata i den ordningen och ungefär i samma ålder. Samtidigt är finns individuella variationer i hur vi utvecklas och lär sig oss, en del barn är till exempel snabba på att lära sig prata i fullständiga meningar medan andra individer i samma ålder är svårbegripliga för andra än föräldrarna men har en välutvecklad grovmotorik. Högre upp i åldrarna har både intelligens, intresse, motivation och omgivningens stöd betydelse för vilka utmaningar vi tar oss an och hur vi presterar.

För ungefär fem procent av alla barn överstiger duktigheten långt över vad som är normalt för barn i samma ålder, det kallas för särbegåvning. Kännetecknande för särbegåvade barn och unga är de vid upprepade tillfällen förvånar genom sin osedvanliga förmåga inom ett eller flera områden. Gemensamma drag i beteendet och upplevelser är inte sällan ett mer träffsäkert sätt att upptäcka särbegåvning än intelligenstester. Följande är typiskt:

- Brådmogenhet, tidigt utvecklade färdigheter och lär sig snabbare än andra
- Löser problem på ovanliga sätt, kreativitet, litet behov av instruktioner
- Lärt sig läsa i tre-fyraårsålder, läser gärna böcker avsedda för äldre barn
- Ritar tidigt på ett realistiskt sätt
- Hög abstraktionsförmåga, komplexa tankemönster
- Behov av intellektuell stimulans, stark känsla för humor, känslig och empatisk, mycket självmedveten, uthållig (envis)
- Intressen med stark intensitet, behov att behärska svårigheter, älskar att lära

Inte sällan har förskola och skola svårt att tillgodose dessa barns speciella behov. Även barn som är särskilt begåvade behöver handledning utifrån sin nivå för att simuleras och utvecklas. Barn som blir understimulerade och inte blir socialt accepterade för sitt sätt att vara blir uttråkade och mister sitt intresse. Understimulansen i skolan orsakar tristess och passivitet, betygen motsvarar inte omgivningens förväntningar. Paradoxalt kan det leda till att särbegåvade barn underpresterar i förhållande till jämnåriga och att eleven uppfattar att det är hens eget fel.

Särbegåvade barn och unga kan också ha svårare att utveckla vänskap med jämnåriga. Att vara avvikande på grund av sin särskilda intellektuella begåvning innebär ofta en känsla av utanförskap, ensamhet, avvikande, känsla av att vara oönskad och man lägger skulden på sig själv. Barn och unga kan tro att det är fel på dem, att det vore bättre om deras hjärnor fungerade som alla andras. Den begåvade utsätts inte sällan för andra elevers trakasserier och mobbning. Särbegåvningen kan därmed medföra ökad risk för olika typer av psykosociala problem, som skolfrånvaro, stress, ensamhet, ätstörningar och depression.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Drag som är kännetecknande för särbegåvning hos barn och unga är inte i sig tecken på att barnet eller den unga behöver stöd eller hjälp av första linjen. En särbegåvad person som stimuleras utifrån sina förutsättningar och får ett bra bemötande av omgivningen har samma förutsättningar att må bra som

andra barn och unga. I första linjen behöver det dock finnas en medvetenhet om att särbegåvningen kan innebära ökad risk för psykisk ohälsa. Det handlar bland annat om bristande kunskap i för-/skola om hur man kan möta särbegåvades behov, och att dessa barn och unga kan ha svårare att hitta kompisar bland jämnåriga.

Dessa barn och unga kan också ha svårare att hitta kompisar. Följande är tecken på att barnet eller den unga kan behöva stöd och hjälp:

- Omotiverad i skolan, underpresterar, skolfrånvaro
- Svårt att få kompisar, självvald isolering
- Utsatthet för kränkningar, mobbning
- Utåtagerande beteende
- Ledsen, nedstämd, deprimerad, bristande självkänsla
- Oro, ångest
- Tecken på stress, svårigheter med sömn, ont i huvud och/eller mage
- Självmordstankar

Riskgrupper och risksituationer

Följande är exempel på faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa hos ett barn eller en ung person med särbegåvning:

- **Otillräckligt stöd och stimulans i förskola/skola**
- **Samtidig svårighet**. Ungefär 10 procent av särbegåvade barn har en samtidig annan svårighet, till exempel dyslexi, ADHD eller autism. Det är samma andel som för andra barn. Om särbegåvningen glöms bort till följd av fokus på svårigheterna finns risken att stödet i sin helhet blir sämre.
- **Belastad hemsituation eller brister i den sociala miljön** kan minska föräldrarnas förmåga att stimulera barnet i hemmet eller föra barnet eller ungdomens talan i förskola/skola.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Vid misstanke om särbegåvning är det första steget vanligen att skolan gör en kartläggning och en pedagogisk bedömning följt av extra anpassningar av undervisningen (se *Psykologutredning i skolan*, Socialstyrelsen, 2013). Undervisningen ska anpassas efter barnets eller den ungas behov, oavsett begåvning. Om barn och föräldrar vill det kan en utredning göras om särbegåvning. Dock finns det erfarenheter att särskilt begåvade inte alltid fungerar optimalt i testsituationer. Många gånger får man använda sig av barnet eller den ungas och närståendes egen berättelse samt information från personal i förskola och skola. Att kombinerad bedömning av IQ, kreativitet och motivation kan fungera vägledande för att identifiera särbegåvning. Att göra rätt tolkning av barn med höga eller ojämna resultat på intelligenstest kräver inte sällan att man sätter sig in mer i analysmodellen för valt test eftersom resultatet kan vara mer svårtolkat.

Exempel på frågeställningar för att upptäcka särbegåvning

- Hen tänker ofta på mer avancerade saker och ser saker annorlunda än andra i samma ålder
- Hen förvånar en med att förstå saker barn brukar förstå först när de blir äldre
- Hen är ofta intensivare, känsligare och har mer egen motivation att lära sig nya saker än andra

- Hen kan redan det mesta som lärarna går igenom i skolan
- Hen är väldigt mogen vad gäller vissa saker men på andra områden är det precis tvärtom
- Hen verkar ha ovanligt lätt för sig vad gäller skolan/matte/språk/teckning/musik
- Hen håller ett högt tempo i sin inlärning, och det blir snabbt tråkigt om det går för långsamt
- Hen har alltid haft ett bra minne och lätt för att lära sig nya saker
- Hen gillar att klura och hitta på nya saker och att hitta lösningar
- Hen älskar att skapa och låta fantasin flöda

En fördjupad kartläggning och bedömning kan ske med hänsyn till följande:

Begåvning, intelligens	Kan för äldre barn och unga göras med stöd av *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)* och för yngre barn med *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)*.
Nedstämdhet, depression	Se Barn och unga som är ledsna eller nedstämda (ss. 39)
Uppmärksamhet och energi	Se Barn och unga som har svårt att reglera uppmärksamhet och energi (ss. 52)
Utsatthet för kränkningar	Se Barn och unga som utsätts för kränkande behandling (ss. 102)
Samspel i familjen	Se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89)
Ätproblem	Se Barn och unga med ätproblem (ss. 74)

Hänvisa och remittera

I följande situationer bör barnet eller den unga ges stöd av specialist

- Tecken på depression hos barn under 13 år
- Självmordstankar

Stöd och behandling i första linjen

Följande är exempel på insatser som första linjen kan erbjuda för att stötta barn och unga med särbegåvning

Information och utbildning (psykoedukation)	Om vad särbegåvning är och hur det kan ta sig uttryck, om särskilda behov som särbegåvade barn och unga har och strategier för hur de kan mötas. Kan ges till barn, unga och föräldrar, enskilt eller i grupp.
Stötta i kontakter med för-/skola	Stötta barn, unga och familjer i att förklara barnets eller ungdomens behov i för förskola eller skola
Konsultera personal	Vara ett konsultativt stöd för personal i förskola och skola

Stödjande samtal	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga.
Motiverande samtal (MI)	Motiverande samtal är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Kan användas för att stärka motivation och engagemang.
Föräldrastöd	Kan innehålla samtalsstöd och tips på hur föräldrar kan bemöta och stötta sitt särbegåvade barn. Ofta inslag av psykoedukation. Kan ges enskilt eller i grupp.
Insatser vid utagerande beteende	Till exempel för att hitta fungerande strategier för att hantera frustration och impulskontroll. Se kapitel X
Insatser vid nedstämdhet, depression	Se Barn och unga som är ledsna eller nedstämda (ss. 39)
Insatser vid oro, ångest	Se Barn och som känner rädsla, oro eller ångest (ss. 33)
Insatser vid ätproblem	Se Barn och unga med ätproblem (ss. 74)
Insatser vid kränkning, mobbning	Se Barn och unga som utsätts för kränkande behandling (ss. 102)

Lästips och webbplatser om särbegåvning:

- **Begåvade barn**
  En ideell driven webbplats framtagen av en legitimerad psykolog och legitimerad lärare.
  Adress: http://www.begavadebarn.nu/.
- **Gifted Children Program – GCP**
  Mensa Sveriges webbsida om särbegåvade barn och unga.
  Adress: https://www.mensa.se/gcp/.
- **Att arbeta med särskilt begåvade elever**
  Stöd och informationsmaterial från Skolverket
  Adress: https://www.skolverket.se/skolutveckling/larande/sarskilt-begavade-elever-1.230661.
- **Handlingsplan särskilt begåvade barn och elever 2016**
  En handlingsplan framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting för att stödja kommunerna i arbetet med att öka kunskapen om särskilt begåvade barn eller elever.
  Adress:
  https://skl.se/download/18.1fae8ed6156b062e29497858/1473239906709/Handlingsplan-sarskilt-begavade-2016.pdf.

Barn och unga som har svårigheter med sömnen

Sömnen ger kroppen och hjärnan återhämtning. Sömnen är också en förutsättning för att växa och utvecklas. De flesta barn och unga har någon gång problem med sömnen, även de som brukar sova bra. Sömnen påverkas av till exempel ålder, utvecklingsfaser, ärftlighet, infektioner, oro och relationer. Småbarn brukar till exempel vakna på natten utan att det behöver vara något fel, utan en konsekvens av att de har kortare och fler sömncykler, håller på att få nya tänder eller är i en utvecklingsfas. Mellan 15 och 20 procent av barn mellan 6 månader och 3 år vaknar flera gånger per natt och behöver sina föräldrar för att somna igen. I förskoleålder är det vanligt att inte vilja gå och lägga sig eller att inte vilja somna.

Hur mycket barn och ungdomar behöver sova är till viss del individuellt. Generellt är dock sömnbehovet olika i olika åldrar.

Nyfödd	16-18 h/dygn	3 år	12 h/dygn
3 mån	15-18 h/dygn	5-6 år	10-12 h/natt
6 mån-1 år	13-15 h/dygn	6-9 år	9-12 h/natt
1-2 år	13-14 h/dygn	13-18 år	8-9 h/natt

Vårt nutida sätt att leva innebär enligt vissa att det råder en allmän brist på sömn hos både barn och vuxna jämfört med tidigare generationer. Hur det än ligger till med det står det klart att god sömn är en läkande kraft och friskfaktor emedan långvarig sömnbrist har allvarlig negativ inverkan på kognitiv kapacitet, psykiskt mående och kroppslig hälsa.

Tecken på behov av stöd och hjälp

De flesta barn och tonåringar som sover oroligt i perioder brukar inte behöva vård. Om barnet eller den unga har sovit dåligt under en längre period, har mycket besvärliga sömnproblem eller får svårt att fungera i vardagen på grund av trötthet behöver barnet eller den unga hjälp. Tecken på problematisk sömn:

- Insomningssvårigheter och frekventa uppvaknanden under längre tid (till exempel längre än 2 månader)
- Återkommande och intensiva mardrömmar
- Trötthet under större delen av dygnet
- Koncentrationssvårigheter, svårt att klara vardagen
- Aggressivt och irriterat beteende
- Försämrade studieresultat
- Vänt på dygnet under längre period
- Fysiska symptom, blek hy, glåmig, huvudvärk, spänningar i kroppen
- Överaktivitet
- Svårt att hålla sig vaken på dagen
- Sömnattacker under dagtid

Riskgrupper och risksituationer

Nedan listas riskfaktorer för långvarig eller allvarliga sömnproblem.

Yngre barn

- Andningssvårigheter, snarkningar, sömnapné, förstorade halsmandlar
- Förändring i livet som skapar stress
- Rädsla och oro, tankar på monster, misslyckanden eller katastrofer
- Nattskräck, går i sömnen (viss ärftlighet)
- Mardrömmar
- Kissar på sig på natten
- Har springmask
- Har eksem
- Har växtvärk
- Matallergi
- Brister i sömnrutiner
- Hög stress i familjen (ekonomisk situation, missbruk)
- Stress
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Äldre barn och tonåringar

- Använder alkohol eller droger
- Nedstämdhet eller ångest
- Relationsproblem
- Varit med om jobbig händelse, trauma
- Tittar på mobil, surfplatta eller TV sent på kvällen eller natten
- Stress
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Fördjupad kartläggning och bedömning

- Sömndagbok
- Intervju om sovvanor, rutiner, fysisk aktivitet, sömnhygien, läkemedel, sjukdom som kan påverka
- Medicinsk bedömning (t ex av snarkningar och sömnapné (narkolepsi), smärta)
- Samband med eventuell psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning kan påverka sömnen (t ex depression, ångestsyndrom, ADHT, trauma)

Hänvisa eller remittera

I följande situationer bör barnet eller den unga ges stöd av specialist.

- Stor sömnbrist, risk att utveckla psykos
- Flera psykiska och sociala problem samtidigt
- Ingen förbättring eller försämring trots insatser i första linjen
- Svåra sömnproblem, t ex behov av sömnmedel

Stöd och behandling i första linjen

Psykoedukation	Information och utbildning om vad som främjar insomning och sömn (t ex lagom motion och rutiner för insomning).
Psykoedukation vid sömngång och nattskräck	Information och strategier
Sömnrutiner	Stödja barn, ungdomar eller familj att tydliggöra konkreta rutiner kring sömn
Avslappningsteknik	T ex Mindfulness, andningsövningar
Stressreduktion	Till exempel att minska oro kring sömnen och att sova dåligt enstaka nätter. Se Barn och unga som har svårigheter med stress (ss. 47).
Sömnskola, KBT	Psykoedukation, övningar för att förändra tankar och beteenden
Tyngdtäcke	Metod för att lugna kroppen
Sömnkomprimering	För över tonår. Oklar evidens.
Insatser vid nedstämdhet	Se Barn och unga som är ledsna eller nedstämda (ss. 39).
Insatser vid kris eller trauma	Se Barn och unga som upplevt kris eller trauma (ss. 105).
Insatser vid problem i familjen	Se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89) och Barn och unga med besvärlig hemsituation (ss. 96).
Motiverande samtal	Motivera tonåring att ändra sitt sömnbeteende, t ex skärmtid och dygnsrytm
Fysisk aktivitet/fysisk träning	Motivera till regelbunden fysisk aktivitet i lagom omfattning.

Lästips

Söderström (2007). *Sömn – sov bättre med kognitiv beteendeterapi*

Järnelöv (2007). *Sov gott! Råd och tekniker från KBT*

Barn och unga med psykisk ohälsa kopplad till kroppen

Olika former av psykisk ohälsa som kan förknippas med kroppen är bland annat olika typer av smärttillstånd, psykiskt mående relaterat till självbild och utseende samt mående vid kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Kroppen och psyket hänger ihop

Tidigare användes begreppet psykosomatik[54] i huvudsak för att beskriva kroppsliga symptom med psykisk orsak. Idag är den rådande uppfattningen snarare att det finns ett ömsesidigt samband mellan kroppen och psyket som därmed aldrig är opåverkade av varandra. Med moderna metoder har man också kunnat se att en del smärttillstånd där man tidigare tillämpat en psykisk förklaringsmodell delvis kan förklaras med en biokemisk process i kroppen. Idag har vi också bättre mätmetoder för att undersöka vilka spår psykisk sjukdom sätter i kroppen och därigenom även fått ökad förståelse för hur psykiska påfrestningar kan utlösa kroppslig sjukdom.

För många är stress sinnebilden för sambandet mellan kropp och psyke. Vid långvarig utsatthet utan återhämtning kan stress exempelvis ta sig uttryck som huvud- eller magont. Typiskt för insatser vid stress är att de ofta behöver göras med hänsyn till individens hela livssituation från flera vinklar samtidigt, till exempel genom psykoedukation om hur kroppen fungerar och hur man kan främja hälsa, motion på recept, terapi och strategier för att förändra livssituationen.

Utseende, kropp, sexualitet och identitet

Många unga känner sig osäkra kring eller missnöjda med hur de ser ut. Ibland handlar det om upplevelsen av att vara annorlunda, till exempel på grund av en fysisk funktionsnedsättning, att man jämfört med de andra i klassen är före eller efter in i puberteten eller att man blir uppmärksammad för något i sitt utseende – till exempel fräknar eller hudfärg. Undersökningar visar att varannan 15-årig tjej tycker att hon är tjock och att var femte bantar, även om det bara är en av tio som faktiskt är överviktiga mätt med BMI (iso BMI över 25)[55]. Därmed inte sagt att fetma inte är ett problem. Under de senaste 25 åren har barnfetman (iso BMI över 30) ökat från en till fyra procent och risken att den består i vuxen ålder är stor. Förutom att kraftig övervikt kan begränsa barns möjlighet att delta i lek och aktiviteter på samma sätt som andra barn medför det också ökad risk för bland annat depression och ångest, kroppsliga sjukdomar och förkortad livslängd.

Några kan bli så fixerade vid något upplevt fel i sitt utseende att det skapar lidande för dem själva och påverkar umgänget med andra. Den typen av utseendefixering kallas för dysmorfobi eller BDD (eng. Body Dysmorphic Disorder). Vissa ser en skönhetsoperation som enda utvägen, men ofta återkommer ångesten riktat mot någon annan del av kroppen.

En del upplever att deras yttre kön inte överensstämmer med deras upplevda könsidentitet. Det föranleder ibland medicinska insatser för att det yttre könet bättre ska överensstämma med personens upplevelse av sig själv. Studier visar att personer med ”icke-normativ” sexualitet eller könsidentitet,

[54] grek. Psyke [själ] och Soma [kropp]

[55] Bland 15-åriga pojkar var det 25 procent som upplevde sig som överviktiga mot 17 procent som var det. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. (Folkhälsomyndigheten, 2014).

vanligen omtalade som tillhörande gruppen ”HBTQ”[56] är mer utsatta för diskriminering, hot och våld än andra unga. Det är en starkt bidragande orsak till att dessa grupper har en sämre psykisk hälsa.[57]

När kroppen inte fungerar

Att känna sig frisk och att ha en fungerande kropp är för de allra flesta en förutsättning för att må bra psykiskt. Barn och unga som lider av en kronisk eller allvarlig sjukdom eller har en fysisk funktionsnedsättning som försvårar delaktighet med jämnåriga kan behöva stöd och hjälp.

Det är exempelvis bra att vara uppmärksam på barn och unga med diabetes, i synnerhet under tonåren då ansvaret för att sköta sjukdomen alltmer brukar övergå från förälder till tonåringen. Tonåren är en utmanande fas för många, och kan ibland göra att man har mindre förmåga att sköta sin sjukdom som man borde. Hormonella förändringar under puberteten ställer också särskilda krav. Andra risker att vara uppmärksam på är bland annat alkoholdebut och alkoholvanor (leverpåverkan under sömnen kan innebära livsfara för diabetiker) och att insulindoseringen kan användas för att kontrollera vikten vid ätstörning.

Generellt kan försiktighet med mat och strikta dieter leda till både bristsymptom men också öka risken för ätstörningar.

Att ha en kronisk sjukdom som diabetes eller allergier kan innebära att man i olika perioder under uppväxten reagerar med kris och ilska. Även den som verkar ha accepterat sin sjukdom kan i ett annat skede eller situation få även för dem själva oväntade reaktioner på sin sjukdom.

Tinnitus, att uppleva ljud utan yttre ljudkälla, kan vara mycket påfrestande för den som drabbas och är för en del kopplat till stress, oro och depression. I vissa fall kan en hörapparat minska besväret men för många är kognitiv behandling för att skifta fokus och avslappningstekniker mest verksamt för att minska stress- och ångestbesvär.

Barn och unga som gått igenom en svår sjukdom, såsom cancer, kan behöva stöd för att hantera rädslor för att sjukdomen ska komma tillbaka, oro kring hur kroppen kan ha påverkats av behandlingen och känslor kring att återuppta vardagslivet igen.

Hedersförtryck, könsstympning och sexualitet

Tvångsäktenskap och könsstympning är företeelser som hänger ihop med föreställningen att familjens heder är avhängig flickors och kvinnors sexuella beteende. Socialstyrelsen har uppskattat att omkring 7000 flickor under 18 år är könsstympade i Sverige.[58] Könsstympning av flickor och kvinnor är förbjudet enligt lag. En del forskning beskriver att det sociala trycket finns kvar och att könsstympning av flickor och kvinnor kan fortsätta efter immigration till Sverige. Både själva övergreppet som könsstympning är och de långsiktiga konsekvenserna av könsstympning kan vara förenade med stort fysiskt och psykiskt lidande. I familjer som präglas av hedersnormer utgör också HBTQ-personer en utsatt grupp, som inte sällan drabbas av ökad social kontroll, våld, utstötning och omvändelseförsök.[59]

[56] HBTQ är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. Läs mer om HBTQ på RFSL:s hemsida, www.rfsl.se.
[57] MUCF (2017)
[58] Socialstyrelsen (2015c)
[59] Länsstyrelsen Östergötland arbetar på uppdrag av regeringen mot hedersrelaterat förtryck, se www.hedersfortryck.se.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Barn och unga som visar följande tecken kan behöva stöd och hjälp.

- Ihållande problem med sömn och/eller mat
- Ofta ont i magen/huvudet och andra spänningsrelaterade smärttillstånd
- Kissar eller bajsar på sig efter 4-5 års ålder (enures, enkopres)
- Oro eller nedstämdhet under en längre period
- Fixering kring kroppen och utseendet på ett kritiskt sätt
- Döljande av kroppen, till exempel i bylsiga kläder
- Lågt självförtroende, självkänsla
- Drar sig undan, slutar med aktiviteter
- Skolfrånvaro, deltar inte på idrottslektioner

Riskgrupper och risksituationer

I det följande ges exempel på faktorer som kan göra relationen till den egna kroppen mer komplicerad och påverka det psykiska måendet.

- Allvarlig eller kronisk somatisk sjukdom
- Fysisk funktionsnedsättning
- Utseendemässiga särdrag, t ex svår acne eller fetma
- Att uppleva att man ser annorlunda ut än de omkring sig, t ex annan hudfärg än sina föräldrar eller klassen, tidig/sen i puberteten, rodna lätt
- Anhöriga är överdrivet måna om sitt utseende
- Upptagenhet kring mat, bantning eller träning
- Utsatthet för kränkningar eller mobbning
- Icke normativ sexualitet, könsidentitet eller könsuttryck (HBTQ)
- Hederskultur

Fördjupad kartläggning och bedömning

För en del barn och unga kan en enkel hälsokontroll och bekräftelse på att hen är ”normal” vara tillräckligt för att barnet eller den unga ska sluta oroa sig kring föreställningen om ett udda utseende eller kropp.

Utöver den övergripande kartläggningen (se Del 2. Kartlägga och definiera behov, ss. 20) kan en fördjupad kartläggning gå in på nedanstående.

- Medicinsk bedömning (längd- och viktkurva kan rekvireras från elevhälsan efter samtycke från barnet/vårdnadshavare, provtagning för t ex ämnesomsättningsrubbningar, bedömning av allmäntillstånd)
- Medicinsk utredning (t ex vid tinnitus, misstanke om genetiska syndrom)
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (kan ha samband med en tvångsliknande förhållning kring kroppen och mat)
- Sociala problem eller konflikter i hemmet (t ex våld, övergrepp, missbruk)
- Skolsituation, kränkande behandling/mobbning

Exempel på instrument och formulär:

Jag tycker jag är…	Självskattningsskala om självvärdering. För barn 7-16 år.

Hänvisning

I följande situationer kan barnet, den unge eller familjen vanligen ges mer adekvat hjälp av en annan aktör än första linjen.

- Insatser för övervikt eller fetma
- Barnet eller den unga behöver ytterligare medicinsk utredning eller behandling
- Barnet eller den unga har stora svårigheter att fungera i vardagen
- Barnet eller den unga har allvarlig psykisk ohälsa (se avsnitt X)
- Problemen kvarstår eller har förvärrats trots insatser i första linjen
- Barnet eller den unga har troligen dysmorfofobi (BDD)
- Barnet eller den unga har ihållande smärta

Stöd och behandling i första linjen

Hälsokontroll/test	Om barnet eller den unga mår dåligt av en föreställning om sitt utseende eller kropp kan det ibland räcka med att utmana föreställningen med någon typ av test eller ”objektiv” måttstock, t ex att visa att barnet har ett normalt BMI för sin ålder om hen tror sig vara överviktig. Normalisera.
Psykoedukation	Information och utbildning, till exempel om kroppens funktioner och självkänsla. Kan inkludera information om patientorganisationer och insatser från andra aktörer, t ex inom hälso- och sjukvården. Kan ges både individuellt och i grupp, till barn och anhöriga.
Gruppträffar	Gruppträffar för barn eller unga på olika teman, till exempel självkänsla, utseendekrav med mera.
Föräldrasamtal	Vara ett stöd och förmedla strategier till anhöriga hur de kan tänka och bemöta barnet/den unge
Stresshantering	Se Barn och unga som har svårigheter med stress (ss. 47)
Stödsamtal, samtalsterapi, KBT	Om identitet, krav och förväntningar, att förändra tankar och beteenden. Tillsammans hitta en rimlig nivå. Till exempel med stöd av KBT. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* har utvärderats med god effekt vid smärtbehandling till ungdomar. *Internetbaserad KBT.* Det pågår försök med internetbaserad terapi för Irritated Bowel Syndrome (IBS). *KBT med exponeringsterapi* visar lovande resultat för dysmorfofobi (BDD)
Motion	Motion och träning kan hjälpa mot ångest, oro, sömnbesvär, nedstämdhet, depression och stress. Första linjen kan öka motivationen för att börja motionera på en lagom nivå och hjälpa till att hitta sätt att få in motion i barnets eller den ungas vardag.
Fysioterapi	Fysioterapi (tidigare kallat sjukgymnastik) handlar om att ge förmåga att uppfatta, ta vara på, kontrollera och använda sin kropp på ett bra sätt. Fysioterapeutisk behandling kan ges enligt olika metoder, till exempel

	Basal Kroppskännedom (BK) som bygger på rörelseövningar och medveten närvaro.
Konsultativt stöd till skolor	Utbilda och vara konsultativt stöd till skolor i förebyggande eller stödjande syfte, exempelvis om det finns tecken på ohälsosam kroppsfokusering i en klass.
Stöd vid hedersrelaterad problematik	Kan innehålla information om barnkonventionen och mänskliga rättigheter, kroppen och sexualitet, samtalsstöd och moment för att stärka självkänslan. Vid risk för att barnet far illa ska socialtjänstanmälan göras. Kunskaps- och stödmaterial finns på www.hedersfortryck.se (Länsstyrelsen Östergötland).

Lästips

Ghaderi, A & Parling T (2009). *Lev med din kropp.* Natur & Kultur.

Barn och unga med oro kopplad till identitet och framtid

Det är vanligt att funderingar kring den egna identiteten och framtiden uppstår i samband med övergångar i livet, till exempel under tonåren eller efter en omtumlande händelse eller kris som påverkar synen på en själv och på omvärlden. Känslan av att vara på gränsen av vad man förmår eller klarar av uppstår för de flesta flera gånger i livet. Ibland kallas det att man genomgår en ’utvecklingsfas’ eller ’utvecklingskris’. För del flesta räcker det att prata med en förälder, med en kompis eller någon annan person man känner förtroende för. För vissa kan sökandet efter sin plats i tillvaron övergå i oro eller osäkerhet som blir hämmande eller skapar svårigheter i vardagen och kan övergå i ångest eller nedstämdhet.

Vissa menar att utvecklingskriserna i barndomen går att koppla ihop med vissa åldrar, vanligen trotsåldern (i åldrarna två till tre), 6-årsåldern, tonåren, och övergången från tonår till vuxen.[60] Även om det handlar om en normal och positiv utveckling innebär det att man behöver tid att anpassa sig till en förändring. Att utvecklingskriserna för de flesta inträffar under ungefär samma intervall för många barn och unga kan förklaras av dels åldersrelaterad (neural) utveckling i hjärnan och dels av sociala och kulturella förväntningar på hur man ska vara eller ha uppnått vid en viss ålder. I vårt samhälle sker etablering på arbetsmarknaden och familjebildande relativt sent. Det innebär också att ungdomsperioden förlängts.

Figur 2. Existentiella frågor och frågor om sin egen tillräcklighet är vanliga under ungdomsåren.

Frågor om att passa in och hur framtiden ska bli kan också uppstå för att man på grund av rådande normer inte blir accepterad för den man är eller har bristande handlingsutrymme, till exempel om man avviker från könsnormer, har misslyckats i skolan eller väntar på ett asylbesked.

[60] Se exempelvis *Bedömning av barns mognad för delaktighet* (Socialstyrelsen, 2015b) för en översikt om barns utveckling.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Följande kan vara tecken på att barnet, den unga eller familjen kan behöva stöd eller hjälp.

Små barn

- Ihållande problem med sömn eller mat
- Nedstämdhet, passivitet
- Trots eller utagerande som föräldrarna känner att de inte kan hantera
- Långvariga sömnsvårigheter hos barnet som allvarligt påverkar föräldraförmåga eller familjeklimat
- Går tillbaka eller står still i utvecklingen

Äldre barn

- Motvilja eller vägran att gå till skolan
- Svårigheter att vara utan föräldrarna, separationsångest
- Oproportionerliga rädslor, fobier som hämmar barnet
- Nedstämdhet, tappat lust till aktiviteter med familj och vänner
- Psykosomatiska symptom (ont i magen, ont i huvudet, illamående)
- Utagerande, våldsam, normbrytande beteenden
- Oproportionerlig oro, katastrofscenarion
- Går tillbaka eller står still i utvecklingen

Tonåringar och unga vuxna

- Psykosomatiska symptom (ont i magen, ont i huvudet, illamående)
- Förändrat beteende
- Inåtvänd, undvikande, tystnar
- Stark oro för framtiden
- Söker sig till extremgrupper
- Utagerande, våldsam, destruktivt beteende
- Föräldrar eller omsorgspersonen upplever stor oro för den unge
- Långvarigt missnöje med sig själv
- Ledsen, nedstämd
- Oro, ångest, panikattacker

Riskgrupper och risksituationer

Risken för att utmaningar i samband med utvecklingsfaser eller kriser i livet blir ohanterliga och får en negativ inverkan på barnet utveckling kan öka under följande omständigheter.

Belastad familjesituation	Barnet eller den unga får inte tillräcklig omsorg eller stöd från anhöriga, till exempel om föräldrarna genomgår en egen kris eller det finns psykisk sjukdom eller missbruk i familjen. Brist på ’bra’ förebilder eller framtidstro i familjen.
Föräldraförmåga	Anhöriga har svårt att anpassa ramar och gränser som är adekvata utifrån barnets eller den ungas ålder och mognadsnivå.
Sjukdom eller funktionsnedsättning	Barnet eller den unga har fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, till exempel diabetes eller ADHD, som kan innebära extra utmaningar att förhålla sig till under en utvecklingsfas eller instabil period i livet.

Utanför normen	Den som inte passar in i den lokala normen kan både bli ifrågasatt av andra och ifrågasätta sig själv. Till exempel på grund av sexualitet, begåvning, etnicitet, funktionsnedsättning, utseende eller ovanliga intressen.
Svag ekonomi	Att märka att ens egen familj inte har råd med samma saker som andra, inte kunna delta på aktiviteter eller ha samma saker som andra.
Skolstress	Inte nå kunskapskraven eller att inte prestera enligt egna eller andras förväntningar.
Bristande problemlösningsförmåga	Att reagera med aggression, våld, passivitet eller destruktiva handlingar kan signalera att det finns något i miljön som påverkar barnet eller den unga negativt eller att hen av olika anledningar har bristande coping-strategier.
Ensamhet, kränkningar, mobbning	Att inte ha kompisar eller ett begränsat socialt nätverk. Utsatthet för mobbning, kränkning eller våld i skolan eller i hemmet.
Begränsat handlingsutrymme	Bristande förmåga (upplevd eller faktisk) att påverka sin egen situation eller framtid, till exempel på grund av hederskultur inom familjen, funktionsnedsättning, medborgarstatus, skolavhopp, arbetslöshet.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Utöver en övergripande kartläggning av olika livsområden, styrkor och svagheter kan följande frågeställningar och instrument användas för att bilda sig en mer detaljerad uppfattning om barnets eller den ungas situation.

Exempel på frågeställningar, att formulera utifrån sammanhanget och utifrån barnets eller den ungas ålder och mogenhet:

- Finns det något som oroar?
- Hur är det i skolan? Känns det som att du passar in (varför/varför inte?). För lätt (understimulans) eller för svårt (inlärningssvårigheter, överkrav)
- Tankar kring framtiden?
- Förväntningar på sig själv och på livet?
- Finns det någon som hindrar barnet/den unge från att vara den hen vill vara?
- Psykiska symptom, till exempel på ångest eller nedstämdhet?
- Hur beskriver och pratar viktiga vuxna om barnet eller den unga?

Exempel på formulär och instrument som kan användas vid en fördjupad kartläggning:

C-GAS	Funktionsskattning
SDQ, The Strengths and Difficulties Questionnaire	Bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa.
CORE-OM	Bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa.
(Barn)KASAM, (Barns) känsla av sammanhang	För att undersöka barnets/den unges syn på tillvaron och förmåga att hantera problem.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av alkohol. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av droger. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)	Kan vara stöd i bedömning av begåvningsprofil, lågbegåvning och särbegåvning.

Hänvisning eller remittering

I följande fall kan barnet, den unge eller familjen vanligtvis få mer adekvat stöd och hjälp av specialistverksamhet.

- Förväntad förbättring uteblir/situationen försämras trots förstalinjesinsatser
- Allvarlig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning (se Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik, ss. 117)
- Tecken på depression hos barn under 13 år eller allvarlig depression hos äldre (se Barn och unga som är ledsna eller nedstämda, ss. 39)
- Svårigheter att klara vardagen, jämfört med barn i samma ålder eller med vad hen tidigare kunnat
- Risk för att barnet far illa (anmälan till socialtjänst)

Stöd och behandling i första linjen

Stödjande samtal	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga.
Psykoedukation	Förmedla information och kunskap om exempelvis utvecklingsfaser och stressreaktioner, normalisera och avdramatisera. Kan också inkludera information, tips och råd om problemlösningsstrategier.
Samtalsgrupper	Till exempel på tema prestationsångest, framtidsstress, självkänsla, normer och värderingar
Stöd i kontakt med skola	Vara stöd vid kontakt med skolan, t ex vid misstanke om inlärningssvårigheter eller särbegåvning.
Insatser vid särbegåvning	Se Barn och unga med särskild begåvning (särbegåvning) (ss. 57)
Insatser vid nedstämdhet, depression	Se Barn och unga som är ledsna eller nedstämda (ss. 39)
Insatser vid oro eller ångest	Se Barn och som känner rädsla, oro eller ångest (ss. 33)
Insatser vid problem i hemsituationen	Se Barn och unga med besvärlig hemsituation (ss. 96)
Insatser vid problem med samspel och kommunikation inom familjen	Se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89)

Insatser vid erfarenheter av flykt, osäkerhet i samband med asylprocess	Se Barn och unga som flytt (ss. 109)

Barn och unga med ätproblem

Många barn och unga har problem med mat och ätande i perioder som går över av sig självt. Det kan till exempel handla om en utvecklingsfas, att aptiten är nedsatt på grund av förkylning eller annan sjukdom eller att barnet eller den unge upplever tillfällig stress. I vissa perioder kan barn välja att äta enbart vissa maträtter, och många kan ha svårt för att äta frukost direkt på morgonen.

Om problem med maten är ett ihållande problem kan barnet, den unga eller familjen behöva stöd och behandling. Svårigheter att äta hos spädbarn och småbarn kommer tas upp i ett särskilt avsnitt om småbarn (under framtagande). För yngre barn kan svårigheter med maten vara en reaktion på tvång och hot i samband med måltidssituationen. Ätproblem hos äldre barn och ungdomar kan se olika ut och går inte alltid att märka. Att äta för lite eller för mycket kan i vissa fall vara en reaktion på stress eller trauma. Det kan också vara symptom på oro eller ledsenhet. Matlust kan också minska i samband med kroppslig sjukdom. Vanligast är att förknippa ätproblem med ätstörningar av typen anorexi, bulimi, ortorexi (överdriven träning och hälsotänkande) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS).

En ätstörning är skadlig för kroppen och kan leda till allvarlig sjukdom och i värsta fall döden. Ju tidigare hjälp kan ges för att förändra tankar och beteende, desto bättre möjligheter att tillfriskna.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Här följer exempel på tecken på ätproblem som kan uppmärksammas av den unge själv, vänner, familj eller vuxna i skolan eller i fritids- eller föreningsverksamhet.

- Föräldrar/vänner/den unge utrycker oro kring förhållande till mat
- Förändrade matvanor
- Ångestladdad matsituation
- Undviker att äta med andra
- Äter oregelbundet, t ex hoppar över frukost eller äter mycket i ensamhet/i smyg
- Relationen till mat och ätande utgör hinder för vardagliga och sociala aktiviteter
- Överdriven träning
- Kräkning
- Upptagenhet kring bantning, mat och vikt
- Förvrängd självbild
- Irritation
- Oro och ledsenhet
- Koncentrationssvårigheter, t ex i skolan
- Kraftig viktminskning eller viktökning
- Frusenhet, insomningssvårigheter, trötthet, huvudvärk
- Oregelbunden eller utebliven mens

Riskgrupper och risksituationer

Ätstörningar hänger ofta ihop med nedstämdhet, ångest, att tycka illa om sig själv och dålig självkänsla. Både psykologiska, biologiska och sociala faktorer kan spela in för vem som utvecklar en ätstörning. Bantning är ofta en utlösande faktor för ätstörningar.

Exempel på psykologiska faktorer

- Negativ självbild
- Överdriven noggrannhet
- Höga ambitioner eller krav på sig själv

Exempel på ärftliga eller biologiska faktorer

- Flera personer i samma familj eller släkt kan ha någon typ av ätstörning
- Kroppslig sjukdom, t ex diabetes eller IBS
- Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Aspergers, ADHD) och autismspektrumtillstånd
- Läkemedelsbehandling med aptitpåverkan

Exempel på sociala faktorer

- Påverkan och förebilder i familj och bland vänner (t ex föräldrar med komplicerad relation till mat)
- Stress inom familjen eller bristande föräldrastöd (t ex psykisk sjukdom, missbruk, höga krav, osäkra familjeförhållanden, övergrepp)
- Kroppsideal som förmedlas i media och via sociala medier

Fördjupad kartläggning och bedömning

Fördjupad kartläggning kan göras för att ta reda på om det verkligen rör sig om en ätstörning eller om det finns andra mekanismer bakom ätproblemen. En fördjupad kartläggning kan också visa på problemets omfattning och allvarlighetsgrad. Följande komponenter kan ingå:

- Medicinsk bedömning (längd- och viktkurva kan rekvireras från elevhälsan efter samtycke från barnet /vårdnadshavare, provtagning för t ex ämnesomsättningsrubbningar, bedömning av allmäntillstånd)
- Fördjupad intervju kring sömn, mat och fysisk aktivitet
- Matdagbok
- Sondera förekomst av eventuella bakgrundorsaker eller samband (t ex autismspektrumstörningar)
- Beteendeanalys. Inte sällan framkommer att barnet inte äter i en specifik miljö, vilket bör föranleda djupare kartläggning kring faktorer som omger ätbeteendet i olika miljöer (till exempel stress i hemmet, social fobi eller att en särskild smak, lukt eller konsistens blivit förknippad med obehag som generaliserats).

Hänvisning och remittering

Under följande omständigheter är det ofta bättre att behandling ges på specialistnivå eller särskild ätstörningsverksamhet.

- Allvarliga psykiatriska tillstånd
- Långvarig problematik
- Risk för kroppslig ohälsa
- Stor avvikelse från barnets individuella längd och viktkurva (från BVC/elevhälsa)
- Svagt vuxenstöd
- Snabb utveckling av symptom på kort tid
- Om barnet eller den unga inte förbättras eller försämras trots förstalinjeinsatser
- Barnet eller den unga vill inte ta emot hjälp (saknar sjukdomsinsikt eller motivation)

Stöd och behandling i första linjen

Följande insatser syftar till stöd vid ätproblem kopplade till självbild, kroppsuppfattning och psykisk ohälsa. Insatser för övervikt eller fetma ges vanligen av elevhälsa, barnhälsovård, primärvård eller specialiserade enheter.

Föräldrastöd	Enskilt eller i grupp. T ex coachning eller handledning i form av problemlösande samtal för att hitta en gemensam strategi och ingjuta hopp.
Psykoedukation	T ex information om normalutveckling. Kunskap och råd kring nutrition kan ges av dietist. Kan ges både till barn och anhörig.
Familjesamtal	Fokusera på problemlösning och relationer inom familjen.
Läkarkontakt	För fördjupad utredning kring fysiska förklaringar till ätproblem.
KBT	Kärnområdena i KBT vid ätstörningar fokuserar vanligtvis på att bryta störda ätbeteenden via pedagogik, beteendestrategier och hjälp till nytänkande samt med fokus på återfallsprevention.

Lästips

Ghaderi, A. och Parling, T. (2009). *Lev med din kropp. Om acceptans och självkänsla.* Natur & Kultur.

Barn och unga som gör illa sig själva

Två av tre elever i årkurs nio uppger att de någon gång har skadat sig själva medvetet. För de allra flesta rör det sig om ett enstaka tillfälle, på lek eller som ett experiment, utan negativa konsekvenser för barnet eller den unga.[61] Om ett barn eller ungdom gör illa sig själv vid upprepade tillfällen och i ångestdämpande syfte klassas det som självskadebeteende enligt Socialstyrelsens definition.[62] Självskadebeteende är alltid allvarligt.

Att skada sin kropp kan vara ett sätt att göra sig själv illa, andra använder droger, spel, mat eller sex. En del skadar sig lite grann, andra tar större risker med sitt beteende. Ibland är skadandet ett sätt att lugna eller straffa sig själv eller ett desperat sätt att visa att något är fel och att man behöver hjälp. Att skada sig själv brukar inte betyda att man vill dö, men man kan ändå riskera sitt liv.[63]

Det är ovanligt med självskadebeteende före 12 års ålder. Studier har visat att mellan 12 och 14 procent av 15-åringar har ett upprepat självskadebeteende.[64] Trenden har gått mot att självskadebeteende blivit vanligare, men man vet inte säkert varför. Tidigare har det funnits en uppfattning om att man ska undvika att prata och fråga om självskadehandlingar och självmordstankar utifrån risken att beteendet skulle förstärkas. Påståendet har viss giltighet vid behandling av ett avancerat självskadebeteende, men stämmer inte för verksamheter som ger tidiga insatser – som elevhälsa och första linjen. Forskning och erfarenhet indikerar att vi hjälper genom att visa att vi vågar lyssna och ställa frågor.[65]

Tecken på behov av stöd och hjälp

Självskadebeteende är ofta förenat med skam, vilket gör att den som är drabbad ofta försöker dölja sår och andra tecken. Ofta är det någon i familjen eller kompisar som uppmärksammar att ett barn eller ungdom har självskadebeteende. Exempel på tecken är:

- Skärsår eller ärr på armar eller ben
- Brännmärken
- Pillar upp sår som inte läkt
- Självmisshandel till exempel genom att dunka sitt huvud mot en vägg
- Försök till förgiftning
- Täckande kläder
- Barnet eller den unga är deprimerad, ångestfylld eller aggressiv
- Överdriven träning
- Riskbruk eller missbruk av alkohol eller droger
- Destruktivt sexuellt beteende
- Överdriven kontroll på sitt eget beteende (t ex press i förhållande till skolarbete)

Tecken i hemmet, som till exempel en förälder kan uppmärksamma:

[61] Nationella självskadeprojektet (2014)
[62] Socialstyrelsen (2011)
[63] UMO (2017)
[64] Nationella självskadeprojektet (2014; 2017)
[65] Forskning på området behandlar främst suicidtankar och suicidnära beteenden men äger sannolikt även giltighet för självskadebeteende. Se Gould et al. (2005), Reynolds et al. (2006), Smith et al. (2010), Ougrin et al. (2011).

- Blodfläckar på kläder eller sängkläder
- Rakhyvlar eller andra vassa föremål på ”fel plats”, till exempel i barnets eller den ungas sovrum

Hänvisning eller remittering

Om beteendet blivit en vana för barnet eller den unga, och pågått under en längre tid (till exempel under några månader) kan insatser från specialistnivån behövas.

Andra tecken på att barnet eller den unga bör ges insatser av specialistnivån är:

- Vid självmordstankar eller risk för självmord
- Vid samtidiga tecken på emotionellt instabil personlighetsstörning
    - Stark rädsla att bli övergiven
    - Instabil självbild
    - Starka tomhetskänslor
    - Kraftig pendling mellan känslolägen
    - Kraftig och ihållande irritation/ångest/nedstämdhet
    - Stormiga relationer (som pendlar mellan beundran och avsky)
    - Oproportionerlig ilska
    - Överdriven misstänksamhet eller overklighetskänslor
    - Impulsivt beteende (t ex i förhållande till droger/sex/mat/pengar)
    - Självskadebeteende, självmordstankar, (hot om) självmordsförsök
- Om självskadebeteendet inte minskar eller intensifieras trots insatser i första linjen
- När självskadebeteendet blivit ett etablerat mönster för att hantera känslor

Riskgrupper och risksituationer

Det saknas i hög utsträckning forskning om riskfaktorer för självskadande beteende, nedan ges några exempel som förekommer i litteraturen.[66]

- Att tillhöra en sexuell minoritet (HBTQ)
- Svår uppväxt (till exempel upplevelser av tidig försummelse)
- Varit mycket ensam (och/eller upplevt kränkningar eller mobbning)
- Vara utsatt för stark stress (till exempel flykt från hemlandet, ekonomisk utsatthet, leva utan sina föräldrar eller i stor ovisshet)
- Negativ självbild
- Kroppslig sjukdom
- Annan psykisk ohälsa (till exempel depression, ätproblem, ångest, autismspektrumstörningar, emotionell instabilitet)
- Umgänge med andra som skadar sig själva, till exempel i klassen eller kompiskretsen

Fördjupad kartläggning och bedömning

En fördjupad kartläggning över om det finns tecken på självskadebeteende kan vara att ta reda på varför barnet eller den unga skadar sig själv, det vill säga vilken funktion det fyller för barnet eller den unga. Det kan till exempel göras genom beteendeanalys.

[66] Nationella självskadeprojektet (2017)

Beteendeanalys används för att identifiera vad som föregått, utlöst och förstärkt handlingen, vilka alternativa strategier som kunde ha använts i situationen och vad som försvårar deras användning.

Stöd och behandling i första linjen

Barn och unga med lindrigt självskadebeteende som upptäcks i ett tidigt skede kan ges insatser i första linjen. Exempel på stöd och behandling som kan ges i första linjen är:

Psykoedukation	För en del ungdomar och föräldrar är psykoedukation en tillräcklig insats för att hitta strateger för att hantera oro och ångest. Psykoedukation är ofta en del i andra individuella- och gruppinsatser.
KBT	Kognitiva och beteendeinriktade terapier kan exempelvis öka barnet eller den ungas förmåga att hantera svåra känslor och situationer (copingförmåga).
Känsloskola	Känsloskola (en variant av Affektskola) ger kunskap och förståelse för känslornas uppgift och varför vissa känslor kan vara svåra att hantera

Lästips

Nationella självskadeprojektet

http://nationellasjalvskadeprojektet.se/

Projektet verkar för ett gott bemötande, adekvat vård och rätt insatser oavsett var personen söker vård. Projektet har gjort flera kunskapssammanställningar, majoriteten rörande vuxna med självskadebeteende men med stor tillämplighet även på äldre ungdomar.

Uppdrag Psykisk Hälsa

www.uppdragpsykiskhalsa.se

SKL:s tidigare utvecklingsarbete för barn och ungas psykiska hälsa, *Psynk*, har tagit fram ett samtalsstöd och frågeunderlag för elevhälsan kring självskadebeteende.

Barn och unga med beteende-problem

Alla barn och unga kan från och till bete sig på sätt som uppfattas som jobbiga för omgivningen, till exempel genom att få ett utbrott på väg hem från förskola, bråka med syskon, inte vilja hjälpa till hemma eller protestera mot föräldrarnas krav på att komma hem en viss tid. Ibland kan beteendet vara en reaktion på att barnet eller den unga har svårt att hantera en förändring, till exempel att få ett syskon eller att föräldrarna separerar. De flesta situationer har föräldrar tålamod och kapacitet att parera på egen hand, särskilt om man kan se att det tillhör en fas i barnets eller den ungas utveckling.

Barn och unga som vid upprepade tillfällen beter sig illa påkallar negativ uppmärksamhet från omgivningen som i sin tur riskerar att bekräfta och befästa det negativa beteendet – en negativ spiral. Att gång på gång bryta mot regler, normer eller förväntningar i uppväxtmiljön kallas ibland för ett ’beteendeproblem’. Det bakomliggande problemet för en del av dessa barn består i svårigheter med sociala relationer och att reglera känslor. Dessa problem kan i sin tur vara orsakade eller förstärkas av att barnet har en utsatt hemmiljö där förmågan till omsorg om barnet brister, till exempel på grund av konflikter i hemmet, en förälder med missbruk eller psykisk ohälsa. Andra gånger är beteendeproblemet en reaktion på att omgivningen inte i tillräcklig grad kunnat svara mot barnets eller den unges behov, till exempel vid inlärningssvårigheter eller särbegåvning.

Den vanliga bilden i första linjen är sannolikt att beteendeproblemen riktas främst mot föräldrar/i hemmet och att barnet i mindre utsträckning uppvisar negativt beteende i skolan. Inte sällan söker föräldrar hjälp när dom upplever att barnet är ”onormalt trotsigt”. Att förstå barnet utifrån sin kontext och att erbjuda en kortare föräldrakontakt (tre till fem gånger) kan ofta göra en betydelsefull skillnad i dessa fall.

Beteendeproblem kan skapa svårigheter inom olika områden. Beteendet kan till exempel göra det svårare att lyckas i skolan, att få ömsesidiga och varaktiga kompisrelationer och att utveckla intressen. Det kan istället göra det lättare att hamna i konfliktsituationer och leda till att barnet eller den unga ofta får möta besvikelse och skäll från vuxenvärlden. Barn och unga med beteendeproblem kan därför känna sig missnöjda, otrygga, ledsna och missförstådda. Över tid finns risk för att dessa barn söker sällskap hos andra som också är ”utanför” och utvecklar mer allvarliga destruktiva beteenden, som missbruk, våld och kriminalitet, eller får psykiska problem som ångest och depression.

Konsekvenserna för barn som har beteendeproblem tidigt i livet är generellt svårare än om beteendena kommer i tonåren. Det är därför viktigt att omgivningen tidigt reagerar på ett konstruktivt sätt mot barnets beteenden. Barnet eller den unga mår och klarar sig ofta bättre man när bra föräldrastöd och konsultativa insatser till förskola och skola leder till att personalen kan bemöta och uppmuntra barnets eller den ungas positiva egenskaper.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Följande är tecken på att barnet, den unga eller familjen kan behöva stöd och hjälp

- Stör och förstör för andra och för sig själv
- Trots, får utbrott, har svårt att tänka om/oflexibel
- Fysisk aggressivitet, hotfullt beteende
- Svårt att få och behålla kompisar, hamnar lätt i konflikt, andra drar sig undan

- Omgivningen upplever att de inte kan hantera beteendet
- Överskrider sociala gränser
- Svårt att visa empati, ånger
- Svårigheter i konfliktlösning, lätt för att läsa in illvilja i andras handlande
- Upprepade skolmisslyckanden
- Nedstämdhet, oro, ångest

Riskgrupper och risksituationer

Nedan listas omständigheter som ökar risken för att barnet eller den unga ska utveckla ett problembeteende. Olika faktorer bidrar ofta till att förstärka varandra.

Sårbarheter, beteenden och förstärkande effekter för barnet/den unga

- Häftigt temperament
- Låg självkontroll (i förhållande till ålder), låg tolerans för frustration
- Neuropsykiatriska funktionshinder, problem med uppmärksamhet/impulsivitet/överaktivitet (t ex ADHD)
- Samspelssvårigheter, brister i social kompetens (i familjen, gentemot kamrater)
- Spänningssökande
- Utvecklingsavvikelse
- Bristande språklig förmåga, svårt att förstå andra och göra sig förstådda
- Upprepade skolsvårigheter (Svag teoretisk begåvning, Inlärningssvårigheter, läs- och skrivsvårigheter, särbegåvning)
- Skolfrånvaro (upprepad, långvarig)
- Har utvecklat negativa coping-strategier, till exempel som reaktion på påfrestande upplevelser (flykt, trauma)
- Bristande självförtroende, negativ självuppfattning
- Ensamhet, mobbning, destruktiv kompiskrets, avsaknad av konstruktiv fritidsgemenskap/intressen
- Risk-/missbruk, kriminalitet

Miljörelaterade faktorer

- Anknytningsproblem, samspelssvårigheter
- Brister i förskolan (struktur, återkommande negativ återkoppling, bristande vuxennärvaro i aktiviteter, upprepade misslyckanden, oro och konflikter som ger osäkerhet och otrygghet i gruppen).
- Skolproblem (bristande arbetsmiljö, låga/negativa förväntningar)
- Utsatthet för kränkande behandling, mobbning
- Bristande föräldraförmåga, bemötande och gränssättning (Alltför repressivt/bestraffande föräldraskap, förstärkande av negativa beteenden och mindre uppmärksamhet av positiva beteenden, låga förväntningar, oförutsägbarhet).
- Sociala belastningar hos föräldrar/i familjen (missbruk, psykisk ohälsa, ekonomisk utsatthet, arbetslöshet, kriminalitet)
- Omsorgssvikt, sviktande vardagsrutiner (sömn, mat, skolarbete)
- Konflikter i familjen, våld, negativa förebilder
- Kris i livet, brister i socialt nätverk (skilsmässa, flytt, skolbyte, föräldrar med egna problem eller bristande energi/fokus)

Fördjupad kartläggning och bedömning

Barnet eller den unga kanske inte alltid är medveten om eller kan sätta ord på varför hen beter sig på ett visst sätt. Det är ofta flera faktorer som gör att ett beteende uppstår i en viss situation och att be ett barn eller ungdom att redogöra för ”varför man beter sig som man gör” är därför ofta ett orimligt krav, som i värsta fall kan skapa en obehaglig situation för barnet eller den unga och väcka antagonism. Däremot är det värdefullt att be om perspektiv på hur hen ser på situationen (t ex hemma eller i skolan) och hur hen skulle vilja att det var.

Vid tecken på beteendeproblem är det oftast nödvändigt att göra en relativt ingående kartläggning av barnets miljö, i vilka situationer problemen triggas, förvärras och förbättras och om barnets beteende förändrats över tid eller återkommer periodiskt. Det innebär att den professionelle nästan alltid behöver inhämta information utöver samtalssituationen med barn, ungdom och förälder, till exempel genom att prata med lärare.

Vid utagerande beteende är det av särskild vikt att fråga om mobbning och trakasserier, då barnets ilska kan var en naturlig följd av detta.

Som komplement till en övergripande kartläggning (se Del 2. Kartlägga och definiera behov, ss. 20) kan följande hjälpmedel användas i en fördjupad kartläggning och bedömning.

Beteendeanalys	Observation/analys av överskott, underskott och funktion (effekt, konsekvens) av beteenden.
SDQ, The Strengths and Difficulties Questionnaire	Bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa.
Children’s Global Assessment Scale (C-GAS)	Funktionsskattning. Finns för åldrarna 4 till 20 år.
Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)	Screenar för ADHD hos vuxna. Kan eventuellt användas för äldre tonåringar, då utan forskningsstöd.
Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer (ESTER)	Syftar till att identifiera individer med eller risk för att utveckla normbrytande beteende
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)	Syftar till att mäta utagerande-/problembeteenden hos barn 2-16 år. Fylls i av föräldrar och lärare.
Mini-kid (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju, för barn)	Diagnostisk intervju.
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)	Kan vara stöd i bedömning av begåvningsprofil, lågbegåvning och särbegåvning.

Hänvisning eller remittering

I följande situationer kan barnet, den unga eller familjen vanligen ges mer adekvata insatser av specialist.

- Risk för att barnet far illa (socialtjänstanmälan)
- Utsatthet för brott (polisanmälan, socialtjänstanmälan, Barnahus)
- Allvarlig psykisk ohälsa (se Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik, ss. 117)
- Barnet eller den unga har stora svårigheter att fungera i vardagen
- Problemen kvarstår eller förvärras trots förstalinjeinsatser
- Allvarlig aggressivitet, risk att skada sig själv eller någon annan
- Tecken på empatistörning (psykopati), till exempel skadat ett husdjur

Stöd och behandling i första linjen

Följande är exempel på stöd och behandling som kan ges i första linjen:

Träning i sociala färdigheter.	Kan tränas via modellsituationer, rollspel och feedback samt förstärkas av belöningssystem, problemlösning och ilskekontroll där barnet/den unga lär sig att stanna upp och tänka efter före agerande. Exempelvis enligt *Aggression Replacement Training (ART)*, manualbaserat preventionsprogram för ungdomar med aggressivt beteende, för åldrarna 12 till 20. Gruppbehandling med träning i sociala färdigheter, ilskekontroll och moraliskt tänkande. *rePuls* är exempel på en träningsmetod för att öka impulskontrollen. *Coping Power* är ett manualbaserat program riktat till barn 8-12 med utagerande beteende. Utvärdering pågår.
Hjälp att hantera besvärande känslor	Exempelvis med stöd av *KAT-kit*, ett verktyg som kan hjälpa barnet att identifiera och sätta ord på känslan arg/ledsen/annat
Stödjande samtal	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga. Kan erbjudas enskilt eller i grupp.
Motiverande samtal	Motiverande samtal är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Uppmärksamma och stärka positiv utveckling.
Stötta barnet/den unga att hitta en positiv gemenskap	Utifrån vad barnet/den unga är intresserad av stötta och uppmuntra hen att pröva en fritidssysselsättning som också kan fungera som alternativ arena där barnet/den unga kan utveckla positiva relationer.
Riktat föräldrastöd	Stärka och stödja föräldrar i sin föräldraroll, till exempel att hitta strategier för gränssättning, konflikthantering och ett positivt familjeklimat. Exempelvis enligt *KOmmunikationsMETod (KOMET)*, ett utbildningsprogram till föräldrar och lärare för att lära ut verktyg som leder till mindre bråk och konflikter hemma och i skolan. Materialet i KOMET

	kan tillämpas i individuellt föräldrastöd, där komponenterna kan anpassas. Försök har gjorts att anpassa KOMET för första linjen, med färre träffar. *COPE* och *De otroliga åren* är andra kända utbildningsprogram
Lågaffektivt bemötande	Utbilda och öva föräldrar och viktiga personer i barnets eller den ungas omgivning i ett lågaffektivt eller lugnt bemötande. Den typen av bemötande består huvudsakligen i att minska det känslomässiga trycket på barnet genom att själv vara lugn för att både vuxen och barn ska få bättre chans att få kontroll över situationen för att hitta konstruktiva lösningar.
Stöd att förbättra kommunikation och samspel inom familjen	Se Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel (ss. 89)
Samverkan	Stödja föräldrar i att förklara barnet eller den ungas svårigheter för för-/skola och elevhälsa eller ge samordnade insatser med stöd av samordnad individuell plan (SIP)
Konsultativt stöd till för-/skola	Informera, utbilda och ge tips och råd för hur personalen kan förebygga och bemöta barn med beteendeproblem (t ex om struktur/förutsägbarhet, inkludering, att få lyckas, stimulans utifrån elevens förutsättningar, positiva förväntningar och bra gemensamma strategier när problem uppstår)
Skolbaserade insatser	Insatser ges med för-/skolan som arena (förutsätter samarbete med för-/skolan)
Insatser vid mobbning	Se Barn och unga som utsätts för kränkande behandling (ss. 102)

Lästips

Forster, M. (2009). *Fem gånger mer kärlek. Forskning och praktiska råd för ett fungerande familjeliv. En bok till föräldrar med barn mellan 2 och 12 år*. Natur & Kultur.

Molgaard, V och Kimber, B (2009). *Älskade, förbannade tonåring.* Natur & Kultur.

Barn och unga med riskbruk, missbruk eller beroende

I vårt samhälle finns mycket som stimulerar våra biologiska belöningssystem, till exempel socker, spel och alkohol – upplevelser som ger ”kickar” som hjärnan och kroppen vill ha mer av. Vad vi får kickar av är till viss del genetiskt betingat, till exempel finns en känd ärftlighet för alkoholberoende eller missbruk.

Om användningen (bruket) leder till problem, skador eller stora risker kan det kallas för **missbruk**. Eftersom personer under 18 år inte får köpa tobak eller dricka alkohol och ingen får använda narkotika utan läkares ordination är det alltid ett missbruk i juridisk mening. Långvarigt missbruk kan utvecklas till beroende. Ett **beroende** kännetecknas av att livet upptas utav det och att den som är beroende har svårt eller inte kan bryta det av egen kraft. Vem som utvecklar ett beroende beror ofta både på fysiska, psykiska och sociala omständigheter. Sambandet mellan psykisk ohälsa, som ångest och depression är hög.

Ungdomar i Sverige dricker allt mindre. Både mängden som dricks vid varje tillfälle och andelen ungdomar som druckit något över huvud taget minskar. Även de som dricker en ganska stor mängd alkohol månatligen, har blivit färre. Ungefär hälften av 15-åringar dricker alkohol, vilket trendmässigt är den lägsta nivån sedan CAN[67]:s undersökning startade 1971.[68] Ungefär en av tio ungdomar dricker sig berusade före 13 års ålder. Tidig alkoholdebut och att dricka mycket ökar risken för beroende, sociala problem och andra negativa konsekvenser.[69] Tidig tobaksdebut och vanemässig tobaksanvändning är en markör för ökad risk för annat missbruk och påverkar hjärnans belöningssystem, vilket gör det mer sårbart för andra beroenden.

Alkohol, droger, spel och annat är något ungdomar måste förhålla sig till i sin vardag. Det finns ett majoritetsmissförstånd bland unga vilket innebär att det finns en utbredd uppfattning att fler dricker alkohol än som faktiskt gör det. Det finns stora regionala och lokala skillnader i användandet. Eftersom det i vår kultur trots allt är relativt socialt accepterat att ungdomar testar att dricka eller röka kan det vara svårt för omgivningen att avgöra när man ska söka hjälp för sin kompis eller sitt barn.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Tecken på att det finns risk för negativa konsekvenser kopplade till risk-/missbruk/beroende (t ex alkohol-, tobaks-, narkotikaanvändning eller spel om pengar):

- Tecken på bruk av cannabis eller annan narkotika, t ex genom att barnet/den unga luktar av narkotika, har redskap hemma (t ex rizzlapapper, bongar)
- Tecken på missbruk av läkemedel, till exempel tomma läkemedelskartor, att barnet/den unga verkar påverkad utan att lukta alkohol eller rök.
- Humörpåverkan
- Tidig alkohol- eller tobaksdebut, före 14 års ålder
- Förändrade beteenden, såsom skolk, kriminalitet, snatteri, byte av kompiskrets, skolfrånvaro, vänder på dygnet (t ex för att spela dataspel) och sömnbesvär
- Destruktivt beteende, förstör för sig själv eller gör sig själv illa

[67] CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
[68] IQ (2017)
[69] Systembolaget (2017)

- Missbruk eller psykisk ohälsa i familjen
- Familj, skola eller vänner utrycker oro
- Fortsätter att spela om pengar trots uppenbara negativa konsekvenser

Riskgrupper och risksituationer

Under vissa omständigheter finns en ökad risk för att utveckla ett beroende eller missbruk.

Sociala omständigheter

- Föräldrar eller syskon har ett pågående missbruk eller psykisk ohälsa
- Det finns tillgång till narkotiska preparat i hemmet (läkemedel)
- Sviktande hemförhållande eller att barnet är placerat (familjehem, HVB)
- Vara flykting eller nyanländ (ovana och/eller annat förhållningsätt till alkohol/narkotika, utsatt situation med färre skyddsfaktorer; se Barn och unga som flytt, ss. 109).

Ärftlighet eller psykisk ohälsa hos barnet eller den unga

- Förälder mer missbruks- eller beroendeproblem
- Ångest eller depression
- Adhd eller liknande
- Självskadebeteende
- Social fobi
- Trauma

Riskbeteende hos barnet eller den unga

- Spänningssökande
- Tidigare erfarenheten av alkoholförgiftning (intox)
- Sociala svårigheter, till exempel i skolan

Fördjupad kartläggning och bedömning

Vid alla inledande kontakter med ungdomar bör frågor om alkohol och narkotika ställas. På så sätt blir det lättare att identifiera eventuellt bruk, även om den unge inte söker för beroendeproblem.

Om barnet eller den unga visar tecken på riskbruk kan det ibland vara viktigt att även screena föräldrar för beroende/missbruk och vid indikation erbjuda dem remiss/hänvisning för hjälp för egen del. Anmälan ska göras till socialtjänsten vid oro för att ett barn eller ungdom far illa.

Exempel på instrument och bedömningsmetoder:

Vanliga test

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ursprungligen utarbetat av World Health organisation (WHO). Obs! Instrumentet är avsett för vuxna.
DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	Ett bedömningsinstrument som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. Avsett för personer över 16 år.
Drogtester	Olika droger kan spåras olika länge i blod, urin och i hår. Alkohol kan även spåras med hjälp av utandningsprov. Man kan spåra narkotika med olika

metoder, så kallad screening och verifikationstester. För substanser som ger drogpåverkan men ännu inte narkotikaklassats saknas ofta relevanta tester.

Mindre vanliga test

AEQ (Alcohol Expectancy Questionnaire)	Avsett för personer över 15 år.
Alcohol-E	Alcohol-E är en anpassning av DUDIT-E. Syftet är att göra en fördjupad utredning efter att ett problematiskt alkoholbruk har konstaterats.
DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test – Extended)	Ett fördjupningsformulär för personer som tidigare identifierats för drogproblem.
Signs of Safety	En riskbedömningsmodell som på vissa platser används i samband med socialtjänstens barnutredningar

Hänvisa eller remittera

Vid oro för den unges hälsa ska en anmälan alltid göras till socialtjänsten. I följande fall bör barnet eller den unga hänvisas eller remitteras till specialistverksamhet för beroende- eller missbruksproblem:

- Barnet eller den unga uppvisar beroende eller missbruksproblem med hen eller familjen motsätter sig stöd
- Barnet eller den unga har uttalad beroendeproblematik
- Barnet eller den unge har intoxikerat.
- Det är hög risk för att barnet eller den unga skadar sig själv eller någon annan.

Stöd och behandling i första linjen

Om kartläggning visar att det finns bakomliggande eller samtidiga problem, till exempel psykisk ohälsa eller problem i familjen, är det brukligt att arbeta för att lösa eller minska dessa samtidigt som insatser ger för att minska alkohol eller droganvändning. Följande lista tar upp metoder och verktyg med inriktning på alkohol- och droganvändning.

Ambivalenskors	Ett instrument för att tydliggöra fördelar och nackdelar med ett beteende för att skapa motivation för förändring.
Samordnad individuell plan (SIP)	Används för att öka den enskildes delaktighet och underlätta samordning när det finns behov från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.
Motiverande samtal (MI)	Används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser genom att främja motivation.
Stödjande samtal	Psykologisk eller psykosocial behandling inriktad på att lösa eller lindra problem och svårigheter. T ex motivationssamtal och pedagogiska samtal.
Psykoedukation	Information och utbildning om missbruk och beroende.
Riktat föräldrastöd	Insatser för barn och unga sker oftast i nära samarbete med vårdnadshavarna. Den professionelle kan både träffa föräldrar (anhöriga) tillsammans med barnet eller den unga eller träffa föräldrarna enskilt.

	Riktat föräldrastöd kan erbjudas i form av gruppbehandling eller som en individuellt anpassad insats.
MET (Motivational Enhancement Therapy)	En behandling som syftar till att uppmuntra och utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen hos personer med alkoholberoende. Obs! MET-manualen är avsedd att användas i arbete med vuxna personer. En manual anpassad för ungdomar finns, men ännu inte i svensk översättning.
Cannabisprogram för ungdomar (CPU)	Metoden har inslag av återfallsprevention och kognitiva tekniker, och använder motiverande samtal som samtalsmetodik.
Familjebehandling	För att förbättra relationerna och kommunikationen i familjen.

Lästips

Kunskapsguiden

www.kunskapsguiden.se

Kunskapsguiden samlar kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer.

Spelprevention – kunskapswebb om spelproblem och förebyggande arbete

https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/

En webbplats framtagen av Folkhälsomyndigheten om forskning om spel om pengar och spelproblem, förebyggande metoder, strategier mot spelproblem och om nyheter inom området.

Barn och unga i familjer som behöver stöd i kommunikation och samspel

Barn och unga behöver trygga och kärleksfulla vuxna som har förmåga att se och möta barnet och dess behov. Alla föräldrar känner någon gång osäkra på hur de på bästa sätt ska stödja sitt barn. Osäkerheten kan handla om det egna föräldraskapet eller hur man kan förstå sitt barn. Olika faser i barnets utveckling kan vara mer prövande för föräldrarnas förmåga, för vissa kan det vara trotsåldern, andra tonåren. En del barn har aldrig någon ”svår” period. Föräldrarnas egen situation, kunskaper och erfarenheter påverkar naturligtvis också liksom förmågan att anpassa föräldraskapet och strategier utifrån barnet eller den ungas utveckling och behov.

Stöd, råd och praktisk hjälp till föräldrar har i generationer förmedlats av de närmaste i det egna sociala nätverket, exempelvis från mor-och farföräldrar, släkt och vänner. Många lämnar sin uppväxtort för att arbeta eller studera någon annanstans och möjligheten till täta kontakter med det ursprungliga nätverket förändras.

Samhället ger grundläggande stöd till föräldrar och familjer såsom barnbidrag, föräldrapenning, sjukvård och förskola/skola och fritidsverksamhet. Under barnets uppväxt kan nya stödbehov uppstå, till exempel i samband med utvecklingsfaser, händelser inom familjen och i samhället. En av första linjens uppgifter är att stödja föräldrar och familjer.[70] Vanliga ämnen är sömn, mat, barnets skärmtid, syskonbråk eller vad man kan göra när den unga kommer hem och luktar tobak eller alkohol. Osäkerhet kan också uppstå om hur man pratar med sitt barn när familjen hamnar i kris på grund av exempelvis skilsmässa eller dödsfall.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Barn är olika. En del barn uppvisar tydligt att de inte mår bra medan det för andra inte är lika tydligt. När barn mår psykiskt dåligt tar det sig ofta uttryck i fysiska symptom. Flera av de tecken barn visar är desamma oavsett vilken typ av problem barnet behöver hjälp med. Tecknen kan variera över tid och se olika ut i olika åldrar. Ibland är det omgivningen som reagerar på och uppmärksammar att barnet/familjen behöver hjälp (t ex skola eller fritidsverksamhet). Ännu vanligare är nog att föräldrar själv tar kontakt, ibland på inrådan av annan verksamhet. Barn och unga som lever i miljöer där själva förhållandena utgör en risk för att de ska utveckla psykisk ohälsa kan föräldra- och familjestöd vara en förebyggande insats för att utveckla psykisk ohälsa. Tecken på behov av föräldra- eller familjestöd kan vara:

Psykiska eller psykosomatiska tecken

- Ängslan, oro
- Nedstämdhet
- Koncentrationssvårighet
- Svårighet med mat och sömn

[70] Läs om föräldrastöd i exempelvis *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd* (Regeringskansliet, 2013)

- Magont
- Huvudvärk

Oroande eller utmanande beteenden

- Bristande hygien, inte klädd för årstiden
- Kommer ofta försent
- Riskbeteenden (skolfrånvaro, missbruk, kriminalitet)
- Utagerande beteende (trots, aggressivitet)

Tecken hos föräldrar eller inom familjen

- Hög stressnivå (vardagspussel, krav och förväntningar)
- Kognitiva svårigheter, psykisk ohälsa, missbruk, ekonomisk utsatthet
- Osäkerhet i föräldrarollen (komplicerad uppväxt, anknytningsproblem)
- Svagt nätverk (t ex unga eller ensamstående, nyanlända familjer)
- Svårigheter att hitta fungerande rutiner och strategier (vardagligt eller p g a omvälvande händelser i livet)
- Bråk och konflikter
- Våld och övergrepp
- Kris (t ex skilsmässa, allvarlig sjukdom, dödsfall)

Riskgrupper och risksituationer

Följande är exempel på faktorer som kan öka risken för ett ansträngt familjeklimat.

- Ekonomisk utsatthet, arbetslöshet
- Funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, missbruk eller allvarlig sjukdom hos förälder/inom familjen
- Separation/skilsmässa (före, under, efter)
- Ensamstående förälder med svagt nätverk
- Kris eller omvälvande livshändelser
- Barn som utmanar gränser (trots, skolfrånvaro, kriminalitet)
- Barn som är ensamma och utanför (kränkning, mobbning)
- Barn som avviker från normen i familjen eller samhället (hederskultur, HBTQ, begåvning m m)

Fördjupad kartläggning och bedömning

En fördjupad kartläggning går ut på att bena i vad som är grunden till svårigheterna i familjen och inom vilka områden familjemedlemmarna är mest motiverade att försöka förändra eller förstärka ett beteende eller förhållningssätt.

Föräldrarnas resurser och förmågor att hjälpa sitt barn är centrala delar, och att vara uppmärksam på om dessa påverkas av till exempel egen psykisk ohälsa, missbruk eller våld i familjen.

Ett sätt att ringa in problem och syfte är att tillsammans med vårdnadshavarna/familjen formulera en gemensam uppfattning om familjens och barnets behov utifrån barnets rätt till en bra uppväxt (Barnkonventionen). Katalyserande frågor kan vara 1) vilka är vi i rummet 2) var har vi varit? (kronologi över var som hänt, t ex genom att rita Livslinje) 3) Vart vill vi? 4) Hur går vi vidare?

Exempel på frågeställningar och verktyg för att stödja kartläggning

Familjeklimat	Ett självskattningsinstrument för att beskriva hur medlemmarna i en familj upplever samspelet och stämningen i familjen. Från 11 år och vuxna.
HOME (The Home Observation and Measurement of the Environment)	Bedömningsinstrument för att identifiera brister i stöd och stimulans i barns hemmiljö. Målgrupp är barn 3 till 10 år och deras föräldrar.
ORS, Outcome Rating Scale	För att systematiskt följa en insats och se hur den påverkar. Skillnaden mellan förälders och barnets bild kan säga något om relationen i familjen.
SRS, Session Rating Scale	Ger möjlighet att under pågående insats tycka till om den hjälp som erbjuds och om den matchar behoven. Skillnaden mellan förälders och barnets bild kan säga något om relationen i familjen.
Signs of Safety	En riskbedömningsmodell som på vissa platser används i samband med socialtjänstens barnutredningar. Kan användas för att formulera gemensam problembeskrivning och ringa in vad familjen vill uppnå.
Familjens egna skalor	Lista problemområden, tillämpa skalor och jämföra i familjen (t ex ”Så allvarligt tycker jag att problemet är”)
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Vid misstanke om av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion.
DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	Vid misstanke om missbruk av droger
Nätverkskarta	Gör en karta över viktiga personer i barnet eller familjens liv och vilka funktioner de fyller. T ex mor- och farföräldrar, vänner med flera eller i barnets miljö, exempelvis förskola, skola eller idrottsklubb.
HAD, Hospital Anxiety and Depression scale	Vid misstanke om psykisk ohälsa hos förälder. Screening för ångest och depression.

Hänvisa eller remittera

Om problemen i familjen är allvarliga eller omfattande ska barnet, den unga eller familjen hänvisas eller remitteras till specialist (inom kommuner eller landstinget). Första linjen har ett ansvar gentemot alla barn och ungdomar att inte släppa taget, t ex genom att ge stabiliserande insatser, till dess att någon annan verksamhet har tagit vid.

För barn till föräldrar med identifierat missbruk eller är allvarligt sjuk erbjuds ofta särskild stödverksamhet eller stödgrupper inom kommunens eller landstingets verksamhet.[71]

[71] Enligt lag (2 g § Hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]) ska barns behov av information, råd och stöd beaktas av sjukvården när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk

Exempel på allvarliga, omfattande eller komplicerade problem

- Våld, t ex sexuella övergrepp (anmälan till socialtjänst)
- Svåra samarbetssvårigheter mellan föräldrar (anmälan till socialtjänst, hänvisning till familjerätt)
- Positiv förändring uteblir trots insats i första linjen (t ex vid behov av stöd i hemmet)
- Stödbehovet är akut, t ex på grund av låg ålder hos barnet (anmälan till socialtjänst)
- Omsorgssvikt (anmälan till socialtjänst)
- Förälder motsätter sig hjälp (anmälan till socialtjänst)
- Misstanke om att barnet far illa (anmälan till socialtjänst)
- Misstanke om att förälder har svår psykisk störning/lindrig utvecklingsstörning
- Det finns kränkande beteende i samtalet som inte går att få stopp på
- Behov av samarbetssamtal, kring vårdnad, boende, umgänge och frågor som gäller barnets försörjning (hänvisa till socialtjänst eller familjerätt)
- Genomförda adekvata åtgärdsplaner i skolan men kvarstående svårigheter

Anmälningsskyldighet

Om du i din yrkesutövning i en första linjeverksamhet kommer i kontakt med ett barn och blir orolig för att de kan fara illa eller faktiskt far illa, ska du genast anmäla detta till socialnämnden. Du har anmälningsskyldighet och kan inte vara anonym. Det är viktigt att du lämnar de uppgifter som kan ha betydelse för socialtjänsten utredning (14 kap. 1§ SoL).

Anmälningsskyldigheten gäller till exempel personal i hälso- och sjukvården, tandvården, förskolan, skolan och socialtjänsten. Den gäller också personal som arbetar inom dessa områden i privat verksamhet.

Du gör anmälan till den socialtjänst i den kommun där barnet bor. Om du har frågor kring din anmälan eller överväger att anmäla kan du konsultera socialtjänsten innan anmälan görs, utan att för den skull röja barnets identitet. Alla verksamheter som har anmälningsskyldighet behöver ha tydliga rutiner för hur en anmälan ska göras.

Du som har en anmälningsskyldighet i ditt yrke behöver skilja på sådant du får veta i din yrkesroll respektive som privatperson. Det du som privatperson får veta om barn i din närhet har du inte skyldighet att anmäla. Lagen säger privatpersoner är att betrakta som allmänhet vilket innebär att du rekommenderas att anmäla till socialnämnden. I dessa fall har du inte heller skyldighet att lämna uppgifter till socialtjänstens utredning.

Läs mer om orosanmälning hos Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnochungaisocialtjansten/anmalanarbarnfarilla, och i *Barn som far illa eller riskerar att fara illa* (Socialstyrelsen, 2014).

Stöd och behandling i första linjen

När föräldrar/barn kontaktar verksamheten behöver ni tillsammans komma överens om vilket stöd och/eller behandling de vill/kan ta emot. All stöd och behandling ges med ett syfte. Syftet behöver formuleras tydligt och vara väl känt av alla. Vid val av insats (till exempel ett manualbaserat program) bör självfallet en bedömning göras huruvida insatsen svarar mot problemets art och grad.

---

funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande eller (oväntat) avlider. Sedan 2008 finns ett särskilt nationellt kompetenscentrum för anhöriga (NKA, www.nka.se).

Ett lösningsfokuserat förhållningssätt och att stärka familjen att bygga vidare på det som fungerar bra är ofta viktiga beståndsdelar.

Skriva ”avtal”	När barn, föräldrar och den professionelle kommit överens om vilka områden ni ska arbeta med kan det vara både en symbolhandling och påminnelse att skriva ner syfte och mål i en typ av avtal som alla får en kopia av.
Samtalsstöd	Stöd och behandlingar ska anpassas efter syftet och den aktuella situationen. En del gånger behöver samtal ske enskilt med en förälder och en del gånger behöver båda föräldrarna vara med. Om de lever med nya partners är det viktigt att bedöma om och hur de ska involveras i samtalen. Det är viktigt att anpassa samtal med föräldrar och barn efter barnets villkor och utvecklingsnivå. Barn behöver få veta vad som händer och när man pratar med barn behöver samtalen vara konkreta. Detta gäller självklart när syskon i familjen bjuds med i samtal. Det är också viktigt att bedöma vid vilka situationer det är viktigt att prata enskilt med barnet. Barnet behöver kunna känns sig trygg med det ni samtalar om. Ibland har föräldrar svårt att förstå sitt barns beteende och låsningar kan göra att barnet själv inte kan eller orkar berätta. Här kan den professionelle ibland agera mellanhand eller vara stöd när barnet själv berättar. Det är viktigt att behärska olika samtalstekniker och samtalsformer i en verksamhet för att kunna möta det unika barnet och familjens behov.
Ta stöd från nätverket	När barnets familj behöver bli drivande i en förändringsprocess och behöver hjälp att samordna eller mobilisera sin egen kraft till förändring behöver de ofta stöd och hjälp från sitt eget sociala nätverk. För att detta ska ske behövs goda samtal föras med de människor som finns runt familjen och barnet. Systemiska nätverksmöten är en metod som då kan användas för att hjälpa familjen vidare.
Motiverande samtal	Motiverande samtal är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser.
BarnKasam	Barnkasam kan användas när man vill undersöka barns syn på sin tillvaro och sin förmåga att hantera problem som de möter. Det ger underlag för bra barnsamtal och kunskap som bidrar till att vuxenvärlden kan utforma det stöd som barnet behöver för att utvecklas till en trygg vuxen.

Bra vardagsrutiner

Det är viktigt att föräldrar lär barn bra vardagsrutiner för att barnen ska må bra. Det handlar om basala behov som rätt mat, sömn och aktivitet för att hälsan ska stärkas. Rutiner ger struktur som i sin tur skapar trygghet för barnet. Barn mår bra av att exempelvis få:

- tillräckligt med sömn
- tillräcklig med mat på bestämda tider
- tillräckligt med rörelse/motion
- avkoppling en stund innan det är dags att sova

Samtala med föräldrarna om vilka vardagsrutiner de har. Detta är särskilt angeläget när föräldrarna eller barnet upplever stress i en svår situation. Detta är viktigt avsett om föräldrarna lever tillsammans eller inte.

Äldre barn och tonåringar förväntas gradvis kunna ta ökat ansvar men ibland kan det vara svårt att hitta motivation till hälsosamma vanor (t ex överdriven skärmtid).

Föräldrautbildning

Föräldrautbildningar kan ha lite olika upplägg och ges som informationskvällar till alla intresserade föräldrar. Utbildningen *ABC, Alla Barn i Centrum* är ett material som exempelvis innehåller tillfällen att reflektera kring hur barnet kan ha upplevt olika situationer, att visa kärlek till sitt barn utifrån barnets behov och att bekräfta barnets känslor.

Föräldrastöd i grupp

Föräldrar kan ibland behöva hjälp med att utveckla nya strategier för att förbättra sitt föräldraskap och förstå sitt barn bättre och kanske hantera ett barn som ofta hamnar i konfliktsituationer eller har ett utåtagerande beteende. Föräldrar söker ofta information från olika webbplatser på internet och i litteratur. Kanske är föräldrastöd i grupp en bra form att även träffa och lära känna andra föräldrar.

Föräldrastödsprogram ger föräldrar möjlighet att träffa andra föräldrar med barn i ungefär samma ålder och samtala med stöd av utbildade gruppledare om gemensamma frågor. Stöd kan behövas om det uppstått ett problem med barnet och föräldern behöver någon att prata med och det kanske inte räcker med några enstaka rådgivningssamtal.

Om föräldrastöd erbjuds enligt ett förutbestämt program följer mötena en given struktur för att skapa en trygg grupp. Om ni själva ”bygger” gruppmöten utifrån teman som ni anser vara aktuella kan det vara bra att följa en bestämd mötesstruktur när deltagarna träffas för att de ska känna sig trygga inför och under mötena. Träffarna ska ha ett tydligt syfte, alla deltagarna ska engageras och känna sig delaktiga.

Manualbaserat föräldrastöd	Manualbaserade föräldrastödsprogram kan ges då enbart stödsamtal inte räcker för föräldrar som har barn med beteendeproblematik. Programmen består av utbildning och träning genom rollspel där föräldrarna får öva sig i att förändra sitt beteende i uppfostranssituationer. Program som kan användas: *De otroliga åren*, *Komet*, *Cope* och *Connect*, *International Child Developmental Program ICDP* (även kallat *Vägledande samspel*).
Kommunikationsträning	Familjer och föräldrar kan behöva träning i konstruktiva sätt att kommunicera, bemöta och förhålla sig till varandra. Övningar för att uppmärksamma negativa kommunikationsmönster, lära sig lyssna, använda bekräftelse och tonläge kan ingå.
Hjälpa föräldrar att samarbeta och strukturera	Barn påverkas av sin omgivning. Om föräldrarna är stressade smittar stressen av sig till barnen. Pågår stressen under lång tid kan den vara skadlig. Många gånger behöver föräldrar hjälp med att se hur deras stress påverkar barnet och vad de kan göra för att minska sin egen stress. All stress kan man inte påverka själv och ingen kan leva ett stressfritt liv men små förändringar kan göra skillnad för barnet. Kanske kan en familj som brukar planera många aktiviteter behöver dra ner på dessa och lägga energin på att vara tillsammans utan krav.
Motivera till ansökan hos socialtjänst	Motivationsarbete kan underlätta en gemensam ansökan om hjälp av socialtjänsten (ev biståndsbedömda insatser) vid behov.
Familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom	Innefattar verktyg för att öka barnens förståelse för förälderns sjukdom, lyssna till barnet som anhörig, öka öppenheten om sjukdomen inom familjen och främja föräldrarnas medvetenhet om andra skyddsfaktorer för att sammantaget.

Barn och unga med besvärlig hemsituation

Ingen förälder önskar att ens barn ska må dåligt för att det är jobbigt hemma, men ibland blir det så ändå. Alla barn och ungdomar behöver en trygg och kärleksfull hemmiljö för att må och utvecklas bra, det är också en rättighet enligt Barnkonventionen och enligt svensk lag. Som barn är man beroende av att de vuxna i ens närhet skyddar och tar hand om en på ett vis som gör att man kan utvecklas på ett bra sätt. Det kan röra allt ifrån känslomässigt stöd till att man får mat och rena kläder. Föräldrar måste trösta sina barn när de är ledsna, lugna dem när de är rädda och hjälpa dem att uttrycka sin ilska utan att skada någon annan.

Oftast klarar en förälder av att hjälpa och stötta sitt barn, men ibland räcker inte förmågan till, även om viljan finns där. Det kan finnas många olika anledningar till detta. Föräldern kanske har så fullt upp med sina egna problem, till exempel om familjen genomgår en kris på grund av allvarlig sjukdom, dödsfall eller separation. I andra fall kan sviktande föräldraförmåga bero på psykisk sjukdom, missbruk eller utvecklingsstörning. Att leva med en förälder som mår dåligt och brister i sin föräldrakapacitet kan också göra att barnet behöver ta för mycket ansvar, både för sig själv, syskon och ibland för föräldern. I vissa familjer förekommer hot, psykiskt eller fysiskt våld, gentemot barnet eller mot andra medlemmar i familjen. Bristande omsorg och våld inom familjen kan både i sig orsaka psykisk ohälsa hos barn och unga och göra dem sårbara för annan psykisk ohälsa senare i livet. Brister i omsorgen kan också göra att barn och ungdomar söker sig till fel sällskap eller platser där de utsätts för brott. Problem hemma kan också göra det svårare att fokusera på skolarbetet.[72]

Vid oro för att ett barn riskerar att fara illa i hemmet har man som professionell alltid en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten.

Om det inte finns oro för barnet, föräldraförmågan upplevs som god och relationerna inom familjen i grunden verkar välfungerande – men familjen till exempel genomgår en jobbig period med hög stress – kan det vara aktuellt att erbjuda stöd i första linjen.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Tecken på att barn har det jobbigt hemma kan gestalta sig på många olika sätt.

I skolan

- Koncentrationssvårigheter, oro
- Kommer onormalt tidigt till skolan, vill inte gå hem efter skolan
- Stort behov att vara med vuxna i förskola/skola eller undviker kontakt
- Besöker elevhälsa/kurator ofta
- Hamnar efter i skolarbetet
- Förälder kommer inte till utvecklingssamtal
- Sena ankomster, hög skolfrånvaro, ofta sjuk
- Tyst/tillbakadragen, försjunken i tankar
- Inblandad i mobbning

[72] Forskning har visat att barn med föräldrar som har vårdats på sjukhus på grund av missbruk, psykisk eller fysisk sjukdom eller som har avlidit klarar skolan sämre än normalpopulationen. (Nka, 2013).

- Är i oordning, har inga idrottskläder, bristande hygien eller ovårdade klädsel

Riskbeteenden

- Uteblivna besök, t ex BVC, tandläkare
- Tidig alkoholdebut
- Ute sent, vill inte gå hem
- Utåtagerande beteende, missbruk, sexuella riskbeteenden
- Tar mycket ansvar hemma (myndighetskontakter, hand om syskon, kontakt med skola o.s.v.)
- Förändrat beteende, gör saker som inte stämmer med hur hen brukar vara eller göra.

Psykiska-/psykosomatiska tecken

- Försenad språkutveckling (gäller de yngsta)[73]
- Dålig tillväxt (gäller de yngsta)
- Svårt att sova, ätproblem
- Ledsen och nedstämd
- Ont i huvudet, ont i magen
- Oro, ångest
- Barnet har blåmärken eller märkliga sår
- Tvångsbeteende eller mycket ritualer

Riskgrupper och risksituationer

Vissa faktorer medför en ökad risk för att hemmiljön eller föräldraskapet ska påverkas negativt. Hur mycket stress en familj kan hantera beror på en mängd olika faktorer och kan variera mellan olika tidpunkter. Nedan ges exempel på omständigheter som kan öka belastningen i familjen och föräldrarnas kapacitet.

- Sjukdom eller funktionsnedsättning hos förälder eller i familjen (fysisk eller psykisk)
- Socioekonomisk utsatthet, arbetslöshet, ensamstående/unga föräldrar
- Riskbruk eller missbruk hos förälder eller i familjen
- Konflikter mellan föräldrar eller i familjen
- Barn som upplevt våld i hemmet
- Flyktingtrauma, bristande integration, hederskultur
- Tids- och energibrist hos föräldrarna, arbetsmiljöproblem, karriärfokus
- HVB-placerade, ensamkommande barn
- Kris i livet, dödsfall, separation, vårdnadstvist

Fördjupad kartläggning och bedömning

I det följande ges exempel på frågeställningar som, utöver den övergripande kartläggningen (se Del 2. Kartlägga och definiera behov, ss. 20) kan användas för att bilda sig en uppfattning om hur hemsituationen fungerar. Ibland är det värdefullt att göra ett nätverksmöte med viktiga vuxna för att få olika perspektiv på barnets och familjens situation.

- Hur ser strukturerna och rutinerna ut hemma? (fråga barn och föräldrar)
- Hur pratar föräldrarna om barnet och barnets problem?

[73] Socialstyrelsen (2010e)

- Hur har man hanterat svårigheter tidigare i familjen? Har man fått hjälp av andra?
- Hur ser nätverket runt familjen ut? Finns det stöd från nätverket?
- Vilken hjälp önskar familjen, vad har de för mål?
- Hur mår de olika familjemedlemmarna på en skala?

Exempel på instrument och formulär

5 till 15 (Fem till femton-formuläret)	Instrument för bedömning av utveckling och beteende. Föräldraintervju. Gäller barn 5-15 år.
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av alkohol. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av droger. Kan användas för äldre tonåringar och föräldrar.
Livslinje	För att kartlägga viktiga livshändelser.
Nätverkskarta	Om barnets/den ungas kontakter med sin omgivning. Ge förståelse för barnets/den ungas syn på sina relationer och vilka resurser barnet har omkring sig. Kan också göras för förälder/familjen.
Signs of Safety	En riskbedömningsmodell som på vissa platser används i samband med socialtjänstens barnutredningar. Kan användas för att formulera gemensam problembeskrivning och ringa in vad familjen vill uppnå.

Hänvisning och remittering

Om problemen i familjen är allvarliga eller omfattande ska barnet, den unga eller familjen hänvisas eller remitteras till specialist (inom kommuner eller landstinget). Första linjen har ett ansvar gentemot alla barn och ungdomar att inte släppa taget, t ex genom att ge stabiliserande insatser, till dess att någon annan verksamhet har tagit vid. Du som i din yrkesutövning upplever oro för att ett barn far illa är skyldig att göra en anmälan till socialtjänsten.

Första linjen kan också upplysa föräldrar om möjligheten att söka hjälp från socialtjänsten.

För barn till föräldrar med identifierat missbruk eller är allvarligt sjuk erbjuds ofta särskild stödverksamhet eller stödgrupper inom kommunens eller landstingets verksamhet.[74]

Exempel på allvarliga, omfattande eller komplicerade problem

- Våld, t ex sexuella övergrepp (anmälan till socialtjänst)
- Svåra samarbetssvårigheter mellan föräldrar (anmälan till socialtjänst, hänvisning till familjerätt)
- Positiv förändring uteblir trots insats i första linjen (t ex vid behov av stöd i hemmet)
- Stödbehovet är akut, t ex på grund av låg ålder hos barnet (anmälan till socialtjänst)
- Omsorgssvikt (anmälan till socialtjänst)

[74] Barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande eller (oväntat) avlider ska beaktas av sjukvården enligt lag (2 g § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)). Sedan 2008 finns ett särskilt nationellt kompetenscentrum för anhöriga (NKA, www.nka.se).

- Förälder motsätter sig hjälp (anmälan till socialtjänst)
- Misstanke om att barnet far illa (anmälan till socialtjänst)
- Misstanke om att förälder har svår psykisk störning/lindrig utvecklingsstörning
- Det finns kränkande beteende i samtalet som inte går att få stopp på
- Behov av samarbetssamtal, kring vårdnad, boende, umgänge och frågor som gäller barnets försörjning (hänvisa till socialtjänst eller familjerätt)
- Vid misstanke oupptäckt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller allvarlig psykisk ohälsa hos barnet

Anmälningsskyldighet

Om du i din yrkesutövning i en första linjeverksamhet kommer i kontakt med ett barn och blir orolig för att de kan fara illa eller faktiskt far illa, ska du genast anmäla detta till socialnämnden. Du har anmälningsskyldighet och kan inte vara anonym. Det är viktigt att du lämnar de uppgifter som kan ha betydelse för socialtjänsten utredning (14 kap. 1§ SoL).

Anmälningsskyldigheten gäller till exempel personal i hälso- och sjukvården, tandvården, förskolan, skolan och socialtjänsten. Den gäller också personal som arbetar inom dessa områden i privat verksamhet.

Du gör anmälan till den socialtjänst i den kommun där barnet bor. Om du har frågor kring din anmälan eller överväger att anmäla kan du konsultera socialtjänsten innan anmälan görs, utan att för den skull röja barnets identitet. Alla verksamheter som har anmälningsskyldighet behöver ha tydliga rutiner för hur en anmälan ska göras.

Du som har en anmälningsskyldighet i ditt yrke behöver skilja på sådant du får veta i din yrkesroll respektive som privatperson. Det du som privatperson får veta om barn i din närhet har du inte skyldighet att anmäla. Lagen säger att privatpersoner är att betrakta som allmänhet vilket innebär att du rekommenderas att anmäla till socialnämnden. I dessa fall har du inte heller skyldighet att lämna uppgifter till socialtjänstens utredning.

Läs mer om orosanmälning hos Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnochungaisocialtjansten/anmalanarbarnfarilla, och i *Barn som far illa eller riskerar att fara illa* (Socialstyrelsen, 2014).

Stöd och behandling i första linjen

Nedan ges exempel på olika typer och av stöd som kan ges i första linjen.

Samtalsstöd	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga.
Familjebehandling	Formulera behov och mål, hjälp att hitta fungerande strukturer och strategier
Motivera och lotsa förälder att söka egen hjälp	Till exempel hos socialtjänst eller annan aktör. Motiverande samtal (MI).
Riktat föräldrastöd	Stärka föräldraförmågan genom psykoedukation (även om skyddsfaktorer) och ge verktyg för att stödja sitt barn eller ungdom. Att

	kunna använda problemlösande och känsloreglerande copingstrategier på ett flexibelt sätt. Bl a färdigheter i att undersöka problem och hitta alternativa lösningar, göra upp en plan och följa den, att söka socialt stöd hos personer som aktivt kan hjälpa till att minska stress. Öka förmåga att känna igen och reglera känslor, därmed minska risk att fastna i ett negativt stämningsläge och negativa tankar, med minskning av påfrestning i relationer som följd.
Föräldrautbildning	Föräldrautbildningar kan ha lite olika upplägg och ges som informationskvällar till alla intresserade föräldrar. Utbildningen *ABC, Alla Barn i Centrum* är ett material som exempelvis innehåller tillfällen att reflektera kring hur barnet kan ha upplevt olika situationer, att visa kärlek till sitt barn utifrån barnets behov och att bekräfta barnets känslor.
Stöd vid risk- eller missbruk	Om barnet eller syskon har problem med risk-/missbruk, se Barn och unga med riskbruk, missbruk eller beroende (ss. 85). Gruppverksamhet för barn till föräldrar med risk-/missbruk erbjuds på många platser inom socialtjänsten.
Samverka med andra aktörer	Till exempel med skola eller socialtjänst. Kan göras med stöd av Samordnad individuell plan (SIP)
Stöd till barn som anhöriga	Första linjen kan i samverkan med hälso- och sjukvården ge ett lite med långsiktigt uppföljande stöd till barn och unga som fått stöd enligt 2 g § i Hälso- och sjukvårdslagen[75] och utveckla samarbetsformer med barnombud. Det kan till exempel röra sig om barn som har en mer långvarig krisreaktion eller om det senare under barndomen uppstår händelser som triggar svåra minnen av krisen man genomgått. För barn till föräldrar med identifierat missbruk eller är allvarligt sjuk erbjuds ofta särskild stödverksamhet eller stödgrupper inom kommunens eller landstingets verksamhet.

Hjälplinjer

Barnet, den unga eller anhöriga kanske inte är redo att dela med sig av alla sina problem vid första kontakt i första linjen. Ibland kan det hjälpa att först få formulera sig anonymt, till exempel via en hjälptelefon. Första linjeverksamheten kan synliggöra hjälplinjerna, till exempel på anslagstavlor, i väntrum eller på verksamhetens hemsida.

Exempel på hjälplinjer:

Barnens Rätt I Samhället, BRIS
BRIS-telefonen: 116 111
BRIS vuxentelefon: 077-150 50 50
www.bris.se

[75] Barn har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 g §) rätt till information, råd och stöd när en förälder eller omsorgsperson har en psykisk störning/funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom/ skada, missbrukar alkohol/beroendeframkallande eller avlider. Ibland finns särskilda barnrättsombud eller barnombud som ska uppmärksamma barnens behov.

Brottsofferjouren Sverige
Jourtelefon: 0200-21 20 19
info@brottsofferjouren.se
www.brottsofferjouren.se
www.ungaboj.se

Riksföreningen stödcentrum mot incest, Rsci
Jourtelefon: 08-696 00 95
jour@rsci.nu
www.rsci.nu

Terrafem
Jour för kvinnor och tjejer med utländsk härkomst, har stöd och råd på flera språk.
Jourtelefon: 020-52 10 10
info@terrafem.org
www.terrafem.org

Kvinnofridslinjen
Nationell stödtelefon för de som utsatts för hot och våld. Anhöriga kan också ringa.
Tel: 020-50 50 50
http://www.kvinnofridslinjen.se/

Soctanter på nätet
https://soctanter.malmo.se/

Barn och unga som utsätts för kränkande behandling

Kränkning är ett samlingsnamn för mobbning, trakasserier och övrig kränkande behandling. Det innefattar alla typer av dålig behandling som gör att någon känner sig ledsen, sårad och mindre värd. Mobbning är upprepade kränkningar mot en person, vilket kan göra att hen hamnar i underläge och får svårt att försvara sig. Kränkning kan också förkomma i samband med diskriminering (p g a kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion och annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder). Bland äldre barn och tonåringar är kränkningarna ofta mer subtila än bland yngre barn. Nätet och sociala medier är nya arenor för mobbning där kränkande bilder och påståenden kan cirkulera runt länge och nå många.

Barn retas och bråkar emellanåt med varandra. Skillnaden mellan att retas på skoj och mobbning är att alla är med på leken. Ibland kan skojet ändå såra, med följden att man försöker bli sams och säger förlåt. I framtiden undviker man att säga och göra sådant som man vet sårar.

Skillnaden mellan konflikter och mobbning är att konflikter ofta är tillfälliga och att det inte alltid är samma elev som blir utsatt. Bland både barn och vuxna uppstår situationer då man har olika åsikt eller vill olika, eller sätter egna mål framför hänsynen för andra. Meningsskiljaktigheter kan lära oss att hantera känslor och att reda ut problem.

Ett barns eller ungdoms upplevelse av kränkning ska alltid tas på allvar. Vissa barn kan vara känsligare än andra för att bli utsatta för ret eller kritik, kanske har barnet stött på att omgivningen avfärdat hen med att överreagera. Oberoende av den objektiva sanningen av vad barnet blivit utsatt för är det den professionelles roll att lyssna, försöka förstå och hjälpa – att få slut på kränkningar, att stärka barnets egen motståndskraft och att hitta konstruktiva strategier.

Kränkande beteende kan också ske inom familjen, från lärare eller under fritidsaktiviteter.

Tecken på behov av stöd och hjälp

Tecken på att ett barn eller ungdom är utsatt för kränkningar uppmärksammas ofta av familj eller skola. För barnet eller den unga kan det ofta upplevas som skamfyllt att vara utsatt för mobbning vilket gör att hen inte vill berätta. Barnet kan också ha blivit hotat att inte berätta av de som mobbar.

- Skolvägran
- Isolerar sig
- Sömnproblem
- Blir inåtvänd
- Psykosomatiska symptom, t ex ont i magen eller huvudet
- Nedstämdhet eller oro
- Vill inte delta i aktiviteter, t ex skolidrott
- Nya beteenden, t ex vill stanna inne på raster, bra vilja göra ensamaktiviteter (läsa böcker, spela spel)
- Blir inte bjuden till kompisar
- Blir inte inkluderad i lekar eller andra gruppaktiviteter
- Tidigare utsatt för mobbning
- Ilska och frustration

Riskgrupper och risksituationer

Vanligen finns ett samband mellan flera faktorer när kränkningar och mobbning sker.

Riskfaktorer i skolan

- Normer och osynliga regler. Personer som avviker från normer i samhället eller specifika normer som råder på en viss skola utsätts oftare, t ex för att man har ”fel” klädstil, fritidsintressen eller musiksmak.
- Bristande skolledning
- Okunskap eller brist på strategier kring förebyggande och ingripande åtgärder vid kränkning
- Hög toleransnivå för kränkande beteende
- Negativ dynamik i klassrummet, bristande förmåga hos läraren p g a egna tillkortakommanden i pedagogik och ledarskap eller svåra förutsättningar

Riskfaktorer i familjen

- Psykisk ohälsa eller missbruk hos förälder
- Ekonomisk utsatthet eller långvarig arbetslöshet

Riskfaktorer hos individen

- Barn som sticker ut från mängden, t ex är tidiga eller sena i puberteten, har funktionsnedsättningar, annorlunda begåvningsprofil (t ex låg- eller särbegåvning), annan härkomst eller icke-normativ sexualitet eller könsidentitet
- Barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som kan påverka socialt samspel med andra, t ex autismspektrumstörning eller ADHD.

Fördjupad kartläggning och behandling

Fördjupad kartläggning behöver nästan alltid göras i samverkan med skola, förutsatt att förälder eller ungdomen gett samtycke till det.

- Tillsammans med barn, förälder och skola undersöka hur skolsituationen ser ut
- Kartläggning av kamratrelationer
- Jag tycker jag är. Stöd för att bedöma barns och ungdomars självkänsla

Hänvisning eller remittering

I följande situationer bör barnet eller den unga hänvisas eller remitteras till specialistverksamhet.

- Självmordstankar eller självmordsrisk
- Yngre barn som slutar prata
- Tecken på depression
- Trauma och sexuella övergrepp
- Om situationen inte förbättras eller försämras trots insatser inom skola och i första linjen

Stöd och behandling i första linjen

Förebyggande eller ingripande insatser mot kränkning eller mobbning behöver nästan alltid göras i samarbete med skolan. I de fall kränkningarna sker i hemmet se Barn och unga med besvärlig hemsituation (ss. 96).

Stödsamtal	T ex för att öka självkänsla och skapa nya bilder av sig själv (mentaliseringsövningar).
Föräldrastöd	Hjälpa föräldrar i hur de kan stötta sitt barn
Vara stöd i samtal med skola	Stärka barn, ungdomar och föräldrar i kontakter med skola och/eller samverkan kring insatser (ev. med stöd av Samordnad individuell plan)
Stöd till mobbaren eller dess föräldrar	Orsaken till mobbning är ibland att mobbaren själv känner sig underlägsen, osäker eller rädd. Ibland saknar mobbaren brist på förståelse för vad den utsätter andra för. Föräldrar till barn som mobbar kan behöva hjälp för att ändra barnets inställning och beteende.
Stödja skolbyte	Stödja i övergången när det finns behov av skolbyte
Sociala träningsprogram	Kan användas både enskilt, i grupp och i skolan. Syftar till att utveckla kommunikationsfärdigheter hos barn med eller utan diagnos för att fungera bättre i sociala situationer. T ex *Kamratkompassen*
Stötta vid anmälan	Ge stöd att anmälda kränkningarna till barn- och elevombud (BEO) eller Skolinspektionen om skolans åtgärder inte hjälper.
Konsultativt stöd till skolor	Utbilda och vara konsultativt till skolor för att förebygga mobbning eller att ge tidiga insatser vid förekomst av mobbning

Barn och unga som upplevt kris eller trauma

De flesta upplever någon eller några gånger i livet förlust, att något hemskt händer som vi inte varit beredda på eller att det sker en förändring som vi har svårt att hantera. Den här typen av erfarenheter kan med ett gemensamt ord kallas för kris och utlöser för många stress och ångest. Om barnet eller den unga får bra stöd från omgivningen och har någon att prata med om det som hänt, om hen vill det, är chansen för självläkning vid kris i många fall god. Om barnet har svårt att hämta sig och till exempel lider av sömnsvårigheter, flashbacks eller ångest kan barnet ha utvecklat ett trauma eller PTSD och behöva behandling för att må bra igen.

Kris

För ett barn eller ungdom kan en kris till exempel orsakas av att någon i familjen blir allvarligt sjuk eller dör, att tvingas flytta till ett nytt land, att vara med i en olycka eller att föräldrarna separerar. Hur man reagerar och hur länge är individuellt och beror på vad det är för sorts kris, kunskap och tidigare erfarenheter, personlighet och vilket stöd man får. Vissa menar att yngre barn har lättare att ta skada av en kris medan äldre barn med mer utvecklat intellekt och livserfarenhet har bättre förmåga att hantera svåra situationer. Krisreaktioner hos barn och unga kan se väldigt olika ut. Man kan ha svårt att vara ensam, dra sig undan, vilja prata mycket om det som hänt, vara tyst och svår att nå, känna oro och ångest eller känna sig helt tom. Föräldrarnas reaktion är viktig därför att barnet tolkar situationens allvar genom dem. Om ett barn hamnar i kris, till exempel på grund av allvarlig sjukdom, är det vanligt att även syskonen behöver stöd.

Det kan vara lättare att hantera en kris som det går att förbereda sig på än en kris som sker plötsligt (akut kris). Vid ett plötsligt hot, till exempel en brand, kan man reagera med handlingskraft, koppla bort känslorna, få panik, få overklighetskänslor, bli likgiltig eller ha ett ologiskt beteende. Känslorna kommer ofta när faran är över och kan påverka sömnen, göra att man blir lättirriterad, drar sig undan eller blir nedstämd. Efter de första dagarna brukar det vara bra att försöka få tillbaka ordning och struktur i vardagen. Många behöver prata om vad de varit med om och få bekräftelse på sina upplevelser. Ibland är det svårare att bearbeta det som hänt, till exempel om det finns skuldkänslor med i bilden. Det kan förekomma vid en bilolycka eller när man blir utsatt för ett kränkande brott.

Efter en tid brukar man kunna acceptera det som har hänt, smärtan minskar och man börjar känna sig trygg igen. Tecken på att krisen är över kan vara att man känner att man mår bra och är i balans igen, börjar leka eller umgås som tidigare och kan känna sig glad, engagerad och hoppfull om framtiden.

Trauma och PTSD

Om krisreaktionen håller i sig över tid och den som drabbats fastnar i det som hänt, till exempel att genom att återuppleva det i minnet om och om igen (ibland kallat ”flashbacks”), kan hen ha utvecklat ett trauma eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Mardrömmar, koncentrationssvårigheter, tappad matlust eller tröstätning och minskad tillit till andra är vanligt förekommande vid trauma. Risken för trauma ökar om det är någon som barnet litar på som utsatt hen för en traumatisk händelse (till exempel våld eller övergrepp) om barnets utsatts eller bevittnat upprepade traumatiska händelser och vid långvarig stress och otrygghet (till exempel långvarig vistelse i flyktingläger eller en utdragen asylprocess). Symptom på PTSD kan utlösas långt efter den traumatiska situationen upphört, inte

sällan i samband med att individen utsätts för någon påfrestning. Läs mer om svåra erfarenheter vid migration i Barn och unga som flytt (ss. 109).

Tecken på behov av stöd och hjälp

Barn som varit med om svåra upplevelser kan inte alltid sätta ord på vad som hänt och vad de känner.

Tecken hos små barn

- Separationsrädsla, stort trygghetsbehov
- Överdriven rädsla (t ex för monster eller djur)
- Upprepande av samma lek eller bilder
- Oro, rädsla, gråt, ilska
- Sömnproblem
- Oförklarliga blåmärken eller sår, bristande omvårdnad (utsatthet för våld, omsorgssvikt)
- Stannar upp eller går tillbaka i utvecklingen (t ex. kissar/bajsar på sig efter att ha blivit torr)

Äldre barn och ungdomar

- Berättar om och om igen
- Oro, rädsla, gråt, ilska
- Sömnproblem
- Koncentrationssvårigheter
- Söker trygghet (hos föräldrar, i skolan)
- Oförklarliga blåmärken eller sår, bristande omvårdnad (utsatthet för våld, omsorgssvikt)
- Stannar upp eller går tillbaka i utvecklingen (t ex. kissar/bajsar på sig efter att ha blivit torr)

Tecken på PTSD

Personer som lider av PTSD söker ofta hjälp för diffusa symptom sömnsvårigheter, magbesvär eller huvudvärk och den bakomliggande orsaken kan därför vara svår att identifiera.

- Separationsrädsla (framför allt små barn)
- Överdriven rädsla för monster eller djur (framför allt små barn)
- Återupplevande, påträngande minnen (flashbacks)
- Undvikande, tillbakadragen
- Överdriven vaksamhet
- Håglöshet, apati
- Sömnsvårigheter, mardrömmar
- Oförklarlig gråt och ilska, oro, ångest, ledsen/nedstämd
- Berättar om traumatiska upplevelser
- Utåtagerande beteende
- Självskadebeteende
- Sviktande självkänsla
- Riskbruk-/missbruk
- Inlärningssvårigheter
- Ätstörningar
- Fobier
- Hyperaktivitet
- Somatiska krämpor

Riskgrupper och risksituationer

Följande är exempel på omständigheter som ökar risken för att ett barn ska drabbas av en krisreaktion som hen behöver professionellt stöd för att hantera.

- Svåra konflikter i familjen
- Olycksfall och svår sjukdom
- Sexuella övergrepp
- Att ha bevittnat eller upplevt hot eller våld
- Svåra olyckshändelser, naturkatastrofer
- Krig, flykt
- Allvarlig ohälsa i hos förälder/i familjen (psykisk eller kroppslig, missbruk)
- Stark rädsla i samband med traumatisk händelse
- Brist på psykosocialt stöd
- Bristande omsorg/känslomässigt stöd/otrygg anknytning
- Vårdnadstvist
- Barn placerade av socialtjänsten
- Tidigare utsatthet för trauma
- Egen sårbarhet

Fördjupad kartläggning och bedömning

Hur en person bearbetar sorg och kris är mycket individuellt och kan ske på många olika sätt. Att avgöra vilka frågor man ska ställa till någon som drabbats av kris, och hur ingående, kan ofta vara en svår balansgång. Samtidigt som man inte vill forcera fram reaktioner eller ta upp svåra ämnen när barnet eller den unga inte är redo, vill man inte heller verka avvisande utan verkligen bjuda in barnet att berätta.

Nedan ges exempel på verktyg och frågeformulär som ibland används som komplement vid fördjupad kartläggning vid kris eller trauma.

Beteendeanalys	Observation/analys av överskott, underskott och funktion (effekt, konsekvens) av beteenden. Vanligen ett moment i KBT.
Mini-kid (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju, för barn)	Kortfattad, diagnostisk intervju.
Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV)	Strukturerad intervjuskala för ångeststörningar. Finns i barn (C)- respektive föräldraversion (P).
The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	Självrapporteringsformulär för symptom på PTSD för barn 8 till 18 år.
Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)	Screenar för PTSD-symptom hos barn 8 år och äldre. Finns på flera språk.

Hänvisning eller remittering

I följande situationer kan barnet, den unga eller familjen vanligen ges med adekvata insatser av specialist.

- PTSD
- Risk för att barnet far illa (socialtjänstanmälan)
- Utsatthet för brott (polisanmälan, socialtjänstanmälan, Barnahus)
- Allvarlig psykisk ohälsa (se Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik, ss. 117)
- Barnet eller den unga har stora svårigheter att fungera i vardagen även efter att den initiala krisreaktionen lagt sig
- Problemen kvarstår eller förvärras trots förstalinjeinsatser

Stöd och hjälp i första linjen

Första linjen kan ge stöd och hjälp vid enklare, väl avgränsade kriser eller trauman. Det kan handla om akuta krisreaktioner eller reaktioner på olika livsomställningar som skilsmässor, vårdnadstvister, svårt sjuka anhöriga eller om barnet själv har en svår somatisk sjukdom.

Stabiliserande strategier	Hjälp att hitta tillbaka till vardagliga rutiner för sömn, kost, motion, skolarbete m m
Anhörigstöd (föräldrar, syskon)	Erbjuda samtalsstöd, råd och strategier för att stärka föräldrar/omsorgspersoner att ge trygghet och stöd till sina barn. Uppmärksamma och ge stöd till syskon (många sjukhus har ’syskonstödjare’)
Stödjande samtal	Strukturerat samtalsstöd för att hjälpa till att sortera i känslor, bekräfta och hjälpa barnet att undersöka egna känslor och reaktioner, att stödja och stärka barnet eller den unga. Kan erbjudas enskilt eller i grupp.
Psykoedukation	Till exempel om vanliga reaktioner vid kris och trauma och hälsofrämjande strategier. Föräldrar/omsorgspersoner kan få stöd i metoder för att lugna barnet vid mardrömmar eller problem i vardagliga situationer.
Samverkan	Hjälpa till att aktivera nätverket kring barnet. Stödja barn och föräldrar att informera för-/skola om vad som hänt. Kan inkludera konsultation till elevhälsans/för-skolan om hur de kan stötta barnet/den unga.
Stöd till barn som anhöriga	Första linjen kan i samverkan med hälso- och sjukvården ge ett lite med långsiktigt uppföljande stöd till barn och unga som fått stöd enligt 2 g § i Hälso- och sjukvårdslagen[76] och utveckla samarbetsformer med barnombud. Det kan till exempel röra sig om barn som har en mer långvarig krisreaktion eller om det senare under barndomen uppstår händelser som triggar svåra minnen av krisen man genomgått. För barn till föräldrar med identifierat missbruk eller är allvarligt sjuk erbjuds ofta särskild stödverksamhet eller stödgrupper inom kommunens eller landstingets verksamhet.

[76] Barn har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 g §) rätt till information, råd och stöd när en förälder eller omsorgsperson har en psykisk störning/funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom/ skada, missbrukar alkohol/beroendeframkallande eller avlider. Ibland finns särskilda barnrättsombud eller barnombud som ska uppmärksamma barnens behov.

Barn och unga som flytt

Mot bakgrund av det stora antal människor som i nuläget är på flykt i världen och det historiskt sett stora antal flyktingar som Sverige tog emot 2015, pågår nu mycket utvecklingsarbete när det gäller insatser för stöd, vård och etablering i det svenska samhället. Den här kommer därför att kompletteras med mer kunskapsmaterial som nu håller på att tas fram.

Den psykiska ohälsa som uppstår i samband med flykt kan förenklat förstås som en reaktion på en eller flera upprepade traumatiska händelser och/eller utsatthet för långvarig stress. Vanligen förknippas den negativa stressen med orsaken till flykten, till exempel krig eller förföljelser, men forskning visar att omständigheterna under och efter flykten kan vara minst lika viktiga för att utlösa eller minska risken för ohälsa. Att minska stressfaktorerna efter migration kan därför ha stor betydelse för att barn och unga som flytt inte ska utveckla psykisk ohälsa.

Stressfaktorer före, under och efter flykt:

Före Det som föranleder migrationen, till exempel våld och oroligheter i hemlandet, krig eller förföljelser av etniska eller politiska grupper

Under Materiella och personliga förluster. Det är inte ovanligt att ha vistats under längre tid i ett tredje land, till exempel i flyktingläger. Vid långvarig flykt är övergrepp på barn och kvinnor vanligt.

Efter Att under längre tid leva i ovisshet i väntan med rädsla för utvisning. Besked om permanent uppehållstillstånd kan paradoxalt också vara förenat med stress, att gå från ”undantagstillstånd” till realiteten att behöva återuppbygga sin tillvaro. Ansvar att leva upp till egna och familjens förväntningar, (o)möjligheten att återse anhöriga och om att leva med saknad och ensamhet är också stressfaktorer.

Hälsofrämjande och förebyggande faktorer

Alla barn och ungdomar som varit på flykt har en ökad risk för kroppslig och psykisk ohälsa. Det är vanligt med symptom som oro, ångest, nedstämdhet, psykosomatiska symptom, sömn- och koncentrationssvårigheter eller utagerande beteende. Men alla barn blir inte traumatiserade eller utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTDS). Forskning tyder på att social förmåga, begåvning och ett balanserat temperament är några av skyddsfaktorerna mot att utveckla svår psykisk ohälsa. En trygg och förutsägbar vardag med tydliga rutiner, goda relationer till viktiga vuxna och konstruktiva coping-strategier är andra skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa som också kan ge förutsättningar för att barn som utsatts för trauma kan ”självläka”. Konkreta sätt att uppnå det är:

- En bra och förutsägbar boendesituation
- Möjlighet att gå i förskola eller skola
- Begriplig information om hur svenska samhället fungerar (om asylprocessen, rätten till vård, om barns rättigheter och om grundläggande sociala koder)
- Att få kunskap om normala reaktioner på stress och hälsofrämjande egenvård (sömn, mat, motion och stressminskning)
- Att vuxna som möter barnet tar sig tid att visa vänlighet och att lyssna, att våga skapa en relation

- Att bli uppmärksammad för sina styrkor och förmågor, få uppmuntran och stöd för konstruktiva problemlösningsstrategier

Utifrån dagens politiska läge är det många barn och unga som kommer till Sverige som inte får stanna. Att försöka ge barnet eller den unga ovanstående under den tid hen vistas här är till gagn för barnet vart än hen hamnar och bättre än att inte göra något alls.

Kommunikationssvårigheter och fördomar

Att hitta balansen mellan ett allmänmänskligt perspektiv (till exempel med hänsyn till generella reaktioner på migrationsstress), ett kulturspecifikt perspektiv (till exempel synen på psykisk hälsa och hur man pratar om det) och ett individperspektiv (resurser, sårbarheter, begåvning, funktionsnivå, temperament och läggning med mera) är inte lätt. Därtill tillkommer svårigheter i kommunikation, som ofta tar mycket tid i anspråk och leder till missförstånd.

I dessa lägen är det en utmaning att inte ta till stereotypa fördomar för att försöka förstå utan istället försöka se situationen utifrån den nyanländes perspektiv och påminna sig om att okunskap om det svenska samhället och svenska språket inte reflekterar ovetskap i allt. Även barn och unga från samma land kan till exempel haft väldigt olika typer av uppväxt – modern eller traditionell, allt mellan ingen skolgång till lång skolgång och olika sociala och materiella förutsättningar.

Som professionell är det värdefullt att både kunna dra nytta av sina erfarenheter från tidigare möten med barn som varit på flykt och samtidigt vara beredd att ompröva sina föreställningar. På samma sätt som i möten med barn uppvuxna i Sverige behöver den professionelle se både styrkor och svagheter utifrån en helhetssyn, dels med hänsyn till hur barnet haft det tidigare i livet och dels i sin nuvarande situation.

Riskbruk och missbruk

Landsting, beroendemottagningar, polis och ungdomar själva vittnar om ett växande narkotikaproblem hos barn och unga som flytt till Sverige, i synnerhet bland ensamkommande unga boende på HVB-hem. Vissa av dessa ungdomar har ett missbruk redan vid ankomst till Sverige men många börjar använda droger på boendena. Flera källor pekar på att exponeringen för droger i de här miljöerna är hög och ofta förenade med grupptryck där den som inte använder riskerar att bli utanför eller utsatt för hot om hen berättar för någon vad som pågår. Drogerna kan också ha en självmedicinerande funktion för barn och unga som upplevt trauma och har mycket ångest eller hopplöshetskänslor. Vissa menar att bättre tillgång till meningsfulla aktiviteter och relationsbyggande aktiviteter i samverkan med exempelvis lokalsamhället och föreningsliv skulle kunna ha en förbyggande effekt.

Tecken på behov av stöd och hjälp

I stort sett alla barn och unga som kommer till Sverige behöver hälsofrämjande och förebyggande stödinsatser för att må bra och för att minska risken för att psykiska symptom ska utvecklas till psykisk ohälsa. Här kan första linjen ha en konsulterande roll men insatserna behöver ofta utföras av eller ske i nära samarbete med boende eller skola, i barnets vardagsmiljöer. Om de främjande och förebyggande insatserna inte når fram eller är tillräckliga och barnet eller den unga visar tecken på lidande eller svårigheter att fungera behövs ytterligare insatser. Tecken på behov av det senare kan vara:

- Svårigheter i skolan, i boendet eller i kontakten men människor i barnets eller den ungas närhet
- Liten variation i känslolivet, långa perioder av nedstämdhet
- Förvärrande av symptom, ändrat beteende
- Tecken på depression och ångest, isolerar sig
- Självmordstankar
- Sömnproblem, (långvariga) svårigheter att sova, mardrömmar och trötthet
- Våld mot andra, bristande impulskontroll
- Separationsångest
- Fobiska rädslor
- Att barnet eller den unga söker hjälp på egen hand

Riskgrupper och risksituationer

Att lämna det som är välbekant är i sig en stressfaktor. I det följande ges exempel på händelser och omständigheter som kan förekomma i samband med flykt och som ger ökad risk för psykisk ohälsa.

Traumatiska händelser	Till exempel att ha sett eller utsatts för våld eller övergrepp. Att mista närstående.
Förluster och ensamhet	Till exempel att närståendes död eller att förlora kontakten i samband med flykt. För ensamkommande barn och unga medför avsaknad av nätverk ofta starka ensamhetskänslor kombinerat med skuld av att inte kunna göra mer för de som är kvar eller kunna leva upp till deras förväntningar.
Bristande stöd från föräldrar/omsorgspersoner	Föräldrar som själva upplever trauma och otrygghet har svårare att förmedla stabilitet och trygghet. Ibland uppstår maktförskjutningar inom familjen om barnen integreras barn snabbare än föräldrarna. För ensamkommande barn är det inte alltid som familjehem och boendepersonal har den kompetens som krävs för att ge barnen och ungdomarna bra stöd. Med många stöd- och resurspersoner kring ett ensamkommande barn är det ibland otydligt vem som har det övergripande ansvaret vilket kan göra att insatser sker okoordinerat eller uteblir.
Hederskultur	Både anpassning och motstånd mot normer kopplade till hedersrelaterat våld och förtryck och dess olika uttrycksformer som till exempel barnäktenskap, tvångsäktenskap och könsstympning av flickor och kvinnor påverkar den drabbades fysiska och psykiska hälsa på kort och lång sikt. En annan utsatt grupp är HBTQ-ungdomar. [77]
Osäkerhet	Till exempel på grund av utdragen asylprocess eller ovissa utsikter kring möjligheten till familjeåterförening. Osäkerhet och otrygghet kan också aktualiseras vid ofrivilliga byten av boende. Ekonomisk otrygghet är också en faktor.

[77] Länsstyrelsen Östergötland arbetar på uppdrag av regeringen mot hedersrelaterat förtryck, se www.hedersfortryck.se.

Sjukdom eller funktionsnedsättning	Upplevda eller faktiska begränsningar till vård ökar belastningen i familjen vid sjukdom eller funktionsnedsättning. Låg tillit och rädsla för att tillståendet kan inverka negativ på asylbeslut kan medföra ovilja att berätta. Funktionsnedsättningar kan också vara tidigare oidentifierade.
Utanförskap	Svårigheter att etablera sig i det svenska samhället beror av flera faktorer. Svag ekonomi, segregation och diskriminering är några orsaker. Andra utmaningar är att förstå och acceptera nya sociala koder och värderingar (till exempel kring könsidentitet och familjeheder). För vissa grupper är läs- och skrivsvårigheter eller bristande förkunskaper en svårighet.
Missbruk och kriminalitet	Ökad exponering för gängrekrytering, droganvändning och kriminalitet.

Fördjupad kartläggning och bedömning

Information ger förutsägbarhet och trygghet

Ett tryggt och medmänskligt bemötande utgör grunden för samtal med barn och unga. Osäkerhet kring asylprocessen, uppehållstillstånd och tidigare erfarenheter av möten med offentliga organisationer kommer troligtvis påverka barnet och den ungas övervägande av vilken information hen vill ge. Att ge barnet information vid varje steg inför och under utredning och behandling bidrar till att skapa trygghet och ökar sannolikheten för en rättvisande bild av barnet och dess situation. I det ingår att förklara innebörden av sekretess och hantering av barnets berättelse.

Kommunikationsstöd

Ofta behövs tolk, företrädesvis med grundläggande kunskaper om psykisk o-/hälsa. Tolkar med särskild utbildning för att medvetandegöra kulturella skillnader i synen på hälsa, stöd och vård kan också vara en hjälp för den professionelle att anpassa information och frågor så att de blir meningsfulla och begripliga för barnet, den unga eller familjen. Ett bildbaserat stöd kan ofta underlätta kommunikationen.

Undvik direkta frågor om trauma

Att ställa direkta frågor om erfarenheter av traumatiska livshändelser som tortyr eller en nära anhörigs död kan återaktualisera plågsamma minnen och stressreaktioner. Samtidigt är det viktigt att visa att man är öppen för att lyssna och ta emot det som barnet eller den unga bär på, även det som är obehagligt eller väcker skam. En strategi kan vara att ställa sonderande frågor om hur barnet har det och fungerar i vardagen (hemma, i skolan, med kompisar, sömn m m) för att ta reda på om hen visar tecken på trauma eller PTSD. Kunskapsläget kring hur PTSD hos barn ska utredas och behandlas (och på vilken vårdnivå) är inte tydligt, vilket medför att ansvarsfördelningen kan skilja sig mellan landsting.

Hälsoundersökning

Alla asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning och vaccinationer i samband med asylprocessen. Elever erbjuds dessutom vanligen en hälsoundersökning av elevhälsan i samband med skolstart. Försök att ta reda på om barnet eller den unga fått en hälsokontroll och remittera till hälso- och

sjukvården vid misstanke om att så inte skett eller om barnet uppvisar symptom på kroppslig ohälsa. Remittering för hälsoundersökning är naturligtvis inget hinder för omedelbara insatser för psykisk hälsa i verksamheten där du arbetar eller i annan verksamhet.

Frågeställningar och formulär

Exempel på frågeställningar vid fördjupad kartläggning och bedömning:

- Kartläggning av boendepersonal/god man/socialsekreterare/skola
- Tecken på traumatisering eller PTSD, t ex svårigheter att fungera i vardagen
- Kulturkrock, desorientering kring grundläggande samhällsstrukturer och sociala förväntningar
- Tecken på migrationsstress, t ex sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, ångest, frustration och ilska
- Tecken på utvecklingsavvikelse
- Tecken på läs- och skrivsvårigheter (på hemspråket om hen inte kan svenska)
- Kombinationer av olika svårigheter eller problem
- Riskbruk eller missbruk

Bedömningsinstrument för fördjupad kartläggning:

C-GAS	Funktionsskattning
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa. Finns på flera olika språk.
CORE-OM	Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa.
CBCL	För att beskriva problem och social kompetens hos barn och ungdomar med psykisk problematik. Finns för barn 1,5–5 år och barn 6–18 år.
Jag tycker jag är…	Självskattningsskala om självvärdering. För barn 7-16 år.
BarnKasam	För att undersöka barns syn på sin tillvaro och förmåga att hantera problem som de möter.
MINI-KID	En kortfattad diagnostisk intervju som följer kriterierna för de vanligaste psykiatriska tillstånden i enlighet med DSM-IV.
Kulturformuleringsintervju, DSM-V	Intervjustöd för att ge förståelse av kulturellt baserade värde- och referenssystem.
The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	Självrapporteringsformulär för symptom på PTSD för barn 8 till 18 år.
Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)	Screenar för PTSD-symptom hos barn 8 år och äldre. Finns på flera språk.
PHQ-9	Självskattningsskala för depression.
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ursprungligen utarbetat av World Health organisation (WHO). Obs! Instrumentet är avsett för vuxna.

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)	Ett bedömningsinstrument som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. Avsett för personer över 16 år.

Hänvisning och remittering

I följande fall kan barnet eller den unga oftast få mer adekvat hjälp av specialist:

- Låg funktionsnivå, anmärkningsvärd passivitet/uppgivenhet/apati (t ex går inte upp ur sängen, går inte till skolan, vill inte delta i någon aktivitet, avvisar alla)
- Akuta tillstånd
- PTSD
- Självmordsrisk
- Svår depression
- Matvägran
- Påtagliga overklighetskänslor, dissociation
- Allvarlig sömnstörning
- Vid behov av medicinering
- Självdestruktiva beteendemönster
- Ohanterligt utagerande
- Stark, svårbegriplig rädsla (paranoia)
- Tvångshandlingar
- Fragmenterad, förvirrad verklighetsuppfattning (gräns-/psykotisk)
- Vid behov av kroppslig utredning
- Barnet mår inte bättre eller tillståndet försämras trots förstalinjesinsatser

Insatser i första linjen

Under 2015 tog Sverige emot mer flyktingar än någonsin tidigare. Det har inneburit stora utmaningar att tillsätta resurser åt mottagnings- och stödsystem både i omfattning och kompetens. I flera delar är det fortfarande otydligt vilka insatser som bör ges av vem – stat, landsting/region eller kommun – för att hjälpen till asylsökande och nyanlända ska blir så bra som möjligt. Här följer några exempel på olika stöd- och hjälpinsatser som skulle kunna ges i första linjen. Genom att arbeta med att öka skyddsfaktorer kan man också minska inverkan av riskfaktorer. Synen på psykisk ohälsa ser olika ut inom olika kulturer men är ofta förknippad med stigma. Att normalisera reaktioner på migrationsstress är därför ett vanligt inslag i flera olika typer av insatser.

Främjande och förebyggande insatser i första linjen

Föräldrastöd	Stöd till att vara förälder under migrationsstress och att lära sig om nya kulturens syn på föräldraskap.
Psykoedukation	Information om t ex stressreaktioner och hjälp till självhjälp som också kan bidra till att validera och normalisera svåra upplevelser. Hjälp att hitta hälsofrämjande vanor i ny tillvaro med nya förväntningar. Kan ges både till barn, unga och omsorgspersoner, t ex på boenden.
Samhällsorienterande information	T ex om asylprocessen, det svenska samhället och svensk hälso- och sjukvård. Tydliga informationsportaler för att normalisera och validera behovet av att söka hjälp och be om råd.

Avstämningssamtal	Psykiska symptom kan framträda efter en tid när läget stabiliserat sig för barnet eller den unga. Rutiner mellan första linje, elevhälsa och boenden för att göra avstämningssamtal med asylsökande eller nyanlända barn är ett sätt att fånga upp behov.
Konsultativt stöd till skol- och boendepersonal	Utbilda och ge konsultativt stöd om hälsofrämjande och förebyggande insatser, bemötande vid psykisk ohälsa och vart de ska vända sig vid lindrig eller akut problematik.
Samordnade insatser	T ex med stöd av samordnad individuell plan (SIP) när insatser behövs från flera aktörer.
Samsyn och samverkan	Aktörer runt de nyanlända behöver en gemensam förståelse kring stress, risk och skydd och veta vilka resurser som finns att tillgå i andra verksamheter.

Stödjande och behandlande insatser i första linjen

Psykoedukation	Information om symptom, orsaker och behandling och hjälp till självhjälp (t ex om trauma och dess effekter). Kan ges till barn och unga och till omsorgspersoner. Insatsen kan bidra till att validera och normalisera känslor.
KBT	Kulturanpassad KBT kan ges till barn och unga med lindriga psykiska problem.
Sömnskola, sömnbehandling	Kognitiv- och beteendeinriktad sömnskola kan ges förebyggande och som behandling. Kan ges individuellt och i grupp. Kan kombineras med andra psykoedukativa insatser, t ex hälsoskola.
Gruppverksamhet	Gruppverksamhet är ett sätt att bryta isolering och att lära sig mer om sig själv och känslor, om asylprocessen/etablering och om hur det är att vara ny i Sverige. Att stärka barnen oavsett vilket land de kommer att växa upp i.
Individuella stödsamtal	Psykologisk eller psykosocial behandling inriktad på att lösa eller lindra problem och svårigheter. T ex motivationssamtal och pedagogiska samtal.
Samverkanssamtal	Kan ske mellan den unga, familj/boende, skola och första linje för att hitta nå samsyn och strategier för att hantera utmaningar i vardagen. T ex med stöd av samordnad individuell plan (SIP)
Stabiliserande insatser	Stabiliserande insatser kan t ex bestå av sömnskola, introduktion till det svenska samhället (normer och värderingar), psykoedukation och copingstrategier (t ex andnings- och avslappningsövningar).
Tidslinje	Ett verktyg för att kommunicera kring och begripliggöra viktiga händelser i livet och hur de hänger samman med vem och var personen är idag.
Tejping	En metod för att underlätta kommunikation med hjälp av visuell gestaltning. Används bl a vid talsvårigheter p g a funktionshinder eller bristande språkkunskaper och vid traumabearbetning. Ej granskad av Socialstyrelsen.

Stöd till barn som fått avslag	Ge information och stöd till barn som fått negativt asylbesked och ska återvända. Exempel på arbetsmaterial är bland annat ”Att arbeta med återvändande ensamkommande” framtaget av Strömsunds kommun. Materialet finns för nedladdning på http://www.begripligt.nu/publikationer.shtml
Stöd vid hedersrelaterad problematik	Kan innehålla information om barnkonventionen och mänskliga rättigheter, kroppen och sexualitet, samtalsstöd och moment för att stärka självkänslan. Vid risk för att barnet far illa ska socialtjänstanmälan göras. Kunskap- och stödmaterial finns på www.hedersfortryck.se (Länsstyrelsen Östergötland).

Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik

Barn och unga med allvarlig eller omfattande problematik ska generellt ges insatser i annan verksamhet än i första linjen. Men i vissa fall kan första linjen ge uppföljande stöd till barn och unga som haft eller har en pågående kontakt inom en annan verksamhet, till exempel BUP, habilitering eller socialtjänst.

Under vissa omständigheter eller utvecklingsfaser kan det vara svårare att känna igen vad som är allvarlig problematik. Till exempel kan det vara svårt att skilja normala reaktioner på landsflykt från svår psykisk ohälsa. Det behöver inte finnas kompetens för att utreda eller diagnosticera allvarlig problematik i första linjen men det behöver finnas kompetens för att identifiera tecken på det. För att kunna göra det krävs både medicinsk, social och psykologisk/barnpsykiatrisk kompetens. Annars finns risk för att första linjen fördröjer adekvata insatser som kan ges i en annan verksamhet eller på en annan vårdnivå. Det sagt, kan det finnas fördelar med att låta barnet eller den unga behålla den samtalskontakt som hen fått förtroende för, oberoende om det är på Första linjen eller på BUP. Det är ofta vad barn och anhöriga själva vill, orken kanske inte finns att ”börja om” med en ny person. Men det förutsätter att det på den aktuella mottagningen finns kompetens att ge motsvarande behandling som på specialistnivå eller tillgänglig handledning.

Även om första linjen generellt inte ska ge insatser vid allvarlig eller omfattande problematik kan det i vissa fall vara en fördel för barn, ungdom och familj om första linjen kan erbjuda uppföljande stöd, till exempel psykoedukativa insatser eller samtalsstöd om det finns ett upparbetat förtroende mellan barnet och en viss medarbetare i första linjen. Om det är lämpligt beror på vilken problematik det rör sig om och om barnets eller den ungas funktionsnivå (vilket kan variera i perioder, t ex om problemet går i skov).

Riskgrupper och risksituationer

Under vissa omständigheter finns ökad sannolikhet för allvarlig psykisk ohälsa.

- Släkting har eller har haft allvarlig psykisk ohälsa (med ärftlig komponent)
- Svår sjukdom
- Trauma
- För tidig födsel
- Anknytningsproblem
- Landsflykt
- Missbruk under graviditet
- Adoption[78]
- Tidigare vårdkontakter (med avvaktande hållning) eller avbrutna vårdkontakter

[78] Trendmässigt har antalet internationella adoptioner minskat och många av barnen har särskilda behov kopplade till medicinska och fysiska sjukdomar, social bakgrund och ålder vid adoptionen (MFoF, 2014).

Fördjupad kartläggning och bedömning

Följande är exempel på sätt att stödja en professionell bedömning om att det rör sig om allvarlig eller omfattande problematik.

- Barnets eller den ungas egen berättelse
- Informationshämtning från föräldrar eller annan vårdnadshavare
- Beteendeanalys
- Konsultation från barnmedicin
- Genomgång av hur barnets utveckling och mognad har sett ut i olika faser (utvecklingsanamnes)
- Observation av motorik, tal, minne
- Observation av lek
- Måendedagbok

Hänvisning eller remittering

Om första linjen inte kan tolka tecken på svår problematik med tillräcklig träffsäkerhet, finns det risk att adekvata insatser på rätt insatsnivå blir fördröjda, och att problemen under tiden förvärras. Första linjen har ett ansvar att inte släppa taget om några barn och ungdomar som söker hjälp i verksamheter och kan ge stabiliserande insatser till någon annan verksamhet har tagit vid. Om barnet, den unga eller familjen har sökt första linjen trots en pågående vårdkontakt kan det bero på en upplevelse av att inte få rätt hjälp. Ett sätt att hjälpa barnet eller den unga kan vara att ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) för att se hur de inblandade verksamheterna tillsammans kan bidra till att lösa familjens problem tillsammans med barn, ungdomar och anhöriga.

Exempel på allvarlig problematik som bör kunna identifieras för att hänvisas eller remitteras till specialist är:

Problem i familjen

- Våld eller missbruk inom familjen
- Allvarlig psykisk ohälsa hos föräldrar som påverkar föräldrakapacitet
- Svagt föräldrastöd, omsorgssvikt
- Brister i anknytning eller samspel

Akut eller allvarlig psykisk ohälsa eller sjukdom (misstanke om-)

- Tecken på depression hos barn under 13 år
- Risk för självmord
- Autismspektrumstörning
- Utvecklingsstörning (t ex underpresterar i skolan jämfört med jämnåriga)
- Hjärnskada
- CP-skada
- Bipolär sjukdom
- Psykos och begynnande psykos
- Akuta psykiatriska symptom
- Somatiska symptom som indikerar annan sjukdom eller kroppsligt tillstånd

Komplicerande omständigheter

- Låg ålder hos barnet (under 3 år)
- Barnet, den unga eller familjen söker hos flera vårdgivare och för flera symptom
- Plötslig förändring av beteende eller funktionsnivå

- Svårbegriplig/svårbedömd problematik
- Långvarig skolfrånvaro eller hoppar av (t ex i samband stadieövergång)
- Resursstarka föräldrar som kompenserar för barnets svårigheter, insisterar att barnet ska klara sig i normal miljö.

När inledda insatser i första linjen inte ger avsedd effekt

Barn och unga som initialt har bedömts höra till första linjens målgrupp ska hänvisas eller remitteras till specialist om de insatser som ges i första linjen inte ger effekt eller barnets eller den ungas problematik förvärras. Ett stöd för bedömning är att använda verktyg för systematisk och kontinuerlig uppföljning.

Stöd och behandling i första linjen

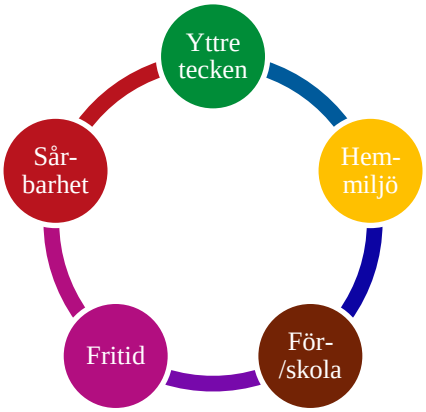
Följande insatser kan första linjen ge till barn, unga eller familjer även om det finns misstanke och i vissa fall konstaterad allvarlig problematik.

Initiera Samordnad individuell plan (SIP)	Stötta barn, ungdomar eller föräldrar att få synkroniserade och bra insatser
Stöd till anhöriga	Avgränsad insats, t ex rådgivning eller emotionellt stöd för att föräldrarna ska orka stötta sitt barn
Psykoedukation och konsultation till skola	Hjälpa anhöriga att förklara barnets eller den ungas problematik för skola och fritidsverksamhet och hur verksamheterna kan stötta barnet.
Motiverande samtal	Ibland kan motivationen vara bristande hos både barnet och dess vårdgivare avseende stöd från specialistnivån
Familjesamtal	Hjälpa familjen att hitta fungerande samspel och strategier, t ex med hänsyn till syskon
Kartläggning inför ev. utredning	Kartläggning enligt landstingets/kommunens standard för att främja en effektiv stöd- och vårdkedja
Provtagning och genomgång av somatisk status	Vid misstanke om somatisk sjukdom
Uppföljande stöd	I ett mer stabilt läge (t ex när ev akut problematik inte länge finns, lindrig autismspektrum störning diagnostiserats eller personen inte har skov) kan första linjen ge psykoedukativa och stödjande insatser.

Bilaga 1. Frågor i övergripande kartläggning

Fem kartläggningsområden

I det här arbetsmaterialet har den övergripande kartläggningen delats in i fem tematiska områden.[79] Syftet med indelningen är inte att den som träffar barnet, den unga eller anhöriga nödvändigtvis systematiskt ska avhandla det ena området efter det andra, utan indelningen är tänkt att fungera som en schematisk bild som kan fungera som påminnelse om viktiga aspekter att undersöka i samtalet. I det följande ges en kort beskrivning av kartläggningsområdena och på ss. 122 ges exempel på olika frågeställningar som ryms inom dem.



Frågeområde: yttre tecken

Yttre tecken kan ibland upptäckas redan i väntrummet, till exempel tecken på självskada, självsvält eller blåmärken. Yttre tecken kan också vara återkommande fysiska symptom som huvudvärk eller buksmärtor. Sunda mat-, motions- och sömnvanor kan på motsvarande sätt vara tecken på att barnet eller den unga mår bra.

Frågeområde: hemmiljö

För att må bra är det viktigt att trivas med dem man bor med och ha en förutsägbar tillvaro. Att leva med föräldrar som till exempel känner stress över sin ekonomi eller arbetssituation eller som har problem i form av missbruk eller psykisk ohälsa är några exempel på bakomliggande skäl till att ett barn eller ungdom mår dåligt.

Frågeområde: förskola och skola

Barn och unga tillbringar stor tid i förskola och skola. Både skolans organisation, elevens förmåga och det sociala klimatet har betydelse för elevens skolsituation. Forskning visar att de som lyckas i skolan har större sannolikhet att må bra även längre fram i livet, och att det finns ett starkt samband mellan att misslyckas i skolan och framtida psykisk ohälsa.

Frågeområde: fritid

Vad som upplevs som en meningsfull fritid innebär olika saker för olika individer och växlar både med ålder och trender i samhället. Möjligheten att fördjupa ett intresse och att utveckla sina relationer till jämnåriga är friskfaktorer för psykisk hälsa. Fritiden vara problematisk för den som till exempel

[79] Fritt från *Deplyftet* (SFBUP, 2014) samt ”Tidiga tecken”, Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2016).

som har svårt att få vänner, inte kan delta av ekonomiska skäl eller har fastnat i ett destruktivt beteende eller umgänge med dåligt inflytande.

Frågeområde: sårbarhet

Att vara uppmärksam på och medveten om sårbarheter kan öka förståelsen för de problem som barnet eller den unga har och vara vägledande vid val av insatser. Situationen i familjen och förskolan eller skolan kan vara särskilt avgörande för hur väl vardagen fungerar och hur barnet eller den unga mår när det gäller individer med medfödda eller förvärvade sårbarheter, till exempel en kognitiv funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar (t ex diabetes, astma).

Anpassa språket

Olika barn har olika förutsättningar. I samtal med barn och unga behöver språk och frågor exempelvis anpassas efter ålder, utvecklingsnivå, språkfärdigheter och modersmål. Man måste säkra att barnet förstår.

Barnsamtal kräver träning.

Exempel på frågeställningar i den övergripande kartläggningen

Frågorna är främst riktade till den som träffar barnet, den unga eller anhöriga för att påminna om frisk- och riskfaktorer som kan ha stor betydelse för barnets eller den ungas mående och därför är viktiga att skaffa sig en uppfattning om. Det betyder inte att det i det enskilda fallet är lämpligt att ställa frågorna exakt som de är formulerade här. Med kunskap och träning är det den som träffar barnets uppgift att formulera frågorna så att de passar barnet och situationen.

Frågornas grundutförande syftar till att vara så neutrala som möjligt för att kunna fånga både det som fungerar bra och det som fungerar mindre bra i barnets eller den ungas liv (gäller inte rubrikerna Svåra förhållanden och Sårbarhet). Frågorna inom parentes är mer problemorienterade och ger exempel på risktecken att vara uppmärksam på.

Utgå från deras perspektiv

En vägledande princip vid stöd och behandling är att utgå ifrån att barnet/den unga/anhöriga är experter på det egna livet och den egna situationen och det är därför viktigt att förutsättningslöst få höra deras version av hur saker ligger till, och därefter kontinuerligt stämma av om de får nya egna idéer och perspektiv på problem- och målformulering.

Här är några exempel på öppna frågor som kan ställas till barn, ungdomar eller anhöriga i början av en kontakt.

A) Frågor om varför barnet/den unga är här

– Varför har du tagit kontakt?
– Tycker du att det finns något problem – vad?
– Tror du någon annan tycker att det finns problem (familj, lärare, kompisar, andra) – vad?
– Vad tror du händer om du/ni inte får hjälp?

B) Frågor om hur barnet eller den unga påverkas

– Hur märks problemet?
– När märks problemet (situationer)?
– Konsekvenser för barnet/den unga och personer i dess närhet?

C) Frågor om hur det har varit

– Hur länge har det varit så här?
– Har det funnits problem förut?
– Vad har man gjort för att hjälpa tidigare, i familjen eller i andra verksamheter?
– Avslutade eller pågående kontakter?

D) Frågor om önskemål

– Vilken hjälp skulle du vilja ha?
– Hur skulle du vilja att det blev i framtiden?
– Vad vill du själv förändra?
– Vad skulle du vilja göra annorlunda?

Yttre tecken

Iakttagelser

- □ Vilket intryck ger barnet eller den unga i väntrummet?
- □ Vilket intryck ger barnet eller den unga under ett enskilt samtal eller tillsammans med familj eller andra?
- □ Hur ser barnet ut vid besöket?
- □ Yttre tecken på skada eller självskada (T ex sår eller blåmärken?)
- □ Hur upplevs hens känsloläge?
- □ Hur fungerar samspelet mellan barn eller ungdom och anhörig under mötet?
- □ Hur uttrycker sig anhöriga när de berättar om barnet eller ”problemet”?
- □ Finns någon information eller rapport från annan verksamhet (t ex skola) som kan stärka iakttagelserna eller vara vägledande vid tolkning?

I vardagen

- □ Hur är sömnen? (Svårt att somna eller sova? Ofta trött?)
- □ Hur mår hen i kroppen? (ofta ont, t ex i magen eller huvudet?)
- □ Hur är matvanorna?
- □ Rör på sig eller motionerar lagom? Motorik?
- □ Sjukdomar, tidigare eller nuvarande? Läkemedelsanvändning?
- □ Sinnesstämning? (t ex ofta ledsen, arg, rätt eller orolig)

Hemmiljö

Faktiska omständigheter

- □ Boendesituation? Vilka bor barnet eller den unga med? (Ensamstående?)
- □ Lever båda föräldrar?
- □ Ålder vid föräldraskap? (Ung?)
- □ Utbildningsnivå hos föräldrar? (Låg?)
- □ Föräldrars och vårdnadshavarens begåvningsnivå? (Låg IQ eller kognitiva svårigheter?)
- □ Har föräldrar eller vårdnadshavare en fungerande arbetssituation?
- □ Ekonomisk situation? (Orolig eller osäker?)

Socialt

- □ Trivsel hemma? (Är det mycket bråk, mellan de vuxna eller mellan syskon? För tyst?)
- □ Är föräldrarna eller vårdnadshavarna samarbetande och stödjande?
- □ Vilka krav och vilket ansvar förväntas av barnet eller den unga? (Från hen själv och från andra?)
- □ Omsorg? Visar föräldrarna intresse och uppmärksamhet? Upplever barnet eller den unga att hen kan prata med sin förälder eller annan viktig vuxen?
- □ Hur ser det sociala nätverket ut? (Svagt?)

Yttre händelse

- □ Har det hänt något den senaste tiden? Stor förändring eller svår händelse? (t ex skilsmässa, dödsfall, flytt eller flykt, brott, familjehems-/HVB-placering, adoption, allvarlig sjukdom, separationer från viktiga personer, uppbrott).

Svåra förhållanden

- □ Är det någon i familjen som dricker för mycket eller har ett annat missbruk?
- □ Kriminalitet?
- □ Våld och övergrepp, inom eller utanför familjen?
- □ Har någon förälder, syskon eller anhörig haft hälsoproblem, kroppsliga eller psykiska?
- □ Påverkas syskon av de problem som finns? Finns det syskon som behöver eget stöd?

Förskola och skola

Frågor som rör både förskolebarn och äldre elever

- □ Trivs barnet på för-/skolan? (Vill inte gå dit? Ofta orolig, ledsen eller arg?)
- □ Närvaro på för-/skolan (Ofta frånvarande?)
- □ Hur fungerar samspelet med andra barn, unga och vuxna på för-/skolan?
- □ Hur fungerar verksamheten? (Frekventa personalbyten? Otydlig struktur?

Omorganisation eller oro i personalgruppen? Social utsatthet i för-/skolans upptagningsområde?)

- □ Har barnet nyligen bytt grupp eller för-/skola?
- □ Normal utveckling och lärande?

Frågor som rör äldre elever

- □ Hur går det med skolarbetet? Prov och läxor? Skolnärvaro?
- □ Utmaningar i balans med hens kapacitet? (För svårt? För lätt?)
- □ Är det arbetsro i skolan?
- □ Fungerar det bra med lärarna?
- □ Hur är stämningen mellan skolkamraterna? (Kränkningar?)
- □ Har hen några kompisar i klassen?
- □ Framtidsplaner?
- □ Hur förhåller sig han/hon till krav från omgivning och egna förväntningar på själv?

Frågor för elever med annan sysselsättning

- □ Vad gör hen på dagarna? (t ex praktik eller arbete)
- □ Hur fungerar det? (t ex med uppgifter och kollegor/ledare)

Fritid

- □ Upplever barnet eller den unga att hen har en meningsfull fritid?
- □ Intressen? Organiserade aktiviteter? (Slutat göra något man tidigare visade stort intresse för?)
- □ Umgås hen med några kompisar utanför skolan?
- □ Känner föräldrarna till vem hen umgås med på fritiden? Hur uppfattar de hans/hennes kamratsituation?
- □ Är hens fritidsaktiviteter sunda och lämpliga för åldern? (Olämpligt sällskap? Festande? Alkohol-, tobak eller droganvändning? Destruktivt beteende? Brott?)
- □ Vilka dator- och internetvanor har hen? (Överdrivet dataspelande och dygnsrytm? Kompisar både på nätet och i verkligheten? Kränkningar och mobbing på nätet?)

Sårbarhet

- □ Barnets utveckling (graviditet och förlossning, prematur födsel, småbarnstid, kognitiv, social och motorisk utveckling)?
- □ Känd funktionsnedsättning?
- □ Kronisk sjukdom?
- □ Svårt att uttrycka sig, att sätta ord på tankar och känslor?
- □ Tillfällen då omgivningen upplever att hen beter sig konstigt eller inte förstår hen, eller motsvarande att hen upplever omgivningen som svårbegriplig?
- □ Svårt att lära, t ex svårt att läsa eller skriva?
- □ Bristande självkontroll?
- □ Svårt att få och behålla vänner?
- □ Dåligt självförtroende eller dålig självkänsla? Nedstämdhet till följd av tidigare misslyckanden?
- □ Ofta arg eller trotsig?
- □ Svårt att koncentrera sig?
- □ Svårt att känna medkänsla, skuld eller skam?

- ◻ Svårigheter att lösa problem, eller löser problem på ett sätt som får dåliga konsekvenser?
- ◻ Nedstämdhet eller självskadande beteende?
- ◻ Har någon i släkten haft psykisk sjukdom (ärftlighet)?
- ◻ Är hen nyanländ till Sverige eller ensamkommande flykting? Svårigheter att orientera sig i Sverige?
- ◻ Traumatiska upplevelser?
- ◻ Hur mår hen i kroppen? Har någon somatisk utredning gjorts? (t ex om ämnesomsättning)

Bilaga 2. Exempel på instrument och checklistor

Titel	Funktion	Förkunskaps-krav	Tillgänglighet[80] och info
Jag tycker jag är…	Självskattningsskala om självvärdering. För barn 7-16 år.	Leg. psykolog	http://www.hogrefe.se/
Child Behavior Checklist (CBCL)	För att beskriva problem och social kompetens hos barn och ungdomar med psykisk problematik. Finns för barn 1,5–5 år och barn 6–18 år.	Inga formella krav	Journal digital
Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)	Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa.	Okänt	Se en webbversion på http://corewebb.se/rapport/
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa. För åldrarna 3-17 år.	Inga formella krav	Se en webbversion på http://sdqwebb.se/rapport/ Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats.
Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer (ESTER)	Syftar till att identifiera individer med eller risk för att utveckla normbrytande beteende. För barn 0-18 år.	ESTER grundutbildning	http://www.ester-bedomning.se/om-ester/om-ester-screening/ Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats.
BarnKASAM	Självskattningsskala för att undersöka barns syn på sin tillvaro och förmåga att hantera problem som de möter. Finns i längre och kortare version.	Okänt	SecuraNova journalsystem, JournalDigital
The Brief Child and Family Phone	Screeningverktyg för att identifiera psykiska ohälsa. Används för att bedöma vilka som ska hänvisas till första linjen och som utvärderingsverktyg	Okänt	Kontakta Region Skåne eller Region Halland för mer information

[80] Formulären kan finnas tillgängliga på fler platser

Interview (BCPFI)			
The Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	Bedömningsinstrument för att identifiera brister i stöd och stimulans i barns hemmiljö. För barn 3-10 år och föräldrar vid hembesök.	Socionom	Socialstyrelsen och HOME Inventory LLC har ett avtal som ger samtliga av Sveriges socialtjänster rättigheten att utan kostnad använda HOME. Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats.
ORS, Outcome Rating Scale	För att systematiskt följa en insats och se hur den påverkar.	Okänt	www.scottdmiller.com
SRS, Session Rating Scale	Ger möjlighet att under pågående insats tycka till om den hjälp som erbjuds och om den matchar behoven.	Okänt	www.scottdmiller.com
CGAS	Funktionsskattning. För barn 4-20 år. Webbutbildning finns: http://www.cgas.se/Account/Logon?ReturnUrl=%2f	Inga formella krav	
Becks Ungdomsskalor (BUS)	Självskattningsskalor för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar i åldrarna 7–18 år.	Leg. psykolog och leg. läkare	www.pearsonassessment.se Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats.
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av alkohol. För respondenter 17 år och äldre, troligen även tillämpbar på äldre tonåringar.	Inga formella krav	Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats
DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)	Screening för riskbruk av droger. För respondenter 16 år och äldre, troligen även tillämpbar på äldre tonåringar.	Inga formella krav	Mer information om instrumentet finns på Socialstyrelsens webbplats

Källor

Andersson, I. & Ejlertsson G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Annerbäck E.M., Gustafsson P.A., Svedin C.G., Wingren G. (2010). *Prevalence and Characteristics of Child Physical Abuse in Sweden - Findings from a Population-Based Youth Survey*. Linköpings universitet.

Arch J.J. & Craske M.G. (2009). *First-line Treatment: A Critical Appraisal of Cognitive Behavioral Therapy Developments and Alternatives* Psychiatric Clinics of North America. Sep;32(3), ss.525-47.

Barlow. J. et al (2014). "Group-based training programmes for improving parental psychosocial health". Cochrane Database of Systematic Review. (Review). Issue 5.

Bremberg, S. & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt*. Forte: Stockholm.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14. Grundrapport.* Östersund och Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Gould et al. (2005). *Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs.* JAMA, April 6, 2005—Vol 293, No. 13

Hultman, O. et al (2014). *Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study*. J Fam Viol (2014) 29:67–78.

IQ (2017). *Ungdomars drickande förr och nu.* http://www.iq.se/sv/fakta-om-alkohol/ungdomars-drickande [Hämtad 2017-05-30, 14:48]

Johansson, L (2010). *Teenager fatalities: epidemiology and implications for prevention*. Umeå Universitet.

KVA - Kungliga Vetenskapsakademien (2010). *School, learning and mental health: a systematic review*. Health Committee, Royal Swedish Academy of Sciences, Stockholm.

Linköpings universitet (2016) *Hur mår du.* https://www.iterapi.se/sites/dea/ [Hämtad 2016-12-12, 15:05]

Länsstyrelsen Östergötland (2017a). *Vilka konsekvenser kan det få?*http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstympning/vad-innebar-det-fysiskt/ [Hämtad 2017-06-01, 13:32].

Länsstyrelsen Östergötland (2017b). *HBTQ och heder.* http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/hedersrelaterat-vald-mot-homo-och-bisexuella-samt-transpersoner/ [Hämtad 2017-06-01, 13:32].

Maj, M. (2005). *'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems?* BJPsych – The British Journal of Psychiatry Feb 2005, 186 (3) 182-184.

MFoF – Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2014). Utvecklingen av den internationella adoptionsverksamheten. http://mfof.se/Publikationer/MIA-Info/MIA-Info-2014---1/Utvecklingen/ [Hämtad 2017-06-02, 11:26]

MUCF – Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2017). *Unga hbtq-personers hälsa*. https://www.mucf.se/unga-hbtq-personers-halsa [Hämtad 2017-03-13, 12:00]

NASP - Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Karolinska institutet (2017). *Få stöd*. http://ki.se/nasp/fa-stod. [Hämtad 2017-03-13, 18:55]

Nationella självskadeprojektet (2014). *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadandebeteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatrin*. http://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/Slutrapportprevalensm%C3%A4tning140410.pdf [Hämtad 2017-06-02, 08:38]

Nationella självskadeprojektet (2017). *Lättläst om självskadebeteende.* http://nationellasjalvskadeprojektet.se/om-sjalvskadebeteende/lattlast-om-sjalvskadebeteende/ [Hämtad 2017-06-02, 08:38]

Nka – Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (2013). *Barn som anhöriga: hur går det i skolan?* http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskaps%c3%b6versikter/Bsa-Rapport-2013-3_Chess2_Skolan.pdf. [Hämtad 2017-06-01, 12:47]

Ougrin et al 2011. *Trial of Therapeutic Assessment in London: randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm.* Arch Dis Child 2011;96:148–153.

Psykiatripartners (2016). *Internetbehandling.* http://psykiatripartners.se/barnungdomspsykiatrin/kbt-online/ [Hämtad 2016-12-12 15:06]

Regeringskansliet (2012). *En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan*. Regeringskansliet, 2012:2.

Regeringskansliet (2013). *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd.*

Regeringskansliet (2014). *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. S2014.023

Regeringskansliet (2016). *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid.* Regeringens skrivelse 2016/17:10

Reynolds et al. (2006). *Risky Assessments: Participant Suicidality and Distress Associated with Research Assessments in a Treatment Study of Suicidal Behavior*. Suicide and Life-Threatening Behavior 36(1) February 2006. The American Association of Suicidology

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 202.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015). *Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 242.

SFBUP – Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (2014). *Deplyftet. Undervisningsmaterial. Samtal och kartläggning.* (Arbetsmaterial. Version 1, 2014). http://www.deplyftet.se/wp-content/uploads/2014/12/Samtal_och_kartlaggning.pdf [Hämtad 2017-06-01, 12:26]

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Modellområdesprojektet – Psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning. För perioden 2009-2011*. Modellområdesprojektet, SKL.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Tidiga listan – börja med barnen.* https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/06/TIDIGA_LISTAN_04nov14.pdf. Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL. [Hämtad 2016-12-12, 07:48]

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015a). *Slutrapport 2014. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Redovisning av bedrivet utvecklingsarbete*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015b). *Kartläggningsrapport: Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. En kvantitativ beskrivning utifrån data insamlade mars – september 2014*. Psynkrapport, SKL.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015c). *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt*. Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016a). *Slutrapport 2015. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa*. Uppdrag Psykisk Hälsa: Aktion 2015, SKL.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016b) *Metodstöd för Elevhälsan.* https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/skola-och-psykisk-halsa/elevhalsan/metodstod-i-elevhalsan/. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. [Hämtad 2016-12-12 13:49]

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Slutrapport 2016. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa*. Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL.

Skolinspektionen (2015). *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning. Rapport 2015:05.

Skolverket (2014). *Elevhälsans uppdrag. Främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen.*
SLL – Stockholms läns landsting (2016). *Om Barninternetprojektet.* http://www.bup.se/sv/Om-BUP/Forskning/BIP/Om-Barninternetprojektet/ [Hämtat 2016-12-12 14:59].
SLL – Stockholms läns landsting (2017). *Behandling.* http://norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/Oppenvard/Mottagning-for-adhd-I-St-Eriksplan/Patient/ [Hämtat 2017-06-02, 10:32]
Smith et al. (2010). *The Effect of Participating in Suicide Research: Does Participating in a Research Protocol on Suicide and Psychiatric Symptoms Increase Suicide Ideation and Attempts?* Suicide and Life-Threatening Behavior 40(6) December 2010. The American Association of Suicidology.
Socialdepartementet (2009). ”Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa”. Bilaga till regeringsbeslut 2009-02-26 nr I:4. Socialdepartementet.
Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.
Socialstyrelsen (2010a). *Social rapport*.
Socialstyrelsen, (2010b). *Meddelandeblad 7/2010.*
Socialstyrelsen (2010c). *Blyga och ängsliga barn*.
Socialstyrelsen (2010d). *Ledsna barn*.
Socialstyrelsen (2010e). *Barn som utsätts för fysiska övergrepp*.
Socialstyrelsen. (2011). *Självskadebeteende*. http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Sjalvskadebeteende/Sidor/default.aspx [Hämtad 2017-06-01, 11:39]
Socialstyrelsen (2012a). *Meddelandeblad nr 10/2012*.
Socialstyrelsen (2012b). *Med målet i sikte.*
Socialstyrelsen (2015a). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*
Socialstyrelsen (2015b). *Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården.*
Socialstyrelsen (2015c). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet.* https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19677/2015-1-32.pdf [Hämtad 2017-06-01, 13:54]
Socialstyrelsen (2016a). *Barns psykiska ohälsa*. http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Barnspsykiskaohalsa/Sidor/default.aspx [Hämtad 2016-08-02, 14:35]
Socialstyrelsen (2016b). *Vägledning för elevhälsan*.
Socialstyrelsen (2016c). *Termbanken: Sekundärprevention*. http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=c2VrdW5kw6RycHJldmVudGlvbg==&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject= [Hämtad 2016-09-02, 13:35].
Socialstyrelsen (2016d). *Termbanken: Behandling*. http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=331 [Hämtad 2016-09-02, 13:35].
Socialstyrelsen (2016e). *Termbanken: Stödjande samtal*. http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=336 [Hämtad 2016-09-02, 13:35].
Socialstyrelsen (2016f). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*.
Socialstyrelsen (2017). *Samsjuklighet* http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Samsjuklighet/Sidor/default.aspx [Hämtad 2017-03-13, 10:43]
Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2015) *Unga sex och Internet – i en föränderlig värld.* http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2015/11/Unga_sex_internet_2015_slutlig.pdf [Hämtad 2015-11-12, 15:25]
Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2016). *Tidiga Tecken*. http://www.tidigatecken.nu/ [Hämtad 2016-08-12, 13:35]
Systembolaget. *5 skäl till att unga inte ska dricka*. https://www.systembolaget.se/om-alkohol/ungdomar/darfor-ska-tonaringar-inte-dricka/ [Hämtad 2017-06-02, 11:02]
UMO (2017). *Skada sig själv*. http://www.umo.se/Att-ma-daligt/Skada-sig-sjalv/ [Hämtad 2017-06-02, 08:32].
UNICEF (2013) *Child Well-Being in Rich Countries. A comparative overview.*
UNICEF (2016) *Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries.*
Västra Götalandsregionen (2010). *Att tänka och arbeta hälsofrämjande. Teoretisk referensram och vägledande modeller*. Högskolan Väst på uppdrag av Folkhälsokommittén.
Örebro universitet (2016) *Checklistor och bedömningsinstrument*. https://www.oru.se/forskning/forskargrupper/fg/?rdb=g269 [Hämtad 2016-09-23]

FÖRSTA LINJE BOKEN

Stödmaterial för första linjens arbete
för barn och ungas psykiska hälsa

2017 - Version 1

UPPDRAG
Psykisk Hälsa
- uppdragpsykiskhälsa.se -

Framtaget av Uppdrag Psykisk Hälsa
på Sveriges Kommuner och Landsting