



Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö

En studie från Västerbotten

Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö

Produktion och text: Annika Nordström, FoU Välfärd, Region Västerbotten

Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten

Omslagsfoto: Shlomit Wolf

Tryck: Tryckeri City

Upplaga: 500 exemplar

Förord

Sverige består i stor utsträckning av små kommuner. Så många som 137 av landets 290 kommuner hade den 31 december 2014 en befolkning under 15 000 invånare och 78 kommuners befolkning var lägre än 10 000 (SCB). Flera av de minsta kommunerna ligger i Västerbotten. En kommun med ett lågt invånarantal kan samtidigt vara påfallande stor till ytan med betydande avstånd både mellan dess byar och kommunens tätort, till angränsande kommuner och till närmaste större stad. Faktorer som geografiska avstånd, ålderstruktur och skatteunderlag ger direkta effekter på utbudet av social service och påverkar samhällets resurser och möjligheter till differentierade insatser. Detta medför stora utmaningar för ett flertal områden inom den offentliga sektorns socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola.

Denna rapport handlar om de särskilda förutsättningar som de små kommunerna i glesbygd har för att uppmärksamma barn som växer upp i riskmiljö, i detta fall definierat som barn som lever med föräldrar som har ett missbruk eller lider av psykisk ohälsa.

Vår förhoppning är att den kunskap som genererats i projektet ska komma politiker, chefer och yrkesverksamma till del inom skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård, både på lokal och på nationell nivå, och att den ska kunna bidra till inspiration, reflektion och utveckling.

Ansvarig för projektet och innehållet i denna rapport är forskningsledare, med dr Annika Nordström, FoU Välfärd, Region Västerbotten, adj lektor vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet.

Medverkande i rapporten är projektets forskargrupp bestående av Urban Janlert, senior professor i epidemiologi, Umeå universitet, Lars Dahlgren, professor emeritus i medicinsk sociologi, Umeå universitet, Heljä Pihkala, med dr, överläkare, Skellefteå psykiatriska klinik, Peter Berggren, distriktsläkare och verksamhetschef för Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC), Storuman samt Anette Edin-Liljegren med dr, projektkoordinator vid GMC, adj lektor vid Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet. En referensgrupp med representanter från skola, socialtjänst, primärvård och psykiatri i de tre kommunerna har regelbundet träffats rörande aktiviteter inom projektet och tolkningar av resultat.

Projektet har finansierats med stöd av Folkhälsomyndigheten.



Anna Pettersson
Regiondirektör
Region Västerbotten



Innehåll

Sammanfattning	6
Inledning	7
<i>Specifika frågeställningar</i>	8
<i>Datainsamling</i>	8
Tre glesbygdkommuner i fokus	9
Alla känner alla	11
Att vara professionell i liten kommun	13
Generalister i glesbygd	14
Olika roller och delade tjänster	15
Bristande resurser leder till kreativitet	16
Medel från staten löser inte allt	17
Personalen den viktigaste resursen	18
Anmälan om oro till socialtjänsten	19
<i>Anmälan om oro från skola</i>	21
<i>Anmälan om oro från hälso- och sjukvården</i>	22
<i>Anmälan om oro från polisen</i>	23
<i>Anmälan om oro från egna tjänstemän</i>	23
<i>Anmälan om oro från privatperson/närstående/anonym</i>	23
<i>Anmälan om oro från andra aktörer</i>	23
Skolans centrala roll	24
<i>"Man kunde se det redan i förskolan "</i>	24
<i>Grundskola och gymnasium tar vid</i>	25
Tillit i samhället	27
Föreställningar och förväntningar	28
Samverkan - styrning, struktur och samsyn	29
<i>Styrning, aktivt och gränsöverskridande ledarskap</i>	30
<i>Struktur och tydlighet</i>	30
<i>Samsyn</i>	31
<i>Motivation, förtroende och kommunikation</i>	31
<i>Samverkanskompetens</i>	32
Föra barnen på tal (FBT)	33
<i>Föra barnen på tal som en "lägsta nivå"</i>	34
Elevers oro för föräldrars alkoholvanor	36
Reflektioner	38
Datainsamling och aktiviteter under projektiden	41
<i>Forskar- och styrgrupp</i>	43
<i>Referensgrupp</i>	43
<i>Utbildare, seminarieledare och stöd i datainsamling och rapportskrivande</i>	43
<i>Intervjupersoner</i>	44
Referenser	45

Sammanfattning

Tre glesbygdskommuner i Västerbotten har studerats i syfte att belysa de särskilda förutsättningar som kommuner i glesbygd har för att uppmärksamma barn i riskmiljö, och för att följa in-
troduktionen av en metod för samtal med föräldrar.

I en liten kommun i glesbygd har förskola/skola/elevhälsa en synnerligen central roll för att uppmärksamma barn som lever i en hemmiljö där en eller båda föräldrarna har ett missbruk eller lider av psykisk ohälsa. För barn boende avsides i byar utanför tätorten kan kontaktytorna med andra vuxna minska på fritiden, men i skolan vistas barnen en stor del av sin tid. Andra aktörer inom hälso-och sjukvård, polis, socialtjänst, fritidsverksamhet m fl har också möjligheter att uppmärksamma barn i behov av stöd utifrån sina olika infallsvinklar, men sammantaget framstår skolan genom sin dagliga aktivitet och kontakt med föräldrarna som den viktigaste aktören.

I de tre studerade glesbygdskommunerna var det också från skolans sida som flest anmälningar till socialtjänsten om oro för ett barn gjordes. Grund till anmälan var företrädesvis att föräldrarna sviktade i omsorg om sina barn. Initialt försökte man ofta från skolans sida stötta föräldrar och barn, och om detta inte upplevdes räcka gjordes anmälan. Inom primärvården fanns ett likartat avvaktande förhållningssätt.

Personkännedomen i de små kommunerna är stor. Att "alla känner alla" är något som har nämnts flitigt av de nyckelpersoner som intervjuats. Det finmaskiga nät av social kontroll som bildas uppfattas huvudsakligen som positivt, även om det finns vissa negativa inslag. Det är svårt att vara anonym, förväntningar på barn kan "gå i arv" och att bryta normer kan vara svårt. Att "alla känner alla" innebär också att personer inom offentlig förvaltning är kända och igenkända i samhället, inte bara utifrån sin yrkesroll utan också som privatpersoner. Detta medför utmaningar för att upprätthålla integritet och professionalitet, samtidigt som man menar att det påverkar bemötandet positivt då det ses som viktigt att upprätthålla långsiktigt goda relationer.

De små kommunerna har varken ekonomiska, personella resurser eller klientunderlag för specialiserade mottagningar, gruppverksamhet eller annan riktad verksamhet för målgruppen. Som alternativ försöker man i enskilda ärenden hitta kreativa lösningar som inte sällan bygger på det sociala nätverket, t ex för kontaktpersonsuppdrag. Familjestödsverksamhet är något som efterfrågas och i en av projektkommunerna utökades denna verksamhet till 1,5 tjänst i en kommun som till ytan mot-

svarar ungefär två och ett halvt Gotland. Avstånden i glesbygd är långa och har stor betydelse för hur arbete inom olika sektorer kan bedrivas. Inom länets primärvård och psykiatri finns god erfarenhet av användande av internet för kontakt med specialister, men också för behandling och bedömningsamtal. Även om skola och socialtjänst delvis också använder sig av möten via nätet så finns här en utvecklingspotential. Trots resursbrist ställer man sig i kommunerna tveksam till statliga medel för kortare projekt, även om syftet är gott. Erfarenheten är att det kan "kosta mer än det smakar".

I små glesbygdskommuner med några få socialsekreterare finns inte utrymme för specialister utan alla är generalister med skiftande typer av ärenden. En klar fördel med detta är att familjeperspektivet är naturligt och finns med i alla typer av kontakter och att risken att som klient "hamna mellan stolarna" inom den egna organisationen minskar. Det medför dock några nackdelar. Alla förväntas ha bred kunskap inom skiftande områden, det kan vara svårt att prioritera i vilka samrådsgrupper och liknande som man ska delta och det är svårt för specialiserade metoder att slå rot. Försöket att introducera och testa metoden Föra barnen på tal (FBT) som en "lägsta-nivå" i kommunerna visade bland annat att om man inte fortlöpande använde metoden och blev bekväm med den, blev den heller inte använd. Detta är något som torde gälla för liknande metoder överlag i liten kommun.

Personalen är den viktigaste resursen och en stabil personalgrupp är eftersträvansvärd. Men med ett fåtal personer i ett arbetslag räcker det att en eller två slutar för att en fungerande verksamhet ska slås sönder. I en glesbygdskommun kan det vara svårt att rekrytera kompetent personal och samtliga kommuner i detta projekt, både inom socialtjänst, skola och hälso-och sjukvård, hade erfarenhet av den turbulens som kan uppstå när personalsituationen förändras. Flera tjänster är också delade mellan olika verksamheter vilket gör det än svårare att hitta ersättare då någon slutar.

I samverkan mellan myndigheter är personerna som ingår i en grupp många gånger viktigare än funktionen. Det handlar om tillit, samsyn och kunskap om varandras kompetensområden och kommunikationen mellan parterna är viktig för att inte fastna i ogrundade föreställningar om varandra. Att samverkan inte är helt enkelt och till stor del personbundet illustrerades tydligt i de tre kommunerna. Det är i sammanhanget också viktigt att samverkan upplevs som ett verksamt medel för sitt syfte och inte som ett mål i sig.

Inledning

Ett barns välbefinnande påverkas av omgivningen och de människor som finns i barnets närhet. Stabilitet, förutsägbarhet och trygga relationer är några av de faktorer som har betydelse för en positiv uppväxtmiljö. Barn som växer upp i hem där en eller båda föräldrarna har ett missbruk eller en psykiatrisk problematik har helt andra uppväxtvillkor. Bristande föräldraförmåga, dysfunktionella familjemönster, oförutsägbara reaktioner och i värsta fall våld, kan förekomma i familjen. Förutom den stress hos barnet som detta medför, löper de själva risk att utveckla egen problematik av likartat slag. Som skyddsfaktorer återfinns till exempel en icke missbrukande förälder, en låg konfliktnivå i familjen och en adekvat information till barnen om vad som pågår i familjen (Socialstyrelsen, 2012 a).

Vem uppmärksammar då om ett barn lever i en riskmiljö? Möjligheterna att se vad som pågår i en familj varierar utifrån relationen till barnet/ungdomen eller till den aktuella föräldern/familjen. En släkting, fotbollstränare, granne eller arbetskamrat kan se och reagera på tecken hos barn eller förälder, som personal inom offentlig förvaltning inte ser eller känner till. Å andra sidan har t ex personal inom skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis andra möjligheter att uppmärksamma signaler på att saker och ting inte är som det ska.

Förutsättningarna är inte desamma i en liten kommun som i en större stad. I mindre samhällen om ca 3 000 -6 000 invånare ökar sannolikheten att man känner, eller åtminstone känner till varandra, i högre utsträckning, vilket kan göra att man är mer observant. Till fördel för det mindre samhället finns även faktorer som en positiv social kontroll, kända förhållanden i familjer som bott länge i bygden, en möjlighet till informella kontakter mellan olika aktörer och många gånger en kort väg mellan beslut och handling. Men är det enbart att betrakta som en fördel att "alla känner alla" om det uppstår problem? Kultur, normer och värderingar i ett samhälle har betydelse för vad som ses som privat och vad som bör medföra att samhällets resurser sätts in. Tillit mellan olika samhällsaktörer och allmänhetens förtroende för myndigheter har också betydelse.

Samsyn, samverkan och samarbete mellan berörda aktörer är viktig i alla kommuner för att barn ska få snabbt och adekvat stöd. Detta har betonats i ett antal studier och faktorer för en god och verksam samverkan har varit föremål för ett flertal utredningar. Frågor som rör föreställningar och förväntningar, tillit, synsätt, mandat, lagstöd med mera hos de olika aktörerna har betydelse för att resurser och adekvat stöd på bästa sätt ska komma ett barn i riskmiljö tillgodo och de bör kommuniceras mellan de inblandade parterna.

Forskning om metoder bedrivs oftast vid specialiserade verksamheter med ett visst flöde av klienter eller patienter med likartade kontaktanledningar samt välutbildad personal med särskilda specialistområden. Detta leder sammantaget till en bra grogrund för goda resultat. Förutsättningarna inom mindre kommuner är helt annorlunda i avsaknad av både underlag och resurser för specialiserad verksamhet. För verksamma som möter klienter/patienter/elever med differentierade problem kan det vara svårt att bli förtrogen med alltför specifika metoder. Däremot kan det generella förhållningssättet och bemötandet utvecklas och förfinas.

Metoden Föra barnen på tal (FBT) tar fasta på behovet av att stärka skyddsfaktorerna och att barnen får vetskap och adekvat information om föräldrarnas mående (Solantaus, 2007). Under två-tre samtal med föräldern/föräldrarna belyses barnens perspektiv med stöd av en frågemanual anpassad till barnets ålder. Skulle det visa sig att barnen behöver mer stöd än det som FBT indirekt via föräldern kan ge, ska det tas sådana initiativ. Denna metod kan efter utbildning användas av olika personalkategorier och i olika sammanhang där man möter föräldrar med en psykiatrisk problematik eller ett missbruk.

Projektet **"Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö"** syftar dels till att studera, granska och belysa de särskilda förutsättningar som kommuner i glesbygd har för att uppmärksamma barn i riskmiljö, i detta fall definierat som barn som lever med föräldrar som har ett missbruk och/eller psykiska problem, och dels till att analysera om strukturen i samtalsmetoden "Föra barnen på tal" kan utgöra en användbar "lägsta nivå" i en liten kommun för samtal med föräldrar.

Specifika frågeställningar

- Vilka aktörer är centrala för att uppmärksamma barn i riskmiljö i en glesbygdskommun?
- Vilka karaktäristiska i en glesbygdskommun kan påverka uppmärksamheten av barn i riskmiljö?
- Vilka särskilda möjligheter och svårigheter för stödfunktioner finns i en liten kommun?
- Finns det särskilda faktorer av betydelse för samverkan rörande barn i en liten kommun?
- Vad kan en gemensam utbildning av en strukturerad metod för att samtala med föräldrar medföra för att uppmärksamma de utsatta barnen?
- Kan kunskap från detta projekt kan överföras till andra kommuner?

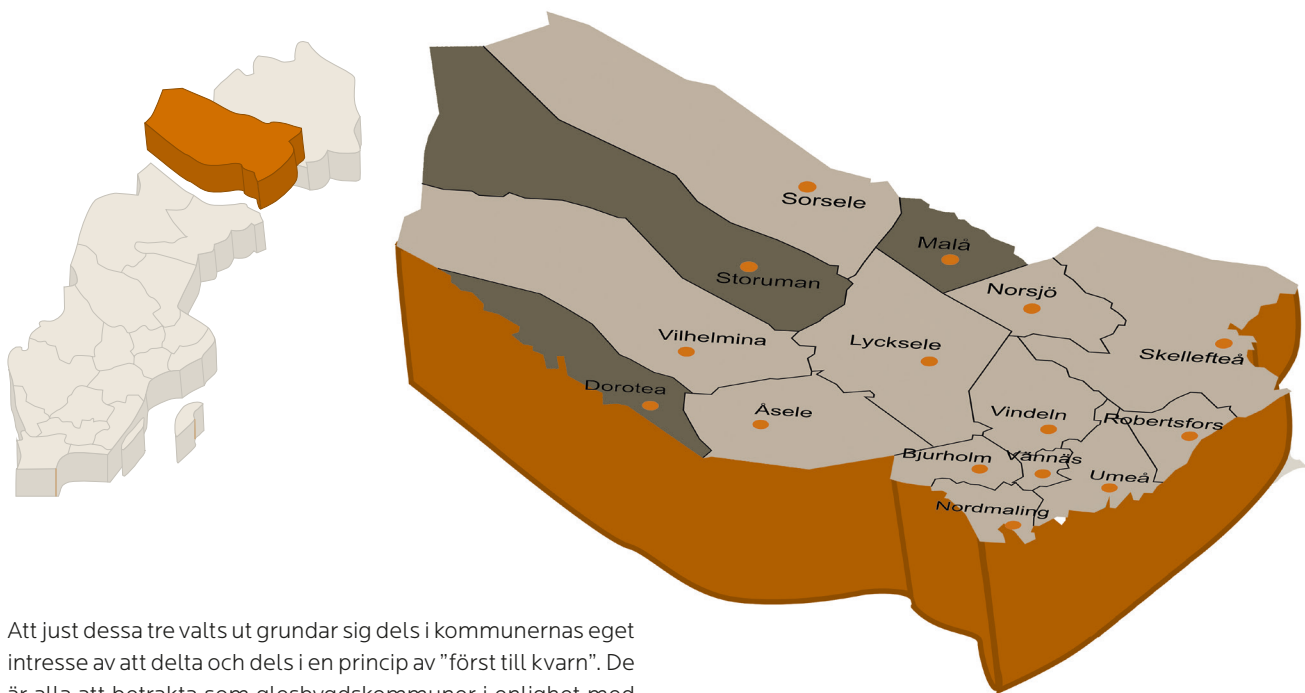
Datainsamling

För att besvara och problematisera frågeställningarna har olika former av datainsamling och aktiviteter ägt rum. Intervjuer har genomförts med drygt fyrtioålet nyckelpersoner, enskilt eller i fokusgrupper. Dessa personer valdes strategiskt utifrån sina positioner i de tre kommunerna och återfinns inom skolläring, förskola, elevhälsa, socialtjänst, mödrahälsovård, barnhälsovård, psykiatri, polis och Svenska kyrkan. Vid seminarier, utbildningar och workshops som ägt rum inom ramen för projektet, har även skriftlig och muntlig data samlats. Den statistik som förekommer i rapporten kommer dels från offentliga källor och dels från egen insamlad statistik. En utförligare beskrivning av datainsamling och aktiviteter finns att läsa på sidan 41.



Tre glesbygdskommuner i fokus

Tre kommuner i Västerbottens inland har ingått i projektet; Dorotea, Malå och Storuman. Samtliga ligger i länets inland, i Södra Lappland, och är geografiskt spridda. Dorotea gränsar i söder till Jämtland, Storuman har ett centralt läge i länet och sträcker sig upp mot norska gränsen och Malå gränsar mot Norrbotten.



Att just dessa tre valts ut grundar sig dels i kommunernas eget intresse av att delta och dels i en princip av "först till kvarn". De är alla att betrakta som glesbygdskommuner i enlighet med vedertagen definition "områden med mer än 45 minuters bilresa till en tätort med över 3000 invånare". Tillsammans täcker dessa tre kommuner en yta på 12 901 km². Befolkningsstätheten per kvadratkilometer är låg vilket kan illustreras i tankeexperimentet att om Storumans befolkningstäthet på 0,8 invånare/km² skulle överföras till Stockholms kommuns yta, skulle det endast finnas 171 invånare i huvudstaden. Omvänt skulle Stockholms kommuns befolkningstäthet leda till en befolkning på 35,6 miljoner personer i Storumans kommun. Största delen av projektkommunernas invånare bor i tätorterna, med mindre byar spridda inom kommungränserna. Storuman kan sägas ha två tätorter då Tärnaby/Hemavanområdet med sina ca 1500 invånare, både har "egen" hälsocentral och socialsekreterare. Avståndet mellan Storumans tätort och Tärnaby är knappt 13 mil.

Befolkningsutvecklingen har varit negativ i alla tre kommuner och under senaste decenniet har dessa tillsammans förlorat 1183 invånare (Diagram 1). Den trendmässiga minskningen mellan åren 2005 och 2014 har varit likartad för kommunerna med cirka tio procent.

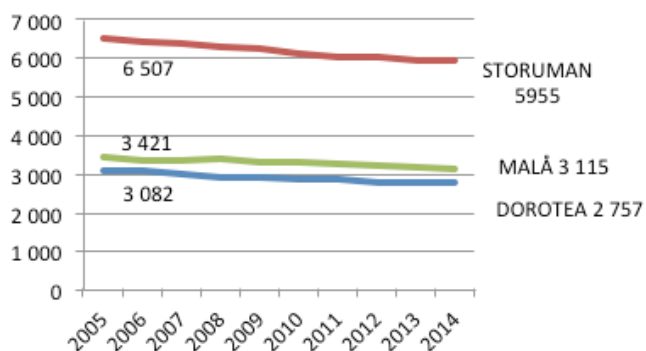


Diagram 1: Befolkningsutveckling i Dorotea, Malå och Storumans kommuner, 2005-2014

I jämförelse med länet som helhet har kommunerna en högre medelålder, en lägre andel högskoleutbildade, fler barn i ekonomiskt utsatta hushåll och färre invånare födda utanför Norden (Tabell 1).

Tabell 1: Demografiska uppgifter för Dorotea, Malå, Storuman och Västerbotten

	Dorotea	Malå	Storuman	Västerbotten
Antal invånare (31 dec 2013)	2 757	3 115	5 954	261 112
Medelålder	47,9	45,5	47,1	41,6
Andel högskoleutbildade, %	10,3	13,3	14,0	27,1
Öppen arbetslöshet, %	9,0	6,9	7,0	8,1
Andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll, %	13	12	10	9
Behöriga till gymnasieskola vt 2014, %	96	97	85	88
Andel invånare födda utanför Norden, %	6	5	4	7

Ålderstrukturen visar att det finns en skev fördelning i de tre studerade kommunerna, med många i de övre åldersgrupperna (Diagram 2).

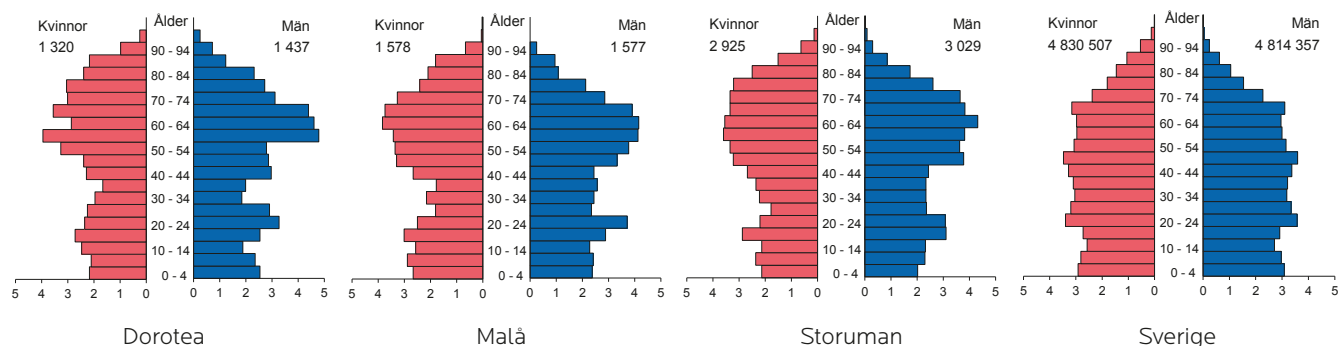


Diagram 2: Ålderstruktur i Dorotea, Malå, Storuman och Sverige, 31 december 2013

Hälsan hos befolkning i glesbygd har i studier och mätningar befunnits vara "tudelad". Den psykiska hälsan beskrivs allmänt som bättre jämfört med större tätorter, medan den fysiska hälsan beskrivs som sämre (Melinder, 2007; Socialstyrelsen 2005; VHU). I samband med den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" för år 2014 (Folkhälsomyndigheten, 2014 a), distribuerades 13 800 enkäter i Västerbotten. Svarefrekvensen i länet var 52 % och närmare 7 av 10 av både män och kvinnor, var 45 år eller äldre. Resultaten från enkäten viktas statistiskt, vilket gör att kommundata kan presenteras.

Av de svarande i de tre studerade kommunerna bodde 22 % med barn, medan en knapp tredjedel var ålderspensionärer. Beträffande alkoholvanor i kommunerna uppgav 15 % av männen och 24 % av kvinnorna att man inte druckit under senaste året, vilket är en högre andel jämfört med resten av länet. Majoriteten av de som dricker alkohol svarade att man drack alkohol 2-3 ggr/månad eller mer sällan. Ett fåtal (2,5 % av männen och 0,7 % av kvinnorna) hade senaste året druckit i sådan omfattning att de upplevt sig berusade varje vecka. De flesta uppgav sig dricka alkohol 1-3 gånger i månaden (21 % av männen och

10 % av kvinnorna). Av de svarande som bodde med barn var färre nykterister, men de drack alkohol mer sällan, liksom att en konsumtion av sex glas eller mer aldrig förekom hos majoriteten av kvinnorna och mer sällan än en gång per månad för männen. I det index för riskkonsumtion som används inom "Hälsa på lika villkor" hade 19 % av männen och 14 % av kvinnorna i länet en riskabel konsumtion. I de tre kommunerna var motsvarande andelar lägre (17 % respektive 8,5 %) och för de personer som levde med barn sjönk andelarna ytterligare till 9 % av männen och 6 % av kvinnorna.

Alkoholvanor tas även upp i Västerbottens hälsoundersökning (VHU), där 40, 50 och 60-åringar inbjuds till hälsoundersökning. Andelen personer med riskfylld eller skadlig konsumtion i inlandskommunerna, där våra tre ingår, uppgick i denna lite äldre grupp till drygt 11 % av männen och knappt 5 % av kvinnorna. I förhållande till hela länet var detta en likartad andel för männen och en något lägre andel för kvinnorna. Sammanfattningsvis kan man säga att resultaten från Hälsa på lika villkor och VHU pekar på en relativt måttlig alkoholkonsumtion i de tre kommunerna.

Det är få personer i de tre kommunerna som är långvarigt sjuk-skrivna på grund av psykisk ohälsa. Sammantaget rör det sig om 10-12 personer, huvudsakligen kvinnor över 50 år (landstingets databas). I "Hälsa på lika villkor" framkommer en något lägre andel som de tre senaste månaderna använt antidepressiv medicin, sömnmedel eller ångestdämpande medicin, än för länet i övrigt. Drygt 3 av 4 (78 % av männen och 73 % av kvinnorna) skattade sin hälsa som ganska eller mycket bra i VHU.

Små kommuner är inte homogena bara för att de är små, och de kommuner som ingått i denna studie skiljer sig åt på många sätt. Syftet har emellertid inte varit att göra en jämförande studie och olikheterna inom det studerade området, att uppmärksamma barn i riskmiljö, har i stället illustrerat hinder och möjligheter som kan ta sig olika uttryck.

Alla känner alla

De personer som intervjuats i de tre kommunerna ger många positiva bilder av sina hemorter. Kommunerna beskrivs som trygga och säkra med en befolkning som vill varandra gott. Den stora personkännedom, "alla känner alla", menar man innebär att alla blir sedda, man stöttar varandra, man känner en samhörighet och man litar på folk. Men det framkommer också delar som inte enbart är positiva.

Data från våra intervjuer och från första seminariedagens "gula lappar" understryker betydelsen av personkännedom i de små kommunerna. Släkter bor många gånger i generationer i samma kommun och litenheten gör att man känner, eller känner till varandra utifrån en stor mängd kontaktytor. Genom att "alla känner alla", eller som någon med ett leende sa att "alla är släkt med alla", är det enkelt att veta till vem man ska vända sig om det så handlar om att få praktisk hjälp med något eller att man vill ha kontakt med en myndighetsperson. Det innebär också att det är ett finmaskigt nät av social kontroll som huvudsakligen uppfattas som positivt. Här bör dock observeras att våra data i huvudsak baseras på indirekta observationer från olika samhällsaktörer.

"För barnen tror jag inte att det finns något negativt av att det finns vuxna runt omkring som ser. Däremot kan det kanske kännas tungt för familjer som kan känna sig iakttagna - utifrån att de har någon problematik"

Ett avvikande beteende uppmärksammas fort och genom de kontaktnät som finns kommer det också fram till de som berörs om det är det som bedöms som önskvärt. För närheten kan även innebära att man inte vill lägga sig i och agera eftersom man har någon form av personlig relation till de flesta. Till exempel tror både polis, hälso- och sjukvården och socialtjänsten att det finns ett utbrett, kraftigt helgdrickande och ett dolt missbruk på många håll, men att det inte är något som kommer fram i offentlighetens ljus. Vad som av allmänheten räknas som ett missbruk menar man även är avhängigt var man bor och vilka normer som finns just där. Ett samhälle beskrevs som att "hela byn är medberoende" i så motto att "alla" skyddar den berörde personen med missbruk från negativa konsekvenser av sin alkoholkonsumtion. Likaså menar man från skolans håll att det finns risk att man i det lilla samhället inte vill "hänga ut någon" och att även kvalificerade problem hos en elev därför kan förbli ouppmärksammade.

Personkännedom och att "alla känner alla" har också andra baksidor. Det är svårt att vara anonym, både som tjänsteman och t ex som uppgiftslämnare. Man känner också många gånger till familjer i generationer och förväntningar kan lätt "gå i arv". I en familj där det t ex tidigare funnits personer med en missbruksproblematik kan man överföra en förväntan att det kommer att upprepa sig i nästa generation. Det finns en risk att man inte ser andra mönster och förmågor än det förväntade och i förlängningen att en ungdom inte får adekvat respons utifrån sina egna meriter.

"Man kan vara ganska kategorisk om man väl bestämt sig vad man tycker om någon person"

Glesbygden i glesbygd, t ex byar i fjällvärlden, kan utveckla en särskild sammanhållning men även egna normer. Den "macho-attityd" som beskrivs finnas på flera håll, där svaghet och psykisk ohälsa är något man närmast skäms för, kan leda till tystnad och även till en extra press på den enskilde. Man förväntas "bita ihop och gå vidare" då livet är svårt. Om man skiljer ut sig från gängse normer och värderingar kan det vara svårt att bryta mönster. I forskning om socialt kapital på små orter belyses att social sammanhållning i ett mindre samhälle där man känner varandra väl och där normer och traditioner är starka, även kan bidra till stagnation och skapa intolerans mot personer eller företeelser som uppfattas som utmanande eller främmande. Den anonymitet och mångfald som en stad i större utsträckning kan erbjuda kan därför vara lockande och även utgöra skäl för att söka sig bort (Eriksson, 2010; Trädgårdh et al, 2013).

Det är enligt informanterna nära nog en förutsättning att tillhöra någon släkt eller familj för att fullt ut inkluderas i det lilla samhället. Man vill gärna sortera in den som kommer utifrån i något fack, som säsongsarbetare, som partner till någon, som lycksökare eller som något annat. Även personal inom olika verksamheter kan få frågor av klienter/patienter om vem de är släkt med, allt i syfte att få "en tillhörighet". Att flytta in till små glesbygdskommuner utan någon förankring i bygden bedöms av många som svårt, ibland byggt på egen erfarenhet. Mottagandet är lätt lite avvaktande och man förblir under lång, lång tid en "utböling".

"Man lever på ett speciellt sätt här uppe. Det kan vara kul i början med nytt folk, men i slutändan så är det ändå familjen som man umgås med. Ofta är det stora familjer och släktklaner som hänger ihop"

De tre studerade kommunerna har, som framgått, alla en negativ befolkningsutveckling över tid och omsättningen av invånare är ganska låg. Personer som flyttar in, eller flyttar tillbaka till kommunen, och bosätter sig för längre tid har många gånger redan en anknytning och tillhörighet. I de små kommunerna, och särskilt i byarna utanför tätorten, är det dock lätt att få en bostad, vilket medför att det finns en viss inflyttning av personer som har haft problem på tidigare bostadsorter och som kanske vill starta om med helt nya förutsättningar som "blanka blad". Utan föräldrars godkännande överförs ingen information till skolan om barns eventuella särskilda behov. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården får inte heller vetskap om bakgrund och eventuella svårigheter bakåt i tiden men litenheten i kommunen påverkar även detta.

"Det är svårt att "försvinna" här, att inte märkas. Man ser om det är någon "ny i stan". Men det är väl bra. Om jag tänker på vad som hänt genom åren så har det kommit fram ganska fort vad som tidigare hänt för dem som kommer inflyttandes"

Den lilla kommunens sociala kontroll menar man överlag mer handlar om att "man bryr sig" i samhället än att man "kollar varandra". Samtidigt blir det lätt synligt t ex att man har kontakt med socialtjänsten utifrån att man i de små kommunerna delar ingång och väntrum med andra kommunala verksamheter och kommuninnevånarna stöter på varandra i dessa foajéer. Klienter kan också referera till att de känner sig iakttagna och att "alla pratar om mej".

Att vara professionell i liten kommun

Att arbeta inom offentlig förvaltning i en liten kommun i glesbygd innebär att man också är offentlig som privatperson. De långa avstånden gör att man sannolikt själv bor i kommunen och andra i samhället vet ifall man arbetar som läkare, sjukgymnast, socialsekreterare, lärare eller skolsköterska. Detta är något som intervjupersonerna samfällt bekräftar men menar samtidigt att det är något man måste hantera och acceptera. Konsultationer rörande sjukdomar och krämpor vid grönsaksdisken, "skvaller vid sidan om" rörande grannar vid fotbollsplanen, och ifrågasättande av en betygsbedömning i skidliften är sådant som vänligt med bestämt styrs över till den professionella delen och kontorstid. Att bli uppringd på privata telefoner, kontaktade eller uppsökta i hemmet och liknande, har av och till hänt de flesta som intervjuats, men det framstår för majoriteten inte som något stort problem.

"Visst kan det väl vara jobbigt ibland, men man får snabbt försöka bilda sig en uppfattning om det är jätteakut och då får man hänvisa vidare till vart dom ska ringa, och i annat fall får man försöka säga något som; Jag är faktiskt ledig idag och har inte möjlighet att hjälpa dej, och frågar om det kan vänta till måndag"

Strategier för att göra sig otillgänglig på ledig tid, att aldrig svara i telefon då numret är okänt, att åka till stugor "långt bort" förekommer också. Att myndighetspersonerna har ögonen på sig dygnet runt, leder till att många i samband med festligheter och dylikt helst väljer att umgås hemma hos varandra och endast i undantagsfall gå ut på lokal. Detta främst för att undvika att träffa onyktra personer som i det tillståndet vill diskutera saker och ting med dem.

"Jag brukar undvika att gå ut, på fester och sånt. Då kan det bli jobbigt"

Men personkännedomen och att "myndigheten har ett ansikte" medför också många positiva saker. Att man blir känd som person som även återfinns i andra sammanhang i kommunen, uppfattar man gör det enklare för någon som vill prata förtroligt. Genom att vara synlig så skapas ett förtroende och exempelvis menar polisen att man får in fler tips från allmänheten på grund av detta. Att verka i liten kommun, där yrkesrollen går ihop med rollen i det privata, påverkar också bemötandet. Flera, med erfarenhet från arbete både i stor och i liten kommun, betonar att det finns en tydlig skillnad mellan myndighetsutövning och sätt att bemöta personer i dessa båda sammanhang.

Genom att de personer man möter, inom ramen för arbetet i en liten kommun, också är individer som man kommer att stöta på i andra sammanhang, gör det extra viktigt att vara ärlig, tydlig och rak i sin kommunikation, för att de beslut som fattas ska bli förståeliga. Detta för att behålla och verka för goda relationer. Det kan t ex handla om en anmälan om oro för ett barn, om stöd och krav från socialtjänstens sida likväl som ingripanden av polis, vilket illustreras av nedanstående:

"Man ger folk mera tid. Man pratar mer. Man vill ju helst få med folk frivilligt, att dom förstår att det här är det bästa – att "du följer med oss nu"

En fråga som kan ställas är i vilken grad som denna närhet och personkännedom påverkar beslut som tas. Innebär det att man gör mer, eller mindre, än vad som kan förväntas och att gränserna töjs åt något håll?

"Som socialarbetare i en liten kommun – man är ju olika som person – men det är svårt att inte engagera sig för mycket. Man vill för mycket. Man ser behov som är stora och man vet mycket. Skolan är nära, sjukvården är nära, allting är nära och man hör om nån är ute på kvällen eller... ja, man hör allt möjligt"

"Man kan kanske ibland tycka att vi har för mycket koll. Kommunen är ju liten och alla känner till allt"

Det beskrivs att det är lite upp till en själv att se till att man sätter sina gränser och meddelar sina kollegor när ett ärende kommer för nära den egna bekantskapskretsen, och då byta handläggare. Vidare att man alltid ser upp med att inte låta sig påverkas av rykten och lojaliteter.

"Man känner till släkter och man måste se till att man inte "överför" samma problem till t ex ett syskon. Att man lägger förväntningarna på fel nivå"

Sett ur det perspektivet, att alla känner alla, kan det finnas vissa fördelar med att komma "utifrån" och därmed kunna vara mer neutral. Men många menar att det är svårt att inte ha den kulturkompetens som en tillhörighet i bygden för med sig. Förtroendekunskap finns heller aldrig nedskriven på papper och det tar lång tid att bygga upp en egen erfarenhet och bank av "tyst kunskap".

Generalister i glesbygd

I en liten kommun där få personer ska uppfylla ett brett uppdrag med omfattande ansvarsområden krävs att man är generalist. Det finns sällan eller aldrig något utrymme för specialiserade enheter inom skola, vård och omsorg i kommuner med en befolkning på 3000-5000 personer. Är det dessutom långa avstånd till angränsande kommuner, som det ju är i glesbygd, begränsas möjligheterna att nyttja gemensamma specialistfunktioner. Inom den kommunala förvaltningen kan det även vara svårt med underlag för heltidstjänster för områden som kultur, fritid, miljö, juridik, vilket medför att även dessa tjänstemän kan behöva hantera olika områden. Det personliga avtrycket i offentlig förvaltning blir därmed på många sätt större i en liten ort än i en stad.

"Man måste vara duktig på en mängd olika områden. Man har inte tillgång till personer med specialistkompetens. Alla måste kunna många saker"

Primärvårdens allmänläkare är utbildade generalister, i syfte att kunna hantera den variation av problembilder de möter. Helhetsperspektiv och i många fall flerårig personkännedom gör vården personcentrerad. Inom glesbygdsmedicinen har man anammat begreppet "extended generalist", som är ett uttryck som lånats in från Australien och Canada som båda har extrem glesbygd. Detta innebär att generalistläkaren i glesbygd måste ha bredare kunskap och färdigheter, än den vanlige generalisten. Utan tillgång till ett specialistsjukhus i närheten krävs att man kan utföra ingrepp inom sjukvården i glesbygd, som man i en större stad skulle hänvisa direkt till sjukhuset. Som hälso-central med vårdplatser (i folkmun sjukstuga) ansvarar man även för vården för ineliggande patienter på sina avdelningar. Det innebär även att andra personalkategorier inom hälso- och sjukvården i glesbygd har ett delvis utökat uppdrag.

"Här på sjukstugan klarar vi cirka 90 procent av all sorts sjukvård, men de sista 10 procenten behöver vi specialisthjälp med"

För läkare finns möjlighet att lägga en termin om glesbygdsmedicin till sin specialistutbildning som allmänläkare i norra regionen, och likaså finns det vid Umeå universitet möjlighet till en kompletterande utbildning för distriktssköterskor för vård i glesbygd.

Inom skolans elevhälsa medför litenheten att specialisttjänster ofta delas mellan kommuner, att personer "köps in" för vissa

uppdrag eller att t ex utredningar utifrån neuropsykiatriska symptom görs av externa aktörer. För eleverna innebär det att tillgången till t ex skolpsykolog, kurator, skolläkare och skol-sjuksköterska minskar för spontana besök. Den tid dessa professioner har till förfogande blir snabbt uppbokad för riktade insatser, på bekostnad av förebyggande arbete och informella möten med elever.

"I glesbygden är allt så mycket glesare – men man har samma rättigheter och skyldigheter. Man blir som små prickar på duken. Personer med specialistkompetens får dela upp sig på väldigt många ställen"

Inom socialtjänsten i en liten kommun krävs det också att man är generalist. En och samma socialsekreterare handlägger ärenden som t ex ekonomiskt bistånd, missbruk, familjerätt och barnavårdsutredningar. Arbetet beskrivs som varierat, helhets- eller familjeperspektivet råder och för klienterna underlättar det att inte behöva ha flera handläggare. Genom att "alla känner alla" kan det från socialsekreterarens håll finnas en upparbetad kunskap rörande en persons livssituation, vilket man menar kan bidra till att adekvata insatser sätts in. Som handläggare krävs att man är flexibel och öppen. Att, det i relation till specialistfunktioner, finns fördelar att som socialarbetare ha denna övergripande och breda ansats i arbetet med klienter, har också belysts i forskning (Blom, 2004; Perlinski, 2010).

Genom att vara generalist, med ett helhetsperspektiv på klientens livssituation, kan barnens roll och eventuella utsatthet i familjen också tidigt bli synlig. Detta förutsatt att man ställer frågor och är uppmärksam. Vad som gör att man reagerar och agerar är inte baserat på någon specifik kunskap rörande barns behov, teori, frågebatteri eller metod utan flera inom socialtjänsten hänvisar till "magkänslan" om att något inte står rätt till. Det kan emellertid uppstå svårigheter då olika insatser sammanfaller, som när en utredning rörande ett barn och en handläggning av ekonomiskt bistånd för föräldern pågår samtidigt.

"Man blir som en coach för familjen men nackdelen är ju att man blir så insytlad i allt"

En fördel som generalisten har är helhets- eller familjeperspektivet, medan en nackdel kan vara att specialiserade metoder får svårt att få fäste då variationen av ärenden är så bred.

Olika roller och delade tjänster

För att bli förtrogen med en metod förväntas att man också kan använda den regelbundet, men i den lilla kommunen kan tillfällena för användning av en särskild metod vara glesa. I stället blir det lätt en egen variant som utövas utifrån vad man snappat upp på utbildningar, av vad ens kollegor bidrar med, hur man brukar göra vid liknande ärenden och ens egen personliga läggning. Uppdragen är många och skiftande och det förväntas att man har den kunskap som krävs. Även om volymerna av skilda ärendena kan vara små, är ansvaret oförändrat. Det kan upplevas som frustrerande.

"Man har ett hum om allting, fast man ingenting kan..."

En följd av att vara generalist är att man ingår i ett flertal grupperingar som täcker många områden. Det kan få till följd att samma person förväntas delta i många möten och det kan vara svårt att få tiden att räcka till. Ett annat problem som kan uppstå är att det kan vara svårt att få tag på vikarier för att genomföra utbildningar för personal på liten ort. Det kan även innebära att man tar ärenden som ligger utanför ens kompetensområde och kunskap.

"Är man en liten kommun så är det här (föräldrastöd) en del av allt och så är det psykiatri, och så är det äldreomsorg, och så är det värdegrund, och så är det BBIC och ÄBIC och allting... Man blir alldeles vimsig innan kvällen är klar"

BBIC, "Barnens behov i centrum", är ett utredningsstöd och metod som används i den utsträckningen i dessa kommuner att sättet att arbeta upplevs som inarbetat. Implementeringen av BBIC för barnavårdsutredningar har haft de inslag som krävs, som att utredningsstrukturen bedöms positivt bidra till utredningarnas kvalitet, att arbetssättet är sanktionerat från ledningsnivå och att det finns ett nätverk i länet för kontinuerlig påfyllnad av kunskap.

Det finns i de små kommunerna en uppsjö av delade tjänster i den offentliga förvaltningen, både inom och mellan verksamheter. Det kan ses som en nödvändighet utifrån att underlag och/eller ekonomi fattas för heltidstjänster och att man för den anställde vill skapa en heltid genom att sätta samman deltid. Till exempel återfinns här en sköterska som både arbetar som skolsköterska, distriktssköterska och barnmorska, vidare en psykolog som delas mellan skola och hälso- och sjukvården, en kurator inom primärvården som täcker flera hälsocentraler i flera kommuner, en chefstjänsteman med flera chefspositioner i en kommun, samt kommunala tjänstemän som återfinns i politiska nämnder.

Ibland kan detta vara en tillgång utifrån den breda kunskapsbas som skapas och de nätverk som bildas. Men nackdelarna upplevs ändå som fler. En delad tjänst kan försvåra för den enskilde att delta i arbetsplatsernas interna arbete, att hålla sig uppdaterad och att ingå i en gemenskap på arbetsplatsen. Det innebär även att tillgången till specialistfunktioner begränsas markant och att utrymmet för t ex deltagande i samverkansgrupper eller andra rådslag minskas. Vidare kan man som befattningshavare inom olika verksamheter ha sekretess mot sig själv, vilket kräver insikt för rationell hantering och en tydlighet gentemot berörda. Olika chefsrollers mandat och uppdrag kan även medföra intressekonflikter vid hantering av beslut.

Bristande resurser leder till kreativitet

De små kommunerna har ingen möjlighet att erbjuda samma bredd av insatser och verksamheter för barn i riskmiljö som en större stad kan göra. Det framgår även tydligt i de Öppna Jämförelser som Socialstyrelsen och SKL genomför varje år. Till exempel erbjuder inte våra små kommuner de manualbaserade psykosociala behandlingar och stödgruppsverksamhet som efterfrågas. De har inte heller någon socialjour (Socialstyrelsen/SKL).

Gruppverksamhet riktad till barn och ungdomar med föräldrar som har en missbruksproblematik förekommer inte i dagsläget, då det visat sig svårt att samla grupper utifrån ett bristande underlag. En begränsad del av behovet av stödsamtal för enskilda unga och vuxna täcks genom elevhälsan och socialsekreterares försorg. Den enda specifika kommunala öppenvårdsverksamhet som riktar sig till personer med en missbruksproblematik i de tre kommunerna, täcks av en halvtidstjänst i Storuman. De lokala sjukstugorna förväntas ta ett "första-linjens-ansvar" för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa, men upplever att man brister i adekvata resurser. Den psykiatriska öppenvården i länet har mottagningar i Storuman, Vilhelmina och Lycksele och utgör resurser för personer med samsjuklighet och till viss del för deras barn. I Lycksele finns även Barn- och ungdomspsykiatrins mottagning som huvudsakligen har en konsultativ roll utifrån egna begränsade resurser. Länets Barnhälsovård och Habiliteringsverksamhet finns även för stöd och handledning, och tar i undantagsfall egna ärenden. Utbudet är dock sammantaget relativt begränsat, avstånden är långa (som exempel är det 23 mil enkel väg mellan Tärnaby och Lycksele) och pragmatiska, individuella lösningar, hushållande av resurser och samverkan mellan olika aktörer är därför vad som krävs.

"Man får använda mycket kreativitet när man nu är så här utlämnande. Man måste hitta lokala lösningar. Det går inte att generalisera insatserna. Man får hitta på lösningar här och nu"

Till sin hjälp för att hitta dessa individuella, lokala lösningar förlitar man sig mycket på personernas/klienternas egna nätverk och andra aktörer. Erfarenheten är att det ofta finns någon stabil person i familjen som kan utgöra ett stöd. För att hitta passande kontaktpersoner och kontaktfamiljer händer det även att man använder sig av sitt eget nätverk eller kännedom om någon person, och matchar utifrån vad man tror ska passa båda. Man kan även tillfälligt engagera någon professionell externt som t ex kan gå in och göra bedömningar eller arbeta med stöd i familjer som bor långt från tätorten.

Som resurser finns även ett antal andra aktörer i kommunerna. Det kan handla om samtal, stöd, öppna förskolan och gruppverksamhet genom kyrkornas verksamhet, Rädda barnen, AA och NA, aktiviteter inom frivilligorganisationer, studieförbund, idrottsföreningar, kommunala fritidsledare och aktivitetshus. Dessa erbjuder aktiviteter och mötesplatser med social samvaro och de engagerade personer som driver verksamheterna kan även stå för trygghet, vuxenkontakter och utgöra förebilder. Avstånden i en glesbygdskommun kan emellertid försvåra deltagandet och det är inte givet att alla som vill, eller skulle må bra av aktiviteter utanför hemmet kan delta. Utbudet begränsas också av kommunernas storlek och underlag. En anledning till att Tärnaby, med sina 600 bybor, har flera världsmästare och landslagsmän i utförsåkning menar inte minst de aktiva själva, bero på att "det finns ingenting annat att göra än att vara i backen". Men alla ungdomar är inte intresserade av skidåkning och då kan det vara glest med alternativ.

BRIS (Barnens rätt i samhället) har inte längre en lokal stödlinje men en tidigare stödperson i länet menar att det kunde vara frustrerande att i avsaknad av ungdomsmottagning, familjecentral, gruppverksamhet eller annan verksamhet riktad till barn som har föräldrar med missbruk eller psykisk ohälsa, inte ha så många alternativ för barn och ungdomar som ringer från små kommuner. I den lilla kommunen där skolkuratoren samtidigt kan vara mammas väninna, kan man kanske som ungdom inte heller vilja dela sina innersta tankar till "någon känd". Utvecklingen av nationella neutrala chatforum och kompetent stöd via stödlinjer på nätet och liknande är därför synnerligen positivt och kommer troligen att få allt större betydelse i framtiden.

Det egna personliga engagemanget, som flera av de intervjuade ger uttryck för, kompletterar stundtals de begränsade resurserna. Det kan vara specialpedagogen som åker och hämtar barn i hemmet till skolan, läraren som tar med sig en extra tröja till den elev som inte har egna varma kläder på utflykten, socialsekreteraren som tar hem ett barn över natten i ett akut ärende, eller distriktssköterskan som gör ett extra hembesök då någon patient inte hört av sig på ett tag. Det är inte alltid helt förenligt med uppdrag och mandat enligt regelboken, utan det kan snarare ses som lokala, pragmatiska lösningar som sätter balansakten mellan det personliga och det professionella på sin spets.

Medel från staten löser inte allt

Det framkommer allmänt i intervjuerna från de båda huvudmännen, kommunen och landstinget, en önskan om mer resurser för barn och föräldrar i riskmiljöer, både i form av personal och i utbud av insatser. Konkurrensen om de offentliga medlen är emellertid stor, inte minst utifrån äldreomsorgens behov. Den utökning av familjestödsverksamheten, till sammantaget 1,5 tjänst, och som under projektiden genomförts i Storuman var därför synnerligen positivt. Att det dessutom är ett politiskt fattat beslut och inte ett tillfälligt projekt är viktigt.

Trots begränsade resurser är det inte tillfälliga projektmedel som önskas. De erbjudanden som kommer från nationell nivå uppfattas stundtals "kosta mer än de smakar" och väljs därför ibland medvetet bort. En liten kommun på ca 5000 invånare utan utvecklingsledare eller motsvarande, kan t ex inte arrangera egna utbildningar, implementera nya metoder, tillsätta personer på projektuppdrag, dokumentera och genomföra ut-

värderingar utan stöd utifrån, ex från en FoU-verksamhet eller motsvarande som landstingets Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC). Men även med sådant stöd återfinns en viss projekttrötthet och en skepsis gentemot dessa tillfälliga insatser.

De statliga stimulansmedel som riktar sig till kommunerna, inte sällan för projekt där landstinget ska ingå som part, med kort tid för ansökan, krav på egen medfinansiering ex med hälften, och kort projekttid som förväntas inkludera en utvärdering, är sällan av intresse för dessa små kommuner. Administrationen upplevs bland annat som alltför betungande och dialog rörande samverkan mellan ingående parter hinns inte alltid med. Det upplevs heller inte vara önskvärt att starta upp en verksamhet för att senare lägga ner den efter projekttidens utgång då de egna ekonomiska förutsättningarna inte finns. Generellt uppfattas statens krav på kommunerna i landet ofta vara svåra att leva upp till i en liten kommun (Sysner, 2014).



Foto: Christian Nilsen

Personalen den viktigaste resursen

En tydlig sårbarhet i dessa organisationer, som bygger på få individer som ansvarar för breda områden, är att förändringar kan ske snabbt. Om någon blir föräldraledig, sjuk eller önskar ett studieuppehåll kan det vara svårt att få in vikarier. Likaså om några väljer att sluta eller går i pension inom den offentliga förvaltningen kan det vara svårt att rekrytera kompetenta medarbetare till en mindre kommun. Kommunernas befolkningsstruktur medför också att den egna rekryteringsbasen kan svikta betänkligt. För en del som flyttar in från annan ort blir ett arbete i glesbygd ett arbete "i brist på annat", eller ett sätt att få meriter efter utbildning, för att snabbt söka sig vidare. De som finns som stabila på arbetsplatsen blir mentorer för den nyanställda under första året till dess att det är dags att börja om från början med en ny rekrytering. Att på detta sätt bli en genomgångsarbetsplats upplevs som slitsamt inom egen verksamhet och försvårar även samverkan utanför egna organisationen. I små kommuner är det ett generellt problem att rekrytera, finansiera och behålla medarbetare med specialistkompetens och det omfattar en mängd befattningshavare (Socialstyrelsen, 2013 b). Att anpassa sig till de förutsättningarna som råder i en liten kommun som krymper, vilket är fallet i nästan hälften av landets kommuner, kräver en medveten anpassningspolitik och medvetna strategier (Sysstner, 2014).

Inom Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) i Storuman har man nyligen avslutat ett projekt med kopplingar till EU benämnt "Recruit and retain" med en utgångspunkt i landsting-

ets behov av läkare och andra medarbetare som stannar kvar och bosätter sig i kommunerna. "Recruit and retain" handlar mycket om att förutom arbetet och arbetsmarknaden, också ta med livsmiljön som dragkraft vid rekrytering. Den egna inställningen till att arbeta i glesbygd är viktig. Man bör ha intresse för det som kommunerna kan erbjuda i form av naturupplevelser, aktivt fritidsliv och social trygghet, förutom att vara beredd på den särskilda kompetens som krävs för arbetet. Genom att glesbygdsmedicin utvecklats till en specialistutbildning för läkare, har både kompetensen och statusen på arbetet höjts. Vidare har läkare möjlighet att genom GMC och dess kopplingar till universitet såväl i Sverige som internationellt, möjlighet att arbeta med forsknings- och utvecklingsprojekt kopplade till glesbygdens särskilda villkor. Kunskap och inspiration från detta arbete inom GMC och projektet "Recruit and retain", skulle kunna överföras till glesbygdskommunernas socialtjänst och skola.

En annan utveckling som kan ses, bland annat genom GMC, är att i högre utsträckning använda sig av olika IT-lösningar i glesbygd. E-hälsa är något som medför stora vinster, både för enskilda patienter men också för personal. Genom olika former av möten via nätet kan närheten öka till specialister och via länk kan även behandlingsinsatser, stödsamtal och bedömningar genomföras. Till viss del görs också motsvarande inom kommunerna, men utvecklingspotentialen är här betydande.



Anmälan om oro till socialtjänsten

Ett sätt att studera om barn i riskmiljö uppmärksammas kan vara att utgå från anmälningar som görs till socialtjänsten. Alla personer bör anmäla till socialtjänsten ifall de misstänker att ett barn far illa. För personal inom offentlig verksamhet, t ex inom hälso- och sjukvård, förskola, skola och kriminalvård, är det reglerat som en skyldighet att göra en anmälan enligt 14 kap. 1 c § SoL, om de får kännedom, eller hyser en misstanke, om att ett barn far illa. I vad mån detta alltid görs i enlighet med lagens intentioner är svårt att få ett grepp om, inte minst på grund av betydande oklarheter i den statistik som produceras. Det kan emellertid konstateras att anmälningarna till socialtjänsten om barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, för närvarande ökar i landet, speciellt i storstadsregionerna, dock från tidigare låga nivåer.

I en rapport från Socialstyrelsen om omfattning och regionala skillnader rörande anmälningar till socialtjänsten (2012 b) beskrivs en stor variation mellan kommuner och stadsdelar i landet, och att det är i de mindre enheterna som anmälningsbenägenhet är lägst. Flitigast anmälare i ett nationellt perspektiv är polisen följt av förskola/skola och hälso- och sjukvård. Vidare är den vanligaste orsaken till anmälningarna att söka i omgivningsfaktorer (52 %) medan barnets beteende till 48 % motiverar anmälningarna. Pojkar är vanligare förekommande i anmälningarna än flickor (58 % mot 42 %) och den vanligaste ålderskohorten är 13-17 år. En tolkning av den ökning som skett i denna åldersgrupp är att den påverkats av andelen ensamkommande flyktingbarn. Ungefär 140 000 orosanmälningar sker årligen i Sverige, men siffran får betraktas som ytterst osäker p.g.a. stora variationer i kommunernas och stadsdelarnas IT-baserade statistiksystem. För närvarande märks, som tidigare nämnts, en kraftig ökning i antalet inkomna anmälningar medan utvecklingen hittills inte visat på motsvarande ökning i inledda utredningar och insatser.

I de små kommunerna, liksom i de större, är socialtjänsten till stor del beroende av orosanmälningar från andra samhällsaktörer för att uppmärksamma barn i behov av stöd, och för efter förhandsbedömning initiera utredning. Till detta kommer egna anmälningar och initiativ till utredning av barnens situation föranlett av annan kontakt med socialtjänsten, som exempelvis ekonomiskt bistånd, eller att privatpersoner eller närstående tar kontakt utifrån oro och barnets behov av stöd.

Det är viktigt att socialtjänsten uppmärksammas på dessa barn i behov av stöd, och ambitionen med lagen är att det ska göras tidigt. Men av vad som framgår i intervjuer med personer inom skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård sker en anmälan oftast i ett lite senare skede, efter en "egen förhandsbedömning" om behovets omfattning och förekomst av stöd från omgivning, eller i det läget då de egna resurserna bedöms som uttömda eller inte vara anpassade till problemområdet.

"Om man spetsar till det så kan det vara så att om man ser att barnet uppvisar någon form av problematik men man samtidigt tror sig veta att det är stabila och bra föräldrar så gör man ingen anmälan. Och tvärtom, att om man känner till att det kan vara föräldrar som har en del problem men att man inte ser några som helst tecken på barnet – så gör man heller ingen anmälan. Det är som att det måste till båda delarna för att man riktigt ska agera"

Förväntningarna i det senare läget, då anmälan görs, är att socialtjänsten ska komma med en snabb och effektiv insats. Ett utgångsläge med bättre förutsättningar är förstas om berörda instanser, tillsammans med aktuella föräldrar och barn, tidigt involveras. Beroende på problemområde, rutiner och resurser sker det också på sina håll, men det förutsätter struktur, samverkan, samarbete och samsyn.

En tydlig uppfattning av befattningshavarna inom socialtjänsten i alla tre kommuner, var att det är skolan/elevhälsan som står för majoriteten av orosanmälningarna, och att barnhälsovården ytterst sällan hör av sig. För att få klarhet om så också är fallet samlades befintlig statistik in för de tre åren 2011-2013 rörande antal anmälningar, antal barn som berörts och antal ärenden som ledde till utredning.

Över treårsperioden stämde det att skolan/barnomsorgen stod för den största andelen anmälningar om man jämför med andra offentliga verksamheter, men både i Malå och i Dorotea var antalet anmälningar från privatpersoner något fler (Tabell 2).

Tabell 2: Totala antalet orosanmälningar till socialtjänsten rörande barn 0-18 år, under treårsperioden 2011-2013, fördelat på anmälare

Antal anmälningar 2011-2013	Skola/ barn- omsorg	Hälso- och sjukvård	Polis	Egna tjänste- män	Privat- person/ närstå- ende	Ano- nym	Totalt 3 år Antal anmä- ningar	Totalt 3 år Antal utred- ningar
Dorotea	37	11	9	19	38	3	117	67
Malå	28	18	20	13	32	14	125	44
Storuman	98	39	58	24	45	21	285	81

Statistiken baseras på uppgifter i kommunernas dokumentationssystem ProCapita, där dock orsak till anmälan inte särredovisas. Det framkommer emellertid i intervjuerna att man från skolans håll huvudsakligen använder beteckningen "omsorgssvikt". Grund till detta kan vara en sammantagen känsla av att det saknas stabilitet på hemmaplan, t ex att barn genomgående har för lite eller fel kläder på sig i relation till väder och temperatur, att de är hungriga, trötta, smutsiga eller på annat sätt signalerar att föräldrarna brister i sin omsorg. Inte sällan handlar det, enligt både skola och socialtjänst, om föräldrar med egna bristande sociala resurser och förmågor. Då barnen är lite äldre förändras orsakerna till anmälan till att mer omfatta ungdomens eget beteende som indikation på att det kan finnas behov av att tillsätta insatser för barnet och agera i familjen.

Antalet anmälningar, utredningar och barn som berörs varierar påtagligt mellan åren i de tre kommunerna och därför redovisas data för treårsperioden 2011-2013. Ovanstående tabell (tabell 2) visar det sammanslagna antalet anmälningar avseende barn 0-18 år, från skola/barnomsorg, hälso- och sjukvård, privatperson/närstående, polisen, egen förvaltning/socialnämnd, samt anonyma anmälningar under treårsperioden 2011-2013. Enligt företrädare för socialtjänsten i de tre kommunerna inkluderas samtliga anmälningar i denna statistik. Orsak till anmälan framgår inte, så det går inte att säga om det handlar om föräldrars bristande förmågor, misshandel i hemmet, en ungdoms eget beteende eller annan anledning. Det går således inte att i dessa siffror få kunskap om det är barn till föräldrar med missbruk och/eller psykisk ohälsa.

Antalet unika barn som berörs varierar mellan åren men i medeltal för de tre åren 2011-2013 omfattades i Dorotea 37 barn/år av orosanmälningar, i Malå 33 barn/år och i Storuman 74 barn/år. Pojkar i åldersgruppen 13-18 år var i Storuman överrepresenterade i anmälningsstatistiken, medan det var en något jämnare fördelning både mellan kön och åldersgrupperna 0-6 år, 7-12 år och 13-18 år i de båda andra kommunerna. De ensamkommande barnen från andra länder finns inte med i denna statistik.

De flesta av anmälningarna ledde inte till fortsatt utredning efter initial förhandsbedömning. Den procentuella andelen utredningar, beräknat på de antal barn som berörs, varierar emellertid stort både mellan år och mellan kommuner i intervallet 27-74 %. Över treårsperioden ledde i snitt 60 % av orosanmälningarna efter förhandsbedömning till utredning i Dorotea medan motsvarande siffror var 43 % i Malå och 37 % i Storuman. Införandet av arbetssättet enligt BBIC för utredning, planering och uppföljning (Socialstyrelsen, 2013 a) menar man inom socialtjänsten, har lett till bättre förhandsbedömningar vilket i sin tur påverkat att antalet utredningar kunnat minska. Den extra tid som arbetet i enlighet med BBIC medfört anser man därför vara positivt, både ur barnets och ur socialtjänstens perspektiv.

Räknar man utifrån antalet barn i åldersgruppen 0-17 år för år 2013, kan konstateras att procentandelen barn i kommunen som var föremål för utredning inom socialtjänsten var likartad på en nivå på drygt 3 % i alla tre inlandskommunerna (Tabell 3).

Tabell 3: Procentuell andel och faktiskt antal barn som var föremål för orosanmälan och barnavårdsutredning i respektive kommun år 2013

År 2013	Dorotea	Malå	Storuman	Skellefteå *
Antal barn/ungdomar 0-18 år	458	580	1 012	16 557
Anmälan rörande barn och ungdom	7,4 % (34)	8,6 % (50)	9,1 % (92)	9,7 % (1613)
Antal barnavårdsutredningar	3,7 % (17)	3,4 % (20)	3,2 % (33)	5,7 % (942)

* Skellefteås statistik avser 0-20 år.

För jämförelse med en större stad har Skellefteå, med ca 72 000 invånare, använts. Skellefteå har tyvärr inte samma system för registrering vilket medför att deras statistik inte är helt jämförbar. I stället för att registrera alla anmälningar uppdelat på avsändare för man statistik på inledda utredningar kopplat till avsändare. Genom den kan konstateras att socialtjänsten i Skellefteå, under samma treårsperiod år 2011-2013, inledde 2416 barnavårdsutredningar (0-20 år) som kunde sorteras in under någon av de grupperingar av avsändare som de mindre kommunerna använder (i enlighet med rubrikerna i tabell 2). Men utöver dessa hade socialtjänsten i Skellefteå genomfört ytterligare 441 utredningar med andra avsändare på anmälan, som kriminalvården, ungdomshälsan och migrationsverket. Under år 2013 tog Skellefteå emot 1613 anmälningar rörande barn och ungdom, varav 942 ledde till utredning. Den procentuella andelen barn och ungdomar som var föremål för utredning var således några procentenheter högre jämfört med de mindre kommunerna. Att åldersspannet är något bredare torde dock inverka.

En positiv tolkning av siffrorna, med den lägre andelen anmälningar och utredningar i de små kommunerna, skulle kunna vara att stöd från samhället inte behöver gå via anmälan till socialtjänsten på orter där man har god kännedom om varandra. Genom nära samarbete och samverkan kan insatser och stöd för familjerna genomföras tidigt, innan en anmälan blir aktuell. Med utgångspunkt från att de tre kommunerna har likartade procentandelar, trots skilda grader av samverkan mellan skola och socialtjänst, skulle en annan tolkning kunna vara att det är någonstans på denna nivå som behovet ligger i de små kommunerna. Att andelen barn och ungdomar i behov av samhällets stöd är högre i en större stad, kan ha sin orsak i på grund av strukturella faktorer i samhället.

Exempelvis har Skellefteå ett stort flyktingmottagande med många familjer boende i kommunen, där barnen kan behöva extra stöd från socialtjänsten. En ytterligare tolkning kan vara att rutiner för anmälan ser annorlunda ut. I Skellefteå görs t ex rutinmässigt anmälan till socialtjänst från den beroendepsykiatriska vården i samband med att en förälder vårdas för sitt missbruk, och det inte vanligt att dessa personer kommer från en inlandskommun. Statistiken kan således både påverkas och tolkas utifrån en mängd faktorer.

Anmälan om oro från skola

Lärare och pedagoger i förskola, grundskola och gymnasium träffar eleverna dagligen och tar del av deras vardag samtidigt som de också med regelbundenhet möter föräldrarna. Elevhälsan med sköterska, kurator, psykolog och läkare, rektorer och annan personal inom skolans område, är också personer som bidrar och tar del av barnens utveckling. Förutom att följa hur inlärning, kunskapsutveckling och socialt samspel fungerar kan tecken på brister i hemmiljön bli synliga. Skolan har således möjlighet att från olika vinklar uppmärksamma barn i riskmiljö.

Det görs ett relativt stort antal anmälningar varje år från skolans sida till socialtjänsten. Oftast är rutinen i de studerade kommunerna att rektorn står för anmälan och föräldrarna informeras av denne om skälen som ligger till grund för den, utom i de fall då det förekommer misstanke om våld eller sexuella övergrepp. Detta är emellertid sällsynt förekommande i de tre kommunerna. Orsaken till anmälan är oftast att man bedömer att det finns en "omsorgssvikt" hos föräldrarna. Skolans särskilt centrala roll belyses i särskilt kapitel, sidan 24.

Anmälan om oro från hälso- och sjukvården

Läkare, distriktssköterskor, kuratorer, barnmorskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården möter fort-löpande patienter som har en missbruksproblematik och/eller psykisk ohälsa eller andra svårigheter som kan medföra att ett barn behöver stöd. Att informera sig om de har barn ingår som ett obligat. Allt sedan 1 januari 2010 finns en skyldighet enligt lag att:

"särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan som barnet varaktigt bor tillsammans med, har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel" (2 g § HSL)

Mödra- och barnhälsovården möter barn och deras föräldrar på regelbunden basis under barnens första år, men orosanmälningar till socialtjänsten är mycket sällsynta. I Västerbotens läns landstings Barnhälsovårdsrapporter för år 2011 och 2012 (VLL) framgår att barnavårdscentralen i Malå under dessa båda år gjort en anmälan, i Dorotea har det inte gjorts någon alls och i Storuman har barnavårdscentralen under de två åren sammanlagt gjort tre orosanmälningar. I länet som helhet är anmälningsfrekvensen till socialtjänsten låg, med ett medeltal på 1,16 per BVC och år. Antal barn som föds i kommunerna varierar över år men i medeltal för åren 2007-2012 var 25 i Dorotea, 35 i Malå och 53 i Storuman/Tärnaby (VLL).

Det låga antalet anmälningar behöver inte innebära att den psykosociala hälsan hos föräldrarna inte uppmärksammas. Tvärtom så pågår alltsedan 2005 en särskild satsning i länet avseende barn och ungdomar, benämnd Salutsatsningen (www.vll.se/salut), där den psykosociala hälsan är en av de delar som ingår. Andra viktiga delar är prevention och hälsofrämjande interventioner rörande övervikt och tandhälsa (Eurenius et al, 2011; Edvardsson et al, 2011). I den del som inkluderar det ofödda barnet så får alla blivande föräldrar en enkät hos barnmorskan som följs upp med samtal. Rörande alkohol används AUDIT (Babor, 1992; Bergman & Källmén, 2000) och föräldrarna tillfrågas om alkoholvanorna baserat på de senaste tolv månaderna innan graviditeten. I de tre kommunerna hade 6,5 % (7 kvinnor av 108 gravida) en riskfylld konsumtion innan graviditeten, att jämföra med uppgifter från hela länet på 9 % (Eurenius et al, 2011). Tre av de blivande mödrarna hade 14 eller fler poäng på AUDIT, vilket indikerar en mer påtaglig problematik, vilket bör ha lett till kontakt med socialtjänsten.

Samtliga BVC i länet ska erbjuda ett hembesök inom 10 dagar efter hemkomst från förlossning, för uppföljning av att allt

fungerar. Detta hembesök är ett av de tillfällen då distriktssköterskor i länet själva menar att de har möjlighet att ta upp frågor om alkoholvanorna i hemmet, (Nordström et al, 1997), men det har inte resulterat i någon orosanmälan. Förstagångsföräldrar erbjuds föräldragrupsverksamhet inom BVC i vilka majoriteten också deltar (VLL, 2013).

Vid hälsocentralerna, som även har vårdplatser, finns alkoholvanor och deras betydelse för hälsan med då det bedöms relevant och det händer att det görs anmälningar till socialtjänsten, både för att initiera ett LVM omhändertagande och rörande barn. Beträffande barn i familjer där det finns ett missbruk eller psykisk ohälsa finns det inga skrivna rutiner och i första hand fokuserar man på den vuxne patienten och kan eventuellt erbjuda denne stödsamtal.

"Man gör nog färre anmälningar till socialtjänsten än man borde. Det blir lätt att man vill avvakta lite först. Och stafettläkare som bara finns här tillfälligt gör knappast någon anmälan"

Väntrumsstudier med AUDIT som screeninginstrument har tidigare genomförts i länet inom hälso- och sjukvården. Andelen med riskkonsumtion bland patienter inom primärvården uppgick till 9 % av kvinnorna och 17 % av männen i den totala patientgruppen, fler bland de yngre och färre bland äldre, och något lägre andelar i inlandet än i städerna vid kusten (VLL, 2005). Inom psykiatriska öppenvården i länet var andelen högre, 24 % av kvinnorna och 29 % av männen. Unga kvinnor > 25 år, utmärkte sig genom att drygt hälften (52 %) kom över skärningsnivån för riskbruk (VLL, 2006).

I Storuman finns ett psykiatriskt öppenvårdsteam i samhället, medan Dorotea är hänvisade till Vilhelmina (55 km mellan tätorterna) och Malå har sin öppenvårdsverksamhet i Lycksele (84 km mellan tätorterna). Patienter inom den psykiatriska öppenvården tillfrågas alltid om familjesituationen, det finns barnombud och även personal som är särskilt utbildade för att arbeta med nätverket. Kontakterna med socialtjänsten är enkla i Storuman där det finns ett befintligt team, man känner varandra väl och har även fysiska träffar med varandra, medan det är mer formaliserat i de andra kommunerna. Eftersom de psykiatriska teamen kan vara en viktig resurs i samband med behandling är avstånden av stor betydelse på fler än ett sätt. En orosanmälan till socialtjänsten ses som naturlig att göra då det finns barn i hemmet.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i länet är en specialistfunktion och kontakterna sker främst från socialtjänsten till BUP för konsultation, utredning och behandling. Däremot är det i dessa små kommuner sällsynt förekommande att BUP gör en anmälan till socialtjänsten rörande barn som befaras fara illa. De barn de möter är oftast redan kända. Det samma gäller för Habiliteringsverksamheten.

Anmälan om oro från polisen

De poliser som intervjuats menar att man under senare år i betydligt högre utsträckning ser barnen och reflekterar över deras mående i samband med ingripanden av olika slag. Detta är ett resultat av en allmänt ökad uppmärksamhet och ökad kunskap om frågor som rör barn inom kåren nationellt, i kombination med lokala rutiner och engagemang. En anmälan till socialtjänsten görs efter en egen initial bedömning om behovet. Ärenden som involverar barn och unga är t ex våldsbrott av olika slag, rattfylleri och omhändertaganden i enlighet med LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer (1976:511)). I den kartläggning rörande omhändertagna personer enligt denna lag som genomfördes i länet för år 2013 framgår att endast en person i Dorotea, två i Malå och 62 personer i Storuman omhändertogs under året (VLL, 2015). För Storumans del handlar det till stor del om turister i fjällen och 32 var egna kommuninvånare, alla över 18 år. LOB-rapporterna går, enligt polisen i de flesta fallen, vidare till socialtjänsten där det görs en bedömning om agerande utifrån omständigheterna för ingripandet.

Polisen menar utifrån erfarenhet att ribban ligger betydligt högre för ett LOB-omhändertagande i liten kommun. Avståndet till närmaste tillnyktringsenhet är påfallande stort vilket är ett av skälen. Som exempel är det från Tärnaby/Hemavan 35,5 mil till Skellefteå där tillnyktringsenheten ligger. Ett annat skäl är att man ofta känner till de personer som behöver omhändertas och i stället för att agera utifrån LOB, skjutsar man hem personen eller motiverar denne att ta kontakt med läkare för avgiftning i öppenvård.

I samband med våld i nära relationer är det inte ovanligt att det också finns barn med i bilden och det leder alltid till en orosanmälan. Det dolda missbruket, som man tror är omfattande, är emellertid något som polisen inte har någon möjlighet att agera vid annat än om det leder till lagöverträdelser. Polisen genomför också s k "Bekymringssamtal" i mån av tid med föräldrar och ungdomar som man uppfattar är lite på glid.

Anmälan om oro från egna tjemstemän

De små kommunerna har inte några specialistfunktioner utan "alla gör allt". En fördel som betonades vid intervjuerna är att man omedelbart har ett helhets- eller familjeperspektiv då en person är aktuell för stöd inom socialtjänsten. Till exempel blir en person i behov av ekonomiskt bistånd sedd i sitt sammanhang och insatser för att stötta denne till ett självständigt liv kan tidigt komma att inkludera olika områden. Detta medför, enligt de intervjuade socialsekreterarna, att uppmärksamheten på barn och föräldraskap hela tiden finns där, även om ett arbete med barn i multiproblemfamiljer inte alltid återfinns i statistiken som en formell anmälan eller ansökan.

Anmälan om oro från privatperson/närstående/anonym

Det är svårt att vara anonym i liten kommun. Enligt socialtjänstens handläggare så känner de ofta igen rösten på den som ringer eller så blir det uppenbart vem som anmäler utifrån de uppgifter som lämnas. Men anmälan hanteras ändå som anonym om det är vad personen önskar. Antalet anmälningar från allmänheten rör sig om ca 10-15 per år/kommun och de barn som berörs menar man oftast är kända sedan tidigare. Det kan också hända att ett samtal från en privatperson handläggs som information i ett ärende och därför inte registreras eller handläggs som en formell anmälan.

Anmälan om oro från andra aktörer

Det finns i kommunerna en mängd andra aktörer som i sin verksamhet kommer i kontakt med barn, ungdomar och deras föräldrar. Det kan t ex handla om studieförbund, idrottsföreningar, scoutverksamhet, fritidsverksamhet, öppna förskolan, daglig aktivitet, kyrkan m fl. Som exempel har Svenska kyrkan i en av kommunerna en fritidsledare som regelbundet tillbringar tid på en högstadieskola i kommunen. Där finns hon som en samtalspartner för ungdomar som vill prata. Hon fångar även upp om flera ungdomar delar en likartad problematik som kan bearbetas i grupp eller på annat sätt bidra till att stötta dem.

Dessa olika aktörer gör alla ett viktigt arbete för barn och ungdomar, men det är synnerligen sällsynt att det görs anmälningar till socialtjänsten med dessa verksamheter som avsändare. Ingen sådan anmälan registrerades i någon av kommunerna under de tre år som studerades. Det kan emellertid vara så att en anmälan till socialtjänsten görs anonymt eller som privatperson.

Skolans centrala roll

Alla barn återfinns under en stor del av sin uppväxt inom skolans värld från förskola till gymnasium. Lärare, pedagoger, elevhälsa och annan skolpersonal som träffar och lär känna eleverna har därför en synnerligen strategisk position, och ett ansvar, att uppmärksamma dem som har någon form av svårigheter. Genom den naturliga kontakten med föräldrar vid hämtning och lämning när barnen är små och senare vid föräldramöten och möten för att fortlöpande informera om barnets kunskapsutveckling, trivsel och skolsituation, lär också skolans personal känna föräldrarna.

Av länets barnhälsorapport framgår att det 2014 fanns sammanlagt 1005 elever i årskurs 1-9 fördelade över 10 skolor i de tre kommunerna (Region Västerbotten, 2015). Flera av skolor är små. Förutom den statliga sameskolan i Tärnaby med mindre än 10 och Risbäcks skola med 5 elever, har t ex Slussfors och Gunnarns skola 24 respektive 26 elever i årskurserna 1-6. Från åk 7 är det många som får lång väg till skolan då grundskolans senare del endast finns i tätorterna.

"Man kunde se det redan i förskolan "

Med facit i hand kan det vara lätt och lockande att beskriva tecken på en tidig negativ utveckling, med undertonen att omgivningen eller samhället borde ha reagerat och agerat långt tidigare, inte minst "redan i förskolan". Det har emellertid i studier visat sig vara svårt att tidigt förutsäga vilka barn som kommer att få problem längre fram. Insatser, t ex i form av föräldrastödsgrupper, bör därför riktas till alla (Folkhälsomyndigheten, 2014 b). Förskolan och skolan kan med fördel vara en aktiv aktör för föräldrastöd t ex genom föräldramöten med fokus på föräldraskapet, erbjuda mötesplatser och sprida kunskap till föräldrarna.

I de tre glesbygdskommunerna genomfördes fokusgruppsintervjuer med personal vid sex förskolor. Där togs bland annat den mer personliga bekantskap upp, som personalen kan ha med föräldrarna i en liten kommun, och vilken inverkan de dubbla rollerna kan ha då något inte fungerar som det ska.

"Bodde jag på ett större ställe där jag inte kände föräldrarna och syskon så kanske det skulle vara mindre laddat, både för mej och föräldern. För det kan ju faktiskt vara så att jag måste göra en anmälan för en förälder som jag faktiskt känner mer än bara som förälder"

"Om det har hänt någonting är det kanske lättare om man inte känner varandra så väl"

Men det finns också fördelar:

"Sen kan det ju vara en fördel också, för ibland kan det vara lättare att prata med någon som känner dej"

Överlag framhåller personalen att de har en öppen kontakt med föräldrarna. Om det är något som man reagerar på hos barnet tar man upp det och berättar t ex att man vill koppla in en specialpedagog utifrån beteendet, man kanske uppmanar föräldrarna att prata med sköterska på barnavårdscentralen om ett utslag på kroppen eller man försöker instruera föräldrarna om vilka kläder som barnen behöver etc. I dialog med föräldrarna försöker man i det längsta att stötta dem som föräldrar på olika sätt. Det framkom också att förskolan kunde "hjälpa till" och mer handgripligt agera utifrån de brister som de kunde se, som att se till att barnen blir ordentligt rena och att tvätta smutsiga kläder. Men att detta kan ha en baksida och att det inte är helt självklart att göra på det viset togs också upp.

"Vi kanske slänger in den där overallen i tvättmaskinen, men det är ju ingen på skolan som gör det sen, så de här föräldrarna behöver kanske inte ta det här ansvaret fullt ut. Och vi bara fixar och lägger till rätta... Så det är vi nu mycket, mycket bättre på att inte göra"

Många av personalen vid förskolorna har bott och arbetat under en längre tid på samma ställe och känner därför till familjer, släkt och syskon sedan tidigare. Detta kan ge upphov till en förståelse som kan störa sikten:

"En fördel kan vara att det är lättare att ta upp saker med föräldrar, men det beror kanske på vad det är, för det kan lika gärna vara en nackdel. En fördel kan vara att man känner till familjen innan så man kan vara lite beredd. En nackdel kan ju vara att man ibland, på nåt sätt, förväntar sig någonting av ett barn, därför att det har varit nåt innan med andra, och det är heller inte OK. Så det får man ju ha i bakhuvudet att även om det varit si och så med två äldre syskon innan, så får man ju inte sätta det på det här tredje barnet bara för det. Det kan ju vara en nackdel faktiskt"

Det var inte vanligt med anmälan om oro till socialtjänsten från någon av förskolorna även om det förekommit. Det är synnerligen sällsynt att någon förälder uppträtt berusat, men i de fal-

len finns en policy att inte låta barnet följa med denne. I stället försöker man få tag på annan anhörig. Ett hinder för anmälan sades vara om barnet är "helt och rent och utvilat" även om magkänslan ändå var att något som inte står rätt till. Magkänslans betydelse är också något som belysts i en motsvarande studie (Hydén & Johansson, 2014).

"Jag tror att många gånger skulle man göra en orosanmälan tidigare än vad man gör. Jag tror att man låter bli att göra orosanmälan för att man fastnar i att dessa föräldrar inte har större handlingsförmåga. Men det är klart att då behöver ju dom här föräldrarna stöd tidigt, så där gör man ju fel om man väntar... så är det ju"

Personalen önskade att det vore lättare att ta upp oro till diskussion med resurspersoner utanför förskolan, ex BVC, utan föräldrarnas medgivande och efterfrågade rutiner för hur de skulle hantera dessa och andra situationer. Man saknar också socialjour i kommunerna för möjlighet till kontakt utanför kontorstid. Att vända sig till ordförande i socialnämnden upplevs som ett stort steg.

Delvis till följd av intervjuerna och det önskemål om mer kunskap som framkom, erbjöds inom ramen för detta projekt två utbildningstillfällen på kvällstid riktad till förskolepersonal i de tre kommunerna. Vid dessa medverkade psykolog från länets barnhälsovård, företrädare för socialtjänsten i kommunen, socionom från Rädda barnen och utvecklingsledare i föräldrastödsarbete. De frågor som togs upp handlade om anmälan om oro, signaler från barn, risk- och skyddsfaktorer samt bemötande och samtalsmetodik.

Grundskola och gymnasium tar vid

Då barnen från förskoleklass går vidare in i grundskolans värld kommer annan personal och andra typer av bedömningar in. Skolresultaten blir successivt allt viktigare, barnens nätverk utökas liksom kraven.

Att en stressande hemmiljö kan återspeglas i skolresultat visas tydligt i en rapport inom projektet "Barn som anhöriga", genomförd av forskare vid CHESS och institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet i Kalmar (Hjern et al, 2013). Där framgår bland annat att barn till föräldrar med ett missbruk och/eller psykisk ohälsa i högre utsträckning avslutade grundskolan utan att ha uppnått gymnasiebehörighet och även att de avslutade sin skolgång tidigare. I de tre glesbygdskommunerna är det emellertid ovanligt att någon lämnar grundskolan i förtid eller avslutar utan gymnasie-

kompetens. Varje elev är enligt skolpersonal som intervjuats, synlig och skolan uppges vara på alerten; "Skulle någon hoppa av skulle det direkt kollas upp". De allra flesta av eleverna går vidare till gymnasium som i Västerbotten endast finns i sex av femton kommuner, däribland Storuman. Men även av elever boende i Storuman väljer nästan hälften en gymnasieutbildning på en annan, större ort och börjar då veckopendla.

En markör för en uppväxt i riskmiljö kan således vara bristande studieresultat. Förutom koncentrations- och inlärnings svårigheter kan utanförskap, mobbning, ätstörningar, självskadebeteende med mera också utgöra diffusa tecken på en jobbig livssituation och brister i omsorg. I skolans huvuduppgift att stötta eleverna att uppnå kunskapskraven har skolan i enlighet med Skollagen (2010:800, 3 kap) en skyldighet att agera ifall det finns tecken på att finns svårigheter att klara skolarbetet. Förutom olika former av pedagogiska insatser från lärares sida kan till exempel elevassistenter och specialpedagoger stötta barnet i klassrummet i enlighet med upprättade åtgärdsplaner.

I intervjuerna menar förespråkare för socialtjänst och elevhälsa att det ofta är först i grundskolans senare del som elevers problematik uppmärksammas och leder till åtgärder. Barnen, och deras särskilda behov och omständigheter är "osynliga" så länge de är kvar i sina byar men att det blir mer tydligt då barnen kommer till högstadiet i tätorten och samtidigt blir synliga på flera arenor. Det är i en ålder då det händer mycket hos en ungdom vilket kan var en av förklaringarna. Socialtjänsten anser att man i de mindre byarna från förskola och skola gärna täcker upp för dem som har det svårt – t ex att man ordnar med matlåda, kläder till eleverna etc. Detta är något som också bekräftades i intervjuerna i förskolorna. Likaså framkommer från skolans sida att man bedömer att barn i behov av extra pedagogiskt stöd inte har blivit uppmärksammande i de mindre byskolorna i den utsträckning som de skulle ha behövt.

"Vissa elever får det lite extra jobbigt när de kommer hit till oss eftersom de inte riktigt kunnat hänga med och nog inte fått den hjälp som de borde ha fått"

Skolledare i de tre kommunerna bedömer samfällt att ca en fjärdedel av eleverna i grundskolan får stöd i någon form. Det kan handla om allt från elever med inlärnings- och koncentrations svårigheter till neuropsykiatrisk problematik. Något som har ökat under senare år i dessa kommuner är de fördjupade baskartläggningar som genomförs för elever med särskilda behov. Initiativet till en utredning av en elev kommer huvudsakligen från den egna verksamheten inom skolan, men det är allt vanligare att föräldrarna tar kontakt och vill att en utredning genomförs rörande deras barn. Det handlar då framförallt om

misstanke om neuropsykiatriska tillstånd. Men om inte skolan uppmärksammat någon problematik som föranleder en utredning hänvisas emellertid föräldrarna allt oftare vidare till hälso- och sjukvården för eventuell utredning.

I samband med en baskartläggning involveras alltid barnets föräldrar. Det kan då komma fram att familjesituationen är ansträngd och även att en förälder har ett missbruk eller mår psykiskt dåligt. Information om komplicerade hemförhållanden kan även komma via andra vägar:

"Informationen kommer antingen ryktesvägen, eller att en förälder ringer, eller att en elev berättar, eller att socialtjänsten informerar. Det är ju inte bara så att vi vet det. Det måste ju berättas av någon. Och det är ju inte säkert att vi får reda på det. Speciellt inte om det förekommer i de här familjerna som har en finare yta utåt"

Det varierar vem som får information i de fall som det är eleven själv som väljer att berätta. De obligatoriska hälsosamtalen som skolsköterskorna genomför är ett tillfälle då hemsituationen kan komma att beröras, men det kan i stort sett vara vem som helst på skolan som får veta hur det står till. En signal om att ett barn eller ungdom har det jobbigt kan också vara ett utagerande beteende, hög alkoholkonsumtion, självskadebeteende, men även tillbakadragenhet.

"Den som eleven har störst förtroende för är den som har störst chans att uppmärksamma om nåt är på tok"

Misstanke om att ett barn far illa ska enligt socialtjänstlagen leda till en orosanmälan, men det är ändå inte alltid som det görs eller sker direkt. Ärenden kan i vissa fall tas upp vid gemensamma träffar rörande barn som far illa där sådan grupp

finns. Men många gånger försöker man i första hand från skolans sida att tillsätta resurser till stöd för barnet inom skolans ram. Bedömer man i elevhälsoteamet att föräldrarna ska involveras behöver dock socialtjänsten kopplas in. I det läget blir en anmälan/ansökan till socialtjänsten närmast en beställning, som efter socialtjänstens egen bedömning inte alltid kan verkställas, vilket i sin tur kan leda till frustration.

"Känslan är ju att socialtjänsten har makten. Att vi (skolan) kommer med önskemål och att dom (socialtjänsten) säger ja eller nej"

Kontakterna med socialtjänsten kan vara både formella och informella, mycket beroende på ledning, struktur och personkännedom. Enkla kontakter är vad som efterfrågas:

"... det får inte vara sån stor byråkrati runt en anmälan och svårigheter att fylla i någon särskild blankett så att det fastnar i det"

Elevhälsan har ett stort och viktigt uppdrag till stöd för eleverna och ska enligt skollagen arbeta förebyggande och inte behandlande. Genom elevvårdsteam och arbetslagsmöten där lärarna också ingår, har personalen inom skolan en viktig roll för att uppmärksamma barn i riskmiljö. För det övergripande, förebyggande arbetet har skolans rektor en central betydelse för att missbruk och psykisk ohälsa ska komma upp på agendan. Har man inte rektorn med sig i detta så blir det enligt uppgift, helt enkelt inte av. Lärarnas tid med eleverna är så uppbokade utifrån kraven de har på sig om att uppnå kunskapsmålen, att de inte kan förväntas att avsätta tid för alkohol- och drogpreventivt arbete annat än om det är tydligt uttalat och beslutat av ledningen. Den stora omsättning av rektorer, som förekommit i kommunerna har haft en negativ inverkan på det förebyggande arbetet men också för samverkan med andra aktörer.



Tillit i samhället

Att man känner tillit både gentemot andra medborgare och gentemot samhällsaktörer har stor betydelse för den lokala atmosfären. Den beskrivs även som en förutsättning för samverkan i en kommun. (Aronsson & Karlsson, 2001; Germundsson, 2011). Det finns flera sätt att analysera begreppet tillit. En vanlig men till viss del trubbig uppdelning är att prata om generell och partikulär tillit. Den generella tilliten omfattar människor i allmänhet, inklusive de personer som man inte har så stor kännedom om, medan den partikulära tilliten snävar in till att omfatta kända personer, ex familjemedlemmar och bekanta men även t ex en lärare som man känner sedan länge. Att det inte är uppenbart var gränserna går mellan dessa båda tillitsformer, liksom att tillit kan ha många andra drag, understryks av det flertal av forskare som tagit sig an komplexiteten inom området.

Några nordiska forskare har utformat begreppet "Lokalsamhälletillit" som beteckning för en rumsligt begränsad form av tillit baserad på människors erfarenheter (Trädgårdh et al, 2013). Denna dimension av tillit, som utgår från platsen man bor, menar man vara den viktigaste för skapandet av sociala band och de nätverk för samarbete som behövs för att hantera lokala problem. Genom en enkätstudie som på forskarnas uppdrag genomfördes av SCB år 2009, studerades 33 kommuner i Sverige och en särskild "tillitsbarometer" utformades. Kommunerna var utvalda för att representera olika livsmiljöer som landsbygd, glesbygd, tätbefolkade områden, social utsatthet, mångfald och demografi, och enkäten besvarades av 6463 personer (51 %). Variationen av lokalsamhälletillit var stor, men ett fynd var att den tredjedel av kommunerna som uppvisade störst tillit i lokalsamhället var samtliga kommuner med en befolkning under 20 000. Kommunkarakteristika av betydelse för kommuner med hög lokalsamhälletillit var liten andel industrisysselsatta, hög grad av ekonomisk jämlikhet och låg grad av inflyttning.

Av projektkommunerna ingick Storuman i den nationella studien och det var också den kommun av de 33 som uppvisade den allra högsta nivån på lokalsamhälletillit bland de studerade kommunerna. Trädgårdh och medförfattare kunde se en samvariation mellan tillgång till sociala nätverk, känslan av gemenskap och tilliten i samhället. Något motsägelsefullt upp gav fler personer från Dorotea, Malå och Storuman i den Nationella folkhälsoenkäten att de inte hade någon att dela sina innersta tankar med än svarande i övriga länet (18 % av männen och 11 % av kvinnorna, att jämföra med 14 respektive 8 % för övriga) (Folkhälsomyndigheten, 2014 a).

Det finns tydliga samband mellan tillit och trygghet vilket i sin

tur samvarierar med livskvalitet. Detta har bland annat synliggjorts i den Nationella trygghetsundersökningen (NTU) (Brå, 2014) där det även framkommer att Västerbottens län över tid haft en låg andel av brott, ett stort förtroende för rättsväsende och polis och en låg andel som uttrycker oro för att bli utsatt för brott av olika slag. Detta illustreras även i den Nationella folkhälsoenkäten, där det framgår att 99 % av männen och 90 % av kvinnorna, från de tre kommunerna Dorotea, Storuman och Malå, svarade att det aldrig händer att de avstår från att "gå ut ensam av rädsla att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad". Motsvarande andelar för länet var 96 % respektive 77 % (Folkhälsomyndigheten, 2014 a).

Resultatet av "tillitsbarometern" hänger även väl samman med tidigare fynd om att allmänhetens tilltro till politiska aktörer och experter tenderar att minska i takt med att komplexiteten i samhällsbilden ökar alltmer (Beck, 1992). De mindre kommunernas högre lokalsamhälletillit, relativa överskådlighet, personkännedom och närhet till makthavare, borde därför kunna resultera i goda förutsättningar för tilltron till lokala politiker och experter. I senaste folkhälsoenkäten var det emellertid genomgående något lägre andelar i de tre kommunerna än i länet i stort, som angav att man hade stort eller mycket stort förtroende för skola, polis, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa, landsting, lokala politiker, riksdag och fackföreningar. Det var endast barnomsorgen som bland kvinnorna uppnådde samma grad av högt förtroende. Av de nämnda var det polisen som hade högsta förtroendet hos allmänheten och arbetsförmedlingen det lägsta (Folkhälsomyndigheten, 2014 a). Detta kan tolkas som att en tillit mellan människor i en bygd inte behöver innebära tilltro till myndigheter. Det kan även vara en spegling av samhällsutvecklingen i de små kommunerna med minskande befolkning och begränsade samhällsresurser som ställer höga krav på myndigheter och myndighetspersoner.

Man skulle kunna förenkla verkligheten genom att förutsätta att en liten kommun har större förutsättningar för samverkan mellan myndigheter och organisationer, men det är inte självklart så. Samverkan bygger på möten och kommunikation mellan personer som på kommunnivå företräder myndigheter, organisationer, verksamheter. Erfarenheter, förväntningar och värderingar har betydelse för inställningen till samverkan liksom de individer som ingår. Tillit till en organisation byggs därför till stor del på individnivå där företrädarens "individuella biografi" har betydelse och där personen kan bli viktigare än funktionen. En risk i sammanhanget är att kriteriet för "en bra person som det går att samarbeta med", är en person som tycker som en själv.

Föreställningar och förväntningar

Att det inom och mellan olika myndigheter kan finnas en mängd olika förväntningar och föreställningar om vad som "den andre" kan eller bör göra i ärenden där barn riskerar att fara illa, vilka resurser som bör sättas in, hur fort saker och ting måste ske och liknande, återfanns även i våra glesbygdskommuner. I intervjuer med företrädare från skola och socialtjänst, framkom på vissa håll uppenbara gap mellan förväntningar och önskemål om stöd hos en aktör och den bedömning och åtgärd som sedermera gjordes (eller inte gjordes). Även med barnens bästa som gemensamt mål kan utgångspunkter och bedömningskriterier skilja sig åt. Som exempel kan den "omsorgssvikt" som skolan ser och som ofta är vad som föranleder anmälan till socialtjänsten, inte alltid bedömas som en grund för ett agerande hos socialtjänsten. I en kommun med brist på gruppverksamheter, familjestödsresurser, kontaktfamiljer och stödpersoner har socialtjänsten inte heller så mycket att erbjuda. Detta leder i sin tur till knepiga situationer gentemot föräldrar som tagit del av den anmälan som gjorts och som därmed är medvetna om att skolan bedömt att det finns ett behov av stöd.

Skola och socialtjänsten framstår tydligt som de båda huvudaktörerna för barn i riskmiljö. Även om verksamheterna har skilda huvuduppdrag och har att förhålla sig till olika lagrum och föreskrifter, finns en gemensam nämnare i att bistå och i positiv riktning förändra tillvaron för barn, ungdomar och familjer, om än utifrån delvis olika samhällsuppdrag. Medan skolan har huvudfokus på lärande och (social) utveckling generellt riktar socialtjänsten explicit uppmärksamheten mot de barn, ungdomar och familjer som befinner sig i utsatta livssituationer. Skola och socialtjänst kan sägas tillhöra samma organisatoriska fält i det att de i vissa avseenden har likartade uppgifter och kan vara föremål för samma förändringsprocesser (jfr. DiMaggio & Powell, 1991; Lindqvist, 1998). Att tillhöra samma organisatoriska fält kan vara både en källa till samverkan men också till konflikter. I vilken utsträckning samverkan är möjlig påverkas bland annat av hur gränserna mellan verksamheternas (legitima) anspråk är definierade, hur. Med likartade uppgifter och strukturer kan organisationer komma att konkurrera om vem som skall få utföra eller slippa utföra vissa arbetsuppgifter. Man kan därför anta att möjligheterna till en fungerande samverkan påverkas av i vilken utsträckning det finns en konsensus kring vad som tillhör den ena eller den andra verksamhetens uppgifter (Lindqvist, 1998, 2000).

Danermark och Kullberg (1999) understryker bland annat att de involverade organisationerna med olikartad utveckling och samhällsuppdrag som t ex skola och socialtjänst, också om-

fattar de yrkesgrupper som möts med olika kompetenser och professionell, yrkesmässig eller verksamhetsbaserad status. Tre områden som författarna menar vara särskilt relevanta att särskilja mellan och som villkorar samverkan är:

- Lagstiftning och regelverk, vilket avser politiska mål, men också lagar och regler som reglerar verksamheten.
- Olika yrkesgruppers sk domänanspråk. Olika yrkesgrupper har, till följd av sin utbildning och sin praktiktillhörighet, olika kunskaper och förklaringsmodeller, men också olika professionella kulturer.
- Olikartade organisationsstrukturer, vilket tar sig uttryck i ideologier och teorier om verksamhetens funktion och innehåll, men också arbetsordningar, rutiner och andra arrangemang som sätter gränser för en verksamhets anspråk och åtaganden.

I syfte att skapa en dialog mellan de centrala aktörerna om uppdrag, möjligheter och förutsättningar för att stötta barn i riskmiljö, arrangerades inom ramen för projektet en workshop om "Föreställningar och förväntningar" med deltagare från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Under denna workshop gjordes bland annat en inventering av resurser inom de tre verksamheterna. Vidare diskuterades samverkan och konkret agerande baserat på fallbeskrivningar.

Socialtjänstens representanter angav som skolans huvudsakliga resurser för barn i riskmiljö, dess roll för gemenskap, trygghet, omtanke, lagad mat, bekräftelse av barnen, kontakt med föräldrarna och skol- och elevhälsopersonalens särskilda kunskap om barn. Motsvarande, angav skolans representanter socialtjänstens resurser i form av försörjningsstöd, utredning, samtalsstöd, familjestöd, placeringsmöjligheter och samarbetsamtal. Från båda håll kunde resurslistorna kompletteras, t ex med skolans utredande verksamhet och kontakter med BUP och från socialtjänstens håll t ex med nätverksarbete, påverkansprogram, kontaktfamiljer och ingripanden i enlighet tvångslagstiftning. Genom fallbeskrivningar diskuterades akuta och långsiktiga insatser för barn och vem som har ansvaret för dessa insatser. I stor utsträckning återspeglades de mönster mellan skola och socialtjänst, som Hydén & Johansson (2014) kunde se i sin studie, med ett dominerande barnperspektiv inom skolan och ett dominerande föräldraperspektiv inom socialtjänst. Att det gemensamma målet var att stötta barnen var det ingen som ifrågasatte, men det var tydligt att sättet att göra det på är mer direkt riktat gentemot barnet inom skolans ram och att socialtjänsten huvudsakligen agerar indirekt via föräldrarna.

Samverkan - styrning, struktur och samsyn

Samverkan mellan huvudaktörerna skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård kan både underlättas och försvåras av kommunens storlek. I en liten kommun är det färre nyckelpersoner som berörs, det är lätt att identifiera de som har mandat och som bör involveras. Samma personer återfinns även i grupperingar inom andra områden vilket ger överblick, och man känner varandra inte bara till namn utan ofta även personligen. Vid intervjuerna betonades av flera individens betydelse bland annat uttryckt i att "samverkan måste också vara personliga möten", med innebörd om att det i mångt och mycket handlar om tillit och förtroende. Samtidigt är det just i den lilla kommunen som sårbarheten blir som störst. När någon eller några nyckelpersoner slutar sin tjänst, flyttar eller inte verkar för samsyn inom ett område, så krackelerar snabbt en fungerande samverkan. Att samma personer ofta återfinns i flera samverkanssamarhang medför att de negativa återverkningarna förstärks.

De tre kommuner som stått i fokus i denna rapport hade samtliga erfarenhet av när det fungerat och när det inte alls fungerat bra i samverkan mellan skola och socialtjänst, mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård eller mellan samtliga dessa tre aktörer. Att det fungerade bra mellan de viktiga aktörerna skola och socialtjänst i två av kommunerna sågs därför inte som givet för framtiden, och i den kommun där det inte fanns någon samverkan alls i dagsläget hade man tillförsikt att det skulle kunna bli bra i framtiden bara nyckelbefattningar i kommunen skulle bli besatta och det skulle bli en nystart med en ny struktur.

Inom området "barn och unga" finns det i glesbygdskommunerna olika grupper av formaliserad samverkan mellan socialtjänst, skola, primärvården och i vissa fall även med polis, psykiatri, fritidsverksamhet och kyrka. Samverkansgrupperna träffas i regel 1-2 gånger per termin med något skiftande fokus i för samverkan, som "Barn som far illa", förebyggande arbete och första-linjens insatser. I de grupper där det fungerar som bäst ser man positivt på att träffas för att "utbyta erfarenheter och kunskaper utifrån våra olika kompetensområden. Vi kan också ha samråd för ärenden som berör samtliga myndigheter/ verksamheter" (Malå kommun, 2013). Att träffas i samverkansgrupper medför även positiva effekter i arbetet med enskilda individer och familjer, bland annat arbetet med SIP (Samordnad individuell plan).

Att samverkan kan vara en utmaning återspeglas inte minst i det intresse och den forskning som under de senaste decennierna ägnats detta område, och de flertal nationella initiativ som tagits för att utvärdera och få till stånd fungerande sam-

verkan. Ett sådant är den skärpta lagstiftning som i juli 2003 infördes i socialtjänstlagen om skyldighet att på övergripande nivå samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Detta som en följd av propositionen "Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m m" där det bland annat konstaterades att barn fortsätter att falla mellan stolarna i samhället (Prop 2002/03:53). Socialstyrelsen fick samtidigt uppdrag att ta följa upp lagskärpningen och ta fram en nationell strategi för samverkan, tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen, vilken publicerades några år senare (Socialstyrelsen, 2007). I dokumentet pekas på såväl hindrande som främjande faktorer för samverkan. Vad gäller hinder anser författarna att såväl strukturella, kulturella och psykologiska faktorer kan utgöra hinder för samverkan.

- Strukturella faktorer kan avse oklara mandat, vagt formulerade mål, otydlig ansvarsfördelning eller olikartade regelverk.
- Kulturella faktorer kan vara olikartade kunskapsstraditioner, men även olika professionella mål och värderingar.
- Psykologiska faktorerna syftar bl.a. på bristande kommunikation, revirbevakande och personliga motsättningar.

De mönster av faktorer som förutsättningar, incitament, struktur och personliga komponenter för samverkan, som framträder i såväl svensk som i internationell forskning är mångfaceterad. En god överblick kan fås i en antologi från 2014 i vilken ett antal författare belyst komplexiteten rörande samverkan för utveckling av hälsa och välfärd (Axelsson, Bihari Axelsson (red) 2013). Något som lyfts fram som ett hinder för samverkan är bland annat den specialisering och fragmentisering som växt fram inom välfärdsområdet. I stora organisationer tenderar allt fler bli specialister och experter inom just sitt område vilket försvårar samverkan, både inom och mellan olika aktörer. Detta är emellertid något som inte "drabbar" de små kommunerna på samma sätt, där situationen i stället kan sägas vara den motsatta. Det vill säga att ett lågt antal tjänstemän, exempelvis socialsekreterare, ska hantera "allt" och där det i stället för att vara specialist krävs att man är generalist. En vinst i sammanhanget är att det minskar risken att man inom egen organisation hamnar "mellan stolarna" när ett helhets- och familjeperspektivet är det enda naturliga.

En modell med de tre S:en; Styrning, Struktur och Samsyn som grundläggande förutsättningarna för samverkan och som sammantagna och i relation till varandra kan öka förståelsen av samverkansprocessen, har i ett flertal sammanhang lyfts fram

(Danermark et al, 2000; 2004; 2009). I strategidokumentet för samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa (Socialstyrelsen, 2007), har de tre S:en kompletterats med ytterligare två delar som avser Motivation, förtroende och kommunikation samt Samverkanskompetens. De fem ingående delarna kan tillsammans sägas skapa en sorts checklista för samverkan. Dessa belyses nedan ur ett glesbygdsperspektiv, med utgångspunkt från intervjuer med verksamhetsföreträdare för skola, hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst i våra tre små glesbygdskommuner.

Styrning, aktivt och gränsöverskridande ledarskap

Här avses att chefer aktivt visar att samverkan är viktig, men också att det finns tillräckligt med resurser för att bedriva en fungerande samverkan. Om cheferna inte uppfattar samverkan som att det bidrar med något positivt för den enskilde utan att den snarast tar tid från patient/klient/elevarbetet kommer det heller inte att prioriteras.

I SKL's skrift "Barn och unga här, nu och framåt" betonas den politiska nivån och dess samordning som avgörande för ett framgångsrikt och långsiktigt verksamhetsöverskridande arbete (SKL, 2013). Detta återspeglas i de kommuner som studerats i detta projekt. Där samverkan fungerar tillfredsställande finns också ett politiskt mandat och en viljeyttring. Politikerna beskrivs som "ointresserade av socialt arbete" i den kommun där samverkan sviktar.

Resurser för samverkan handlar mycket om personal, och personalomsättning kan ställa till med bekymmer, inte minst om det sker byten på chefsnivå. Den skola i våra kommuner, som hade haft sexton rektorer på femton år har självklart svårare att etablera samverkan med andra aktörer, än de verksamheter som har en stabil personalgrupp. Sårbarheten då det inte finns personal att tillgå illustreras också i ett citat från en tillförordnad, tillfällig socialchef inom en kommun:

"Vi har heller ingen IFO-chef, få socialsekreterare och ingen hemtjänst- och boendechef så jag skummar på ytan på alla tre jobben för att försöka få verksamheten att fungera så gott det går"

I ett sådant läge handlar det om att hantera det akuta dagliga arbetet. Aktiviteter av mer övergripande, förebyggande och samverkande karaktär får då lätt stå åt sidan. Detta även om det finns krav i socialtjänstlagen på samverkan kring barn som far illa eller riskerar fara illa. En förutsättning som förs fram för en positiv utveckling är att personal stannar i kommunen och "att

det finns personer på alla positioner". Möten och samverkan tar också tid som kan vara svår att hitta. Särskilt då det i en liten kommun endast är några få personer som förväntas täcka differentierade områden, kan det bli svårt att hitta tid för att medverka i flera sammanhang för samverkan.

Behovet av goda strukturella villkor för samverkan har stor betydelse, vilket inte minst betonas i den utvärdering av samverkan mellan olika verksamheter kring barn och ungas psykiska hälsa som för SKL räkning genomförts av Örebro universitet (Danermark et al, 2012).

Struktur och tydlighet

Struktur och tydlighet rörande problemområdet, målgrupper, roller och målsättningar är nästa del för att underlätta samverkan. Dessutom bör gränserna mellan yrkesgruppernas kompetensområden vara tydliga och att det finns fungerande samverkansrutiner.

Den uttalade ambitionen att "barn som växer upp i riskmiljö ska uppmärksammas och stödjas", kan tyckas omfatta både en tydlig målgrupp och målsättning, men den rymmer många delar som vid närmare granskning kan uppfattas på olika sätt. Förutom att i stort sett varje ord i ambitionen kan bli föremål för definitionsfrågor så tillkommer frågor om ansvar, mandat, skyldigheter, kompetens och tillit mellan aktörerna. För att skapa en tydlighet krävs att man kommunicerar, att man lär känna varandra och att dessa frågor tas upp till dialog och diskussion (Hjelte, 2005). Den personliga kontakten och personkännedomen betonas i de små kommunerna medan det finns en viss skepsis gentemot de skrivna dokumenten.

"Man kan göra jättemånga fina modeller som man ställer upp i hyllorna. Vi har flera där det står "Rutiner för..." Men ofta när det kommer till kritan, så ska man ändå ta det på de här vägarna som bygger på att man känner varandra"

I det lilla samhället med en låg personalomsättning kan samverkan mellan aktörer ske snabbt och enkelt.

"Litenheten kan vara mycket positiv. Man stöter ju på folk då man går runt och man kan hinna med många möten och fatta snabba beslut utan att krångla till det"

Det finns en risk i de informella kontakterna och breda kontaktytorna att saker och ting går alltför snabbt till beslut och att rättssäkerheten äventyras. Det ligger också en sårbarhet i att samverkan knyts till personer och inte till funktioner. Att samverkansrutiner och struktur har betydelse har också uppmärksamats.

"Det måste nog först och främst fungera på den personliga nivån för att det ska bli bra. Men gör det inte det så blir man oerhört beroende av att det finns en tydlig organisation för samverkan"

Även om strukturen är viktig behövs uttalade målsättningar med samverkan för inblandade aktörer. Att delta i samverkansmöten utan att känna att det tillför något för det egna arbetet, eller att man från den egna verksamheten inte anser sig kunna bidra med något leder inte till något positivt. Men att då välja att utebli i stället för att ta upp detta till diskussion, vilket var fallet i en av kommunerna, medför lätt att den aktör som inte deltar blir den som får klä skott för de övrigas irritation och frustration.

Samverkan måste ses som ett verksamt medel, ytterst för de brukare som berörs, och inte som ett mål i sig.

Samsyn

Denna faktor refererar till att de ingående parterna kan hantera kulturella skillnader för att därigenom skapa en gemensam värdegrund och samsyn. Det handlar vidare om att lära känna varandras organisationer och situation och om hur respektive roller och kunskaper kan relateras till de problem man försöker lösa inom ramen för samverkan.

Att kunskap om varandras resurser och kompetens kunde svikta och att förväntningarna mellan olika aktörer inte alltid var så tydliga och uttalade, kunde ses i intervjuerna. Det kunde handla om när och med vilken insats som socialtjänsten bör agera, om primärvårdens skyldigheter och kompetens t ex för tonåringar med psykisk ohälsa, om skolans ansvarsområde och liknande. Att medvetandegöra och diskutera den egna verksamhetens värdegrund och syn på frågor inom området är en nödvändighet för att föra en dialog med andra verksamheter (Hjelte, 2005).

En perspektivskillnad av betydelse för samverkan mellan skola och socialtjänst som identifierades i Hydén och Johanssons studie (2014) var att arbetsprocessen i en barnavårdsutredning inom socialtjänsten trots allt har fokus på föräldrarna, deras förhållanden och relation till barnet, medan skolan fokuserar på barnet och skolans möjligheter att konkret stödja barnet. Denna divergens mellan socialtjänstens uppmärksamhet riktad mot föräldrarna, och skolans handlande kopplat till en förståelse för barnets situation, ledde till ett avstånd mellan parterna. Liknande form av misstro och skillnader i perspektiv, kunde ses även på något håll i detta projekt, vilket ledde till viss irritation mellan parterna.

Roller och kompetensområden styrs delvis av regelverk och lagstiftning för de parter som förväntas samverka, och när dessa inte harmoniserar kan det påverka samverkan negativt. Några menar t ex att sekretesslagen starkt förhindrar samverkan medan andra menar enbart att den tillhör "det man får hantera". Ett annat exempel var LVM-lagen (Lag om vård av missbrukare i vissa fall) som ger socialtjänsten möjlighet att utöva tvång, men som de menar att primärvården gärna vill se som "sin lag".

"Man måste vara flexibel. Det innebär inte att man behöver bryta mot någon lag, men man måste (som person) vara flexibel"

Motivation, förtroende och kommunikation

Motivation handlar i detta fall om upplevelsen av ömsesidig nytta. Dessutom är det viktigt med tillit och förtroende mellan parterna. Kärnan utgörs dock av en god kommunikation eftersom den ses som en förutsättning för att kunna skapa gemensamma synsätt och för att tydliggöra roller och arbetssätt.

För att de medverkande aktörerna ska uppleva samverkan som meningsfull och konstruktiv bör syftet och en gemensam bild om vad det ska leda till formuleras. I en studie om folkhälsoarbete i små kommuner, där samverkan med den ideella sektorn ingick som en del, identifierades också betydelsen av att ha en gemensam tolkning av begrepp (Folkhälsomyndigheten, 2009).

Att lita på att andra aktörer gör ett bra jobb, att de har kompetens och att man strävar mot samma mål, är således betydelsefullt. Även här spelar personalomsättning och strukturer in. För att bygga förtroenden krävs erfarenheter av goda exempel och en trygghet i att ärenden hanteras på bästa sätt. Kontinuiteten i de olika personalgrupperna är av stor betydelse inte bara för medborgarna i ett litet samhälle, utan också för stabilitet och trygghet inom den egna verksamheten och i samarbetet mellan skilda verksamheter. Om personalomsättningen är stor så sviktar det väldigt snabbt inom en verksamhet. Om detta dessutom sker både inom socialtjänst, skola och hälsocentralen vid samma tid, så får det direkt en stor negativ effekt på samverkan.

Det finns några grupperingar i de aktuella kommunerna som uppfyller kriterierna på motivation, förtroende och kommunikation. I en av dessa uttrycktes: "Vi har ju inget revirpink, utan vi försöker verkligen jobba mot samma mål". Förtroendet och tilliten som fanns mellan olika aktörer i gruppen återspeglade sig bland annat i polisens benägenhet att göra orosanmälningar utifrån att:

"Socialtjänsten här gör ett jättebra jobb"

Samverkanskompetens

Här åsyftas i vilken utsträckning organisationen kan hantera problem som uppstår, t.ex. gränsdragningsproblematik eller yrkesmässiga och kulturella konflikter.

En aspekt som kan tas med i detta är den maktstruktur som kan finnas uttalad eller outtalad inom egen verksamhet men också mellan olika aktörer (Clegg, Courpasson & Philips, 2006). Politiska beslut som styr, chefens ord som väger tyngre än medarbetarens, en läkares åsikt som av hävd alltid väger tungt även utanför den egna verksamheten, rektorns beslutsmakt som i relation till en tongivande lärare kanske kan svikta etc. Att maktperspektivet bör inkluderas då organisationer studeras har be-lysts i en avhandling om samverkan med utgångspunkt från så kallade Barnahus (Johansson, 2011), där forskaren funnit att socialtjänsten ofta är den part som förlorar i samverkan. I det fallet involveras också de rättsvårdande myndigheterna och spänningsfält uppstår mellan delar som t ex tvång och frivillighet, öppenhet och brottsutredningssekretess.

Tjänstemän i de studerade kommunerna menar att det kan bli

riktiga stormar mellan socialtjänst och landstingsverksamheter och att hälso- och sjukvården "alltid anser att deras bedömning är den rätta". BUP kan också "fatta beslut" och vilja bestämma om vad som ska göras lokalt i kommunen och socialtjänsten menar att de av tradition ses som en "slasktratt". Kommunernas yttersta ansvar upplevs stundtals som svårt att leva upp till.

Glesbygdskommuner har tidigare varit studerade i relation till samverkan. Då Skolverket utifrån ett regeringsuppdrag genomförde en utvärdering av de samverkansprojekt som 2007 beviljats medel från Myndigheten för skolutveckling fann man bland annat att glesbygdskommuner visade sig ha "något bättre förutsättningar för samverkan avseende förankring på den politiska nivån, att få med alla berörda parter (i projektet) samt att möjligheten till informella möten är större". Samverkanskunskap och samverkanserfarenheten samt tydliggörandet av sin verksamhet i handlingsplaner var emellertid något sämre än i större kommuner (Skolverket, 2010). De båda fynden understryks i vårt projekt och det sistnämnda om tydliggörandet i det skriftliga kan illustreras med citatet:

"inte behöver vi skriva ner allt, vi vet vem vi ska ringa om det händer nåt"



Föra barnen på tal (FBT)

Föra barnen på tal (FBT) är en metod som har som syfte är att stärka föräldraskapet och barns utveckling, och som i studier har befunnits vara verksamt (Solantaus et al, 2009, 2010; Punamäki et al 2013). Metoden har utvecklats av den finska professorn Tytti Solantaus, baserat på samma grundtankar som "Beardslee familjeintervention" vilken är ett resultat av den amerikanske professor William Beardslees utvecklingsarbete med fokus på barn till föräldrar med psykisk sjukdom, framförallt affektiv sjukdom (Beardslee et al 2007; Solantaus 2007). Övergripande syfte med samtalen i båda dessa metoder är att öppna kommunikationen i familjen om föräldrarnas ohälsa. Genom att barnet får kunskap och förståelse, och att det är möjligt att kommunicera om föräldrarnas mående, avlastas barnen från skuld och ansvar vilket medför en större möjlighet till eget liv. I dag används båda metoderna även vid föräldrarnas missbruk samt vid svår somatisk sjukdom hos föräldern.

Till skillnad från de mer omfattande metoderna Beardslees familjeintervention och Barnkraft, med fem respektive tio samtal som också involverar barnen, är FBT i sin grundform begränsad till två-tre strukturerade samtal med föräldern/föräldrarna. Med stöd av en manual och en loggbok kartlägger man tillsammans med föräldern barnens livssituation, deras styrkor och sårbarheter och har ett samtal med föräldrarna hur de bäst kan stödja barnens styrkor och lindra det som oroar. Åldersspecifika bilagor är indelade från graviditet, och barnens olika åldrar; spädbarns- och småbarnsålder (födelse till ca 3 år), förskoleåldern (ca 4-6 år), skolålder fram till puberteten (ca 7-12 år) samt tonår (ca 13-18 år). Samtalsområden utgår från barnens olika utvecklingsmiljöer, hemmet, skolan, kompisar, fritiden andra vuxna. Manual och loggbok finns att ladda ner på www.anhoriga.se under Barn som anhöriga, modeller och metoder för stöd.

Syftet med samtalen är att

- Stödja föräldraskapet och barnens utveckling
- Hjälpa föräldrarna att stödja barnens starka sidor och lindra det som ev. oroar
- Att tidigt uppmärksamma ev. problem hos barnet för att kunna ge ett tidigt stöd innan problemen har blivit för stora så att de redan ställer till problem för barnet, både främja hälsa och förebygga.
- Öppna upp kommunikation i familjen om missbruket/sjukdomen
- Bedöma barnens och familjens behov av andra stödjande insatser
- Vid behov planera för ett rådslag tillsammans med föräldrarna (t.ex. aktivera det egna nätverket, kontakt med skola mm)
- Bedöma behovet av skyddsåtgärder och/eller annat stöd från socialtjänsten
- Hjälpa barnet och familjen till annat tillgängligt stöd

I samband med att man överenskommer med föräldern om att hålla dessa strukturerade samtal får föräldern en skrift/handbok med sig hem (Solantaus & Ringbom). Beroende på problematik är det antingen "Hur hjälper jag mitt barn?" som är en handbok för föräldrar med psykiska problem, eller "Hur tar jag hand om mina barn?" som är en handbok för föräldrar som oroar sig för sitt alkohol- eller drogbruk. I dessa beskrivs och olika situationer och frågeställningar som kan vara aktuella i familjen och där finns även anpassad information samt konkreta förslag för föräldern och familjen att komma vidare för barnets bästa. Handböckerna är rikt illustrerade med teckningar för bättre tillgänglighet.

Om det i kontakten med föräldrarna visar sig att barnet/familjen behöver mer stöd än vad dessa två-tre samtal kan bidra med, kan t ex ett rådslag som involverar nätverket, en utökad familjeintervention eller deltagande i Barnkraft om det finns tillgängligt, initieras. FBT kan på så sätt sägas öppna dörren för de övriga metoderna alternativt för en annan insats.

Föra barnen på tal som en "lägsta nivå"

Inom ramen för projektet "Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö" ville vi utforska om metoden kunde utgöra en "lägsta nivå" i samtal med föräldrar vars alkoholvanor eller psykiska hälsa kunde antas påverka barnen. En utbildning i FBT för att lära sig att hantera manual och loggbok omfattar ca en - två dagar, och bör följas upp med ärendehandledning. Det krävs inte någon psykoterapeutisk utbildning som grund och metoden kan därför användas inom olika verksamheter av personer med skilda yrkesprofessioner. Detta medför vidare att en utbildning kan ges till flera olika yrkesgrupper gemensamt. Socialtjänsten, skola och hälso- och sjukvård har dessutom alla sina olika infallsvinklar till problemområdet vilket även kan ge upphov till lärande mellan verksamheterna. Inbjudan till en tvådagars utbildning skickades därför till personal inom primärvård, psykiatrisk öppenvård, skola/elevhälsa och socialtjänst i de åtta inlandskommunerna i södra Lappland. Intresset var stort och sammanlagt deltog 69 personer vid någon av de fyra utbildningar som var förlagda i Lycksele, Storuman, Vilhelmina och Malå. Vid samtliga tillfällen återfanns deltagare från olika verksamheter, och samtliga åtta kommuner finns representerade bland de 69. Från de tre projektkommunerna deltog 31 personer. I utbildningen inkluderades en halv dag med Motiverande samtalsmetodik (MI). Den så kallade "MI-andan" som omfattar ett empatiskt förhållningssätt, en samarbetande och framlockande stil, ett accepterande och ett engagemang (Miller & Rollnick, 2013), kompletterar på ett naturligt sätt FBT. Deltagarna erbjöds efter utbildning direkthandledning eller feedback via mejl och telefon med utbildare/handledare, men bjöds också in till uppföljningsmöten för gemensam fördjupning och ärendehandledning på anpassade tider och platser.

Utbildningsdagarna kompletterades med en fristående seminariedag om FBT, Barnkraft och Beardlees familjeintervention. Vid denna dag medverkade förgrundspersoner för de tre besläktade metoder i Sverige och Finland. Av de 31 som deltagit i utbildning i projektkommunerna kom 12 till denna dag.

Det kan konstateras att deltagandet vid de båda utbildningsdagarna, som genomfördes med några veckors mellanrum, var mycket gott. Däremot var det knappt någon som tog vara på erbjudandet om individuell handledning, och deltagandet vid uppföljningsträffarna var även det lågt och flera träffar fick också ställas in trots handledarens försök att anpassa tider och plats. Den dåliga uppslutningen återspeglades även i den webbenkät som ca sex månader efter utbildningen skickades ut till de 69 deltagarna. Trots påminnelser och en enkel och snabbt ifyllt enkät, med flervalsfrågor och utrymme för kommentarer,

var det endast 20 personer (29 %) som besvarade den. Även om den svarsnivån inte på något sätt kan ge några säkra svar för gruppen som helhet innehöll ändå svaren information som kan vara intressant.

Som förväntat var de som besvarade enkäten positiva till utbildningen som sådan och det faktum att det var blandade grupper var något som togs upp som en extra bonus. Det var sju personer som uppgav att de hade genomfört minst ett FBT-samtal, och dessa återfinns både inom elevhälsan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Dessa sju personer menade att strukturen som manualen och loggboken ger var positiv och att de avsåg att genomföra fler samtal. Det finns anledning att anta att de som inte besvarade uppföljningsenkäten inte heller använt metoden, vilket gör att FBT kan sägas ha implementerats hos knappt 10 % av deltagarna.

En anledning till att andelen som anammade metoden i dess helhet var så låg, kan vara en återspeglning av att en ny metod för att samtala om barn inte var explicit efterfrågad. I stället erbjöds utbildningen som en del i projektet. Även om de som deltog gjorde det utifrån intresse och med chefernas stöd, fyllde metoden inte ett uttalat lokalt behov vilket är en viktig faktor för att en ny metod ska kunna implementeras (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Troligen finns en stor del av förklaringen till den låga genomslagskraften att återfinna här. Att små organisationer har befunnits ha svårare att anta nya innovationer och göra förändringar kan också bidra. Även om det inte fanns något motstånd från ledningshåll för att använda metoden så saknades efterfrågan av resultat eller anpassning av verksamheter för att aktivt implementera den. Det var överlag upp till var och en av deltagarna att välja om de skulle använda den och göra bedömning om den kunde passa in i arbetet.

I uppföljningen av utbildningen angav de som inte börjat använda FBT, att det är tidsmässigt svårt att sätta sig in i en ny metod och att det i avsaknad av specialisering ges färre tillfällen att testa. Några menade att de ännu inte träffat någon förälder där metoden passat. Akuta saker kommer dessutom gärna i vägen i den dagliga verksamheten och försvårar möjligheterna att skapa ett utrymme för att lära sig ett nytt arbetssätt. Då det inte finns en identifierad problematik i form av missbruk eller psykisk ohälsa uppfattas det även som svårare att ta initiativ till FBT-samtal. Många menade vidare att de redan för samtal i samma "anda" som FBT omfattar men utan att använda den struktur som FBT förordar. Eftersom FBT har en struktur utifrån ålder på barnen påpekade några att det upplevs som försvårande om det finns flera barn i en familj. Att samtalsmetoden i sig ledde till att fler barn uppmärksammades finns det inga belägg för.

Föra barnen på tal som en "lägsta-nivå" i en liten kommun?
JA
För de som testat och upplevt det som positivt För de som trivs med strukturen För de som har etablerad kontakt med personer med identifierad problematik För de som har utrymme och uppdrag i sin tjänst
NJA....
För de som inte anser sig ha tid i kontakt med föräldrar För de som inte anser sig ha tid att sätta sig in i en ny metod För de som upplever strukturen som alltför styrande För de som för samtal i samma anda, men på annat sätt

För en tiondel av deltagarna innebar introduktionen av Föra barnen på tal ett nytt sätt att arbeta med föräldrar med problematik. För andra innebar utbildningen en anpassning av sitt sätt att samtala. Även om man inte började arbeta med FBT som metod uppskattades den påfyllning av kunskap som gavs vid

utbildningstillfällena och flera menade att checklistan kan vara ett bra stöd så att områden inte glöms bort i samtalen med föräldrarna. En sidovinst har dessutom varit att ett gemensamt lärande gett tillfällen för diskussioner och positiv samverkan över huvudmannagränser, och indirekt stärkt ett barnperspektiv.

Elevers oro för föräldrars alkoholvanor

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför årligen en nationell undersökning av skolelevers drogvanor i ett riksrepresentativt urval av klasser inom grundskolans årskurs 9 och gymnasiet år 2. Under 2000-talet har en nedåtgående trend i alkoholkonsumtion varit tydlig och stabil. I 2014 års nationella undersökning svarade 43 % av pojkarna och 50 % av flickorna i årskurs 9 att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Motsvarande värden i gymnasiet år 2 var 76 respektive 82 % (CAN 2014, www.can.se). I de drogvanoundersökningar som genomförs lokalt i Västerbotten är frågorna inte alltid jämförbara med CAN:s men många är likartade.

Malå kommun genomförde under hösten 2013 sin tionde drogvanoundersökning tillsammans med sin grannkommun Norsjö. Undersökningen riktades till samtliga 85 elever i åk 9 i de båda kommunerna och besvarades av 78 (91 %). På gymnasienivå bedömdes elevunderlaget vara för lågt för att redovisas separat. Över tid har en minskning av andelen som druckit alkohol i åk 9 kunnat ses. Andelen som uppgav sig dricka alkohol någon gång/varje helg eller oftare uppgick till 24 % med en något större andel bland flickorna än bland pojkarna (Norsjö och Malå kommun, 2013). Enkäten tar också upp en mängd andra faktorer förutom alkohol- och droganvändning, som mobbning, trivsel i skolan, mående m m, och resultaten används för att med utgångspunkt från dessa arbeta förebyggande och hälsofrämjande. För detta finns i kommunen en särskild samverkansgrupp med polis, skola och socialtjänst. Skolklimat och en god lärandemiljö står i fokus i detta arbete. I Dorotea genomfördes inte någon drogvanoundersökning 2013-14.

I Storumans kommun genomförs varje år sedan år 2000 en webbaserad enkätundersökning, för att undersöka drogvanor bland kommunens ungdomar. Att delta är frivilligt och 2014 års undersökning var tillgänglig för elever i årskurs 7-9 samt gymnasiet år 1-3 som var närvarande den dag under våren, som enkätstudien genomfördes i just deras klass. De temata som behandlas, förutom allmän bakgrundsinformation, rör elevernas trivsel och upplevelser av mobbning, elevernas tobaks-, alkohol- och drogvanor samt vanor kopplade till spel om pengar.

Vid 2014 års undersökning tillkom ett nytt ämnesområde som handlade om elevernas erfarenhet och upplevelser av självska-debetende och ätstörning. Vidare kompletterades enkäten med frågan:

"Är du orolig för att dina föräldrar dricker för mycket alkohol?"

Ansikten med frågan var dels att se hur stor andel av eleverna som uttryckte sådan oro och dels om dessa elever i några avseenden skiljde sig från de övriga.

Av totalt 299 elever besvarades enkäten av 229 (77 %). Av eleverna i grundskolan uppgav 8,5 % av flickorna och 19 % av pojkarna att de druckit alkohol senaste månaden. Motsvarande siffror för gymnasiet var 45,5 % av flickorna och 23 % pojkarna.

Alla föräldrar dricker inte alkohol, vilket ledde till att 208 av de 229 eleverna, besvarade den extra insatta frågan om de kände oro för sina föräldrars alkoholkonsumtion. Dessa fördelades på 147 inom grundskola och 61 på gymnasienivå. Av dessa 208 svarade 19 elever, 8 pojkar och 11 flickor, "ja" på den frågan (9,1 %). Dessa har därefter jämförts med de 189 som svarade nej. De båda grupperna, de som sade sig vara oroliga respektive inte oroliga, skiljde sig inte åt beträffande köns- eller åldersfördelning (medel 14,7 år) och spridningen på skolor och klasser var likartad. Däremot fanns det påtagliga skillnader inom en mängd andra områden.

Även om det är ett litet antal ungdomar och resultaten i form av procentsatser och signifikans får tolkas med stor försiktighet, framkommer ändå mönster som är värda att uppmärksamma. Den grupp som uttryckte oro för sina föräldrars alkoholkonsumtion drack själva procentuellt mer och oftare alkohol än sina kamrater, samt rökte och snusade i större omfattning. De hade även i signifikant större utsträckning använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte (26 % vs 5 %), använt narkotika (21 % vs 5 %) och dopningspreparat (10,5 % vs 2 %), samt att de både åkt med och själva kört motorfordon berusade. Både hem- och skolsituationen hade dessutom oftare negativa förtecken (Tabell 4).

Tabell 4: Signifikanta skillnader mellan de elever som uttryckte oro för föräldrars alkoholkonsumtion och övriga elever (angivet i procent samt faktiskt antal inom parantes)

	Oroliga (n=19)	Ej oroliga (n=189)	Sign
Skilda föräldrar	58 % (11)	34 % (65)	*
Dålig relation med föräldrarna	26 % (5)	3 % (6)	***
Anser att pengarna <i>inte</i> räcker till i hemmet	42 % (8)	9 % (17)	***
Känner sig alltid trygg i hemmet	53 % (10)	94 % (178)	***
Är ofta ledsen	37 % (7)	8.5 % (16)	**
Mått så dåligt att man skadat sig själv	53 % (10)	19 % (36)	**
Trivs dåligt eller mycket dåligt i skolan	21 % (4)	4 % (7)	**
Mobbad – någon gång/ofta	53 % (10)	22 % (41)	**
Skolkar – ibland/ofta	32 % (6)	23 % (43)	***

Medan så gott som samtliga (96 %) i den grupp som inte hade någon oro, såg ganska eller alltid positivt på sin framtid, så var motsvarande andel för de ungdomar som oroade sig för föräldrarnas konsumtion lägre (79 %).

Utifrån dessa data kan vi inte slå fast att föräldrarna skulle ha ett missbruk av alkohol, men det är ändå ett observandum att deras tonåringar svarar ja på en fråga om deras egen oro. Föräldrarnas alkoholkonsumtion har uppenbarligen negativa konsekvenser i åtminstone något avseende och tonåringarna kan därför antas växa upp i en riskmiljö.

Vikten av att ta reda på hur hemsituationen ser ut för de elever som t ex skolkar, vantrivs och mobbas, understryks av dessa resultat. Det kan nämnas att fem av de 19 eleverna (26 %) bodde inackorderade i jämförelse med 4 % i den större gruppen, men det medför inte att man kan bortse från den hemmiljö som dessa ungdomar växer upp i. Med ett större antal svarande skulle det mönster som urskiljs kunna analyseras med en högre säkerhet. I samma stund som detta sägs ska det även betonas att alla elever med oro inte kan identifieras på detta sätt och att man aldrig får glömma bort de ungdomar som är tysta och inte gör något väsen av sig.

Reflektioner

Denna rapport belyser några av de särskilda förutsättningar som hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola/elevhälsa har att förhålla sig till i en liten kommun i glesbygd. Det finns både styrkor och svagheter, möjligheter och hinder med att verka i en liten kommun. Personkännedomen är det som sticker ut allra tydligast. Den sociala gemenskapen och de nätverk som bildas skapar en trygghet och bidrar till lokal sammanhållning. Genom att "alla känner alla" finns det också en social kontroll i det lilla samhället, som kan leda till att missförhållanden snabbt blir uppmärksammade. Om detta i sin tur leder till en anmälan till socialtjänsten är emellertid tveksamt. Personal inom förskola, skola och elevhälsa framstår som de allra viktigaste personerna för att se om ett barn av någon anledning inte har det bra. Kunskap om barns utveckling, behov av stöd, tidiga signaler att uppmärksamma samt kompetens att hantera de situationer som kan uppstå, är därför viktig att den sprids. De utbildningskvällar som arrangerades för förskolepersonal underströk tydligt både behovet och intresset.

Både från hälso- och sjukvården och skolans sida framkom att man initialt försöker stötta barn eller föräldrar inom den egna verksamheten och först när detta inte bedöms räcka så görs en anmälan till socialtjänsten. Det är inte osannolikt att ett liknande resonemang kan överföras till befolkningen i allmänhet. I förlängningen av det resonemanget finns en risk att färre barn i behov av stöd kommer till socialtjänstens kännedom, än vad som borde vara fallet.

Intervjupersonerna betonade den positiva delen av den sociala kontrollen som ett uttryck för att man bryr sig om varandra i samhället, men menade även att den säkert kan upplevas som påträngande om man inte följer gängse normer eller föredrar att vara anonym. En stark gemenskap och tillhörighet som kan bidra till trygghet och värme kan med andra ord ha en kylig baksida.

Som yrkesverksam har man att hantera att man inte bara blir känd utifrån sin yrkesroll utan också som privatperson. Detta ställer stora krav på professionalitet, integritet och förutsätter en medvetenhet om var gränserna går och vad de innebär i olika sammanhang. Personalen är den viktigaste resursen i dessa glesbygdskommuner liksom i andra. Men med hänsyn till att personalgrupperna i de mindre kommunerna är förhållandevis små blir det också mer sårbart om någon eller några slutar. Är det dessutom ett eller flera byten på chefsnivå blir de negativa återverkningarna än tydligare, inte minst vad gäller samverkan med andra aktörer.

Det förekommer flera delade tjänster där en och samma person kan ha olika funktioner vilket kan försvåra rekrytering. Ett särskilt problem infinner sig då man utifrån sina olika arbetsplatser och funktioner har sekretess mot sig själv. I avsaknad av underlag för heltidstjänster är det dock en realitet.

I detta sammanhang är projektet "recruit and retain" intressant. I Västerbotten fokuserade man från Glesbygdsmedicins sida på läkare och annan sjukvårdspersonal men vikten av att rekrytera och behålla personal gäller i lika hög grad andra verksamheter som socialtjänst och skola. Många av de som arbetat länge i kommunerna hade egen anknytning till bygden vilket medfört att de har en kulturkompetens som ses som positiv. För att inspirera andra "utifrån" att söka arbete och också stanna i kommunen har bland annat livsmiljön, fritiden och möjlighet till social gemenskap stor betydelse.

En annan aspekt är den särskilda kompetens som krävs att arbeta som generalist i glesbygd. För läkare finns en populär specialistkurs i glesbygdsmedicin som omfattar den extra kunskap och kompetens som krävs för att arbeta som "extended generalist", och en liknande utbildning finns även för sköterskor. Däremot saknas motsvarande specialistutbildning för socialarbetare. De utmaningar och särskilda förutsättningar som det innebär att verka som generalist inom socialtjänst i en glesbygdskommun skulle vara väl värt att fokusera på i en utbildning, gärna med inslag av praktik, dels för att höja specialistkompetensen som generalist och dels för att höja statusen för arbete i små kommuner. De särskilda krav på kompetens som ställs för yrkesverksamma inom den sociala barn- och ungdomsvården och förslag på hur de skulle kunna hanteras finns också med i SKL's handlingsplan "Stärkt skydd för barn och unga" (2015).

De långa avstånden i en glesbygdskommun och i ett stort län kan till viss del överbryggas med IT-lösningar av olika slag. Landstinget har nått längre i detta arbete med en tradition av specialistbedömningar på distans, behandlingar och bedömning och nu också genom utvecklande av "virtuella vårdrum", där patienten själv kan koppla upp sig mot hälsocentralen och enklare provtagning kan genomföras. Kanske skulle något liknande underlätta för klienter inom socialtjänsten. Nationella stödlinjer, chatforum, behandling via nätet och liknande kommer troligen fortsatt ha en snabb utveckling vilket är positivt för alla men kanske extra positivt som alternativ i glesbygd.

För att barn i riskmiljö ska få de bästa förutsättningar för en god uppväxt och ett gott liv kan flera aktörer behöva involveras. Detta kräver samverkan mellan inblandade parter, både på övergripande nivå och i det enskilda fallet. Att samverka är en kompetens i sig och det finns många faktorer som kan underlätta och försvåra samverkan. I våra kommuner fanns erfarenhet både av mycket bra, sämre och icke fungerande samverkan. Gemensam nämnare var betydelsen av de personer som ingår i samverkan. Personerna var i de flesta fall viktigare än funktionen vilket kan vara naturligt men också gör det hela lite skört. För en verksam samverkan krävs att faktorer som mandat, ansvarsfördelning, mål, makt, värderingar m m tas upp i dialog för tydlighet och samsyn. Samverkan och samarbete på övergripande nivå för små kommuner både inom och mellan

de olika aktörsområdena är nödvändig, för bästa användning av ekonomiska och personella resurser, för innovativa lösningar och samordningsvinster.

Denna rapport bygger till största delen på intervjuer och till viss del på genomförda utbildningar, uppföljningar, deltagande i seminarier, möten med referensgrupp och insamlad statistik. Det finns alltid begränsningar att ta hänsyn till i all form av datainsamling. Ansatsen i studien var bred och det finns många trådar som det skulle vara intressant att nysta vidare på. En sådan tråd handlar om skolans och elevhälsans interna arbete med barn i riskmiljö och vidare om skolans samverkan med socialtjänsten. De två aktörerna är helt centrala för att uppmärksamma de barn som utifrån sina livsvillkor har ett särskilt behov av stöd.





Datainsamling och aktiviteter under projektet

För att besvara och problematisera frågeställningarna har olika former av datainsamling och aktiviteter ägt rum under projekttiden som löpt från nov 2012 till december 2014. I nedanstående lista återfinns aktiviteter som initierats och genomförts inom ramen för projektet. Styr- och referensgruppen har fortlöpande diskuterat, analyserat och planerat kommande aktiviteter.

- Intervjuer har genomförts med drygt fyrtioalet nyckelpersoner, enskilt eller i form av fokusgrupper. Dessa personer valdes strategiskt utifrån sina positioner i samhället och återfinns inom skolläring, förskolor, elevhälsa, socialtjänst, mödrahälsovård, barnhälsovård, psykiatri, polis och svenska kyrkan, fördelade på de tre kommunerna. Syftet med intervjuerna har varit att fånga dessa offentliga aktörers syn på "Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö" och hur de resonerar runt frågeställningarna. Intervjuerna har varit semistrukturerade med fokus på de särskilda betingelser som de, som är verksamma i en liten kommun, har att arbeta under. De inspelade intervjuerna har kodats och analyserats för att utkristallisera faktorer av särskild betydelse.
- Vid en temadag i Storuman i september 2013 under rubriken "Glesbygdens förutsättningar att uppmärksamma barn i riskmiljö", samlades ett 60-tal personer i Luspengymnasiets aula. Inbjudna var politiker, chefer och tjänstemän inom hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst, polis, studieverksamhet och andra intresserade i de tre projektkommunerna. Förutom presentationer av forskargruppens deltagare och diskussioner i grupper, uppmanades mötets deltagare att på "gula lappar" skriva ner vad de såg som bra respektive mindre bra med en liten kommun ur denna aspekt, samt att bistå med förslag och idéer till projektet.
- En utbildning av Föra barnen på tal (FBT) på 1,5 dag kompletterad med en halv dag om Motiverande samtalsmetodik (MI) erbjöds länets åtta inlandskommuner. Utbildningarna ägde rum i Lycksele, Storuman, Vilhelmina och Malå under perioden januari 2013 till februari 2014 och sammanlagt 69 deltog personer, varav 31 personer från de tre projektkommunerna. Inbjudan till utbildningen skickades till skilda verksamheter vilket medförde blandade utbildningsgrupper med deltagare från socialtjänst, primärvård, psykiatri, elevhälsa och skola. Efter utbildningsdagarna fanns möjlighet till personlig feedback från sakkunnig handledare via telefon eller mejl, och det erbjöds även 2-3 uppföljningsdagar på utbildningsorterna. En uppföljning och utvärdering av utbildningsinsatsen genomfördes i form av två webbenkäter till deltagarna.
- En fördjupningsdag i Lycksele i oktober 2014 rörande FBT, samt metoderna "Beardslee familjeintervention" och "Barnkraft", samlade 35 personer i länet som tidigare fått utbildning i någon av metoderna. Inbjudan skickades, förutom till chefer inom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård samt direkt till samtliga som gått utbildningen av FBT inom projektet. Vid denna fördjupningsdag medverkade Bitta Söderblom, Finland samt Heljä Pihkala och Hannele Renberg, Sverige, som alla är förgrundspersoner för utvecklingen av metoderna. Från projektkommuner deltog 12 personer vid denna dag.
- En heldags workshop om "Föreställningar och förväntningar" för personal från skola/elevhälsa, primärvård och socialtjänst, tog sig an temat både teoretiskt, praktiskt och i diskussioner baserade på fallbeskrivningar. 15 personer från två av projektkommunerna deltog (mars 2014)
- Två utbildningskvällar per kommun genomfördes för samtlig personal vid de 16 förskolorna i de tre kommunerna oktober-november 2014. Syftet med dessa var att ge kunskap om barn i utsatta miljöer, om förskolans möjligheter att reagera och agera samt att informera om socialtjänstens roll. Vid dessa träffar, där ca 90 förskolelärare deltog, medverkade psykolog från landstingets barnhälsovård, socionom/terapeut från Rädda Barnen, representant från respektive kommuns socialtjänst samt utvecklingsledare för barn- och unga vid FoU Välfärd, Region Västerbotten.
- Lokala överenskommelser rörande "Första linjens ansvar" har utarbetats parallellt med projektet. Då personer i ledningsfunktion från skola/elevhälsa, socialtjänst och primärvård samlades i Dorotea och Storuman, gavs även tillfälle till datainsamling, då frågor om samverkan, samarbete, hinder och möjligheter diskuterades.

- En avslutande dag för redovisning och diskussion av projektets resultat hölls i december 2014 med ett 60-tal deltagare. Vid dagen medverkade Po Tidholm, journalist och essäist, med sina reflektioner om små kommuners förutsättningar sett ur ett bredare perspektiv.
- Den drogvaneundersökning som genomförs i Storuman varje år kompletterades våren 2014, med en fråga om eleven känt sig orolig för att sin förälder/föräldrar dricker för mycket. Den grupp av elever som svarade ja på frågan analyserades i relation till andra frågeställningar i undersökningen.
- Statistik har insamlats rörande antalet orosanmälningar till socialtjänsten i de tre kommunerna under treårsperioden 2011-2013. Som referens användes motsvarande statistik från Skellefteå.
- Salutsatsningen är ett utvecklingsarbete med syfte att verka förebyggande och hälsofrämjande inom områdena övervikt, tandhälsa och psykosocial hälsa. Bland annat får alla blivande föräldrar och småbarnsföräldrar fylla i en enkät vid kontakt med mödravård- och barnavårdscentral. Data från denna Salutenkät vid MVC har inhämtats.
- Offentlig statistik; SCB, Kolada, Ekonomifakta.se, Folkhälsomyndigheten, Öppna jämförelser
- Västerbottens läns landstings statistikdatabas – Diverportalen, VHU-databasen

Forskar – och styrgrupp

Annika Nordström, forskningsledare, med dr, FoU Välfärd, Region Västerbotten. Adj lektor Inst för folkhälsa och klinisk vetenskap, Umeå universitet, Sammanställande.

Anette Edin-Liljegren, projektkoordinator, med dr, Glesbygdsmedicinskt centrum, Västerbottens läns landsting. Adj lektor Inst för omvårdnad, Umeå Universitet.

Heljä Pihkala, med dr, överläkare i psykiatri, Norrlands universitetssjukhus.

Lars Dahlgren, professor emeritus i medicinsk sociologi, Umeå universitet

Peter Berggren, distriktsläkare, verksamhetschef Glesbygdsmedicinskt centrum, Storuman, Västerbottens läns landsting

Urban Janlert, senior professor, Inst för folkhälsa och klinisk vetenskap, enheten för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet.

Referensgrupp

Anette Edin-Liljegren, projektkoordinator, med dr, Glesbygdsmedicinskt centrum, VLL

Annika Mörtzell, IFO-chef, Storumans kommun

Annika Wikström, arbetsterapeut, psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Storuman

Helen Engström, distriktssköterska, Dorotea hälsocentral

Lena Holmgren, socialsekreterare, Malå kommun

Maj-Britt Hahlin, tidigare IFO-chef, Dorotea kommun

Peter Berggren, distriktsläkare, verksamhetschef Glesbygdsmedicinskt centrum, VLL

Per-Daniel Liljegren, tidigare rektor vid Luspengymnasiet, Storumans kommun

Lars-Erik Klasson, behandlare, Storumans kommun

Utbildare, seminarieledare och stöd i datainsamling och rapportskrivande

Bitta Söderblom, socialarbetare, socialpsykolog, utbildare, handledare, Helsingfors, Finland

Daniel Örnberg, utvecklingsledare, FoU Välfärd, Region Västerbotten

Hannele Renberg, leg ssk, utbildare, handledare i Föra barnen på tal (FBT)

Jack Winberg, leg psykolog, psykiatriska kliniken, Nus

Jan Hjelte, forskningsledare, fil dr, Umeå kommun och FoU Välfärd, Region Västerbotten

Margareta Grensjö, leg psykolog, barnhälsovården, Södra Lappland

Marie Lindkvist, statistiker, Umeå universitet

Maud Jonsson, socionom, leg psykoterapeut, Rädda barnen

Po Tidholm, journalist, essäist

Rochelle Thiele, Master of social science, GMC/Australien

Sara Pettersson, socionompraktikant

Intervjupersoner

Anna Brodin, distriktssköterska, hälsocentralen, Tärnaby
Ann-Catrin Lundmark, rektor, Nilaskolan, Malå
Ann-Christine Johansson, socialsekreterare, Storuman
Annika Mörtzell, IFO-chef, socialtjänsten, Storuman
Ann-Louise Holmberg-Karlsson, fritidsledare, Svenska kyrkan
Berit Ekepil-Mörtberg, socialchef, Dorotea
Birgitta Boström, socialsekreterare, Malå
Carola Klasson, skolkurator, Storuman
Cecilia Festin Stenlund, kurator, grundskolan, Malå
Charlotte Eriksson, BRIS
Christina Lundström, socialsekreterare, Malå
Christer Normark, polis, Storuman
Eeva Sokka, socialsekreterare, Tärnaby
Elisabet Olofsson, socialsekreterare, Storuman
Emma Andersson, skolkurator, Tärnaby
Erika Johansson, socialsekreterare, Malå
Eva Oskarsson, barnmorska, Malå hälsocentral
Eva Widebro, lärare, Storuman
Harriet Lundström, BVC-sköterska Malå hälsocentral
Ida Olofsson, socionompraktikant, socialtjänsten, Storuman
Ingela Laketa Karlsson, socialsekreterare, Storuman
Jeanette Hallin, socialsekreterare, Malå
Jennie Larsson, skolkurator, grundskola, Storumans
Jenny Härgestrand, psykiatrisjuksköterska, psykiatriska öppenvården, Storuman
Karin Gebart Hedman, psykoterapiutbildad sjuksköterska, hälsocentralen, Storuman
Katarina Samuelsson, fritidsgårdsföreståndare, Storuman
Lars-Erik Klasson, behandlare, Storumans
Lena Bitén Forsberg, distriktssköterska/barnmorska, hälsocentralen, Tärnaby
Lena Holmgren, socialsekreterare, Malå
Margit Näsström, förskolerektor, Dorotea
Marie-Louise Lundqvist, socialchef, Malå
Maj-Britt Hahlin, IFO-chef, socialtjänsten, Dorotea
Patrik Gustavsson, polis, Storuman
Per-Daniel Liljegren, rektor, Luspengymnasiet, Storuman
Pernilla Oskarsson, rektor, Strandensskolan, Dorotea
Petra Boman, polis, Storuman
Ulla Forsberg, polis, Malå
Ulrika Persson, LSS handläggare, Malå
Personal vid förskolorna Gungan i Storuman, Flingan i Malå och Naestie sameförskola i Tärnaby

Referenser

- Aronsson G & Karlsson J Ch (red) (2001): Tillitens ansikten. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson R & Bihari Axelsson S (red)(2013) Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd. Studentlitteratur.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders JB & Grant M (1992). AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. WHO: Geneva.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ & Forbes P (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4):703-13.
- Bergman H & Källmén H (2000). Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor 1997-2001. *Läkartidningen*, 100 (12):2078-84.
- Beck U (1992). *Risk society: Mot en ny modernitet*, London: Sage Publications.
- Blom B (2004). Specialization in social work practice. Effects on interventions in the personal social services. *Journal of Social Work* 4(1):25-46.
- Brå (2014). Nationella trygghetsundersökningen 2006-2013. Rapport 2014:3
- CAN (2014). Skolelevers drogvanor.
- Clegg SR, Courpasson D & Philips N (2006) *Power and organizations*. SAGE Publications Ltd.
- Danermark B & Kullberg C (1999). *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. (2000). *Samverkan - himmel eller helvete?: en bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm: Gothia
- Danermark, B. (2004). *Samverkan: en fråga om makt*. Örebro: Läromedia.
- Danermark B, Germundsson P, Englund U & Löf K (2009) *Samverkan kring barn som far illa eller som riskerar fara illa. En formativ utvärdering av samverkan mellan skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatri*. Örebro universitet, Hälsoakademien.
- Danermark B, Germundsson P & Englund U (2012). *Samverkan för barns psykiska hälsa. Modellområden – psykisk hälsa, barn och unga*. Slutrapport till SKL. Örebro universitet.
- DiMaggio P & Powell W (1991). Introduction. I Powell, W. & DiMaggio P (Red.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Edvardsson K, Ivarsson A, Eurenus E, Garvare R, Nyström ME, Small R & Mogren I (2011). Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BMC Public Health*, 11:936.
- Eriksson M (2010). *Social Capital, Health and Community Action . Implications for Health Promotion*. Doktorsavhandling, Umeå universitet.
- Eurenus E, Lindkvist M, Sundkvist M, Ivarsson A & Mogren I (2011). Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy - the Salut Programme in Sweden. *Scand J Public Health*, 39:730-41.
- Folkhälsomyndigheten (2009). *Hälsan bör vara som en nedläggningshotad mack. Om folkhälsoarbete i små kommuner*. R 2009:12.
- Folkhälsomyndigheten (2014 a). *Hälsa på lika villkor- En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige 2014*.
- Folkhälsomyndigheten (2014 b). *Föräldrar spelar roll. Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete*.
- Germundsson, P (2011) *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa. Om sociala representationer och interprofessionell samverkan*. Doktorsavhandling, Örebro universitet. www.oru.se
- Hjern A, Berg L, Rostila M & Vinnerljung B (2014). *Barn som anhöriga: hur går det i skolan?* CHES Stockholm universitet, /KI, Socialt arbete Stockholm universitet, Linneuniversitet, Nka. Rapport 2013:3 www.anhoriga.se
- Hjelte J (2005) *Samarbete i gränsland: Om relation och kommunikation i samarbete mellan skola och barnomsorg*. Doktorsavhandling, Umeå universitet. www.umu.se
- Hydén M & Johansson M (2014). *Skolans möjligheter att stödja barn med svåra uppväxtvillkor på landsbygd. En studie i professionalitet och medmänsklighet*. Stiftelsen allmänna barnhuset & Linköpings universitet.
- Johansson S (2011). *Rätt, makt och institutionell förändring. En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Doktorsavhandling, Lunds universitet.
- Lindqvist R (1998). *Gränser mellan organisationer – exemplet arbetslivsinriktad rehabilitering*. I Lindqvist R (Red.) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist R (2000). *Att sätta gränser*. Umeå: Borea.

- Malå kommun (2013). Handlingsprogram vid misstanke om att barn far illa. www.mala.se
- Melinder K (2007). Stress i stan och övervikt i glesbygden? Om samband mellan människors hälsa och typ av boendekommun. Statens folkhälsoinstitut. R 2007:7.
- Miller WR & Rollnick S (2013) Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring (3 uppl). Stockholm: Natur & kultur.
- Nordström A, Winberg J & Persson S (1997). Hur ser distriktssköterskorna på sina möjligheter att arbeta förebyggande i alkoholfrågor? *Allmän Medicin*, 6: 271-273.
- Norsjö kommun och Malå kommun (2013). ANDT undersökning. Undersökning av ANDT vanor och social situation bland elever i grundskolans år 9 i Norsjö och Malå kommun. www.mala.se
- Perlinski M (2010). Skilda världar – specialisering eller integration i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Doktorsavhandling, Umeå universitet
- Punamäki RL, Paavonen J, Toikka S & Solantaus T (2013). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study. *Journal Family Psychology*. Aug; 27(4):683-90.
- Region Västerbotten. Barnhälso rapport 2015. Kartläggning av barns och ungas hälsa i Västerbottens län. www.regionvasterbotten.se
- SCB. Barn och unga – insatser 2013.
- SCB. Befolkningsstatistik 2013.
- SKL (2013). Barn och unga här, nu och framåt. Ledning och styrning av barn och ungdomsfrågor.
- SKL (2015) Stärkt skydd för barn och unga. Hanslingsplan för barn och ungdom.
- Skolverket (2010). Erfarenheter av samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. www.skolverket.se
- Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen & Myndigheten för skolutveckling (2007). Strategi för samverkan: Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling
- Socialstyrelsen (2012 a) Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården
- Socialstyrelsen (2012 b) Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – En undersökning om omfattning och regionala skillnader.
- Socialstyrelsen (2013 a). Barns behov i centrum. Grundbok BBIC.
- Socialstyrelsen (2013 b) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Solantaus T (2007). Föra barnen på tal. När en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok Helsinki: THL. www.anhoriga.se
- Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S & Punamäki RL (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12):883-92.
- Solantaus T & Ringbom A. Hur tar jag hand om mina barn? En handbok för föräldrar som oroar sig för sitt alkohol- eller drogbruk. Handboken finns att beställa från Psykiatriska kliniken, Skellefteå, www.vll.se
- Solantaus T & Ringbom A (2007) Hur hjälper jag mitt barn? Handbok för föräldrar med psykiska problem. Handboken finns att beställa från Psykiatriska kliniken, Skellefteå, www.vll.se
- Solantaus T, Toikka S, Alasuutari M, Beardslee WR & Paavonen J (2009). Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4):15-24.
- Statens folkhälsoinstitut (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. Rapport 2007:20.
- Syssner J (2014). Politik för kommuner som kryper. Centrum för kommunstrategiska studier, Linköpings universitet. Rapport 2014:4.
- Trädgårdh L, Wallman Lundåsen S, Wollebaek D & Svenberg L (2013). Den svala svenska tilliten. Förutsättningar och utmaningar. Stockholm: Författarna och SNS förlag.
- VHU, Västerbottens hälsoundersökningar. www.vll.se
- Västerbottens läns landsting (2005). Alkoholvanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression.
- Västerbottens läns landsting (2006). Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. Resultat av en enkätstudie i Västerbotten.
- Västerbottens läns landsting (2011). Barnhälsovård i Västerbottens län. Årsrapport 2011.
- Västerbottens läns landsting (2012). Barnhälsovård i Västerbottens län. Årsrapport 2012.
- Västerbottens läns landsting (2015). Ändrad praxis för omhändertagna med stöd av LOB – kartläggning och förslag till förbättringar.



REGION
VÄSTERBOTTEN

FoU Välfärd, Region Västerbotten

En regional aktör för forskning och
utveckling inom socialtjänst och
berörda delar av hälso- och sjukvården
www.regionvasterbotten.se/halsa/fou/

