

Nordens barn Tidlig innsats overfor barn og familier

Nordens Velferdssenter

Inspirasjonshefte

Resultater fra prosjektet «Tidige insatser for familjer»





norden

Nordens Velfærdscenter

Nordens barn – Tidlig innsats overfor barn og familier

Utgiver:

Nordens Velfærdscenter

www.nordicwelfare.org

© november 2012

Redaktører: Kristin Marklund og Nino Simic

Hovedforfattere: Kristin Marklund, prosjektleder for «Tidige insatser for familjer», Anna-Karin Andershed og Henrik Andershed, Örebro universitet.

Øvrige forfattere: Mirjam Kalland, Petra Kouvonen, Terje Ogden, Helene Hjort Oldrup, Knut Sundell, Nino Simic og Eivor Söderström.

Redaksjon: Kristin Marklund, Petra Kouvonen, Nino Simic

Ansvarlig utgiver: Ewa Persson Göransson

Illustrasjoner: Helena Halvarsson

Grafisk design: www.aasebie.no

Trykk: Ineko

ISBN: 978-87-7919-073-3

Opplag: 800

**Nordens Velfærdscenter
Sverige**

Box 22028, SE-104 22 Stockholm, Sverige

Besøksadresse: Hantverkargatan 29

Tlf.: +46 8 545 536 00

info@nordicwelfare.org

**Nordens Velfærdscenter
Danmark**

Slotsgade 8, DK-9330 Dronninglund, Danmark

Tlf.: +45 96 47 16 00

nvcdk@nordicwelfare.org

**Nordens Velfærdscenter
Finland**

Topeliusgatan 41 a A, FI-00250 Helsinki, Finland

Tlf.: + 358 (0)40-0612015

nvcfi@nordicwelfare.org

Rapporten kan bestilles i papirformat eller lastes ned på:

www.nordicwelfare.org

under «Publikationer».

I digitalt format finnes heftet på svensk, dansk, finsk, norsk, islandsk og engelsk.





Innledning

Du holder nå i hånden del 1 av rapporten til prosjektet «Tidige insatser för familjer».

Prosjektet er en del av Nordisk ministerråds satsing i 2011 og 2012 på området «Tidlig forebyggende intervensjoner overfor familier i risiko for sosial marginalisering». Som følge av prioriteringen fikk Nordens Velferdssenter i oppdrag å drive dette prosjektet. Formålet er å spre forskningsresultater, kunnskap om gode eksempler og skape nordiske nettverk.

Prosjektet har fire fokusområder: Aktuell forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer, Lovende eksempler på tidlige intervensjoner i Norden, Forenklet tilgang til tjenester og La barnas stemme høres!

Del 1 av rapporten, som du altså leser nå, presenterer prosjektresultatene fra de to første fokusområdene.

DEL 1

TIDLIG INNSATS OVERFOR FAMILIER OG BARN

I NORDEN	6
Tidlig innsats – tidlig i livet	7
Små barn er mer påvirkelige	7
Personalet i barnehagen må reagere	8
Systematisk kartlegging i samarbeid med foreldre	8
Tidlig innsats som en kontinuerlig prosess	9
Tilpasset innsats for målgruppen	9
Universell, selektiv eller indikert innsats?	10
Barnehagen – et sted for å oppdage utsatte barn	10
Tilby tiltak som fungerer!	10
Tren, veiled og støtt foreldre	11
Gi barn mulighet til utvikling	11
Foreldrestøtte som tidlig innsats	12

FÖRÄLDRASTÖD NORDEN

– EN MODELL FOR TIDLIG INNSATS	13
Hvorfor manualbaserte foreldretreningsprogrammer?	17
Opplæring i foreldrestøtteprogrammer	17
Å velge riktig program	17
Hvordan kan man ha kontroll på forskning?	18
Hva gjør man når det mangler forskning?	18

LOVENDE TILTAK OVERFOR FORELDRE

MED DE MINSTE BARNA	20
Støtte til foreldre i de første årene	20
Hva sier forskningen om tiltak overfor barn 0–3 år?	20
Betydningen av tidlig interaksjon og tidlig tilknytning	22
Eksempler på lovende intervensjoner overfor nyblitte foreldre	24
Skoleforberedende program som tidlig intervensjon	26
Å lykkes med å implementere nye metoder	27
Mer effektivt med nasjonal implementering	29
Tidlig innsats lønner seg	30
Implementering av PMTO på Island med små ressurser	33
Eksempel: PMTO med somaliske og pakistanske foreldre – intervju	34
Konklusjon	35

DEL 2

RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER BLANT FØRSKOLEBARN FOR FREMTIDIGE PSYKOSOSIALE PROBLEMER –HVA VI VET FRA FORSKNING OG HVORDAN DET KAN BRUKES I PRAKTISK ARBEID	36
Fokus på utagerende og innadvendte problemer	37
Hva er risikofaktorer og beskyttende faktorer?	38
Risiko- og beskyttelsesfaktorer går igjen på mange nivåer	39
Hva er risiko- og beskyttelsesfaktorene hos førskolebarn? ...	40
Kan amerikansk forskning brukes på nordiske barn?	40
Atferdsproblemer, en av de sterkeste risikofaktorene	42
Mange risikofaktorer innebærer større risikoer	43
Likheter mellom gutter og jenter når det gjelder risiko- og beskyttelsesfaktorer	43
Arv og miljøaspekter ved risiko- og beskyttelsesfaktorer	43
Å bruke kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer i praksis	44
Risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid	44
Ikke en eksakt vitenskap	45
Tre prinsipper i risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid	45
Struktur viktig ved vurdering av risiko- og beskyttelsesfaktorer	46
Betydningen av opplæring	47
Hvilke profesjoner kan vie seg til risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid?	47
Vurdering, innsats og oppfølging	48
Konklusjon om risiko- og beskyttelsesfaktorer	49
Fremming av dialog med foreldre – erfaringer fra Finland	49
Utfordringen	50
Foreldre spesialister på sine egne barn	50
Risikofokusert arbeid i praksis – eksempelet Sjöbo kommune i Sverige	51



Tidlig innsats overfor familier og barn i Norden



I to år har eksperter fra de nordiske landene møttes for å utarbeide forslag til tidlige tiltak som fungerer. Forskere og praktikere har foreslått gode eksempler fra sine respektive land. Det har bl.a. resultert i *Föräldrastöd Norden* – en modell for implementering av foreldrestøtteprogrammer. Vi trenger ikke flere programmer, men heller færre og mer effektive programmer evaluert i Norden. Mange av de programmene som brukes i dag, mangler forskningsstøtte. En del er sannsynligvis effektive, men både dokumentasjon og oppfølging mangler. I dag finnes det programmer med gode effekter. Felles nordisk forskning vil kunne gjennomføres med satsing på noen utvalgte intervensjoner. Å lykkes med implementeringen av metoder er avgjørende for et vellykket resultat. Nasjonal støtte for implementering har vist seg å være en måte som gjør at man lykkes bedre.

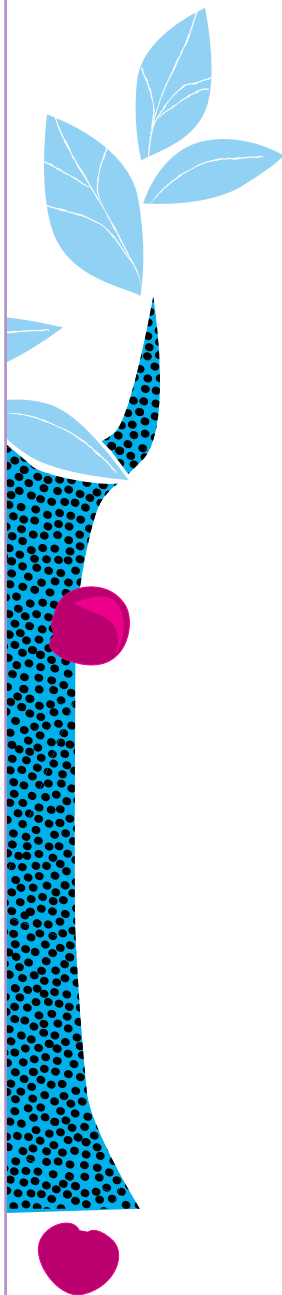
I tillegg til modellen gis det eksempler på programmer som fanger opp foreldre med nyfødte barn, og et skoleforberedende program fra Danmark. Det er dessuten gjennomført en oversikt over forskning omkring risiko- og beskyttelsesfaktorer som presenteres i inspirasjonsheftet. Vi trenger kunnskapen for på et tidlig tidspunkt å kunne oppdage barn og familier med behov for støtte og for å utforme tiltak som styrker de beskyttende faktorene og reduserer risikofaktorer. Tidlig innsats lønner seg, ikke minst ut fra en sosioøkonomisk synsvinkel. De fleste foreldre i Norden får støtte av helsestasjoner under graviditeten, dessuten går nesten alle barn i barnehage. I de nordiske landene har vi derfor en unik mulighet til å oppdage og tilby støtte til barn og familier på et tidlig tidspunkt!

TIDLIG INNSATS – TIDLIG I LIVET

Barn som risikerer å utvikle funksjonsvansker, har ikke tid til å vente. Det kreves at noen oppdager hvilke problemer de har, og hva de kjemper med. For disse barna er tidlig hjelp god hjelp, noe som kan gjøre det mulig å forhindre at problemene øker og blir vanskeligere å håndtere. Problemene er som oftest knyttet til søvn, måltider, hygiene eller lek. I bakgrunnen kan det finnes lære- og utviklingsvansker, eller en biologisk umodenhet som kan være forbigående. Blant eksemplene finner vi barn med forsinket språkutvikling, barn med nedsatt funksjonsevne og barn som kommer fra vanskelige familieforhold. Samtlige kan trenge særskilt trening, oppfølging og tilpasning, enten sosialt, pedagogisk eller fysisk. På visse områder kan man snakke om progressive problemer, det vil si at nye problemer legges til de gamle etter hvert som barna blir eldre. Barn med språkvansker kan for eksempel få problemer med å lære seg å lese når de begynner på skolen, noe som i sin tur fører til økte vansker gjennom hele skolegangen.

SMÅ BARN ER MER PÅVIRKELIGE

For å kunne sette inn tidlige tiltak overfor barn i risikosonen, må problemene identifiseres tidlig, men det er avgjørende at man oppdager og kartlegger funksjonsvansken og deretter følger opp med tiltak. Jo lengre tid det går før barnet får hjelp, desto vanskeligere er det å gi riktig hjelp. Selv om mange av de yngste barna viser tydelige tegn på at de har problemer, er det mange som ikke får hjelp i tide. Tidlig hjelp er god hjelp, og små barn er på mange måter mer påvirkelige og mottakelige for hjelp enn eldre barn.



PERSONALET I BARNEHAGEN MÅ REAGERE

Et hinder for tidlig innsats kan være at de som arbeider med de yngste barna, inntar en «vent-og-se»-holdning. Ettersom det er vanlig med forskjeller mellom barn, forventer man at enkelte vokser av seg problemene. Det stemmer også for en del barn, for eksempel de som modnes senere enn sine jevnaldrende venner, eller de som av andre grunner utvikles sent. Når de som arbeider med barn, for eksempel ansatte i barnehager, er forsiktige med å identifisere barn i risikozonen, er grunnen ofte at man ikke vil at barna skal bli «stemplet» og «stigmatisert». Personalet vet at tidlig diagnostisering iblant kan ha utilsiktede negative effekter og vil derfor beskytte barna mot denne belastningen. Diagnoser kan også ha lav reliabilitet, noe som betyr at enkelte barn ikke får noen diagnose i det hele tatt, og heller ingen særskilt behandling.

Et problem med tidlig kartlegging er også at ulike informanter gjør ulike vurderinger av barns funksjonsnivå og problemer. Overensstemmelsen mellom foreldrenes syn på barna hjemme og personalets opplevelser i barnehagen er ofte overraskende lav, noe som gjør det vanskelig å fastslå barnets utviklingsstatus. Men uansett hvilken årsak man har til å avvente tidlig kartlegging og identifisering, er det uheldig for de barna som har behov for tidlig intervensjon.

Det er derfor viktig at alle som arbeider med barn og familier, er oppmerksomme på at det finnes barn med særskilte behov. Samtidig må kartleggingsarbeidet ta hensyn til de mange usikkerhetsmomentene som hører sammen med barns risikostatus, og det bør utvises forsiktighet ved bruk av diagnostisering eller andre kriterier for kategorisering av barn. Et godt hjelpemiddel kan være å foreta en undersøkelse i forhold til risikoer og beskyttende faktorer samt en kartlegging som identifiserer barnets styrker og svakheter. Prosedyren for tidlig identifisering av utsatte barn bør være standardisert og forskningsbasert fremfor å bygge på subjektive oppfatninger. Hvis ansatsen tar hensyn til barnets utviklingsnivå, kan kartleggingen følges opp med en tidlig innsats for å korrigere, forebygge eller stimulere barnets utvikling.

SYSTEMATISK KARTLEGGING I SAMARBEID MED FORELDRE

Tidlig identifisering bør bygge på observasjoner og vurderinger av barn i deres daglige miljø og ha et bredt perspektiv på deres fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle funksjonsnivå og vansker. Arbeidet bør være treffsikkert, slik at man bruker mest tid og kompetanse på barn som trenger det mest. Derfor

er det nødvendig med en viss systematikk i kartlegging og oppfølging.

Dette kan gjennomføres som en prosess i tre trinn, der det første trinnet består av uformelle vurderinger av samtlige barn utført av kompetent personale på en helsestasjon eller i en barnehage. Vurderingskriteriene kan være utformet som sjekklister og bør bygge på relevant forskning. Barn som skiller seg ut fra sine jevnaldrende på viktige områder, eller som av andre grunner trenger å undersøkes, bør følges opp mer inngående. Trinn to kan derfor bestå av kartlegging og vurdering av samspill, atferd og ferdigheter ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy eller observasjonsrutiner. For barn som overskrider kritiske grenseverdier, bør man gjennomføre en mer detaljert utredning. Trinn tre kan derfor bestå av tester, individuell observasjon i strukturerte og ustrukturerte aktiviteter, der man utfører en mer inngående analyse av barnets atferd og utvikling. Gjennom hele prosessen er det viktig at foreldrene blir informert, og at de er delaktige hvis barnet skal undersøkes nærmere.

TIDLIG INNSATS SOM EN KONTINUERLIG PROSESS

Det er imidlertid viktig å merke seg at tidlige tiltak ikke fungerer som en «vaksine» med ubegrenset holdbarhet. For enkelte barn kan det være viktig å opprettholde tiltaket over tid hvis det skal fungere. Etter hvert som barna blir eldre, kan de utsettes for risikoer i form av nye belastninger og stress. Tidlig identifisering skal derfor ikke oppfattes som en engangsinnsats, men en kontinuerlig prosess der barna følges nøye i perioder og situasjoner der de kan være sårbare, for eksempel ved overgangen fra barnehage til skole.

TILPASSET INNSATS FOR MÅLGRUPPEN

Barn kan også deles inn i risiko- eller tiltaksgrupper. De fleste barn tilhører gruppen lavrisikobarn, som fungerer godt intellektuelt, motorisk, atferdsmessig, sosialt og emosjonelt. *En mindre gruppe barn er i risikozonen og kan utvikle funksjonsvansker etter hvert som de eksponeres for risikoer av individuell og miljørelatert karakter.* Den siste og minste gruppen er barn som allerede har utviklet problemer knyttet til psykisk helse, motorikk, atferd og kognitiv funksjon. Disse barna kan trenge omfattende og langvarige hjelpe- og stimulerings tiltak, og er antakelig den gruppen som har størst utbytte av tidlige tiltak. Det bør være tydelig hvem som inngår i målgruppen når man påbegynner en tidlig innsats.

UNIVERSELL, SELEKTIV ELLER INDIKERT INNSATS?

Universelle tiltak er allment forebyggende og retter seg mot alle barn. Selektive tiltak retter seg mot barn som vurderes å befinne seg i risikozonen, og indikerte tiltak retter seg mot barn som er spesielt utsatt, eller som allerede har utviklet funksjonsvansker. Risikofaktorer i barns utvikling har en tendens til å danne et sammenhengende mønster som rammer følsomme barn når de utsettes for negativ sosial og psykologisk påvirkning. Det er ikke alltid mulig å forutse hvilke problemer mønsteret fører til, og de samme risikofaktorene kan føre til ulike former for problemutvikling. Dette forklarer hvorfor de tidlige tiltakene bør ha et bredt fokus som er både problemforebyggende, ressurs- og kompetanseutviklende.

BARNEHAGEN – ET STED FOR Å OPPDAGE UTSATTE BARN

Sammenlignet med barn i skolealderen er det relativt sett færre nordiske førskolebarn som får spesialpedagogisk hjelp, psykiatrisk behandling eller som meldes til sosiale myndigheter. Dette kan være et tegn på at barnehagene i for liten grad utnyttes som arena for å oppdage utsatte barn, og at tiltakene først settes inn når de begynner på skolen. Det finnes studier som viser at barnehagen påvirker barna mindre enn foreldrene og hjemmet, noe som viser hvor viktig det er at foreldrene deltar i tidlige intervensjoner. Det er ofte en fordel at tidlige tiltak har en «lav terskel», slik at foreldrene selv kan ta kontakt og be om en vurdering av barnets problemer, og at muligheten er tilgjengelig der barnet er, dvs. i barnehagen eller på helsestasjonen. Barnehagen har en unik mulighet til å forebygge, oppdage behov og iverksette tiltak overfor barn som trenger ekstra omsorg og hjelp i utvikling og læring av ferdigheter. Ved å begrense bruken av diagnoser og kategoriseringer etter funksjonsvanskenes art og grad, kan man også forebygge at tidlige tiltak får stigmatiserende effekter på barna og deres omgivelse.

TILBY TILTAK SOM FUNGERER!

Det finnes en økt forståelse for at tidlig innsats bør bestå av intervensjoner eller tiltak som gjennom forskning har vist seg å fungere på definerte problemer og i spesifikke situasjoner. Det handler med andre ord om å dra nytte av den beste kunnskapen om hva som fungerer, og la forskning veilede praksis. Det finnes modeller, programmer, tiltak og metoder som gjennom kontrollert evaluering har gitt gode resultater.

Intervensjonene bør være tydelig beskrevet i retningslinjer eller håndbøker, og iverksettes i overensstemmelse med teoretiske og praktiske forutsetninger. Evalueringen bør omfatte hvilket utbytte barnet og dets familie har av innsatsen, men også utførelsen av intervensjonene. *Hvis tiltaket ikke gir positive resultater, kan det skyldes at innsatsen ikke var så effektiv som forventet, eller at selve gjennomføringen var mangelfull.*

TREN, VEILED OG STØTT FORELDRE

Tidlig innsats overfor barn som ikke har begynt på skolen, har ofte som mål å bedre barnas fysiske helse eller fremme deres kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling. Men innsatsen kan også innledes tidligere, med oppfølging av mødre under graviditet og fødsel. En internasjonal kunnskapsoversikt viser at de fleste forebyggende tiltak rettet mot barn i førskolealderen, har som mål å stimulere barnas kognitive utvikling eller på andre måter styrke deres forutsetninger for å kunne håndtere skolen. Noen av tiltakene har også vist seg å ha langsiktig positiv virkning på barnas funksjon. I tillegg går opplæring, veiledning og støtte til foreldre som en rød tråd gjennom vellykkede prosjekter og tiltak, og ofte fokuserer de på å fremme kompetanse, initiativ og selvstendighet hos både foreldre og barn.

GI BARN MULIGHET TIL UTVIKLING

Funksjonskapasiteten setter grenser for hvor langt et barn kan nå, og medfødte forutsetninger kan begrense læreevne og utviklingsmuligheter. Det er likevel viktig at man, uavhengig av barns forutsetninger, helt og fullt utnytter miljørelaterte tiltak for å stimulere og støtte barn i deres læring og utvikling.

Formålet med tidlig innsats er å redusere risikoen for at barn utvikler problematferd, psykiske eller fysiske helseproblemer eller problemer med skolen. Innsatsen kan dreie seg om å kartlegge og stimulere barns ressurser og talenter, men også om å fremme deres evne til å håndtere stress, motgang og kriser. Det kan dreie seg om å skape et oppvekstmiljø der barna får en følelse av tilhørighet, og der de lærer seg viktige ferdigheter for å kunne bidra og bli verdsatt for det.



FORELDRESTØTTE SOM TIDLIG INNSATS

Et resultat av det nordiske prosjektet er et forslag om nordisk implementering av foreldrestøtte. Sats på noen få foreldrestøtteprogrammer og implementer dem i alle kommuner. Det vil gi mulighet for å gjennomføre felles nordisk forskning og vil gi en kostnadseffektivisering, særlig innen opplæring og implementering. Innføringen av nasjonal implementeringsstøtte synes å være en effektiv modell. Implementeringen av TIBIR i Norge er et godt eksempel i Norden. Föräldrastöd Norden er et forslag til en forenklet modell av TIBIR. Det er viktig å tilpasse foreldrestøtteprogrammer slik at de blir attraktive for foreldre som risikerer marginalisering. Senere i heftet viser vi hvordan foreldrestøtte er blitt gjennomført med pakistanske og somaliske foreldre på en vellykket måte.

TIBIR – TIDLIG INNSATS FOR BARN I RISIKO

Programmet TIBIR er utviklet i Norge og bygger på erfaringer fra tidligere implementeringsarbeid. Målsettingen med TIBIR er å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer hos barn i alderen 3–12 år på et tidlig tidspunkt samt å bidra til å utvikle barnas positive og prososiale atferd. Programmet styrker dermed tiltak som retter seg mot familier med barn som allerede har utviklet atferdsproblemer, eller som risikerer å gjøre det. Programmet består av seks intervensjonsmoduler som til sammen danner en helhetsinnsats overfor barnefamiliene. Opplæring i TIBIR tilbys kommunalt ansatte som arbeider med velferdstjenester for barn og familier.

Les mer her:
www.atferdssenteret.no



Föräldrastöd Norden

– en modell for tidlig innsats

Föräldrastöd Norden inneholder støtte til familier på tre nivåer. Grunntanken er at det skal være enkelt å få støtte som forelder, og at støtten skal gis i en tidlig fase. Når problemene er store, skal man enkelt få hjelp til mer omfattende støtte. De tiltakene som tilbys, bør være evaluert og ha vist god effekt i forskning.

Implementering av *Föräldrastöd Norden* innebærer at tilbudet av tiltak begrenses, og at det blir mulig å evaluere de tiltakene som tilbys. Forskning tar tid, og et stadig bytte av intervensjoner kan føre til at kunnskap om hva som fungerer presenteres først etter at intervensjonen ikke lenger er aktuell som innsats. Man kan vinne på å tenke langsiktig og ikke bytte ut intervensjoner før man vet om de fungerer.

Föräldrastöd Norden er et samlet tilbud av tidlig støtte til barnefamilier i en kommune. Å gjennomføre *Föräldrastöd Norden* betyr ikke automatisk økte kostnader for kommuners forebyggende arbeid; det kan dreie seg om å omprioritere de tiltakene som allerede finnes. I en innledende periode kan det oppstå kostnader knyttet til opplæring og veiledning av personale som skal være gruppeledere. Det er viktig at det finnes en langsiktig plan for implementering av modellen. Foreldrestøtten bør evalueres og ved behov tilpasses ulike målgruppers behov.

Grunnlaget for modellen er en felles kunnskapsbase for personale som arbeider med barn. Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer skal finnes hos alle profesjonelle som arbeider med barn, for eksempel i en barnehage eller et familiesenter. For å spre denne kunnskapen til alt personale som arbeider med barn, kan opplærings-satsinger gjennomføres kontinuerlig. Les mer om risiko- og beskyttelsesfaktorer på side 36.

Tre moduler av foreldrestøtte tilbys foreldre i alle kommuner:

1. Universell støtte til alle foreldre

Tradisjonen i den nordiske velferdsmodellen er at store deler av tjenestene er universelle, dvs. at de tilbys alle og ikke er behovsprøvd. Det gjelder også foreldrestøtten, der for eksempel jordmortjeneste, helsesøstertjeneste og barnehage tilbys alle småbarnsfamilier. Disse universelle tjenestene er en unik arena for forebyggende arbeid og muliggjør en førsteklasses

foreldrestøtte. I tillegg finnes det i dag flere foreldrestøtteprogrammer. Programmene kan ikke erstatte øvrige velferdstjenester, men kan utgjøre et viktig komplement i utviklingen av støtten som tilbys familier. I dette prosjektet foreslår vi at kommunene kompletterer sine velferdstjenester med et av de foreslåtte programmene.

Som en universell innsats foreslås det at foreldre i alle kommuner tilbys *rådgivningssamtale* som et kortsiktig tiltak. Det kan dreie seg om et problem som har oppstått med barnet, og kan bestå av et fåtall samtaler. Rådgivningssamtalen gis av personale som har fått opplæring i et foreldrestøtteprogram som har støtte i forskning, for eksempel PMTO, Parent Management Training Oregon-modellen, De utrolige årene eller KOMET.





Les mer her:
www.allabarnicentrum.se

Modulen kan også inneholde universell *foreldreopplæring*, som bygger på de samme prinsippene som programmet nevnt ovenfor. Foreldreopplæringen gis til alle interesserte foreldre og omfatter et par informasjonskvelder. I Sverige finnes for eksempel ABC, Alla Barn i Centrum.

2. Foreldrestøtte – grupper

Modul 2 inneholder støtte til foreldre i grupper. Målgruppen er foreldre som opplever problemer med sine barn eller sitt foreldreskap. Det kan for eksempel dreie seg om barn som ofte kommer i konflikt med andre barn, søsken og foreldre. Foreldre som søker støtte får hjelp med strategier som bedrer foreldreskapet. Foreldrene søker selv opp hjelpen eller har fått tips av helsestasjonen, barnehagen, sosialtjenesten eller av andre foreldre som har anbefalt programmet.

Intervensjonene i denne kategorien går ut på å veilede foreldre i grupper, sammen med andre foreldre. Foreldregruppene møtes vanligvis 10–12 ganger fordelt på en gang i uken i 2–2,5 timer. Gruppene ledes av 1–2 ledere som har fått opplæring i foreldrestøtteprogrammet. Undervisningsformen er «miniforelesninger», gruppediskusjoner, rollespill og øvelser mellom møtene. Programmene som foreslås er PMTO (gruppeintervensjon), De utrolige årene (Basic) eller KOMET.

3. Foreldrestøtte – individuelt

Modul 3 inneholder individuell støtte til foreldre som har barn med betydelige atferdsproblemer. Relasjonen mellom foreldre og barn har over lengre tid vært preget av stadige konflikter, som også har vist seg mellom barnet og venner eller mellom barnet og personale i barnehage/skole. Familien kan ha gjennomgått foreldrestøtte i grupper, men det har ikke vært et tilstrekkelig tiltak. Målet med programmet er at foreldre og barn skal få en positiv relasjon, slik at barnets positive utvikling fremmes. Foreldre trenes i foreldreferdigheter og i å oppmuntre barnet når det trener inn nye ferdigheter. Foreldre får også trening i å gjenvinne foreldrekontrollen og utvikle et positivt samspill med barnet sitt. Praktiske øvelser og hjemmeoppgaver inngår i programmet. Foreldre og terapeut setter opp mål og delmål under behandlingen, og disse målene følges opp. Foreldrestøtten varer 1–1,5 time hver gang, og antall møter tilpasses familiens behov. Den individuelle støtten som foreslås er PMTO, De utrolige årene (Advance) eller Förstärkt KOMET.

Les mer:
www.kometprogrammet.se

KOMET

KOMET er utviklet i offentlig regi innenfor Preventionscentrum i Stockholm. Det er et evidensbasert foreldretreningsprogram som støtter seg på internasjonal forskning om samspill mellom foreldre og barn og bygger på sosial læringsteori. Komet tilbyr opplæring for personale som har mulighet til å arrangere foreldregrupper rettet mot foreldre med barn i alderen 3–11 år. Komet foreldrestøtte retter seg mot foreldre som opplever at de ofte havner i konflikt og bråk med barnet sitt og har problemer med å håndtere situasjonen på en god måte. Komet finnes også som Förstärkt Komet med individuell støtte til foreldre (3–11 år) og Komet for tenåringsforeldre i grupper (12–18 år).

PMTO, PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON

PMTO er et evidensbasert program som gir individuell støtte til foreldre med barn i 4–12-årsalderen med alvorlige atferdsproblemer. Programmet bidrar til å styrke sosiale ferdigheter og samarbeid. Målsettingen er å forebygge og redusere atferdsproblemer hos barna. Programmet baserer seg på forsknings- og utviklingsarbeid som er gjort ved Oregon Social Learning Center i USA. Norge har gjennomført verdens eneste nasjonale satsing på PMTO, som er blitt videreutviklet for nordiske forhold av Atferdssenteret. Ut fra de samme prinsippene som i PMTO er det utviklet en gruppeintervensjon for foreldre som har barn med atferdsproblemer eller barn som risikerer å utvikle et atferdsproblem (4–12 år), TIBIR – foreldregruppeintervensjon.

Les mer:
www.atferdssenteret.no

DE UTROLIGE ÅRENE (THE INCREDIBLE YEARS)

De utrolige årene er et evidensbasert foreldreopplæringsprogram. Innsatsen er utviklet av den amerikanske psykologen og forskeren Carolyn Webster-Stratton. Målgruppen er foreldre til barn i alderen 3–12 år som har følelsesmessige problemer eller atferdsforstyrrelser. Foreldreopplæringen, der foreldrene lærer hvordan de kan fremme en positiv utvikling hos barna, er delt inn i to deler. Den første delen tar utgangspunkt i lek, ros og belønning, og formålet er å styrke relasjonen mellom barn og foreldre. Den andre delen utvikler strategier hos foreldrene slik at barnas problematferd kan reduseres. De utrolige årene finnes som gruppeintervensjoner på nivå *Basic* og *Advanced*.

Les mer:
www.ungsinn.uit.no

Hvis en kommune velger å satse på en av disse intervensjonene, kan samme person ta hånd om intervensjoner som er på ulike nivåer, men som bygger på samme teori. Gruppeledere for foreldrestøttegrupper kan for eksempel være de samme personene som tar hånd om den universelle opplæringen for foreldre på et familiesenter.

HVORFOR MANUALBASERTE FORELDRETRENINGSPROGRAMMER?

For å forebygge atferdsproblemer hos barn finnes det i dag en rekke manualbaserte foreldretreningsprogrammer. Omfattende internasjonal forskning, men også studier fra de nordiske landene, har vist gode resultater for foreldrestøtteprogrammer, bl.a. når det gjelder atferdsproblemer hos barn. Et felles utgangspunkt for disse programmene er at man gjennom opplæring og trening kan endre foreldres atferd i oppdragelsessituasjoner. Målsettingen med foreldrestøtten er å bryte et negativt samspillmønster mellom foreldre og barn.

For foreldre som har barn med atferdsproblematikk, har det vist seg at *støttesamtaler alene ikke er tilstrekkelig*. Legger man til strategier for oppdragelse, trening, rollespill og feedback (på treningsoppgaver), øker muligheten for at foreldre utvikler sitt foreldreskap.

OPPLÆRING I FORELDRESTØTTEPROGRAMMER

Opplæring av ledere for foreldrestøtteprogrammer begynner ofte samtidig med at gruppelederen gjennomfører en foreldrestøttegruppe. Etteropplæring er obligatorisk, og alt materiell som brukes under møtene er samlet i manualer. Manualen kan for eksempel bestå av teori, øvelser og filmklipp som viser eksempler på situasjoner man kan arbeide med. En kommune kan lære opp gruppeledere som i sin tur lærer opp andre gruppeledere. Opplæringen er relativt kort, men krever veiledning og videreopplæring. Som eksempel kan nevnes at opplæring til gruppeleder i KOMET går over 8 dager, fordelt på 2 terminer.

Å VELGE RIKTIG PROGRAM

En god del av de rådgivnings- og støttetiltakene som tilbys i dag mangler evalueringer, og mange mangler helt dokumentasjon. Et tiltak som *ikke* er effektivt, kan føre til at problemene øker, og foreldrene kan oppleve at det ikke er meningsfullt å søke støtte igjen. Når en familie søker støtte, er det viktig at hjelpen kommer raskt, og at den er effektiv.

En kommune kan velge et foreldrestøtteprogram som allerede er implementert i større skala. Det er imidlertid viktig å velge programmer som er effektive og som viser gode resultater i forskning. I Sverige har for eksempel mange kommuner valgt å implementere KOMET. I Norge og på Island har man gjennomført en satsing på PMTO. I Danmark er De utrolige årene implementert i en del kommuner. I Finland ses foreldrestøtte som en del av et førsteklasses tilbud av universelle velferdstjenester, inklusive en kostnadsfri jordmor- og helsesøstertjeneste. Bruken av programbasert foreldrestøtte er begrenset. Den modellen for implementering som gjennomføres av TIBIR i Norge, kan inspirere land som mangler en nasjonal strategi for implementering av programbasert foreldrestøtte.

HVORDAN KAN MAN HA KONTROLL PÅ FORSKNING?

Det kan være vanskelig for en kommune eller for profesjonelle å ha kontroll på forskning. Forskning må oversettes for å settes ut i praksis og føre til praktisk handling. Her kommer tre eksempler fra de nordiske landene der man presenterer intervensjoner og forskningsresultater innenfor barn- og ungdomsområdet: Ungsinn i Norge, Vidensportalen i Danmark og Metodguiden i Sverige.

- www.ungsinn.uit.no
- www.vidensportal.servicestyrelsen.dk
- www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide

HVA GJØR MAN NÅR DET MANGLER FORSKNING?

Det finnes et stort antall tiltak for å støtte barn og unges psykiske helse. I 2009 identifiserte Socialstyrelsen i Sverige 103 barnevernsbaserte intervensjoner for barn innenfor det polikliniske tjenestetilbudet. Ti av disse var evaluert i Sverige, slik at det var mulig å evaluere effekten av dem. Situasjonen er den samme innenfor barnehage og grunnskole; nesten ingen av de pedagogiske metodene som brukes for barns psykiske helse har vitenskapelig støtte. Det er heller ikke sannsynlig at alle disse tiltakene vil bli evaluert innen rimelig tid.

Selv om et tiltak ikke er evaluert, kan det være effektivt. Vi trenger altså noe annet enn effektevalueringer for å vurdere om et tiltak i rimelig grad er effektivt. En metode er å ta utgangspunkt i noen kriterier som forskning systematisk har identifisert som viktige. Det er bakgrunnen for en britisk database om foreldrestøttetiltak som retter seg mot

Les mer her:

www.education.gov.uk/commissioning-toolkit

profesjonelle og foreldre. De tiltakene som beskrives i databasen er gransket av et forskerpanel i henhold til tre sentrale kvalitetsaspekter som hver og én graderes i fem trinn. Hver enkelt av disse tre dimensjonene har vist seg å forutse om tiltak har positive effekter overfor målgruppen. Det gis høy skår når det finnes:

1. Avgrenset målgruppe

Det finnes en tydelig beskrivelse av målgruppens behov, en metode for å rekruttere og sikre at det er riktig målgruppe, en metode for fortløpende å registrere om målgruppens behov ivaretas, samt retningslinjer for om og når andre bør kontaktes for å gi annen støtte.

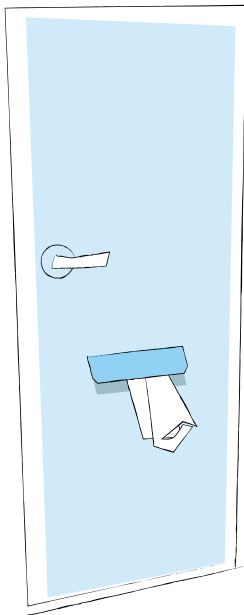
2. Forskningsmessig forankret teori

Teorien om hvorfor tiltaket skal føre til endring har støtte i forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer, det finnes forskningsstøtte som viser at tiltaket endrer foreldres samspill med sine barn, samt at kort- og langsiktige effekter er teoretisk realistiske.

3. Veldefinert opplæring og implementering

Krav til forkunnskaper for de som skal bruke metoden er tydeliggjort, og opplæringen er strukturert med tydelig format, omfang og intensitet. Det finnes en skriftlig manual som forklarer hva som fører til endring og hvilke effekter som skal forventes. Dessuten finnes det en metode for å avlese at tiltaket brukes som tiltenkt. Veiledning skal tilbys som støtte når man begynner å bruke metoden, og veilederens nødvendige kvalifikasjoner er tydelige.

Ettersom tiltak som får høy skår på disse kriteriene har større sannsynlighet for å fungere, kan vurderingen være et grunnlag for en virksomhet som overveier å introdusere et nytt tiltak. Dimensjonene er ingen garanti, men de øker sannsynligheten for at tiltaket er effektivt. *Hvis valget står mellom flere ulike tiltak, bør man unngå de som oppfyller få eller ingen av de ovenstående kriteriene, for eksempel de som påstår å fungere for alle typer problemer, de som mangler en teori om hvorfor de fungerer eller har utydelig vitenskapelig støtte, og de som har kort opplæring (f.eks. en dag).*



Lovende tiltak overfor foreldre med de minste barna

Intervensjonene i *Föräldrastöd Norden* omfatter foreldre med barn fra rundt 3-årsalderen.

Her løfter vi frem eksempler på tidlig støtte til foreldre med spedbarn.

STØTTE TIL FORELDRE I DE FØRSTE ÅRENE

En trygg tilknytning mellom spedbarn og foreldre er en beskyttelsesfaktor som motvirker problemer senere i livet. Sannsynligheten for at et spedbarn skal utvikle en trygg tilknytning til foreldrene øker hvis samspillet mellom spedbarnet og foreldrene har vært tilfredsstillende. Det innebærer at foreldrene oppfatter barnets signaler, tolker dem riktig og reagerer adekvat på dem. Det finnes vitenskapelig støtte for dette.

Under denne overskriften har vi samlet kunnskap om støtte til foreldre i barnets første leveår. Vi vet fra forskning at det ikke finnes så mange evidensbaserte metoder som er implementert i de nordiske landene når det gjelder de små barna. Det gjøres allerede en stor innsats innenfor jordmortjenesten, helsesøstertjenesten og på familiesentre. Det mangler imidlertid forskning fra nordiske miljøer. En god del av de intervensjonene som gir et godt resultat i studier fra USA, kan ha en annerledes målgruppe. Den nordiske universelle støtten til nyblitte foreldre kan være mer omfattende enn de amerikanske intervensjonene.

HVA SIER FORSKNINGEN OM TILTAK OVERFOR BARN 0–3 ÅR?

Det danske forskningsinstituttet SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, utarbeidet i 2011 en forskningsoversikt over tidlige tiltak overfor sårbare og utsatte barn i alderen 0–3 år og deres foreldre (inklusive gravide mødre). Forskningsoversikten gir en oversikt over tiltak som har til formål å redusere eller kompensere for følgende risikofaktorer: mødres misbruk, vanskjøtsel, vold i nære relasjoner, psykisk sykdom hos foreldrene, tidlig foreldreskap og kombinerte problembilder. Formålet er få frem kunnskap som kan bidra til evidensbasert praksis innenfor sosialpolitikken. SFI har gått gjennom effektforskning som inkluderer

Les mer på www.sfi.dk, «Innsatser over for utsatte 0–3-årige og deres foreldre»

RCT-studier, kvasiekperimentelle studier og studier med før- og ettermålinger.

Kartleggingen ga 81 forskningsstudier der tiltak viste effekt. De fleste studiene kommer fra USA (55), mens 10 er fra Europa. *Det fantes ingen forskning fra de nordiske landene som tok for seg denne gruppen! Man kan derfor si at resultatene først og fremst refererer til nordamerikanske miljøer.*

VIKTIGE KJENNETEGN FOR TIDLIGE TILTAK OVERFOR FORELDRE MED BARN 0–3 ÅR:

Målgruppe – Tidlige tiltak bør rette seg mot foreldrene og spesielt mødre – ikke mot barna

Organisering – Tiltakene skal være organisert som multifasettete intervensjoner, dvs. at de skal bestå av flere ulike aktiviteter som for eksempel samtale, praktisk hjelp, gruppesamtale og annet.

Varighet og intensitet – Tidlige tiltak bør være forholdsvis langvarige, seks måneder eller mer, og inneholde tette kontakter mellom bruker og behandler.

Kartlegginger viser også at hvis man arbeider med en forelder med en særlig risikofaktor, for eksempel misbruk, bør man tilby støtte som særlig retter seg inn mot denne risikofaktoren.

VIKTIGE KJENNETEGN FOR TILTAK MOT FORELDRES MISBRUK:

Målgruppe – De fleste effektive tiltakene retter seg mot mødre med misbruk, og tiltakene fungerer for foreldre med barn i ulike aldersgrupper.

Organisering – Tiltakene er multifasettete og gis fremfor alt individuelt.

Varighet og intensitet – Tiltakene er som oftest langvarige og varer i mer enn seks måneder. Intensiteten varierer fra daglige tiltak til flere ganger i måneden.

BETYDNINGEN AV TIDLIG INTERAKSJON OG TIDLIG TILKNYTNING

Ifølge tilknytningsteorien har omsorgen som barn får i sine tidlige leveår langtrekkende konsekvenser for deres utvikling. Teorien bygger på at barnet trenger omsorg som er både forutsigbar og emosjonelt innrettet mot barnets behov.

I praksis handler det om hvordan den daglige omsorgen utøves: når et barn gråter av sult, må forelderen ha kapasitet til å svare på både barnets fysiske behov for mat og barnets emosjonelle behov for ømhet og trygghet – å kun svare på barnets fysiske behov er ikke tilstrekkelig for å trygge barnets utvikling. Hvis forelderen er irritert og hardhendt, eller likegyldig og mekanisk når han eller hun mater barnet, vil dette påvirke spedbarnet på en negativ måte, men er forelderen rolig og kjærlig, påvirker det barnet på en positiv måte.

I barnets første leveår er det mer adekvat å snakke om tidlig interaksjon enn om tidlig tilknytning. Rundt ettårsalderen har barnet utviklet sin første arbeidsmodell om menneskelig interaksjon, dvs. en modell for hvordan man kan uttrykke sine behov og følelser, og hvilket svar man kan forvente å få. Denne interne arbeidsmodellen er ikke stabil, men utvikles gjennom hele livet. Den første grunnleggende modellen utgjør grunnlaget som senere erfaringer bygger på. Negative erfaringer i denne perioden påvirker barnets utvikling på to måter. Barnet blir mer sårbart overfor senere negative opplevelser, og dessuten blir det mer sannsynlig at barnet utsettes for dem. Dette skyldes at barnet har utviklet negative strategier for spillet med foreldrene. Negative strategier kan opprettholdes ved at:

- Tidlige erfaringer påvirker hjernens struktur og funksjon
- Indre arbeidsmodeller påvirker hvordan barnet tolker interaksjon (både verbal og ikke-verbal)
- Smertefulle erfaringer fører til defensive forsvarsmekanismer som hindrer nye erfaringer
- Utrygge barn er ofte aggressive eller avvissende og oppfører seg slik at det vekker irritasjon og sinne heller enn medfølelse hos voksne og andre barn
- Andres negative reaksjoner forsterker barnets negative arbeidsmodeller

Hjernens strukturelle utvikling pågår fra graviditetens første uker til mennesket er ung voksen og genetisk drevet. Hjernens funksjonelle utvikling pågår hele livet og påvirkes av våre erfaringer. *Ny forskning bekrefter at følelsene er sentrale*

for hvordan hjernen utvikles. I løpet av de første ni månedene utvikles også banene mellom de mer primitive delene av hjernen og de delene av hjernen som regulerer de følelsesmessige reaksjonene. Skadelige følelsesmessige erfaringer i disse første månedene kan skade eller hindre denne utviklingen, noe som på sikt kan føre til impulsiv aggressivitet. Dette kan også være årsaken til senere personlighetsforstyrrelser.

Når barnet får positive gjensvar fra foreldre som med sitt lydhøre og beroligende nærvær organiserer og gir ord for babyens følelser, utvikler barnet en trygg tilknytning til sine foreldre. Det skjer rundt ettårsalderen. Et trygt barn søker sin forelders nærhet når det blir skremt, opprørt, sulten eller har det vondt. Men barnet er også nysgjerrig og ivrig etter å undersøke sine omgivelser. Hvis forelderens omsorg har vært følelsesmessig avvisende eller mer basert på forelderens sinnstilstand og behov enn på barnets, kan ikke barnet bruke sin forelder til å regulere følelsene sine på samme måte som det trygge barnet kan. I ekstreme tilfeller har ikke barnet klart å etablere noen som helst organisert modell for hvordan interaksjon fungerer.

Skadelige erfaringer (alvorlig omsorgssvikt, mishandling og andre traumatiserende erfaringer) fører til både strukturelle og funksjonelle endringer i barnets hjerne (Glaser 2000). Disse endringene innbefatter bl.a. redusert hjernevolum, avvik i nervesystemet og hormonelle endringer. Skadelige oppvekstforhold kan også forringe minnekapasiteten, og utgjør derfor en risiko for senere lærevansker (Wolf 2009). Til slutt vet vi i dag at stress i barndommen utgjør en risiko for å pådra seg immunologiske sykdommer, som diabetes og hjerte- og karsykdommer (Dube et al 2009).

Det positive i denne sammenhengen er at perioden som er viktigst for barnets utvikling også er den gunstigste med tanke på intervensjon. Forskning viser at tidlig støtte til foreldreskapet, helst under den første graviditeten, har gunstige og langvarige effekter på foreldreskapet og på barnets utvikling og helse.

EKSEMPLER PÅ LOVENDE INTERVENSJONER OVERFOR NYBLITTE FORELDRE

Edinburgh-metoden

Edinburgh-metoden er en evidensbasert form for foreldrestøtte som har som formål å identifisere deprimerte nyblitte mødre. Mellom 10 og 15 prosent av alle nyblitte mødre blir deprimert i løpet av de seks første månedene etter fødselen. Et problem er at kvinner som lider av fødselsrelatert depresjon sjelden søker hjelp. Det kan være ubehagelig å fortelle at livet føles vanskelig når man selv og andre forventer at lykken er fullstendig.

Metoden innebærer en screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) og tett oppfølging. Den er brukervennlig og må kompletteres med ulike støttetiltak.

Metoden består av tre deler: 1) Ved helsestasjonsbesøk når barnet er 6-8 uker, får kvinnen tilbud om å svare på et selvevalueringsskjema (EPDS-skjema) med 10 spørsmål. Spørsmålene handler om hvordan kvinnen har hatt det den siste uken. 2) Ny samtale med jordmor rett etter at skjemaet er utfylt. 3) Ved lett depresjon tilbys kvinnen en serie samtaler med jordmor, såkalt personsentrert støttesamtale (non directive counselling). Ved mer omfattende problemer henvises kvinnen videre til spesialist.

Flere studier tyder på at denne formen for tidlig innsats overfor en sårbar gruppe kvinner gir effekt. Med en relativt begrenset innsats er det mulig å forebygge mer omfattende problemer. Å raskt tilby støtte til kvinner med postnatal depresjon på et så tidlig tidspunkt som mulig, er kostnadseffektivt og kan forhindre at kvinnen får en langvarig depresjon. Det viktige er at det settes inn tiltak rett etter at depresjon er konstatert.

Bruk av Edinburgh-metoden kombinert med støttesamtaler forventes å gi symptomlindring ved lette til moderate depresjoner. Flere publikasjoner støtter dette, blant annet en ny RCT-studie av Morell et al (2009) basert på 3000 nyblitte mødre. Studien viste positive effekter både 6 måneder og 12 måneder etter fødselen. Effekten for barnet er fortsatt uklar, men det antas at foreldre er mer sensitive overfor barnets behov når symptomene reduseres. God psykisk helse beskytter mot andre risikofaktorer, som for eksempel alvorlig sykdom, stress og vantrivsel på jobben.

Edinburgh-metoden er implementert i mer enn 130 kommuner i Norge. Implementeringen vil bli utvidet til flere kommuner i årene som kommer. Spedbarnsnettverket

Les mer om
Edinburgh-metoden
i rapporten
«Nedstemthet og depresjon
i forbindelse med fødsel» ...

... som kan
lastes ned på det norske
Folkehelseinstituttets hjemme-
side. Der finner du også EPDS-
skjemaet på norsk, engelsk og
arabisk.

er ansvarlig for spredning og implementering av metoden i Norge. Det er utviklet en implementeringsmodell, OSS-modellen. Prosessen med å implementere Edinburgh-metoden tar 2 år og inkluderer forankring hos ledere, opplæring, veiledning i minst ett år etter implementering, og erfaringsseminarer.

Programmet Föräldraskapet främst

Programmet har sitt utspring i Yale Child Study Center, New Haven. Målgruppen er foreldre som venter og føder sitt første barn. Familiene rekrutteres fra familieforbereidelsesgrupper. Foreldregruppene samles 12 ganger i en 24-ukersperiode. Formålet med gruppene er at foreldre sammen reflekterer dels over hvilke følelser og behov spedbarn uttrykker gjennom sin atferd, dels over ulike aspekter ved foreldreskap. Hvis det er behov for det, kan familiene henvises videre til ytterligere støtteinstanser. Gruppene retter seg mot begge foreldrene, som kommer sammen med barnet sitt. De retter seg mot alle familier, men modellen kan tilpasses risikogrupper.

Teorien bak tiltaket er forankret i tilknytningsteori. En forelder med høy reflektiv kapasitet kan svare på barnets følelser og behov uten selv å gripes av angst eller frustrasjon. Barnet ses som et separat individ, og forelderen trenes i å veie sammen barnets følelser og barnets atferd.

Det finnes vitenskapelige belegg for at man ved hjelp av både gruppe- og individbaserte intervensjoner kan styrke foreldrenes reflektive evne i risikosituasjoner. I Finland utføres case-control-forskning av dosent Mirjam Kalland, Mannerheims Barnskyddsförbund. 200 familier som deltar i foreldregrupper i «Föräldraskapet främst» sammenlignes med 1500 familier som får vanlig rådgivningstilbud innenfor helsesøstertjenesten.

Opplæringen krever ingen forkunnskaper. Den er på fem dager pluss gjennomføring av en gruppesamling under veiledning. Deretter arrangeres det etteropplæringsdager. Personale fra helsestasjoner, helsesøstre, sosionomer og familieterapeuter har deltatt.



SKOLEFORBEREDENDE PROGRAM SOM TIDLIG INTERVENSJON

Basert på
intervensjonen *Hippy*

Programmet HippHopp

I Danmark har regjeringen avsatt midler til utvikling og dokumentasjon av foreldreprogrammer. Et av de programmene som testes er HippHopp, et skoleforberedende program der målgruppen er barn mellom 5 og 6 år som ennå ikke har begynt på skolen, og deres foreldre. Programmet tilbys familier som kan ha særlig nytte av å være forberedt på de utfordringene som venter ved skolestart. En del av barna har språkvansker og foreldre med ikke-dansk bakgrunn. HippHopp er et strukturert program som går over 30 uker med aktiviteter som foreldrene deltar i og gjennomfører med barna sine. HippHopp skal bidra til at barna utvikler språket sitt, utforsker og løser problemer i samarbeid med andre, utvikler grov- og finmotorikk og blir kjent med barnekultur i form av litteratur, spill og lek.

Alle familier deltar frivillig, og rekrutteringen skjer via barnehager. I 30 uker skal foreldrene på alle hverdager sette av 20 minutter til aktiviteter. Programmet starter i oktober året før skolestart og slutter i mai, og forbereder barn og foreldre til skolen. HippHopp består av fem deler som til sammen utgjør programmet: 1) En koordinator som har ansvar for å gi instruksjoner til HippHopp-guider. 2) HippHopp-guider som besøker seks familier hver uke, overleverer materiell og går gjennom aktivitetene med foreldrene. 3) Bøker, materiell og aktiviteter. 4) Gruppebaserte aktiviteter sammen med andre familier som deltar i HippHopp. 5) Et nettsted som fungerer som inspirasjon for foreldrene og gir tips om aktiviteter.

Tanken med HippHopp er at barna skal leke frem ferdigheter. Det skal være morsomme og varierte oppgaver for barna. Hver ukedag har et tema, for eksempel språkutvikling, sosial kompetanse, natur og naturfenomener og kulturelle uttrykksformer. Programmet bygger på filosofien om at det finnes mange veier til læring. Det finnes ingen riktige svar på oppgavene som gis.

Foreldrenes rolle er å oppmuntre og inspirere barnet snarere enn å vurdere og bedømme barnets innsats. Alle aktiviteter bygger på interaksjonen mellom foreldre og barn. Foreldrene, som setter av 20 minutter hver hverdag sammen med barnet sitt, skal deretter beholde den rutinen også i skoletiden. Hver uke får foreldrene besøk i hjemmet av en HippHopp-guide for å gå gjennom ukens aktiviteter og det materiellet som trengs til ukens øvelser.

HippHopp-koordinatører og HippHopp-guider gjennomgår en opplæring på fem dager før de begynner å arbeide. Det er fullt mulig å involvere frivillige eller for eksempel studenter som HippHopp-guider.

Det opprinnelige programmet Hippy er utviklet i Israel og implementert i USA, Australia, New Zealand, Tyskland, Østerrike, Canada, Sør-Afrika, El Salvador og Israel. Det finnes amerikanske evalueringer med kontrollgrupper som viser at programmet har effekt. På oppdrag av Socialstyrelsen i Danmark har konsulentfirmaet Rambøll gjennomført en evaluering av HippHopp. Evalueringen viser at barn har hatt en positiv utvikling i forhold til de kompetansene som programmet arbeider med. Barnas språk samt motoriske og kulturelle kompetanser er blitt utviklet. Barna er blitt flinkere til å konsentrere seg om oppgaver, og de barna som har foreldre med et annet morsmål enn dansk, har særlig utviklet språket sitt. De deltakende foreldrene oppgir at de er svært fornøyde med programmet, særlig med hjemmebesøk, aktiviteter og materiell.

HippHopp er testet i fire danske kommuner og evaluert rett etter avsluttet program med oppfølging 4–6 måneder etter avslutning. Grunnlaget for evalueringen er begrenset, og det trengs mer forskning. Det er imidlertid et interessant program som verdsettes av foreldre og barn, og kan kanskje være et tilbud til sårbare familier eller familier som har immigrert fra andre land. Skolens betydning som beskyttende faktor er omfattende, og hvis tiltaket kan bidra til at flere barn trives og utvikles i skolen, kan det være et tiltak som til en begrenset kostnad kan være mulig å gjennomføre på et bredere plan.



LES mer om
HippHopp og evalueringen
på www.socialstyrelsen.dk

Å LYKKES MED Å IMPLEMENTERE NYE METODER

I de nordiske landene satses det mye ressurser på å utvikle området tidlig innsats. Nye metoder implementeres ofte i relativt korte prosjekttider. Etter prosjekttidens slutt er det ganske vanlig at man slutter å bruke den nye arbeidsmetoden. Det kommer nye ledere, prosjektledere slutter i stillingen sin, eller det mangler penger. Med andre ord en stor ressursløsning. Implementeringsforskningen har de siste årene fremskaffet ny kunnskap om hvordan man lykkes med å implementere nye metoder på en effektiv måte. En fremstående forsker på området er Dan Fixsen, som blant annet har utarbeidet en kunnskapsoversikt innenfor området.

Med kunnskap om implementering gjennomføres i snitt 80 prosent av det planlagte endringsarbeidet etter tre år. Uten slik kunnskap gjennomføres 14 prosent av endringsarbeidet etter gjennomsnittlig 17 år! (Fixsen, Blase et al 2001).

Implementering refererer til de prosedyrene som brukes til å innføre nye metoder i en ordinær virksomhet og som sikrer at metodene brukes slik de var tiltenkt og på en varig måte.

Det må en langsiktig strategi til for å lykkes med endringsarbeid. Det tar ofte flere år før en ny metode er integrert og blitt en del av det ordinære arbeidet. Forskere pleier å snakke om 2–4 år. Et endringsarbeid går gjennom fire faser:

1. Behovskartlegging

Endringsarbeid bør starte med en kartlegging av hvilket behov man har for nye metoder. Hvilket område må forbedres og hvilke metoder finnes med forskningsstøtte? Det er viktig at man ikke avslutter en fungerende metode bare fordi man har mislyktes med implementeringen. Ofte ønsker man ikke å endre det eksisterende fordi det oppleves å fungere bra. Man trenger ofte mer fakta for å ta beslutningen. Det kan man for eksempel få gjennom en lokal oppfølging som viser om det faktisk går bedre for barna/familiene etter avsluttet tiltak.

2. Installasjon av metoden

Før installasjonen påbegynnes må endringsarbeidet forankres på alle nivåer. Støtte fra politikere og ledere er avgjørende for en vellykket implementering. Personalet må få god tid på seg til å forberede seg til endringsarbeidet. Når det er besluttet å innføre en ny metode, er neste skritt å sikre nødvendige ressurser. Det dreier seg om lokaler, tid og aktiviteter, nytt materiell, rekruttering og opplæring av personale. Det er viktig å identifisere potensielle hindringer og suksessfaktorer før start.

3. Bruk av metoden

Når den nye metoden tas i bruk, hender det iblant at den profesjonelle føler seg ubekvem og usikker. Derfor mislykkes endringsarbeid ofte i denne fasen. Risikoen er da at den profesjonelle i stedet endrer metoden etter eget hode. For å forhindre dette, kan det være bra med veiledning.

Hver metode inneholder kjernekomponenter som utgjør metodens essens. En viktig del i implementeringen er å bruke kjernekomponentene på den måten som var tilsiktet. Arbeider man ikke med metoden slik det var tilsiktet, har ikke metoden lenger støtte i forskningen.

4. Videreføring av metoden

Når mer enn halvparten av de profesjonelle bruker metoden på riktig måte, kan man si at metoden er implementert. Etter ytterligere 1–2 år er det nye blitt rutine.

Det kan oppfattes som et omfattende arbeid å lykkes med implementering. Man bør tenke på at mislykket implementering kan gi dårligere støtte til barn og familier. Dessuten er det en ineffektiv bruk av skattemidler når implementering mislykkes på grunn av manglende kunnskap om endringsarbeid.

MER EFFEKTIVT MED NASJONAL IMPLEMENTERING

I de nordiske landene har kommuner stor selvbestemmelsesrett over hvilken støtte som gis til barn og familier. Derfor er tilbudet av tidlige tiltak mangeartet, med stor variasjon mellom kommuner. Statlige satsinger gjøres i dag ofte i form av prosjektmidler som deles ut i prosjektperioder. Evalueringer har vist at mange av de prosjektene som startes, avsluttes etter prosjekttidens slutt.

Norge har valgt en modell med statlig styring gjennom bl.a. implementeringsstøtte til utviklingen innenfor det forebyggende arbeidet. Atferdssenteret driver med forskning, implementering, opplæring og videreutvikling av metoder i arbeidet med å forhindre alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge. Det finnes en etablert implementeringsorganisasjon over hele landet, med regionale kompetansesentre som driver med opplæring og veiledning i de metodene samfunnet satser på. Kommunene velger selv om de vil delta, og de kommunene som deltar får kostnadsfri opplæring og veiledning.

Å implementere evidensbaserte metoder kan være vanskelig for en enkelt kommune. Visse effektive intervensjoner har manualer kun på engelsk. Iblant er metodene lisensiert og krever at kommunen betaler gebyrer for å få bruke dem. Iblant løser kommuner problemet ved å samarbeide med flere andre kommuner. Mange av de nordiske kommunene er små, og å implementere nye arbeidsmetoder kan by på visse vanskeligheter. Få personer kan læres opp, og hvis de slutter i stillingen sin kan det være vanskelig å videreføre metodene.

Hvor mange metoder trenger et land? Iblant beskriver vi det som «la de tusen blomster blomstre». Et variert tilbud av

tiltak er bra, men i dag finnes det flere hundre ulike intervensjoner i de nordiske landene. De fleste er ikke evaluert. Det vil heller ikke fremover finnes ressurser til å evaluere alle. Økt nordisk samarbeid omkring tidlig innsats overfor barn og unge vil kunne gi opphav til felles nordisk forskning. De nordiske landene er små og har mye å vinne på samarbeid. Å implementere et begrenset antall intervensjoner i de nordiske landene samtidig og utføre felles evalueringer vil kunne bidra til en kvalitetshøyning og til en bedre utnyttelse av ressurser. Parallelt er det viktig at velferdstjenestene utvikles og bevares på en måte som muliggjør en regionalt sett likeverdig støtte i Norden.

TIDLIG INNSATS LØNNER SEG

Sosialdepartementet i Danmark publiserte i 2012 rapporten «Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge». Rapporten fokuserer på om det er økonomisk lønnsomt for samfunnet å satse på evidensbaserte tiltak. Det er godt dokumentert at en utsatt barndom og ungdomstid også får konsekvenser i voksenlivet. Et barn (i Danmark) som har vært plassert i fosterhjem eller institusjon, kommer til å koste samfunnet i snitt 6,7 millioner danske kroner (900 000 euro) mer enn barn som ikke har vært plassert der. Sammenlignet med normalbefolkningen er barn som har vært plassert, oftere assosiert med misbruk, psykiske problemer og kriminalitet. Flere lever på økonomisk sosialhjelp, og mange har ingen utdanning etter grunnskolen (39 prosent av tidligere plasserte hadde utdanning etter grunnskolen sammenlignet med 76 prosent av normalbefolkningen). Det er særlig unge som er dømt for lovbrudd som klarer seg dårlig. Analysen viser at man kan oppnå store økonomiske gevinster ved å styre innsatsen mot mer effektive tiltak og tiltak som styrker foreldrekompetansen.

Fire intervensjoner med sterk støtte i forskning er valgt ut i analysen

- **De utrolige årene** – familiestøtteprogram som har som mål å styrke foreldrekompetansen
- **Slekts- og nettverksplasseringer av barn** som alternativ til plassering i fosterhjem
- **MST (Multisystemisk terapi)** – et program som støtter foreldre til ungdom med omfattende sosiale problemer
- **MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care)** – et program for ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Kort plassering i spesialopplærte fosterhjem og intensiv støtte til foreldre.

Analysen som presenteres i rapporten viser at disse tiltakene vil kunne gis til omtrent 1/3 av de barna som i dag er gjenstand for ulike typer tiltak. Hvis samfunnet omstiller sine tiltak til disse evidensbaserte programmene, vil det gi en samfunnsmessig gevinst, selv om noen av tiltakene er dyre på kort sikt.

Et problem i denne sammenhengen er at den myndigheten som investerer pengene, kommunen, ikke alltid ser gevinsten av de satsede pengene. Ifølge beregninger i rapporten tar det cirka fire år å tjene inn programmet De utrolige årene. Tidlig innsats med De utrolige årene kan spare inn 52 000 danske kroner (7 000 euro) per barn på mer enn fire års sikt. Tallene bygger på at kun 15 prosent får en positiv livsendring. Da er ikke kostnader til ekstra ressurser i skolen, for eksempel spesialundervisning, innregnet.

En besparelse som lønner seg umiddelbart er å plassere barn i slektsfosterhjem i stedet for i tradisjonelle fosterhjem. Nettverksplasseringer har vist seg å være en plasseringsform med gode resultater. En rekke internasjonale studier viser at det går bedre for barn i slektsfosterhjem. En dansk studie viser at det ikke er noen forskjell, når det gjelder resultat, mellom plasseringsformene. Alle barn som trenger en plassering kan ikke plasseres i slektsfosterhjem, men potensialet er betydelig større enn de 5 prosentene av plasserte barn som bor i slektsfosterhjem i Danmark. Det kan være behov for en kursendring i mange kommuner.

Økt bruk av intensiv og systematisk familiebehandling (MST) for unge med alvorlige atferdsproblemer vil være en utgift det første året. På 2–3 års sikt gir det en gevinst for kommunen.

Økt bruk av systematisk familiebehandling til de vanskeligste ungdommene (MTFC) er en dyr behandling som koster nesten en million per ungdom. Det er en stor kostnad for en liten kommune som det kan være vanskelig å prioritere. Det tar cirka 2 år for en kommune å tjene inn denne kostnaden, men på sikt kan fortjenesten bli cirka 341 000 danske kroner (45 000 euro) for hver plassering. Samfunnskostnadene kan naturligvis reduseres enda mer hvis man regner med kostnader til helsevesen, rusomsorg, uteblitte skatteinntekter m.m.

Den aller mest utsatte gruppen er plasserte barn som også er dømt for kriminalitet. *Teoretisk sett kan man si at en innsats på 100 000 danske kroner (13 000 euro), som gir resultater for hver 10. ungdom, betaler seg ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.* Sammenfattet kan det altså lønne seg, ofte allerede på kort sikt og definitivt på lang sikt, å satse på evidensbaserte programmer som styrker foreldrekompetansen. Det aller viktigste argumentet er naturligvis muligheten for disse ungdommene til å leve et liv med høyere livskvalitet. En del av familiene bærer med seg en sosial arv i form av flere generasjoner med sosiale problemer. Å bryte en families negative livsbane kan gi positive effekter også for fremtidige generasjoner.



Les mer: hele rapporten
kan lastes ned på
[www.nordicwelfare.org/
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)

IMPLEMENTERING AV PMTO PÅ ISLAND MED SMÅ RESSURSER

Foreldrestøtteprogrammet PMTO har vært implementert på Island siden høsten 2000. Bakgrunnen var at stadig flere barn hadde behov for støtte av spesialisttjenester pga. normbrytende atferd. Nå har man undersøkt implementeringen av programmet.

Formålet med studien var å undersøke om PMTO kunne implementeres i et samfunn med små ressurser og i mangel av nasjonal støtte. Som sammenligning har man brukt erfaringer fra den norske nasjonale implementeringen av PMTO. I Norge fikk programmet helt fra starten i 1999 oppbakking fra ministernivå samt betydelig økonomisk og profesjonell støtte. En lignende oppbakking manglet på Island.

Studien på Island ble utført mellom 2000 og 2010. I likhet med den norske undersøkelsen fulgte man opp tre «generasjoner» profesjonelle som fikk opplæring i PMTO. Man var primært interessert i å vite om graden av programlojalitet ville avvike fra den norske studien eller om resultatet ville være sammenlignbart til tross for forskjeller i ressurser og nasjonal oppbakking. Høy programlojalitet er ønskelig, og innebærer at brukerne følger tilgjengelige manualer og instruksjoner for implementeringen.

Programlojaliteten ble målt ved hjelp av det såkalte FIMP-instrumentet, som måler kunnskap, struktur, undervisning, prosessferdigheter og generell utvikling. 16 personer fikk opplæringen. Tolv av disse ble uteksaminert på 2000-tallet.

Resultatet av studien på Island følger resultatene i den norske undersøkelsen. Det betyr at den første (G1) og den tredje generasjonen (G3) som ble lært opp viste en høy grad av programlojalitet. En liten nedgang i programlojalitet ble registrert mellom den første og andre generasjonen (G2). Deretter steg graden av programlojalitet igjen.

Perioden mellom den første og den andre generasjonen sammenfaller med det tidspunktet da materiellet ble tilpasset kulturelle forhold – bl.a. pågikk det mye oversettelsesarbeid.

Resultatet peker på at det er mulig å gjennomføre PMTO også i samfunn med små ressurser, men det er en forutsetning at det legges tilstrekkelig vekt på tidligere erfaringer med kritiske faser i implementeringsprosessen.

Intervju

EKSEMPEL: PMTO MED SOMALISKE OG PAKISTANSKE FORELDRE – INTERVJU

Til tross for store anstrengelser var det veldig få somaliske og pakistanske foreldre i Oslo som deltok i kommunens foreldre-støtteprogrammer. Internt i profesjonen opplevde man stor frustrasjon. Situasjonen endret seg da barnevernstjenesten endret måten å rekruttere på og tilbød en spesialtilpasset versjon av PMTO.

– Vi lyktes ved å ha direkte kontakt med mødrene, sier Monica Flock, psykolog og prosjektleder for Minoritetsprosjektet som i 2009 ble gjennomført i to bydeler i Oslo. Innledningsvis var familiene svært skeptiske, de var veldig redde for barnevernstjenesten.

Samtlige 720 somaliske og pakistanske familier fikk et brev og ble deretter oppringt med invitasjon til et møte på skolen.

Lokalet var godt kjent av deltakerne, en åpen barnehage som mange hadde besøkt tidligere. Barnevakter ble engasjert for å ta hånd om barna mens mødrene var på kurs. For å få deltakerne til å passe tiden, ble det arrangert et lotteri i begynnelsen av hver samling, og dette ble et svært populært innslag. Alle de 18 møtene på 2,5 timer ble avbrutt av en halvtimes spisepause sammen med barna.

Verken i forbindelse med invitasjonen eller senere under gjennomføringen av programmet brukte man ord som «problemer» og «atferdsvansker». Monica Flock nevnte heller ikke at hun er psykolog før helt mot slutten av kurset.

– Psykologer assosieres med elektroshokk og svært alvorlige problemer, sier hun. Vi brukte positive ord for å beskrive opplæringen, fokuserte på at opplæringen styrket foreldrekompetansen og førte til utvikling, vi viste på en konkret måte, med rollespill, betydningen av et godt samspill.

Flere såkalte linkarbeidere gjennomgikk en kortversjon av opplæringen for å lære seg de grunnleggende elementene i PMTO. De hadde samme etniske bakgrunn som de deltakende mødrene, var kjent av alle og hadde høy anseelse. De var et bindeledd mellom kurslederne og mødrene, en slags kulturformidler. Som et eksempel kan nevnes at de hjalp til med å beskrive ord som «aggression», som ikke finnes på somalisk, eller forskjellen mellom «belønning» og «bestikkelse», som på somalisk er samme ord.

– De hjalp oss også med å bli mer oppmerksomme på ulike temaer, sier Monica Flock. For eksempel forsto vi at somaliske kvinner absolutt ikke snakker om sine menn når andre kvinner er i nærheten.

Alt kursmaterieell ble oversatt til deltakernes språk, men ellers var tilpasningen til målgruppen forbausende liten.

– PMTO står på et tydelig teoretisk fundament, men er samtidig en svært fleksibel metode, sier Monica Flock. Vi beholdt samtlige komponenter, konsulterte opphavspersonene når vi hadde behov for det, og dokumenterte grundig vår tilpasning av manualen.

Samtlige komponenter i PMTO ble beholdt: samarbeid, oppmuntring, grensesetting, problemløsning, regulering av følelser og tilsyn.

KONKLUSJON

Tidlig innsats overfor sårbare familier kan gjøres på ulike måter. Den nordiske velferdsmodellen har, enn så lenge, et bredt universelt tilbud til alle familier, med helsesøstertjeneste, jordmortjeneste samt familiesentre i mange kommuner. Dagens samfunn stiller store krav til foreldre. Å tilby barnehageplass av god kvalitet til alle barn er kanskje den aller mest forebyggende intervensjonen i de nordiske landene. Skilsmissetallene er høye, og det finnes barn som lider nød i hjemmet.

For foreldre som trenger ekstra støtte, er foreldrestøtteprogrammer et effektivt tiltak. I dag finnes det foreldrestøtte i mange kommuner, men ofte klarer man ikke å nå de familiene som risikerer marginalisering. Vi viser med eksempler at det er mulig å nå dem. En nasjonal strategi for implementering har vist seg å være en suksessfaktor når det gjelder å innføre nye arbeidsmetoder. Prosjektmidler som deles ut for 1–2 år av gangen synes å være en vanskelig vei for å nå varige forbedringer. Mange prosjekter opphører når pengene tar slutt. Implementering krever en langsiktig strategi for å lykkes.

Den norske satsingen TIBIR viser hvordan forskning, utvikling og implementering kan knyttes sammen. Det er vanskelig å forvente at alle de små kommunene vi har i Norden selv skal finne opp hjulet og være i stand til å implementere/gi opplæring i/evaluere nye arbeidsmetoder. Tidlig innsats lønner seg, uansett hvordan man regner på kostnadene. I Danmark har man klart å få til en felles finansiering til Familiens hus, som retter seg mot unge sårbare mødre, sammen med Arbeidsformidlingen. Et godt eksempel på en forflytning fra silotenkning til tverrfaglighet, dvs. samarbeid over grensene.



Les mer
i inspirasjonsheftet:
Nordens barn – Utvikling av
nordiske familiesentre

Risiko- og beskyttelsesfaktorer blant førskolebarn for fremtidige psykososiale problemer – hva vi vet fra forskning og hvordan det kan brukes i praktisk arbeid



Det som utspiller seg i et lite barns liv kan påvirke fremtidig utvikling, helse og velvære resten av livet. Fra forskning vet vi nå at mange av ungdoms- og voksenårenes problemer kan knyttes sammen med risiko- og beskyttelsesfaktorer som viser seg allerede i førskolealderen. I dag finnes det kunnskap om hvilke egenskaper, atferder, relasjoner og omstendigheter som øker og reduserer risikoen for langvarige psykososiale problemer. Den praktiske anvendelsen av kunnskapen innenfor helsetjenesten, barnehagesektoren, barnevernstjenesten og psykiatrien, er enn så lenge svært begrenset.

Bygger på en forsknings-
oversikt som er gjennom-
ført av Anna-Karin
Andershed, Henrik
Andershed og David P.
Farrington på oppdrag av
Nordens Velferdssenter.
Forskningsoversikten kan
lastes ned i sin helhet på
[www.nordicwelfare.org/
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser).

Det finnes to formål med denne oversikten:

- 1) Å identifisere hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som er viktige for utviklingen av psykososiale problemer hos barn i førskolealderen (opptil 6-årsalderen). Problemer i form av utagerende (eksternalisert) og innadvendt (internalisert) atferd inngår i oversikten.
- 2) Å diskutere hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer kan brukes av profesjonelle som arbeider med barn og deres familier.

FOKUS PÅ UTAGERENDE OG INNADVENDTE PROBLEMER

To av de vanligst forekommende problemene hos unge er eksternaliserte og internaliserte problemer. Eksternaliserte problemer er for eksempel forstyrrende, trassig, aggressiv, normbrytende og kriminell atferd samt bruk/misbruk av alkohol og andre rusmidler. Internaliserte problemer defineres som angstrelaterte og depressive symptomer eller atferd. Begge typer problemer er assosiert med flere negative konsekvenser i voksen alder.

Det er derfor viktig at man i forskning identifiserer risiko- og beskyttelsesfaktorer for disse problemene og deretter bruker denne kunnskapen i praktisk arbeid med barn og deres familier. Å tidlig oppdage barn som risikerer problemer senere i livet er en viktig utfordring for profesjonelle som arbeider med barn. *Å «vente og se» er ingen god strategi. Med økt kunnskap kan personer som arbeider i en barnehage, på et familiesenter eller innenfor helsesøstertjenesten gi barn en mye bedre sjanse til et godt liv.*

Det er også viktig å påpeke at forskning viser at det blant voksne som har eksternaliserte problemer, for eksempel kriminalitet, også er svært vanlig med andre problemer, for eksempel misbruk og psykiske problemer. En svensk studie av cirka 500 unge voksne kvinner viste at det er statistisk mer vanlig enn man kan forvente seg (blant dem som har problemer) å ha flere ulike problemer samtidig. For eksempel hadde mange kvinner med misbruksproblemer også kriminell atferd og psykiske problemer (Wångby m.fl., 1999). Samme studie viste at det faktisk er ekstremt uvanlig å kun utføre kriminelle handlinger og ikke samtidig lide av misbruk og psykiske problemer i voksen alder. *Konklusjonen av dette er at faktorer som er risikofaktorer for eksternaliserende problemer ofte også kan være risikofaktorer for annen psykososial problematikk.*

HVA ER RISIKOFAKTORER OG BESKYTTENDE FAKTORER?

Mange av de evidensbaserte forebyggingsprogrammene bygger på forskning innenfor risiko- og beskyttelsesfaktorer. Risikofaktorer øker sannsynligheten for at et problem skal forekomme. Beskyttelsesfaktorer innebærer at sannsynligheten for problematferd reduseres når det forekommer risikofaktorer. Risiko- og beskyttelsesfaktorer påvirker sannsynligheten for problematferd, de garanterer ikke en reduksjon eller økning i problematferd. Enkeltstående risikofaktorer innebærer ikke nødvendigvis alltid en påtakelig økt risiko. Det gjør derimot ofte flere samtidige risikofaktorer. Mange forebyggingsprogrammer forsøker derfor å påvirke flere risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer kan knyttes til individet, familien, venner, barnehage, bostedsområde osv. Mange risikofaktorer henger dessuten sammen med andre risikofaktorer. Et eksempel er at familier med lavt utdanningsnivå oftere bor i sosialt utsatte bostedsområder der vold og misbruk er mer vanlig.

Det motsatte er når foreldre viser mangelfullt tilsyn og interesse for barnet. I tillegg innebærer alvorlige konflikter mellom foreldre eller mellom foreldre og barn en risikofaktor. Andre alvorlige risikofaktorer er vold og overgrep, men også omstendigheter som økonomiske problemer. Det finnes risikofaktorer som kan knyttes til barnet allerede før skolestart. Særlig trassighet og aggressivitet har vist seg å være alvorlige risikofaktorer på lang sikt. Denne typen atferd kan i sin tur få andre negative konsekvenser, for eksempel problemer med vennerelasjoner eller i relasjon til lærere og skole, som forsterker en negativ utvikling. Det er vanlig at barn i risikozonen har lærevansker.

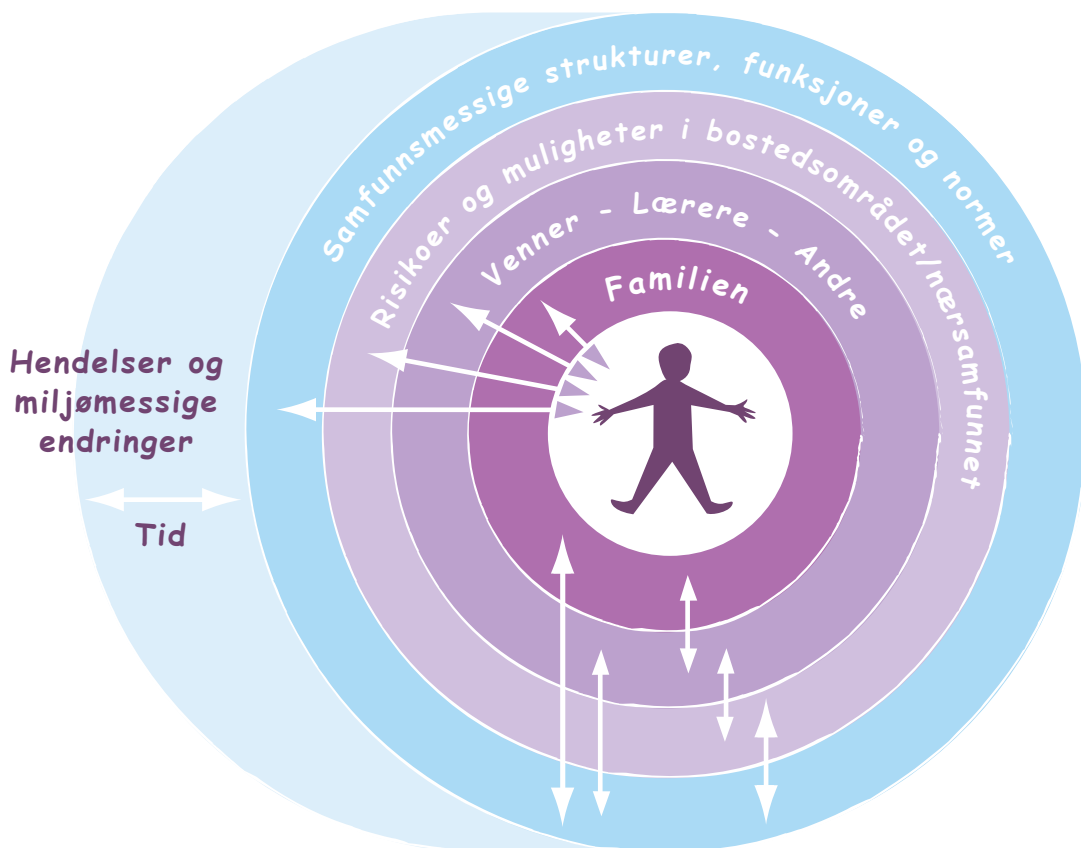
Det finnes mindre forskning på beskyttende faktorer enn på risikofaktorer. En beskyttende faktor er for eksempel et karaktertrekk, en atferd, relasjon, egenskap, hendelse eller omstendighet som reduserer sannsynligheten for fremtidige psykososiale problemer. Det betyr at beskyttende faktorer kan gjøre et barn mer motstandsdyktig mot risikofaktorer, og kan gjøre det lettere for barnet å utvikle seg positivt til tross for nærvær av risikoer. En beskyttelsesfaktor kan være at barn får positiv oppmerksomhet når de gjør prososiale ting. Det er viktigere å være oppmerksom på barns positive handlinger enn på deres negative, ettersom det øker sannsynligheten for positive handlinger. Forebyggende foreldrestøtteprogrammer bygger ofte på disse prinsippene. En beskyttende faktor kan

være foreldres evne til å sette grenser for barnet og ha tydelige forventninger til barnets atferd. Det er også viktig å være sammen med barnet og ha det morsomt sammen.

Barn som vokser opp i negative oppvekstmiljøer kommer til å oppleve mange risikofaktorer. Det er derfor en viktig oppgave for foreldre og profesjonelle som arbeider med barn å styrke og maksimere de beskyttende faktorene hos og rundt et barn, og ikke utelukkende arbeide for å redusere risikoene.

RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER GJENFINNES PÅ MANGE NIVÅER

For å forstå utviklingen av atferd er det nødvendig å ta utgangspunkt i et synssett som omfatter både individet og omgivelsene. Det holistisk-interaksjonistiske perspektivet gir et slikt synssett. Det innebærer at atferden utvikles som et resultat av et kontinuerlig samspill mellom individet og individets sosiale omgivelser. I figur 1 viser pilene hvordan faktorer på ulike nivåer kan påvirke hverandre. Barnet kan for eksempel påvirke familien/foreldrene og foreldrene kan i sin tur påvirke barnet.



Figur 1. En økologisk modell over dobbeltrettede effekter mellom nivåer eller lag av risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Det finnes flere ulike måter å kategorisere risiko- og beskyttelsesaktorer på, og en av disse måtene, som har tydelige praktiske konsekvenser, er inndelingen i faktorer som er mulige å endre (dynamiske) og faktorer som ikke kan endres (statiske). Dynamiske faktorer, som for eksempel barnets atferd eller relasjonen mellom barnet og foreldrene, kan påvirkes gjennom støttetiltak. Statiske faktorer, som for eksempel kjønnsstilhørighet, etnisitet eller tidligere hendelser, kan ikke påvirkes. Det er med andre ord dynamiske risikofaktorer som må være fokus for et tiltak.

HVA ER RISIKO- OG BESKYTTELSESAKTORERNE HOS FØRSKOLEBARN?

De risiko- og beskyttelsesaktorene som er blitt identifisert i oversiktene, vises i Tabell 1. Det er viktig å merke seg at tabellen ikke rangerer risikoer og beskyttende faktorer. Det lot seg ikke gjennomføre. Tabell 1 er med andre ord en fortegnelse, uten noen innbyrdes rangering, over risiko- og beskyttelsesaktorer hos førskolebarn og som i empirisk forskning har vist seg å henge sammen med fremtidige problemer.

Det som er tydelig i Tabell 1 er at relativt mange faktorer er blitt identifisert som risiko- og beskyttelsesaktorer allerede i førskolealderen. Faktorene finnes primært hos barnet og barnets nærmeste sosiale omgivelser, f.eks. i familien og blant venner. Det er også tydelig at det kan tas hensyn til mange faktorer i praktisk arbeid med barn, ettersom de er potensielt foranderlige. *Det betyr med andre ord at det er mulig å påvirke eller gjøre noe med de fleste av disse risikofaktorene som kan identifiseres hos førskolebarn.*

Flere, kanskje mange, risikofaktorer har en begrenset såkalt prediktiv verdi før 3-årsalderen. Det er derfor vanskelig ut fra vurderinger av små barn under 3 år å si noe om hvordan det kommer til å bli senere i livet. Vurderingene tenderer å bli mer og mer pålitelige med alderen. For eksempel er atferdsvansker som er vurdert før 3-årsalderen mindre stabile enn når vurderingene gjøres mellom 3- og 6-årsalderen. Dette viser at man bør være forsiktig med å bruke dagens kunnskap om risikofaktorer til *risikovurderingsformål* før 3-årsalderen. Det er imidlertid mindre problematisk å bruke kunnskapen som en måte å forandre situasjonen på her og nå.

KAN AMERIKANSK FORSKNING BRUKES PÅ NORDISKE BARN?

Mesteparten av forskningen som inngår i oversiktene og som sammenfattes i Tabell 1, er gjennomført i USA. Det finnes

Tabell 1.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer blant barn i førskolealderen for fremtidige eksternaliserte og internaliserte problemer.

	Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
Foreldrefaktorer	Foreldres mentale lidelser	Positive foreldre-barn-relasjoner
	Kriminalitet	Trygg tilknytning mellom forelder og barn
	Alkoholmisbruk	Foreldres responsivitet
	Lav IQ	Foreldres aksept
	Lavt utdanningsnivå	Få foreldre-barn-separasjoner
	Avhengig av å bli forsørget av samfunnet	Foreldres evne til å ivareta barnets behov for sikkerhet og stimulans
	Lav sosioøkonomisk status	
	Stor familie	
	Trangboddhet	
	Stress	
	Ekteskapsproblemer	
	Konflikter	
	Separasjoner	
	Vold i familien	
	Barn er vitne til vold	
	Fysisk avstraffelse av barn	
	Mangelfullt tilsyn	
	Ung mor	
	Aleneforelder	
	Plassering i fosterhjem	
	Utrygg tilknytning	
	Mangelfullt foreldreskap	
	Lavt engasjement	
Mødres negative kontroll		
Lav tilgivenesshet		
Barnefaktorer	Atferdsproblemer, aggressivitet og trassighet	Høy IQ
	Vanskelig temperament	
	Ureddhet og spennings-søkende atferd	
	Impulsivitet og manglende hemninger	Lett temperament
	Søvnproblemer	Effektiv regulering av følelser
	Underernæring	
	Depresjon	

Den fullstendige sammenstillingen er tilgjengelig på www.nordicwelfare.org/tidigainsatser



imidlertid liten grunn til å tro at risiko- og beskyttelsesfaktorer på individ- og familienivå, dvs. den typen faktorer som ifølge forskning synes å være de viktigste hos førskolebarn, er helt annerledes hos barn i ulike vestlige land. Miljøfaktorer som fattigdom, kriminalitet, våpentilgang i visse bostedsområder eller tilgang til helsetjenester og sosialforsikringsystemer kan være mer ulike, noe som betyr at man må være forsiktig med å basere sine vurderinger på generaliseringer av disse faktorene.

ATFERDSPROBLEMER, EN AV DE STERKESTE RISIKOFAKTORENE

Det finnes vitenskapelig støtte for en kobling mellom psykososiale problemer og alle de enkelte risiko- og beskyttelsesfaktorene blant førskolebarn som er identifisert i forskning og som presenteres i Tabell 1. Effekten av hver enkelt faktor er imidlertid begrenset. Det betyr at *de fleste av de barna som opplever eller uttrykker kun én av disse risikofaktorene, vil ha god mulighet til å unngå å utvikle problemer i fremtiden. Den enkeltstående sterkeste risikofaktoren for fremtidige problemer er eksternaliserte problemer hos barnet.* Få studier har undersøkt langtidseffekter av risiko- og beskyttelsesfaktorer hos førskolebarn. En av disse er The 1970 British Cohort Study, der man fulgte cirka 16 000 førskolebarn. Risikofaktorer ble målt fra 5-årsalderen og opptil 10-årsalderen samt i voksen alder (30-34-årsalderen). (Murray m.fl. 2010.)

Blant de faktorene som ble identifisert som risikofaktorer ved 5-årsalderen, var atferdsproblemer/eksternaliserte problemer den sterkeste risikofaktoren for atferdsproblemer ved 10-årsalderen. Atferdsproblemer ved 5-årsalderen ga fire ganger større risiko for samme problematferd ved 10-årsalderen. De andre risikofaktorene ved 5-årsalderen ga 1,5-2 ganger større risiko for atferdsproblemer ved 10-årsalderen. Dette gjaldt både gutter og jenter.

Hva angår risikoen for voksenkriminalitet utmerket ikke atferdsproblemer seg like mye. Alle risikofaktorer økte risikoen for kriminalitet i voksen alder omtrent like mye, 1,5-2 ganger hver. *Det virker med andre ord som at eksternaliserte problemer hos barnet er den enkeltstående mest betydningsfulle risikofaktoren for problematferd i ungdomsalderen.* Uten tiltak øker altså risikoen for problemer fremfor alt i tenårene, men også senere i livet.

MANGE RISIKOFAKTORER INNEBÆRER STØRRE RISIKOER

Forskning viser at både risikofaktorer og beskyttende faktorer tenderer mot å ha såkalte kumulative effekter, dvs. at jo flere risikofaktorer, desto høyere risiko, og jo flere beskyttende faktorer, desto bedre beskyttelse. For eksempel viste The 1970 British Cohort Study at jo høyere antall risikofaktorer et barn hadde ved 5-årsalderen, desto større var risikoen for å utvikle problemer i ungdomsårene. For barn som ikke uttrykte eller var eksponert for noen av de risikofaktorene som ble målt, fikk 2 prosent av jentene og 5 prosent av guttene problemer i tenårene. *For barn som uttrykte eller var eksponert for fem eller flere risikofaktorer, økte risikoen for atferdsproblemer i tenårene med 38 prosent for jenter og 54 prosent for gutter!* Når det gjaldt å forutsi kriminalitet i voksen alder, var tendensen den samme. Tre prosent av jentene og 17 prosent av guttene som ikke uttrykte eller var eksponert for risikofaktorer, utviklet kriminell atferd i voksen alder. Ved mer enn 3 risikofaktorer økte andelen personer med kriminell løpebane i voksen alder til 11 prosent for jenter og 44 prosent for gutter.

LIKHETER MELLOM GUTTER OG JENTER NÅR DET GJELDER RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER

Selv om gutter er klart overrepresentert når det gjelder atferdsproblemer i førskolealderen, synes de samme risikofaktorene å være viktige uansett kjønnstilhørighet. Det finnes heller ikke noen tydelige eller sterke tegn på at beskyttende faktorer er spesielt ulike mellom gutter og jenter. Det finnes imidlertid forskning som tyder på at gutter ofte eksponeres for et større antall risikofaktorer og høyere nivåer av risiko for eksternaliserte problemer enn jenter, selv om risikoene i seg selv stort sett er de samme. Den praktiske konsekvensen av dette er at en vurdering av risiko- og beskyttelsesfaktorer ikke trenger å være forskjellig for gutter og jenter.

ARV OG MILJØASPEKTER VED RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER

De fleste studier viser at genetiske så vel som miljømessige faktorer er viktige for utviklingen av eksternaliserte og internaliserte problemer. En måte å forstå dette på er at individets genetiske sammensetning påvirker den tidlige utviklingen av nervesystemet, som skaper tilbøyeligheten, følsomheten eller sårbarheten som gjør at individet utvikler visse risikofaktorer. Flere av de risikofaktorene som har vist seg å være risikofaktorer i forskning, for eksempel hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker

og rastløshet, er iallfall delvis genetisk underbygd. Det er imidlertid viktig å merke seg at disse problemene, delvis genetisk underbygde risikofaktorer, selvsagt likevel kan påvirkes i positiv retning gjennom ulike typer tiltak. *At en atferd har delvis arvelig årsaksbakgrunn trenger ikke bety at den ikke kan endres!*

Å BRUKE KUNNSKAP OM RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER I PRAKSIS

Denne teksten presenterer tilgjengelig evidens omkring risiko- og beskyttelsesfaktorer i førskolealderen for ulike typer problemer. Denne evidensen baseres på grupper av barn. Dette betyr at mange barn som uttrykker eller eksponeres for en viss risikofaktor aldri kommer til å utvikle problemer. Det er her den profesjonelles evne til å analysere risiko- og beskyttelsesfaktorer på en adekvat måte kommer inn og blir sentral for planlegging og hvordan man lykkes med tiltak. Den profesjonelle må undersøke hvor viktig en risikofaktor er for nettopp dette spesifikke barnet, og hvordan de beskyttende faktorene som er observert kan påvirke nettopp dette barnet. Dette krever opplæring, noe vi kommer tilbake til nedenfor.

RISIKOFOKUSERT FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEID

En svært konkret måte å integrere best tilgjengelig evidens i praktisk arbeid på, er å bruke kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer i planleggingen og gjennomføringen av forebyggende eller behandlende tiltak. Å gjøre det kan kalles *risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid* (Farrington & Welsh, 2007). Denne arbeidsmåten er basert på tanken om at endringer i risikofaktorer vil føre til at problemet reduseres. På samme måte kommer forsterkninger i form av beskyttende faktorer for et bestemt problem til å virke som en buffer mot eller endre effektene av risikoen. Risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid bygger på to trinn:

1. Beskriv og vurder risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Identifiser barn med risikofaktorer og/eller med svake beskyttende faktorer. Beskriv/vurder risiko- og beskyttelsesfaktorer hos det spesifikke barnet og familien for å få et så detaljert bilde som mulig av hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som trenger tiltak.



2. Planlegg og gjennomfør tiltak rettet mot de aktuelle risiko- og beskyttelsesfaktorene. Planlegg og gjennomfør tiltak for å redusere/eliminere de aktuelle risikofaktorene og styrke/maksimere beskyttelsesfaktorene. Denne håndfaste måten å knytte sammen forskning, praksis og policyskaping på, er en arbeidsform som flere regjeringer i den vestlige verden anser som både gjennomførbart og praktisk (Farrington & Welsh, 2007).

IKKE EN EKSAKT VITENSKAP

Forskningen gir oss en relativt omfattende liste over risiko- og beskyttelsesfaktorer. Et problem og en begrensning i denne forskningen er at vi i dag ikke vet hvilke av disse faktorene som forårsaker eksternaliserte og internaliserte problemer. Det er også viktig å merke seg at de samme risikofaktorene kan få ulike konsekvenser for ulike barn.

Vi kan altså ikke være sikre på om en bestemt risikofaktor faktisk *forårsaker* eksternaliserte eller internaliserte problemer. Det *kan* naturligvis være slik, men det er vanskelig å påvise på en sikker måte. Vi kan være sikre på at risikofaktoren øker risikoen for utfallet, men ikke om det kommer til å bli slik for det spesifikke individet.

TRE PRINSIPPER I RISIKOFOKUSERT FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEID

Når man anvender risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid i praktisk arbeid, finnes det tre prinsipper som er svært anvendelige; risiko-, behovs- og responsivitetsprinsippene. Forskning viser at anvendelse av disse prinsippene øker sannsynligheten for at tiltak er effektive.

Risikoprinsippet

Risikoprinsippet innebærer at en innsats blir mer effektiv *hvis de mest intensive tiltakene fokuserer på barn med høy risiko for fremtidige problemer*. Som vi har beskrevet tidligere, løper for eksempel barn med flere risikofaktorer større risiko for å utvikle problemer enn barn med færre eller enkeltstående risikofaktorer.

Behovsprinsippet

Behovsprinsippet innebærer at tiltak er mer effektive hvis de utformes og skreddersys slik at de fokuserer på det spesifikke barnets mest relevante behov – de mest sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorene hos barnet og hans/hennes familie. Tiltak bør rettes mot å *påvirke det som forårsaker og opprettholder den eller de problemene man ønsker å redusere*.



Responsivitetsprinsippet

Responsivitetsprinsippet innebærer at gjennomføringen av et tiltak skal være skreddersydd – at man på den måten får barnet/familien til å respondere/svare på tiltaket. For å være effektivt skal tiltaket være tilpasset barnets og familiens evner, lærestiler, preferanser, ønsker og motivasjon.

STRUKTUR VIKTIG VED VURDERING AV RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER

Når man arbeider med risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid, er det nødvendig at man som profesjonell vurderer/beskriver risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet og i barnets omgivelser. Dette kan gjøres på minst to forskjellige måter; med eller uten hjelp av strukturerte vurderingsinstrumenter. Strukturerte vurderingsinstrumenter har tydelige definisjoner av de risiko- og beskyttelsesfaktorene som skal vurderes. Dessuten har de veldefinerte svarskalaer for hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorene skal graderes. Eksempler på strukturerte instrumenter som gjelder mange av de risiko- og beskyttelsesfaktorene som er presentert i denne teksten, er EARL-20B (for gutter under 12-årsalderen), EARL-21G (for jenter under 12-årsalderen) og Ester-bedömning. Det finnes også korte spørreskjemaer, iblant kalt screeninginstrumenter. Eksempler på slike er SDQ og Ester-screening. Disse kan brukes i en inngangsposisjon når man som profesjonell vil finne ut om det er nødvendig med tiltak og mer kvalifisert vurdering eller utredning.

Å oppnå høy såkalt inter-bedømmer-reliabilitet eller høyt samsvar er en grunnleggende del av en rettssikker vurdering. Dette innebærer at to uavhengige bedømmere i stor grad er enige i en vurdering av et barn og barnets familie, noe som er lettere å oppnå når man bruker et strukturert vurderingsinstrument. Vurderingen dokumenteres dessuten systematisk, og det er mulig å gjenta samme type vurdering ved oppfølginger. Det gjør at det for eksempel er lettere å svare på spørsmål som: Er risikofaktorene redusert og beskyttelsesfaktorene styrket etter tiltakene?

En nylig gjennomført svensk forskningsstudie viste at sosialarbeidere som hadde fått opplæring i og brukte et strukturert instrument (i dette tilfellet Ester-bedömning), identifiserte signifikant flere risiko- og beskyttelsesfaktorer ved en vurdering av et skriftlig kasus om en gutt med problematferd, enn sosialarbeidere som arbeidet med tradisjonelle utredningsmetoder. Det var spesielt tydelig når det gjaldt beskyttelsesfaktorer, som i markant større utstrekning

manglet når sosialarbeidere utførte tradisjonelle utredninger. *Med forskning som støtte kan man altså hevde at profesjonelle bør bruke strukturerte instrumenter som verktøy for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barn og deres foreldre.*

BETYDNINGEN AV OPPLÆRING

Profesjonelle trenger adekvat opplæring og trening for å kunne bruke kunnskapen om og risiko- og beskyttelsesfaktorer i praksis. En slik opplæring må omfatte grunnleggende kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer, den forskningen som finnes om disse faktorene og deres styrker og begrensninger. Det er også nødvendig å *inkludere trening* i hvordan man kan kommunisere slik informasjon til familien og, ikke minst, hvordan informasjonen om risiko og beskyttelse kan brukes til å lage effektive tiltaksplaner.

Profesjonelle som arbeider med risikofokusert forebyggende eller behandlende arbeid, kommer sannsynligvis til å identifisere og tilby tiltak til et større antall barn enn det de egentlig trenger. Det er også slik at man kommer til å utelate noen av de barna og familiene som trenger profesjonell støtte og hjelp. Disse begrensningene i risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid må være kjent for den profesjonelle som arbeider med det. Et svært viktig aspekt ved det å anvende kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer på individuelle barn og familier dreier seg om den profesjonelles kommunikasjon med foresatte. Profesjonelle må kunne kommunisere risiko – hvorfor visse faktorer vurderes, hva høy risiko innebærer osv. – på en svært nyansert måte. Dette for å unngå negative effekter som stemping av barnet eller negative relasjoner mellom familien og den profesjonelle.

HVILKE PROFESJONER KAN VIE SEG TIL RISIKOFOKUSERT FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEID?

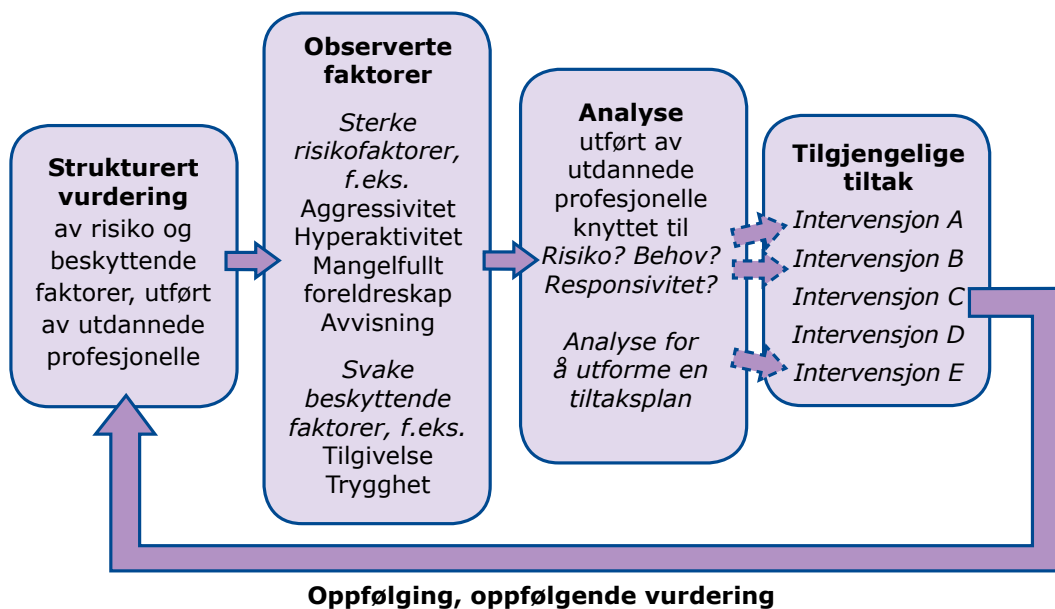
Alle profesjonelle som arbeider med barn i førskolealderen og alle virksomheter som retter seg mot barn og barnefamilier og får adekvat opplæring og veiledning, kan i praksis benytte tankesettet omkring risikofokusert forebyggende og behandlende arbeid. Det er en svært konkret måte å arbeide evidensbasert på. Det er høyst sannsynlig at de faktiske vurderingene og tiltakene vil bli gjennomført på forskjellige måter avhengig av hvilken virksomhet man befinner seg i; primærhelsetjeneste, psykiatri, førskole eller barnevernstjeneste. En sosialarbeider kan bruke et vurderingsinstrument i en

utredningssituasjon, mens en førskolelærer på et familiesenter kan benytte seg av kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer i dialog med foreldrene slik at det blir lettere å handle når de møter et barn i risiko.

Det er også sannsynlig at *et effektivt risikofokusert arbeid krever samvirke* mellom ulike virksomheter, ettersom man kan komplettere hverandres tiltak. Barnas og foreldrenes problemer er sjelden organisert på samme måte som virksomhetene er organisert. Dette kan innebære at et førskolebarn kan trenge tiltak som tilbys av ulike virksomheter. Det kan bli nødvendig å involvere både barnehagen, barnepsykiatrien og barnevernstjenesten når det utformes tiltak. At samvirkende virksomheter blir enige om å arbeide risikofokusert, kan bidra til et mer effektivt samvirke med felles definisjoner og mål. Dermed kan det bli mulig å hjelpe de barna og familiene som trenger støtte på en mer effektiv måte.

VURDERING, INNSATS OG OPPFØLGING

I Figur 2 presenteres en mulig prosess for vurdering, innsats og oppfølging som handler om hvordan man kan bruke kunnskapen om risiko- og beskyttelsesfaktorer i praktisk arbeid. Først gjennomfører en eller flere utdannede profesjonelle en strukturert vurdering ved hjelp av en strukturert sjekkliste eller et instrument. Dette genererer en unik liste eller profil av risiko- og beskyttelsesfaktorer hos det spesifikke barnet og



Figur 2. En prosess for vurdering, innsats og oppfølging av risiko- og beskyttelsesfaktorer.

barnets familie. Risikofaktorer må endres, reduseres eller fjernes helt, og beskyttende faktorer som er svake, må styrkes. Deretter foretas det en analyse av risiko- og beskyttelsesfaktorene ut fra risiko-, behovs- og responsivetsprinsippene.


I en kommune finnes det et begrenset tilbud av tilgjengelige tiltak. Det er viktig at den profesjonelle har kunnskap om de tilgjengelige tiltakene og hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer de retter seg mot, dvs. hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer retter intervensjonene A, B, C seg mot? Profesjonelle med denne kunnskapen vil ha gode forutsetninger for å kunne levere effektive tiltak. Når planen så er sjøsatt, gjennomføres tiltakene. Etter en viss tid kan oppfølginger og nye analyser innebære at tiltakene avsluttes, at de videreføres, eller at det må tilbys andre tiltak. Denne typen sirkulær prosess bør gjennomføres strukturert inntil man har nådd de endelige målene med tiltakene.

KONKLUSJON OM RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER

Det finnes i dag forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer for fremtidige problemer hos førskolebarn. Kunnskapen er imidlertid i dag langt fra komplett eller perfekt. Det finnes mange ting vi trenger å vite mer om. Den forskningen som er utført, er per i dag den beste tilgjengelige evidens, og bør brukes av velutdannede profesjonelle slik at de kan arbeide evidensbasert for å hjelpe flere barn til et bedre liv. Det finnes all grunn til å oppdage barn og familier med behov for støtte-tiltak på et tidlig tidspunkt. Med økt kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er det sannsynlig at profesjonelle som arbeider med barn føler seg sikrere på når det virkelig er nødvendig med tiltak i en familie. De mest utsatte barna kan få en sjanse til et bedre liv med profesjonelle som har evidensbasert kunnskap. I de nordiske landene har vi unike muligheter til å fange opp barn som trenger støtte i barnehagen, på helsestasjonen eller på familiesentre!

FREMMING AV DIALOG MED FORELDRE – ERFARINGER FRA FINLAND

Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er viktige for at den profesjonelle skal kunne fungere effektivt i sin yrkesrolle. I tillegg til denne kunnskapen må den profesjonelle også reflektere over hvordan han/hun bruker denne kunnskapen i kontakt med familier. Måten de profesjonelle tar opp kunnskapen om risiko- og beskyttelsesfaktorer på, er avgjørende for hvor motiverte familier blir til å ta imot støttetilbud, for eksempel foreldrestøtteprogrammer.



Les mer om dialog med foreldre på www.nordicwelfare.org/tidigainsatser

UTFORDRINGEN

Iblant kritiseres profesjonelle for at de ikke lytter til foreldrenes stemme. Det kan finnes en kultur som kjennetegnes av en hierarkisk virksomhet der de sakkyndige alltid vet best, og iblant oppstår det konkurranse mellom ulike profesjoners kunnskap. De profesjonelle kan også seg imellom diskutere uro for et spesifikt barn over lengre tid, før den berørte familien aktivt tas med i diskusjonen. Foruten risikoen for at de profesjonelle bygger en virkelighet som familien ikke opplever å være en del av, kan det føre til at familien og de profesjonelle går i utakt. De er i ulike faser av prosessen og kan derfor ha problemer med å finne et felles språk.

FORELDRE SPESIALISTER PÅ SINE EGNE BARN

Som en motvekt til dette rettes oppmerksomheten mot det dialogiske holdningssettet. Familiens rolle som medaktør forsterkes når holdningssettet er dialogisk. De profesjonelle ser ikke familien kun som et «mål for intervensjonen», men som en samarbeidspartner med sin spesielle sakkunnskap. Samtidig vurderer og formidler også de profesjonelle sin sakkunnskap, for eksempel hva forskningen sier om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Familiens behov og den profesjonelles sakkunnskap kombineres altså på en ny måte, med målsettingen om å arbeide og lære sammen.

Når foreldre engasjeres som spesialister på sine egne barn, blir det mulig å skape en allianse til barnets beste og komme frem til støttetiltak. På det konkrete plan kan den profesjonelle styrke et dialogisk holdningssett i kontakten med foreldrene ved å være oppmerksom på følgende faktorer:

- Se på familier som likeverdige samarbeidspartnere i arbeidet og sakkyndige i sin egen situasjon, hva fungerer for dem? Oppmuntre til egne spørsmålsstillinger!
- Være oppmerksom på de ressursene man ser hos barnet og familien, ikke bare fokusere på problemer.
- Det finnes ikke alltid ett felles problem, situasjonen kan se annerledes ut for ulike parter. Et barn kan for eksempel oppføre seg veldig forskjellig i hjemmet og i en barnehage. En diskusjon som gir rom for ulike synsmåter kan gi ny forståelse for det saken gjelder.
- Siden alle familier og situasjoner er unike, kreves det at den profesjonelle kan handle fleksibelt og veie inn den profesjonelle vurderingen med familiens egne alternativer.

RISIKOFOKUSERT ARBEID I PRAKSIS – EKSEMPELET SJÖBO KOMMUNE I SVERIGE

Hvorfor hadde et 20-talls skolebarn i 8–9-årsalderen spesielle ordninger med skolen, for eksempel kortere skoledager og hjemmelesing i stedet for vanlig skolegang? For en kommune på Sjöbos størrelse var antallet uvanlig høyt, og kommunen deltok i det svenske Pinocchio-prosjektet fordi den ønsket å forbedre arbeidet med barn (opptil 12-årsalderen) som risikerte å utvikle normbrytende atferd. Resultatet ble så bra at kommunen har fortsatt å arbeide etter samme modell og prinsipper også etter at prosjektet var slutt.

– Vi innså at vi måtte ta tak i ting tidligere, ikke først i 5. og 6. årstrinn, sier Petra West-Stenkvis, virksomhetsleder for Individ- og familjeomsorg samt elevhälsa i Sjöbo. Vi hadde ganske enkelt for mange akutttiltak.

Da Pinocchio-prosjektet startet, hadde man i Sjöbo allerede kommet langt i diskusjonene om å skape bedre samordning – noe som ble underlettet av at barnehage, skole, barnevernstjeneste og skolehelsetjeneste allerede var lokalisert innenfor samme kommunale organisasjon.

Satsingen ble politisk forankret på høyeste nivå, og et samvirke team ble dannet med familieterapeuter fra barnevernstjenesten, en psykolog og en spesialpedagog fra skolehelsetjenesten, en førskolelærer samt to personer fra skolens årstrinn F-5.

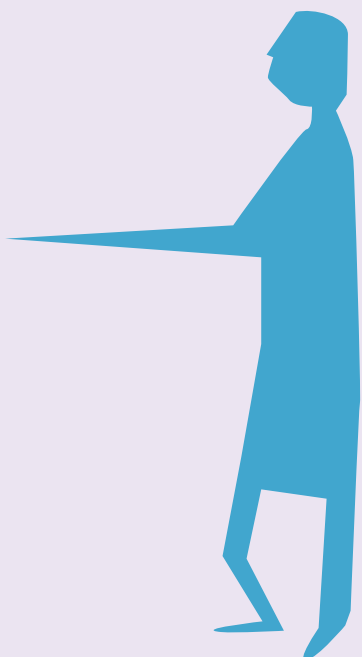
– For oss innebar Pinocchio en systematisk, strukturert måte å arbeide på, å bli enige om hva vi skal gjøre, hvordan gi skal gjøre det, og å være tydelige, sier Petra West-Stenkvis. Vi var tidligere ikke vant til kravene til dokumentasjon og til konkret å måle resultatene.

Sju barn deltok innenfor rammen av Pinocchio. Målet var å redusere den normbrytende atferden med 50 prosent.

– Da Pinocchio-prosjektet ble avsluttet i 2009, hadde vi oppfylt målet til fulle, sier Petra West-Stenkvis. På kjøpet fikk vi ny kunnskap og ble mer skeptiske til vår inndeling av hva som er normbrytende, vi forandret delvis vår synsmåte. Samvirke var nøkkelordet for arbeidet innenfor Pinocchio, og er det fortsatt nå som prosjektet er blitt en del av hverdagen.

Når vi mistenker at et barn trenger hjelp, samles foreldre og samvirke teamet for å danne seg et felles bilde av barnet og dets situasjon.

– Vi forteller om vårt syn på saken ut fra kunnskapen om risiko- og beskyttelsesfaktorer, mens foreldrene forteller om sine synspunkter, sier Camilla Persson, arbeidslagsleder



i Råd- og stödenheten. Personalet har høy kompetanse når det gjelder å oppdage barnas behov tidlig, og vi har fått opplæring i risiko- og beskyttelsesfaktorer. Den kompetansen er avgjørende for arbeidet vårt.

Barna i Sjöbo gjennomgår ikke en generell screening. Barnehagepersonalet har fått opplæring i temaet «Tidlig oppdagelse» – systemet er bygd opp rundt tilliten til at de kan oppdage problemene når de møter barna i hverdagen. Hvis det virker som om noe er galt, kalles samvirketeamet sammen, og foreldrene inviteres til et møte. Samtlige fyller ut et såkalt krysskjema med konkret informasjon om barnet. Skjemaet blir et diskusjonsgrunnlag for litt etter litt å komme frem til et felles bilde av barnets situasjon og en løsning som alle kan stille seg bak. Det foretas en Ester-vurdering, som deretter gjentas hver sjette måned som måling og oppfølging.

I dag arbeider gruppen med et 20-talls førskolebarn. Arbeidsmetoden er den samme, men løsningene er svært ulike ettersom mulighetene ikke er de samme i hjem med sterke beskyttelsesfaktorer som i hjem og miljøer uten.

– Vi bruker innledningsvis mye tid på barnet, og arbeider målbevisst for å styrke beskyttelsesfaktorene og redusere risikofaktorene, sier Petra West-Stenkvis. Strukturen i arbeidet vårt, med kontinuerlige målinger og oppfølginger, gjør at vi merker at vi gjør de rette tingene.

En viktig faktor for å lykkes i arbeidet er støtte fra politikere og høyere tjenestemenn – det er nødvendig med en beslutning fra høyeste politiske nivå for at samvirket mellom ulike deler av en organisasjon ikke skal renne ut i sanden. En klar suksessfaktor i Sjöbo er at Petra West-Stenkvis, som var med fra begynnelsen, fortsatt er der, nå på et høyere ledelsesnivå enn da Pinocchio ble gjennomført. Også Camilla Persson var med helt fra starten.

– En «mislykkethetsfaktor» er omorganisasjoner i en kommune, sier Petra West-Stenkvis. Da er det lett at samarbeidet forsvinner, at ansvarsspørsmål aldri får nye løsninger, at systemet lukker seg inne i seg selv. Det finnes en kontinuerlig bevegelse innad i en organisasjon, og da gjelder det å kunne ivareta denne fra ledelsesnivå.

Andre faktorer som fører til dårligere resultat er når man ikke oppnår et fungerende samarbeid med foreldre, og de gangene problemene tangerer barne- eller voksenpsykiatrien – det samarbeidet fungerer ikke optimalt. Der er forutsetningen at foreldrene selv skal komme med barnet sitt, at de selv skal kunne formulere problemet.

– Det er en verbal virksomhet med samtalen som metode, sier Petra West-Stenkvis. Vi jobber med mennesker som iblant krever praktisk veiledning i å stille klokken om morgenen slik at de kommer seg opp, og som ikke ser sine problemer, men definerer dem som kun barnets.

Arbeidsmetodikken – fokus på samvirke – har også spredt seg til andre områder innenfor organisasjonen: vi planlegger felles aktiviteter for barna og styrker på den måten automatisk de beskyttende faktorene.

– Alt blir lettere gjennom samvirke, sier Petra West-Stenkvis. Tenk, bare en sånn enkel ting som at pedagogene enkelt kan ta av røret og ringe til en av oss – takket være samvirket kjenner vi hverandre. For en enkel måte å styrke de beskyttende faktorene på!



Vi vil rette en særskilt takk til deltakerne i referanse- og ekspertgruppene som på mange måter har bidratt til innholdet i dette inspirasjonsheftet:

REFERANSEGRUPPE

- Vegard Forøy, Bufdir, Norge
- Anne Katrine Tholstrup Bertelsen, Social- og Integrationsministeriet, Danmark
- Tórhild Højgaard, Socialministeriet, Färöarna
- Lára Björnsdóttir, Ministry of Welfare, Island
- Súsanna Nordendal, Socialministeriet, Färöarna
- Monica Norrman, Socialstyrelsen, Sverige
- Birgit V Niclasen, Ministry of Health, Grönland
- Anne Melchior Hansen, Socialstyrelsen, Danmark
- Mia Montonen, FSKC, Finland
- Riitta Viitala, Social- och hälsovårdsministeriet, Finland
- Doris Bjarkhamar, Socialministeriet, Färöarna

EKSPERTGRUPPE

- Anne Melchior Hansen, Socialstyrelsen, Danmark
- Denise Melin, Stockholms stad, Sverige
- Eivor Söderström, Helsingfors stad, Finland
- Erla Björg Sigurðardóttir, City of Reykjavik, Island
- Hanne Holme, RBUP, Norge
- Helene Hjorth Oldrup, SFI, Danmark
- Henrik Andershed, Örebro Universitet, Sverige
- Knut Sundell, Socialstyrelsen, Sverige
- Mirjam Kalland, Mannerheims Barnskyddsförbund, Finland
- Terje Ogden, Atferdssenteret, Norge





NORDENS VELFERDSSENTER / Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Box 22028, SE-104 22 Stockholm / Besøksadresse: Hantverkargatan 29 / Sverige
www.nordicwelfare.org