

# Nordens barn Tidiga insatser för barn och familjer

Nordens Välfärdscenter

Inspirationshäfte

Resultat från projektet Tidiga insatser för familjer





**norden**

Nordens Välfärdscenter

Nordens Barn – Tidiga insatser för barn och familjer

Utgivare:

**Nordens Välfärdscenter**

[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)

© november 2012

Redaktörer: Kristin Marklund och Nino Simic

Huvudförfattare: Kristin Marklund, projektledare för "Tidiga insatser för familjer", Anna-Karin Andershed och Henrik Andershed, Örebro universitet.

Övriga författare: Mirjam Kalland, Petra Kouvonon, Terje Ogden, Helene Hjort Oldrup, Knut Sundell, Nino Simic och Eivor Söderström.

Redaktion: Kristin Marklund, Petra Kouvonon, Nino Simic

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

Illustrationer: Helena Halvarsson

Grafisk design: [www.aasebie.no](http://www.aasebie.no)

Tryck: Ineko

ISBN: 978-87-7919-073-3

Upplaga: 800 ex

### **Nordens Välfärdscenter**

#### **Sverige**

Box 22028, 104 22 Stockholm, Sverige

Besöksadresse: Hantverkargatan 29

Tel: +46 8 545 536 00

[info@nordicwelfare.org](mailto:info@nordicwelfare.org)

### **Nordens Velfærdscenter**

#### **Danmark**

Slotsgade 8, DK-9330 Dronninglund, Danmark

Tel: +45 96 47 16 00

[nvcdk@nordicwelfare.org](mailto:nvcdk@nordicwelfare.org)

### **Nordens Välfärdscenter**

#### **Finland**

Topeliusgatan 41 a A, FIN-00250 Helsingfors, Finland

Tel: + 358 (0)40-0612015

[nvcfi@nordicwelfare.org](mailto:nvcfi@nordicwelfare.org)

Rapporten kan beställas tryckt eller laddas ner på:

[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)

under fliken «Publikationer».

I digitalt format finns häftet översatt även till danska, finska, norska, isländska och engelska.





## Inledning

Du håller i din hand del 1 av rapporten till projektet "Tidiga insatser för familjer".

Projektet är en del av Nordiska ministerrådets satsning under 2011 och 2012 på området "Tidigt förebyggande interventioner för familjer i risk för social marginalisering". Som en följd av prioriteringen fick Nordens Välfärdscenter i uppdrag att driva detta projekt. Syftet är att sprida forskningsresultat, kunskap om goda exempel och skapa nordiska nätverk.

Projektet har fyra fokusområden: Aktuell forskning om risk- och skyddsfaktorer, Lovande exempel på tidiga interventioner i Norden, Förenklad tillgång till service samt Låt barnens röst höras!

Del 1 av rapporten, som du alltså läser nu, presenterar projektresultaten från de två första fokusområdena.

# DEL 1

## TIDIGA INSATSER TILL FAMILJER OCH BARN

<b>I NORDEN</b> .....	6
Tidig insats – tidigt i livet .....	7
Små barn är mer påverkbara .....	7
Personal på förskolan måste reagera .....	8
Systematisk kartläggning i samarbete med föräldrar .....	8
Tidiga insatser som en kontinuerlig process.....	9
Anpassad insats för målgruppen .....	9
Universell, selektiv eller indikerad insats? .....	10
Förskolan – en plats att upptäcka utsatta barn .....	10
Erbjud insatser som fungerar! .....	10
Träna, vägled och stötta föräldrar .....	11
Ge barn möjlighet till utveckling .....	11
Föräldrastöd som tidig insats.....	12

## FÖRÄLDRASTÖD NORDEN

<b>– EN MODELL FÖR TIDIGA INSATSER</b> .....	13
Varför manualbaserade föräldraträningsprogram? .....	17
Utbildning i föräldrastödsprogram .....	17
Att välja rätt program .....	17
Hur kan man hålla koll på forskning? .....	18
Vad gör man när det saknas forskning? .....	18

## LOVANDE INSATSER TILL FÖRÄLDRAR

<b>MED DE MINSTA BARNEN</b> .....	20
Stöd till föräldrar under de första åren.....	20
Vad säger forskningen om insatser för barn 0–3 år? .....	20
Betydelsen av tidig interaktion och tidig anknytning .....	22
Exempel på lovande interventioner för nyblivna föräldrar ...	24
Skolförberedande program som tidig intervention .....	26
Att lyckas med att implementera nya metoder.....	27
Effektivare med nationell implementering .....	29
Tidiga insatser lönar sig.....	30
Implementering av PMTO på Island med små resurser.....	33
Exempel: PMTO med somaliska och pakistanska föräldrar – intervju .....	34
Slutord.....	35

# DEL 2

<b>RISK- OCH SKYDDANDE FAKTORER BLAND FÖRSKOLEBARN FÖR FRAMTIDA PSYKOSOCIALA PROBLEM – VAD VI VET FRÅN FORSKNING OCH HUR DET KAN ANVÄNDAS I PRAKTISKT ARBETE .....</b>	<b>36</b>
Fokus på utagerande och inåtvända problem .....	37
Vad är riskfaktorer och skyddande faktorer?.....	38
Risk- och skyddsfaktorer återfinns på många nivåer .....	39
Vilka är risk- och skyddsfaktorerna hos förskolebarn?.....	40
Kan amerikansk forskning användas för nordiska barn? ....	40
Uppförandeproblem, en av de starkaste riskfaktorerna .....	42
Många riskfaktorer innebär större risker .....	43
Likheter mellan pojkar och flickor vad gäller risk- och skyddande faktorer .....	43
Arv och miljöaspekter på risk- och skyddsfaktorer.....	43
Att använda kunskap om risk- och skyddande faktorer i praktiken .....	44
Risikofokuserat förebyggande och behandlande arbete .....	44
Inte en exakt vetenskap .....	45
Tre principer i risikofokuserat förebyggande och behandlande arbete .....	45
Struktur viktigt vid bedömningar av risk- och skyddsfaktorer .....	46
Vikten av utbildning .....	47
Vilka professioner kan ägna sig åt risikofokuserat förebyggande och behandlande arbete? .....	47
Bedömning, insats och uppföljning .....	48
Slutord om risk- och skyddsfaktorer.....	49
Främjandet av dialogen med föräldrar – erfarenheter från Finland.....	49
Utmaningen.....	50
Föräldrar specialister på sina egna barn .....	50
Risikofokuserat arbete i praktiken – exemplet Sjöbo kommun i Sverige .....	51



# Tidiga insatser till familjer och barn i Norden



Under två år har experter från de nordiska länderna träffats för att ta fram förslag på tidiga insatser som fungerar. Forskare och praktiker har föreslagit goda exempel från sina respektive länder. Det har bl.a. resulterat i *Föräldrastöd Norden* – en modell för implementering av föräldrastödsprogram. Det behövs inte fler program utan snarare färre men effektiva program som är utvärderade i Norden. Många av de program som används idag saknar forskningsstöd. En del är sannolikt effektiva men både dokumentation och uppföljning saknas. Idag finns det program med bra effekter. En samnordisk forskning skulle kunna genomföras med satsningar på några utvalda interventioner. Att lyckas med implementeringen av metoder är avgörande för ett lyckat resultat. Ett nationellt stöd för implementering har visat sig vara ett sätt att lyckas bättre.

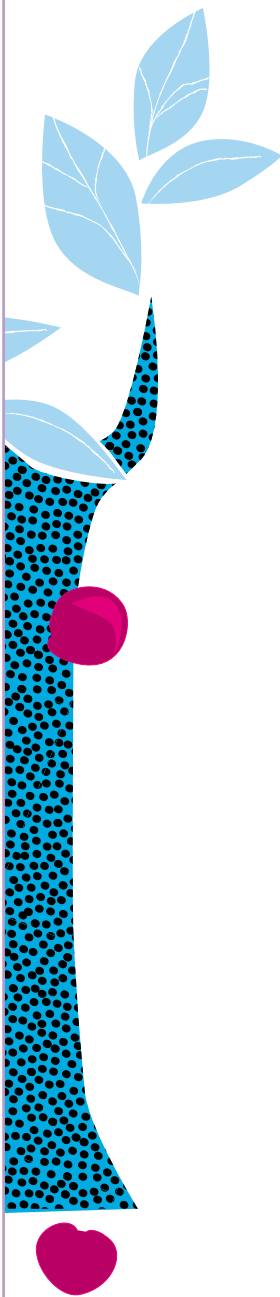
Utöver modellen ges exempel på program som fångar upp föräldrar med nyfödda barn och ett skolförberedande program från Danmark. En översikt av forskning kring risk- och skyddsfaktorer har dessutom genomförts och presenteras i inspirationshäftet. Kunskapen behövs för att tidigt upptäcka barn och familjer i behov av stöd och för att utforma insatser som stärker de skyddande faktorerna och minskar riskfaktorer. Tidiga insatser lönar sig, inte minst ur socioekonomisk synvinkel. De flesta föräldrar i Norden får stöd under sin graviditet av barnavårdscentraler, dessutom går nästan alla barn i förskola. I de nordiska länderna har vi därför en unik möjlighet att tidigt upptäcka och erbjuda stöd till barn och familjer!

### TIDIG INSATS – TIDIGT I LIVET

Barn som riskerar att utveckla funktionsproblem har inte tid att vänta. Det krävs att någon upptäcker vilka problem de har och vad de kämpar med. För de här barnen innebär tidig hjälp, bra hjälp, vilket kan göra att det går att förhindra att problemen ökar och blir svårare att hantera. Svårigheterna är oftast knutna till sömn, måltider, hygien eller lek. I bakgrunden kan det finnas inlärnings- och utvecklingssvårigheter eller en biologisk omognad som kan vara övergående. Bland exemplen finns barn med försenad språkutveckling, barn med nedsatt funktionsförmåga och barn som kommer från svåra familjeförhållanden. Samtliga kan behöva särskild träning, uppföljning och anpassning, antingen socialt, pedagogiskt eller fysiskt. På vissa områden kan man tala om progressiva problem, det vill säga att nya problem läggs till de gamla allteftersom barnen blir äldre. Barn med språkproblem kan till exempel få problem med att lära sig läsa när de börjar i skolan, något som i sin tur leder till ökade svårigheter genom hela skolgången.

### SMÅ BARN ÄR MER PÅVERKBARA

För att kunna göra tidiga insatser för barn i riskzonen måste problemen identifieras tidigt, men det är avgörande att man upptäcker och kartlägger funktionsproblemet och därefter följer upp det med insatser. Ju längre tid det går innan barnet får hjälp desto svårare är det att tillhandahålla rätt hjälp. Även om många av de yngsta barnen visar tydliga tecken på att de har svårigheter så är det många som inte får hjälp i tid. Tidig hjälp är bra hjälp och små barn är på många sätt mer påverkbara och mottagliga för hjälp än äldre barn.



## PERSONAL PÅ FÖRSKOLAN MÅSTE REAGERA

Ett hinder för tidiga insatser kan vara att de som arbetar med de yngsta barnen intar en "vänta-och-se"-attityd. Eftersom det är vanligt med skillnader mellan barn förväntar man sig att vissa växer ifrån problemen. Det stämmer också på en del barn, till exempel de som mognar senare än sina jämnåriga kompisar, eller de som av andra skäl utvecklas sent. När de som arbetar med barn, till exempel anställda i förskola, är försiktiga med att identifiera barn i riskzonen är anledningen ofta på att man inte vill att barnen ska bli "stämplade" och "stigmatiserade". Personalen vet att tidig diagnostisering ibland kan ha oavsiktliga negativa effekter och vill därför skydda barnen från den belastningen. Diagnoser kan även ha låg reliabilitet vilket betyder att vissa barn inte får någon diagnos alls och heller inte någon speciell behandling.

Ett problem med tidig kartläggning är också att olika informanter gör olika bedömningar av barns funktionsnivå och problem. Överensstämmelsen mellan föräldrarnas syn på barnet hemma och personalens upplevelser i förskolan är ofta överraskande låg, vilket är något som gör det svårt att fastslå barnets utvecklingsstatus. Men oavsett varför man intar en avvaktande hållning till tidig kartläggning och identifiering är det olyckligt för de barn som har behov av tidig intervention.

Därför är det viktigt att alla som arbetar med barn och familjer är uppmärksamma på att det finns barn med särskilda behov. Samtidigt måste kartläggningsarbetet ta hänsyn till de många osäkerhetsmoment som hör ihop med barns riskstatus, och det bör iakttas försiktighet vid användning av diagnostisering eller andra kriterier för kategorisering av barn. Ett bra hjälpmedel kan vara att göra en undersökning i förhållande till risker och skyddande faktorer samt en kartläggning som identifierar barnets styrkor och svagheter. Proceduren för tidig identifiering av utsatta barn bör vara standardiserad och forskningsbaserad hellre än att bygga på subjektiva omdömen. Om ansatsen tar hänsyn till barnets utvecklingsnivå kan kartläggningen följas upp med en tidig insats för att korrigera, förebygga eller stimulera barnets utveckling.

## SYSTEMATISK KARTLÄGGNING I SAMARBETE MED FÖRÄLDRAR

Tidig identifiering bör bygga på observationer och bedömningar av barn i deras dagliga miljö och ha ett brett perspektiv på deras fysiska, kognitiva, sociala och emotionella funktionsnivå och svårigheter. Arbetet bör vara träffsäkert så att man lägger mest tid och kompetens på barn som behöver det mest.



Därför är det nödvändigt med en viss systematik i kartläggning och uppföljning.

Detta kan genomföras som en process i tre steg där det första steget består av informella bedömningar av samtliga barn utförda av kompetent personal på en vårdcentral eller förskola. Bedömningskriterierna kan vara utformade som checklistor och bör bygga på relevant forskning. Barn som skiljer sig från sina jämnåriga på viktiga områden, eller som av andra skäl behöver undersökas, bör följas upp mer ingående. Steg två kan därför bestå av kartläggning och bedömning av samspel, beteende och färdigheter med hjälp av standardiserade kartläggningsverktyg eller observationsrutiner. För barn som överskrider kritiska gränsvärden bör man genomföra en mer detaljerad utredning. Steg tre kan därför bestå av tester, individuell observation i strukturerade och ostrukturerade aktiviteter där man gör en mer ingående analys av barnets beteende och utveckling. Genom hela processen är det viktigt att föräldrarna blir informerade och att de är delaktiga om barnet ska undersökas närmare.

### TIDIGA INSATSER SOM EN KONTINUERLIG PROCESS

Det är emellertid viktigt att observera att tidiga insatser inte fungerar som ett "vaccin" med obegränsad hållbarhet. För vissa barn kan det vara viktigt att underhålla åtgärden över tid om den ska fungera. Efter hand som barnen blir äldre kan de utsättas för risker i form av nya belastningar och stress. Tidig identifiering ska därför inte uppfattas som en engångs-insats utan en kontinuerlig process där barnen följs noga under perioder och situationer där de kan vara sårbara, till exempel vid övergången från förskola till skola.

### ANPASSAD INSATS FÖR MÅLGRUPPEN

Barn kan också delas in i risk- eller åtgärdsgrupper. De flesta barn tillhör gruppen lågriskbarn vilka fungerar bra intellektuellt, motoriskt, beteendemässigt, socialt och emotionellt. *En mindre grupp barn är i riskzonen och kan utveckla funktionssvårigheter eftersom de exponeras för risker av individuell och miljörelaterad karaktär.* Den sista och minsta gruppen är barn som redan har utvecklat problem knutna till psykisk hälsa, motorik, beteende och kognitiv funktion. Dessa barn kan behöva omfattande och långvariga hjälp- och stimulansåtgärder och är antagligen den grupp som har störst utbyte av tidiga insatser. Det bör vara tydligt vilka som ingår i målgruppen när man påbörjar en tidig insats.

## UNIVERSELL, SELEKTIV ELLER INDIKERAD INSATS?

Universella insatser är allmänt förebyggande och riktar sig till alla barn, selektiva insatser riktar sig till barn som bedöms befinna sig i riskzonen och indikerade insatser riktar sig till barn som är särskilt utsatta eller som redan har utvecklat funktionsproblem. Riskfaktorer i barns utveckling har en tendens att bilda ett sammanhängande mönster som når känsliga barn när de utsätts för negativ social och psykologisk påverkan. Det går inte alltid att förutse vilka problem mönstret leder fram till, och samma riskfaktorer kan leda till olika former av problemutveckling. Detta motiverar att de tidiga insatserna bör ha ett brett fokus som är både problemförebyggande, resurs- och kompetensutvecklande.

## FÖRSKOLAN – EN PLATS ATT UPPTÄCKA UTSATTA BARN

Jämfört med barn i skolåldern är det relativt sett färre nordiska förskolebarn som får specialpedagogisk hjälp, psykiatrisk behandling eller som anmäls till de sociala myndigheterna. Detta kan vara ett tecken på att förskolorna i för liten utsträckning utnyttjas som plats för att upptäcka utsatta barn och att insatserna först sätts in när de börjar skolan. Det finns studier som visar att förskolan påverkar barnen mindre än föräldrarna och hemmet, vilket motiverar vikten av att föräldrarna deltar i tidiga interventioner. Det är ofta en fördel att tidiga insatser har en "låg tröskel" så att föräldrarna själva kan ta kontakt och be om en bedömning av barnets problem och att möjligheten är tillgänglig där barnet är, d.v.s. på förskolan eller på vårdcentralen. Förskolan har en unik möjlighet att förebygga, upptäcka behov och verkställa insatser för barn som behöver extra omsorg och hjälp i utveckling och inläring av färdigheter. Genom att begränsa användningen av diagnoser och kategoriseringar efter funktionsproblemets art och grad kan man även förebygga att tidiga insatser får stigmatiserande effekter på barnen och deras omgivning.

## ERBJUD INSATSER SOM FUNGERAR!

Det finns en ökad förståelse för att tidiga insatser bör bestå av interventioner eller åtgärder som genom forskning har visat sig fungera på definierade problem och i specifika situationer. Det handlar med andra ord om att utnyttja den bästa kunskapen om vad som fungerar och låta forskning vägleda praxis. Det finns modeller, program, åtgärder och

metoder som genom kontrollerad utvärdering har gett goda resultat.

Interventionerna bör vara tydligt beskrivna genom riktlinjer eller handböcker och verkställas i överensstämmelse med teoretiska och praktiska förutsättningar. Utvärderingen bör omfatta vilket utbyte barnet och deras familj har av insatsen, men även omfatta utförandet av interventionerna. *Om åtgärden inte ger positiva resultat kan det bero på att insatsen inte var så effektiv som man förväntat sig eller att själva genomförandet var bristfälligt.*

### TRÄNA, VÄGLED OCH STÖTTA FÖRÄLDRAR

Tidiga insatser för barn som inte har börjat skolan har ofta som syfte att förbättra barnens fysiska hälsa eller främja deras kognitiva, sociala och emotionella utveckling. Men insatsen kan också inledas tidigare med uppföljning av mödrar under graviditet och förlossning. Internationell kunskapsöversikt visar att de flesta förebyggande insatser riktade mot barn i förskoleåldern har som syfte att stimulera barnens kognitiva utveckling eller på andra sätt stärka deras förutsättningar för att kunna hantera skolan. Några av insatserna har också visat sig ha långsiktig positiv verkan på barnens funktion. Dessutom går upplärning, vägledning och stöd till föräldrar som en röd tråd genom framgångsrika projekt och åtgärder och ofta fokuserar de på att främja kompetens, initiativ och självständighet hos både föräldrar och barn.

### GE BARN MÖJLIGHET TILL UTVECKLING

Alla barn kan inte nå lika långt sett till funktionskapacitet, och medfödda förutsättningar kan begränsa inlärningsförmåga och utvecklingsmöjligheter. Trots det är det viktigt att man, oberoende av barns förutsättningar, helt och fullt utnyttjar miljörelaterade insatser för att stimulera och stötta barn i deras inlärning och utveckling.

Syftet med tidiga insatser är att minska risken för att barn utvecklar problembeteenden, psykiska eller fysiska hälsoproblem eller problem med skolan. Insatserna kan handla om att kartlägga och stimulera barns resurser och talanger, men också om att främja deras förmåga att hantera stress, motgångar och kriser. Det kan handla om att skapa en uppväxtmiljö där barnen får en känsla av tillhörighet, och där de lär sig viktiga färdigheter för att kunna bidra och bli uppskattade för detta.



## FÖRÄLDRASTÖD SOM TIDIG INSATS

Ett resultat av det nordiska projektet är ett förslag om nordisk implementering av föräldrastöd. Satsa på några få föräldrastödsprogram och implementera dem i alla kommuner. Det skulle innebära att samnordisk forskning kan genomföras och det innebär en kostnadseffektivisering särskilt med tanke på utbildnings- och implementeringskostnader. Införandet av nationellt implementeringsstöd verkar vara en effektiv modell. Implementeringen av TIBIR i Norge är ett gott exempel i Norden. Föräldrastöd Norden är ett förslag på en förenklad modell av TIBIR. Det är viktigt att anpassa föräldrastödsprogram så att de blir attraktiva för föräldrar som riskerar marginalisering. Vi visar längre fram i häftet hur föräldrastöd har genomförts med pakistanska och somaliska föräldrar med framgång.

## TIBIR – TIDLIG INNSATS FOR BARN I RISIKO

Programmet TIBIR har utvecklats i Norge på basen av erfarenheter från tidigare implementeringsarbete. Målsättningen med TIBIR är att tidigt förebygga och avhjälpa beteendeproblem hos barn i åldern 3–12 år samt bidra till att utveckla barnens positiva och prosociala beteende. Programmet stärker därmed insatser som riktar sig till familjer med barn som redan har utvecklat beteendeproblem eller som riskerar att göra det. Programmet består av sex interventionsmoduler som bildar en helhetsinsats för barnfamiljerna. TIBIR lärs ut till kommunal personal som arbetar med välfärdstjänster för barn och familjer.

Läs mer här:  
[www.atferdssenteret.no](http://www.atferdssenteret.no)



# Föräldrastöd Norden

## – en modell för tidiga insatser

*Föräldrastöd Norden* innehåller stöd till familjer på tre nivåer. Grundtanken är att det ska vara enkelt att få stöd som förälder och att stödet ska ges i ett tidigt skede. När problemen är svåra, ska man enkelt få hjälp till mer omfattande stöd. De insatser som erbjuds bör vara utvärderade och ha visat god effekt i forskning.

Implementering av *Föräldrastöd Norden* innebär att utbudet av insatser begränsas och de insatser som erbjuds kan bli möjliga att utvärdera. Forskning tar tid och ett ständigt byte av interventioner kan innebära att kunskap om vad som fungerar, presenteras först efter att interventionen inte längre är aktuell som insats. Det finns vinster med att tänka långsiktigt och inte byta ut interventioner innan man vet om de fungerar.

*Föräldrastöd Norden* är ett samlat utbud av tidigt stöd till barnfamiljer i en kommun. Att genomföra *Föräldrastöd Norden* innebär inte automatiskt ökade kostnader för kommuners preventiva arbete; det kan handla om att omprioritera de insatser som redan finns. Under en inledande period kan kostnader uppstå för att utbilda och handleda personal som ska vara gruppleddare. Det är viktigt att det finns en långsiktig plan för implementering av modellen. Föräldrastödet bör utvärderas och vid behov anpassas efter olika målgruppers behov.

Grunden för modellen är en gemensam kunskapsbas för personal som arbetar med barn. Kunskap om risk- och skyddsfaktorer ska finnas hos alla professionella som arbetar med barn, till exempel på en förskola eller familjecentral. För att sprida denna kunskap till all personal som arbetar med barn kan utbildningssatsningar genomföras kontinuerligt. Läs mer om risk och skyddsfaktorer på sid 36.

Tre moduler av föräldrastöd erbjuds föräldrar i alla kommuner:

### **1. Universellt stöd till alla föräldrar**

Traditionen i den nordiska välfärdsmodellen är att stora delar av tjänsterna är universella, d.v.s. de erbjuds alla och är inte behovsprövade. Det gäller även föräldrastödet där exempelvis mödra-, barnhälsovård och förskola erbjuds alla småbarnsfamiljer. Dessa universella tjänster är en unik arena för

förebyggande arbete och möjliggör ett högklassigt föräldrastöd. Därutöver finns idag ett flertal föräldrastödsprogram. Programmen kan inte ersätta övriga välfärdstjänster men kan utgöra ett viktigt komplement i utvecklandet av stödet som erbjuds familjer. I detta projekt föreslår vi att kommunerna kompletterar sina välfärdstjänster med något av de föreslagna programmen:

Som en universell insats föreslås att föräldrar i alla kommuner erbjuds *rådgivningssamtal* som en kortsiktig insats. Det kan handla om något problem som uppstått med barnet och kan bestå av ett fåtal samtal. Rådgivningssamtalen ges av personal som är utbildade i något föräldrastödsprogram som har stöd i forskning, till exempel PMTO, Parent Management Training Oregonmodellen, De otroliga åren eller KOMET.





Modulen kan också innehålla universella *föräldrautbildningar*, som bygger på samma principer som programmet som nämndes ovan. Föräldrautbildningarna ges till alla intresserade föräldrar och omfattar några informationskvällar. I Sverige finns till exempel ABC, Alla Barn i Centrum.

## **2. Föräldrastöd – grupp**

*Modul 2 innehåller Stöd till föräldrar i grupp.* Målgruppen är föräldrar som upplever problem med sina barn eller sitt föräldraskap. Det kan handla om exempelvis barn som ofta kommer i konflikt med andra barn, syskon och föräldrar. Föräldrar som söker stöd får hjälp med strategier som förbättrar föräldraskapet. Föräldrarna söker själva upp hjälpen eller har fått tips av barnhälsovården, förskolan, socialtjänsten eller av andra föräldrar som rekommenderat programmet.

Interventionerna i den här gruppen går ut på att vägleda föräldrar i grupp, tillsammans med andra föräldrar. Föräldragrupperna träffas vanligtvis en gång per vecka under 2–2,5 timmar vid 10–12 tillfällen. Grupperna leds av 1–2 ledare som har utbildning i föräldrastödsprogrammet. Undervisningsformen är "miniföreläsningar", gruppdiskussioner, rollspel och övningar mellan träffarna. Programmen som föreslås är PMTO (gruppintervention), De otroliga åren (Basic) eller KOMET.

## **3. Föräldrastöd – individuellt**

*Modul 3 innehåller Individuellt stöd till föräldrar som har barn med betydande beteendeproblem.* Relationen mellan föräldrar och barn har över en längre tid kännetecknats av ständiga konflikter som även visat sig mellan barnet och kamrater eller mellan barnet och personal på förskola/skola. Familjen kan ha genomgått föräldrastöd i grupp, men det har inte varit en tillräcklig insats. Målet med programmet är att föräldrar och barn ska uppnå en positiv relation så att barnets positiva utveckling främjas. Föräldrar tränas i föräldrafärdigheter och i att uppmuntra barnet när det tränar in nya färdigheter. Föräldrar får också träning i att återvinna föräldrakontrollen och att utveckla ett positivt samspel med sitt barn. Praktiska övningar och hemuppgifter ingår i programmet. Föräldrar och terapeut sätter upp mål och delmål under behandlingen som följs upp. Föräldrastödet tar 1–1,5 timme per gång och antalet möten anpassas efter familjens behov. Det individuella stödet som föreslås är PMTO, De otroliga åren (Advance) eller Förstärkt KOMET.



### **KOMET**

KOMET har utvecklats i offentlig verksamhet inom Preventionscentrum i Stockholm. Det är ett evidensbaserat föräldraträningsprogram som stöder sig på internationell forskning om samspel mellan förälder och barn och bygger på social inlärningsteori. Komet erbjuder utbildning för personal som har möjlighet att arrangera föräldragrupper riktade till föräldrar med barn i åldern 3–11 år. Komet föräldrastöd riktar sig till föräldrar som upplever att de ofta hamnar i konflikt och bråk med sitt barn och har svårt att hantera situationen på ett bra sätt. Komet finns även som Förstärkt Komet med individuellt stöd till föräldrar (3–11 år) och Komet för tonårsföräldrar i grupp (12–18 år).

### **PMTO, PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON**

PMTO är ett evidensbaserat program, som ger ett individuellt stöd till föräldrar med barn i 4–12 års ålder med allvarliga beteendeproblem. Med programmet förstärks sociala färdigheter och samarbete. Målsättningen är att förebygga och minska beteendeproblem hos barnen. Programmet baserar sig på forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivits vid Oregon Social Learning Center i USA. Norge har genomfört världens enda nationella satsning på PMTO, som har vidareutvecklats för nordiska förhållanden av Atferdssenteret. Utifrån samma principer som i PMTO, har det utvecklats en gruppintervention för föräldrar som har barn med beteendeproblem eller barn som riskerar att utveckla ett beteendeproblem (4–12 år), TIBIR – föräldragrupsintervention.



### **DE OTROLIGA ÅREN (THE INCREDIBLE YEARS)**

De otroliga åren är en evidensbaserad föräldrautbildning. Insatsen har utvecklats av den amerikanska psykologen och forskaren Carolyn Webster-Stratton. Målgruppen är föräldrar till barn i åldrarna 3–12 år som har barn med känslomässiga problem eller beteendestörningar. Föräldrautbildningen, där föräldrarna lär sig hur de kan främja en positiv utveckling hos barnen, är uppdelad i två delar. Den första delen utgår från lek, beröm och belöningar och syftet är att stärka relationen mellan barn och föräldrar. Den andra delen utvecklar strategier hos föräldrarna så att barnens problembeteenden kan minskas. De otroliga åren finns som gruppinterventioner i *Basic och Advanced* nivå.





Om en kommun väljer att satsa på någon av dessa interventioner kan samma person hålla i interventioner på olika nivåer, men med samma teori som grund. Gruppledare för föräldrastödsgrupper kan till exempel vara samma personer som håller i universella utbildningar för föräldrar på en familjecentral.

### VARFÖR MANUALBASERADE FÖRÄLDRATRÄNINGSPROGRAM?

För att förebygga beteendeproblem hos barn finns det idag ett flertal manualbaserade föräldraträningsprogram. Omfattande internationell forskning, men också studier från de nordiska länderna, har visat goda resultat för föräldrastödsprogram, bl.a. när det gäller beteendeproblem hos barn. En gemensam utgångspunkt för dessa program är att man genom utbildning och träning kan förändra föräldrars beteende i uppfostranssituationer. Målsättningen med föräldrastödet är att bryta ett negativt samspelsmönster mellan föräldrar och barn.

För föräldrar som har barn med en beteendeproblematik har det visat sig att *enbart stödsamtal är inte tillräckligt*. Läger man till strategier för uppfostran, träning, rollspel och feedback (på träningsuppgifter) så ökar möjligheten för att föräldrar ska utveckla sitt föräldraskap.

### UTBILDNING I FÖRÄLDRASTÖDSPROGRAM

Utbildning av ledare för föräldrastödsprogram påbörjas ofta samtidigt som gruppledaren genomför en föräldrastödsgrupp. Påfyllnadsutbildningar är obligatoriska och allt material som används under träffarna finns samlat i manualer. Manualen kan till exempel bestå av teori, övningar och filmklipp som visar exempel på situationer som man kan arbeta med. En kommun kan utbilda gruppledare som i sin tur utbildar andra gruppledare. Utbildningen är relativt kort men kräver handledning och vidareutbildning. Som exempel kan nämnas att utbildning till gruppledare i KOMET pågår under 8 dagar, fördelat på 2 terminer.

### ATT VÄLJA RÄTT PROGRAM

En hel del av de råd- och stödinsatser som erbjuds idag saknar utvärderingar och många saknar helt dokumentation. En insats som *inte* är effektiv kan innebära att problemen ökar och föräldrarna kan uppleva att det inte är meningsfullt att söka stöd igen. När en familj söker stöd är det viktigt att hjälpen kommer snabbt och att den är effektiv.

En kommun kan välja ett föräldrastödsprogram som redan finns implementerat i större skala. Det är dock viktigt att välja program som är effektiva och som i forskning visar goda resultat. I Sverige har till exempel många kommuner valt att implementera KOMET. I Norge och på Island har en satsning på PMTO genomförts. I Danmark har De otroliga åren implementerats i en del kommuner. I Finland ses föräldrastöd som en del av ett högklassigt utbud av universella välfärdstjänster, inklusive en kostnadsfri mödra- och barnhälsovård. Användningen av programbaserat föräldrastöd är begränsat. Den modell för implementering som genomförs av TIBIR i Norge, kan inspirera länder som saknar en nationell strategi för implementering av programbaserat föräldrastöd.

### HUR KAN MAN HÅLLA KOLL PÅ FORSKNING?

Det kan vara svårt för en kommun eller för professionella att hålla koll på forskning. Forskning behöver översättas för att nå praktiken och resultera i praktisk handling. Här kommer tre exempel från de nordiska länderna där man presenterar interventioner och forskningsresultat inom barn- och ungdomsområdet, Ungsinn i Norge, Vidensportalen i Danmark och Metodguiden i Sverige.

- [www.ungsinn.uit.no](http://www.ungsinn.uit.no)
- [www.vidensportal.servicestyrelsen.dk](http://www.vidensportal.servicestyrelsen.dk)
- [www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide](http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide)

### VAD GÖR MAN NÄR DET SAKNAS FORSKNING?

Det finns ett stort antal insatser för att stödja barns och ungas psykiska hälsa. 2009 identifierade Socialstyrelsen i Sverige 103 socialtjänstbaserade interventioner inom öppenvården för att stötta barn. Av dem var tio utvärderade i Sverige på ett sådant sätt att det går att bedöma deras effekter. Situationen är liknande inom förskola och grundskola; nästan ingen av de pedagogiska metoder som används för barns psykiska hälsa har vetenskapligt stöd. Det är inte heller sannolikt att alla dessa insatser kommer att utvärderas inom en rimlig tid.

Även om en insats inte är utvärderad kan den vara effektiv. Det behövs alltså andra former än effektutvärderingar för att värdera om en viss insats rimligen är effektiv. Ett sätt är att utgå från några kriterier som forskning systematiskt identifierat som viktiga. Det är bakgrunden till en brittisk databas om föräldrastödsinsatser som vänder sig till professionella och föräldrar. De insatser som beskrivs i databasen har granskats av en panel forskare enligt tre centrala kvalitetsaspekter som

Läs mer här:

[www.education.gov.uk/  
commissioning-toolkit](http://www.education.gov.uk/commissioning-toolkit)

var och graderas enligt fem steg. Var och en av dessa tre dimensioner har visat sig förutse om insatser har positiva effekter för målgruppen. Höga poäng ges när det finns:

### 1. Avgränsad målgrupp

Det finns en tydlig beskrivning av målgruppens behov, en metod för att rekrytera och säkerställa att det är rätt målgrupp, en metod för att fortlöpande avläsa om målgruppens behov tillgodoses samt att det finns riktlinjer för om och när andra bör kontaktas för att ge annat stöd.

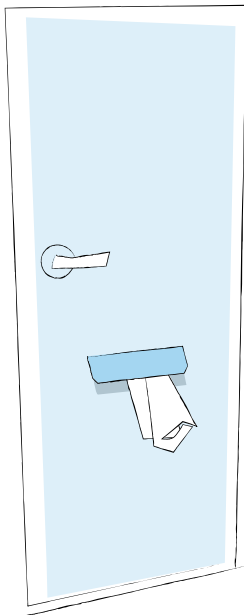
### 2. Forskningsmässigt förankrad teori

Teorin om varför insatsen ska leda till förändring har stöd i forskning om risk- och skyddsfaktorer, det finns forskningsstöd som motiverar att insatsen förändrar föräldrars samspel med sina barn, samt att kort- och långsiktiga effekter är teoretiskt realistiska.

### 3. Väldefinierad utbildning och implementering

Krav på förkunskaper för de som ska använda metoden är tydliggjord och utbildningen är strukturerad med tydligt format, omfattning och intensitet. Det finns en skriftlig manual som förklarar vad som leder till förändring och vilka effekter som ska förväntas. Dessutom finns det en metod för att avläsa att insatsen används som avsett.Handledning ska erbjudas som stöd när man börjar använda metoden och där handledarens nödvändiga kvalifikationer är tydliga.

Eftersom insatser som får höga poäng på dessa kriterier har större sannolikhet att fungera, kan bedömningen vara ett underlag för en verksamhet som överväger att introducera en ny insats. Dimensionerna är ingen garanti men de ökar sannolikheten för att insatsen är effektiv. *Om valet står mellan flera olika insatser bör man undvika de som uppfyller få eller inga av ovanstående kriterier, till exempel de som påstår sig fungera för alla typer av problem, de vars teori om varför de ska fungera saknas eller har otydlig vetenskapligt stöd och de som har korta utbildningar (t.ex. endagsutbildning).*



## Lovande insatser till föräldrar med de minsta barnen

Interventionerna i *Föräldrastöd Norden* omfattar föräldrar med barn från ungefär 3 års ålder. Här lyfter vi exempel på tidigt stöd för föräldrar med spädbarn.

### STÖD TILL FÖRÄLDRAR UNDER DE FÖRSTA ÅREN

En trygg anknytning mellan spädbarn och föräldrar är en skyddsfaktor som motverkar ohälsa senare i livet. Sannolikheten för att ett spädbarn ska utveckla en trygg anknytning till föräldrarna ökar om samspelet mellan spädbarnet och föräldrarna varit tillfredställande. Det innebär att föräldrarna uppfattar barnets signaler, tolkar dem rätt och reagerar adekvat på dem. Det finns ett vetenskapligt stöd för detta.

Under den här rubriken har vi samlat kunskap om stöd till föräldrar under barnets första år i livet. Vi vet från forskning att det inte finns så många evidensbaserade metoder som implementerats i de nordiska länderna, när det gäller de små barnen. Det görs redan stora insatser inom mödravården, barnhälsovården och från familjecentraler. Det saknas dock forskning från nordiska miljöer. En hel del av de interventioner som ger ett gott resultat i studier från USA, kan ha en annorlunda målgrupp. Det nordiska universella stödet till nyblivna föräldrar kan vara mer omfattande än de amerikanska interventionerna.

### VAD SÄGER FORSKNINGEN OM INSATSER FÖR BARN 0–3 ÅR?

Det danska forskningsinstitutet SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, har under 2011 tagit fram en forskningsöversikt om tidiga insatser för sårbara och utsatta barn i åldern 0–3 år och deras föräldrar (inklusive gravida mödrar). Forskningsöversikten ger en överblick över insatser som har till syfte att reducera eller kompensera för följande riskfaktorer: mödrars missbruk, vanvård, våld i nära relationer, psykisk sjukdom hos föräldrarna, tidigt föräldraskap och kombinerade problembilder. Syftet är att ta fram kunskap som kan bidra till evidensbaserad praktik inom socialpolitiken. SFI har gått igenom effektforskning som inkluderar RCT-

Läs mer på [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk), "Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre"

studier, kvasi-experimentella studier och studier med för- och eftermätningar.

Kartläggningen gav 81 forskningsstudier där insatser visat effekt. De flesta studierna kommer från USA (55) medan 10 är från Europa. *Det fanns ingen forskning från de nordiska länderna som avsåg den här gruppen! Man kan därför säga att resultaten främst avser nordamerikanska miljöer.*

### **VIKTIGA KÄNNETECKEN FÖR TIDIGA INSATSER FÖR FÖRÄLDRAR MED BARN 0–3 ÅR:**

**Målgrupp** – Tidiga insatser bör rikta sig till föräldrarna och särskilt mödrarna – inte till barnen

**Organisering** – Insatserna ska vara organiserade som multifacetterade insatser, d.v.s. de ska bestå av flera olika aktiviteter som till exempel samtal, praktisk hjälp, grupp-samtal och annat.

**Varaktighet och intensitet** – Tidiga insatser bör vara förhållandevis långa, sex månader eller mer och innehålla täta kontakter mellan brukare och behandlare.

Kartläggningar visar också att om man arbetar med en förälder med en särskild riskfaktor, till exempel missbruk, bör man erbjuda stöd som särskilt riktar in sig på den riskfaktorn.

### **VIKTIGA KÄNNETECKEN FÖR INSATSER MOT FÖRÄLDRARS MISSBRUK:**

**Målgrupp** – De flesta effektiva insatser riktar sig till mödrar med missbruk och insatserna fungerar för föräldrar med barn i olika åldersgrupper.

**Organisering** – Insatserna är multifacetterade och ges framförallt individuellt.

**Varaktighet och intensitet** – Insatserna är oftast långvariga och varar mer än 6 månader. Intensiteten varierar från dagliga insatser till flera gånger per månad.

## BETYDELSEN AV TIDIG INTERAKTION OCH TIDIG ANKNYTNING

Enligt anknytningsteorin har den omsorg som barn får under sina tidiga år långtgående konsekvenser för deras utveckling. Teorin utgår ifrån att barnet behöver omsorg som är såväl förutsägbar som emotionellt inriktad på barnets behov. I praktiken handlar det om hur den vardagliga omsorgen förverkligas: då ett barn gråter av hunger behöver föräldern ha kapacitet att såväl svara på barnets fysiska behov av mat som barnets emotionella behov av ömhet och trygghet – att enbart svara på barnets fysiska behov räcker inte till för att trygga barnets utveckling. Om föräldern är irriterad och hårdhänt, eller likgiltig och mekanisk då han eller hon matar barnet, kommer detta att påverka spädbarnet på ett negativt sätt, men är föräldern lugn och kärleksfull, påverkar det barnet på ett gynnsamt sätt.

Under barnets första levnadsår är det mer adekvat att tala om tidig interaktion än om tidig anknytning. Vid omkring ett års ålder har barnet utvecklat sin första arbetsmodell om mänsklig interaktion, d.v.s. en modell för hur man kan uttrycka sina behov och känslor, och vilket svar man förväntas få. Denna interna arbetsmodell är inte stabil utan utvecklas genom hela livet. Den första grundläggande modellen utgör den bas på vilka senare erfarenheter bygger. Negativa erfarenheter under den här perioden, påverkar barnets utveckling på två sätt. Barnet blir mer sårbart för senare negativa upplevelser och dessutom blir det mer sannolikt att barnet råkar ut för dem. Det beror på att barnet har utvecklat negativa strategier för samspelet med föräldern. Negativa strategier kan upprätthållas av att:

- Tidiga erfarenheter påverkar hjärnans struktur och funktion
- Inre arbetsmodeller påverkar hur barnet tolkar interaktion (såväl verbal som icke-verbal)
- Smärtsamma erfarenheter leder till defensiva försvarsåtgärder som hindrar nya erfarenheter
- Otrygga barn är ofta aggressiva eller avvisande och betar sig så att det väcker irritation och vrede snarare än medkänsla hos vuxna och andra barn
- Andras negativa reaktioner förstärker barnets negativa arbetsmodeller

Hjärnans strukturella utveckling pågår från graviditetens första veckor tills människan är ung vuxen och är genetiskt driven. Hjärnans funktionella utveckling pågår hela livet och påverkas av våra erfarenheter. *Ny forskning bekräftar att*

*känslorna är centrala för hur hjärnan utvecklas.* Under de första nio månaderna utvecklas också banorna mellan de mera primitiva delarna av hjärnan och de delar av hjärnan som reglerar de känslomässiga reaktionerna. Skadliga känslomässiga erfarenheter under dessa första månader kan skada eller hindra denna utveckling, vilket på sikt kan leda till impulsiv aggressivitet. Detta kan också vara grunden för senare personlighetsstörningar.

När barnet får positiva gensvar från föräldrar som med sin lyhörda och lugnande närvaro organiserar och ger ord för babyns känslor utvecklar barnet en trygg anknytning till sina föräldrar. Det sker vid cirka ett års ålder. Ett tryggt barn söker sin förälders närhet när det blir uppskrämt, upprört, hungrigt eller har ont. Men barnet är också nyfiket och ivrigt att undersöka sin omgivning. Om förälderns omsorg har varit känslomässigt avvisande eller baserat sig mera på förälderns sinnestillstånd och behov än på barnets, kan barnet inte använda sin förälder för att reglera sina känslor på samma sätt som det trygga barnet kan. I extrema fall har barnet inte kunnat etablera någon som helst organiserad modell för hur interaktion fungerar.

Skadliga erfarenheter (grav omsorgssvikt, misshandel och andra traumatiserande erfarenheter) leder till såväl strukturella som funktionella förändringar i barnets hjärna (Glaser 2000). Dessa förändringar inbegriper bl.a. minskad hjärnvolymer, avvikelser i nervsystemet och hormonella förändringar. Skadliga uppväxtförhållanden kan också försämra minneskapaciteten och utgör därför en risk för senare inlärningssvårigheter (Wolf 2009). Slutligen vet vi idag att stress under barndomen utgör en risk för att insjukna i immunologiska sjukdomar, som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar (Dube et al 2009).

Det positiva i detta sammanhang är att perioden som är viktigast för barnets utveckling också är den gynnsammaste med tanke på intervention. Forskning visar att tidigt stöd för föräldraskapet, helst under den första graviditeten, har gynnsamma och långvariga effekter på föräldraskapet och på barnets utveckling och hälsa.

Läs Mirjam Kallands text i dess helhet på [www.nordicwelfare.org/tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)

## EXEMPEL PÅ LOVANDE INTERVENTIONER FÖR NYBLIVNA FÖRÄLDRAR

### Edinburgh-metoden

Edinburgh-metoden är en evidensbaserad form av föräldrastöd i syfte att identifiera deprimerade nyblivna mödrar. Mellan 10 och 15 procent av alla nyblivna mödrar blir deprimerade under de sex första månaderna efter förlossningen. Ett problem är att kvinnor som lider av förlossningsrelaterad depression sällan söker hjälp. Det kan ta emot att berätta att livet känns svårt när man själv och andra förväntar sig att lyckan är fullständig.

Metoden innebär en screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) och tät uppföljning. Det är brukarvänligt och måste kompletteras med olika stödinsatser.

Metoden består av tre delar. 1) Erbjudande vid besök på barnhälsovården att fylla i ett självskattningsformulär, ett s.k. EPDS-formulär, med 10 frågor, när barnet är 6–8 veckor. Frågorna handlar om hur kvinnan mått den senaste veckan. 2) Återföringssamtal med barnmorska direkt efter ifyllandet av formuläret. 3) Vid lindrig depression erbjuds kvinnan en serie samtal av barnmorska, s.k. personcentrerat stödsamtal (non directive counselling). Vid mer omfattande problem remitteras kvinnan vidare till specialist.

Flera studier tyder på att denna form av tidig insats för en sårbar grupp av kvinnor ger effekt. Med en relativt begränsad insats kan mer omfattande problem förebyggas. Att snabbt erbjuda stöd till kvinnor med postnatal depression i ett så tidigt skede som möjligt, är kostnadseffektivt och kan förhindra att kvinnan får en långvarig depression. Det viktiga är att en insats görs direkt efter konstaterandet av depression.

Att använda Edinburgh-metoden kombinerat med stödsamtal förväntas ge symptomlättnader vid lindriga till moderata depressioner. Flera publikationer ger stöd för detta, bland annat en ny RCT-studie av Morell et al (2009) baserad på 3000 nyblivna mödrar. Studien visade positiva effekter både 6 månader och 12 månader efter förlossningen. Effekten för barnet är fortsatt oklar men det antas att föräldrar är mer sensitiva gentemot sitt barns behov när symptomen minskar. God psykisk hälsa skyddar mot andra riskfaktorer som till exempel allvarlig sjukdom, stress och vantrivsel på jobbet.

Edinburgh-metoden har implementerats i mer än 130 kommuner i Norge. Implementeringen kommer att utökas till fler kommuner de kommande åren. Spedbarnsnettverket är



Läs mer om  
Edinburgh-metoden  
i rapporten  
"Nedstemthet og depresjon  
i forbindelse med fødsel" ...

... som finns att  
ladda ner på det norska  
Folkehelseinstituttets hemsida.  
EPDS-formuläret finns där på  
norska, engelska och arabiska.

ansvariga för spridning och implementering av metoden i Norge. En implementeringsmodell har tagits fram, OSS-modellen. Processen att implementera Edinburgh-metoden tar 2 år och inkluderar förankring hos chefer, utbildning, vägledning minst ett år efter implementering och erfarenhetsseminarier.

### **Programmet Föräldraskapet främst**

Programmet har sitt ursprung från Yale Child Study Center, New Haven. Målgruppen är föräldrar som väntar och föder sitt första barn. Familjerna rekryteras från familjeförberedelsegrupper. Föräldragrupperna samlas 12 gånger under en 24-veckorsperiod. Syftet med grupperna är att föräldrar tillsammans funderar på dels vilka känslor och behov spädbarn uttrycker genom sitt beteende dels olika aspekter av föräldraskap. Om behov finns kan familjerna remitteras vidare till ytterligare stödinsatser. Grupperna riktar sig till båda föräldrarna som kommer tillsammans med sitt barn. De riktar sig till alla familjer men modellen går att tillämpa för riskgrupper.

Teorin bakom insatsen är förankrad i anknytningsteori. En förälder med hög reflektiv kapacitet kan svara på barnets känslor och behov utan att själv gripas av ångest eller frustration. Barnet ses som en separat individ, och föräldern tränas i att väga samman barnets känslor med barnets beteende.

Det finns vetenskapliga belägg för att man med hjälp av såväl grupp- som individbaserade interventioner kan stärka föräldrarnas reflektiva förmåga i risksituationer. I Finland bedrivs case-control forskning av docent Mirjam Kalland, Mannerheims Barnskyddsförbund. 200 familjer som deltar i föräldragrupp "Föräldraskapet främst" jämförs med 1500 familjer som får vanlig rådgivningsverksamhet inom barnhälsovården.

Utbildningen kräver inga förkunskaper. Den är på fem dagar plus en genomförd grupp under handledning. Därefter arrangeras fortbildningsdagar. Personal från barnavårdscentraler, hälsovårdare, socionomer och familjebehandlare har deltagit.



## SKOLFÖRBEREDANDE PROGRAM SOM TIDIG INTERVENTION

Baserad på interventionen Hippy

### Programmet HippHopp

I Danmark har regeringen avsatt medel till utveckling och dokumentation av föräldraprogram. Ett av de program som testas är HippHopp, ett skolförberedande program där målgruppen är barn mellan 5 och 6 år, som ännu inte börjat i skolan, och deras föräldrar. Programmet erbjuds familjer som kan ha särskild nytta av att vara förberedda inför de utmaningar som väntar vid skolstarten. En del av barnen har språksvårigheter och föräldrar med icke-dansk bakgrund. HippHopp är ett strukturerat program som pågår under 30 veckor med aktiviteter, som föräldrarna deltar i och genomför med sina barn. HippHopp ska bidra till att barnen utvecklar sitt språk, utforskar och löser problem i samarbete med andra, utvecklar grov- och finmotorik och tar del av barnkultur i form av litteratur, spel och lek.

Alla familjer deltar frivilligt och rekryteringen sker via förskolor. Under 30 veckor ska föräldrarna under alla vardagar avsätta 20 minuter per dag till aktiviteter. Programmet startar i oktober året före skolstart och slutar i maj, och förbereder barn och föräldrar inför skolan. HippHopp består av fem delar som tillsammans utgör programmet. 1) En koordinator som har ansvar för att ge instruktioner till HippHopp-guider. 2) HippHopp-guider som besöker sex familjer varje vecka, lämnar material och går igenom aktiviteterna med föräldrarna. 3) Böcker, material och aktiviteter. 4) Gruppbaseerade aktiviteter tillsammans med andra familjer som deltar i HippHopp. 5) En webbsida som fungerar som inspiration för föräldrarna och ger tips på aktiviteter.

Tanken med HippHopp är att barnen ska leka fram färdigheter. Det ska vara roliga och omväxlande uppgifter för barnen. Varje veckodag har ett tema, till exempel språkutveckling, sociala kompetenser, natur och naturfenomen och kulturella uttrycksformer. Programmet bygger på filosofin att det finns många vägar till lärande. Det finns inga rätta svar till de uppgifter som ges.

Föräldrarnas roll är att uppmuntra och inspirera barnet snarare än att värdera och bedöma barnets insats. Alla aktiviteter bygger på interaktionen mellan föräldrar och barn. Föräldrarna som avsätter 20 minuter varje vardag tillsammans med sitt barn ska sedan behålla den rutinen även under skoltiden. Varje vecka får föräldrarna besök i hemmet av en HippHopp-guide för att gå igenom veckans

aktiviteter och det material som behövs för veckans övningar.


HippHopp-koordinatorer och HippHopp-guider genomgår en utbildning på fem dagar innan de kan börja arbeta. Det är fullt möjligt att involvera volontärer eller till exempel studenter som HippHopp-guider.

Det ursprungliga programmet Hippy är utvecklat i Israel och implementerat i USA, Australien, Nya Zeeland, Tyskland, Österrike, Canada, Sydafrika, El Salvador och Israel. Det finns amerikanska evalueringar med kontrollgrupper som visar effekt för programmet. På uppdrag av Socialstyrelsen i Danmark har konsultföretaget Rambøll genomfört en evaluering av HippHopp. Evalueringen visar att barn utvecklats positivt i relation till de kompetenser som programmet arbetar med. Barnens språk samt motoriska och kulturella kompetenser har utvecklats. Barnen har blivit bättre på att koncentrera sig på uppgifter och de barn som har föräldrar med annat modersmål än danska, har särskilt utvecklat sitt språk. De deltagande föräldrarna uppger att de är mycket nöjda med programmet, särskilt med hembesök, aktiviteter och material.

HippHopp har testats i fyra danska kommuner och utvärderats direkt efter avslutat program med uppföljning 4–6 månader efter avslut. Underlaget för utvärderingen är begränsad och mer forskning behövs. Det är dock ett intressant program som uppskattas av föräldrar och barn och kanske kan vara ett erbjudande till sårbara familjer eller familjer som immigrerat från andra länder. Skolans betydelse som skyddande faktor är omfattande och om insatsen kan bidra till att fler barn trivs och utvecklas i skolan kan det vara en insats, som till begränsad kostnad kan vara möjlig att genomföra på ett bredare plan.

### **ATT LYCKAS MED ATT IMPLEMENTERA NYA METODER**

Inom de nordiska länderna satsas det mycket resurser på att utveckla området tidiga insatser. Nya metoder implementeras ofta under relativt korta projektperioder. Efter projektperiodens slut är det ganska vanligt att den nya arbetsmetoden slutar användas. Det kommer nya chefer, projektledare slutar sin anställning eller pengar saknas. Ett stort resursslöseri med andra ord. Implementeringsforskningen har under de senaste åren tagit fram ny kunskap om hur man lyckas med att implementera nya metoder på ett effektivt sätt. En framstående forskare inom området är



LÄS mer om  
HippHopp och utvärderingen  
på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Dan Fixsen som bland annat har tagit fram en kunskapsöversikt inom området.

Med kunskap om implementering genomförs i snitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år! (Fixsen, Blase et al 2001).

Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet.

Det behövs en långsiktig strategi för att lyckas med ett förändringsarbete. Det tar ofta flera år innan en ny metod har integrerats och blivit en del av det ordinarie arbetet. Forskare brukar prata om 2–4 år. Ett förändringsarbete genomgår fyra faser:

### **1. Behovsinventering**

Förändringsarbete bör starta med en inventering av vilket behov man har av nya metoder. Vilket område behöver förbättras och vilka metoder finns med forskningsstöd? Det är viktigt att man inte avslutar en fungerande metod bara för att man misslyckats med implementeringen. Ofta vill man inte förändra det existerande för att det upplevs fungera bra. Det behövs ofta mer fakta för att ta beslut. Det kan man få genom exempelvis en lokal uppföljning som visar om det faktiskt går bättre för barnen/familjerna efter avslutad insats.

### **2. Installation av metoden**

Innan installationen påbörjas måste förändringsarbetet förankras på alla nivåer. Politikens och cheferns stöd är avgörande för en lyckad implementering. Personalen måste få god tid på sig för att förbereda sig inför förändringsarbetet. När det finns beslut om att införa en ny metod är nästa steg att säkra nödvändiga resurser. Det handlar om lokaler, tid och aktiviteter, nytt material, rekrytering och utbildning av personal. Det är viktigt att identifiera potentiella hinder och framgångsfaktorer före starten.

### **3. Användning av metoden**

När den nya metoden börjar användas händer det ibland att den professionella känner sig obekvämt och osäker. I denna

fas misslyckas därför ofta förändringsarbeten. Risken är då att den professionelle istället gör om metoden efter eget huvud. För att förhindra det kan det vara bra med handledning. Varje metod innehåller kärnkomponenter som utgör metodens essens. En viktig del i implementeringen är att använda kärnkomponenterna på det sätt som var avsett. Arbetar man inte med metoden som det var avsett, har metoden inte längre ett stöd i forskningen.

#### **4. Vidmakthållande av metoden**

När mer än hälften av de professionella använder metoden på rätt sätt, kan man tala om att metoden är implementerad. Efter ytterligare 1–2 år har det nya blivit rutin.

*Det kan uppfattas som ett omfattande arbete att lyckas med implementering. Man bör tänka på att misslyckad implementering kan ge sämre stöd till barn och familjer. Dessutom är det ineffektivt använda skattemedel när implementering misslyckas på grund av bristande kunskap om förändringsarbete.*

### **EFFEKTIVARE MED NATIONELL IMPLEMENTERING**

I de nordiska länderna har kommuner stort självbestämmande över vilket stöd som ges till barn och familjer. Därför är utbudet av tidiga insatser brokigt med stor variation mellan kommuner. Statliga satsningar görs idag ofta i form av projektmedel som delas ut under projektperioder. Utvärderingar har visat att många av de projekt som startas, avslutas efter projekttidens slut.

Norge har valt en modell med statlig styrning genom bl.a. implementeringsstöd till utvecklingen inom det förebyggande arbetet. Atferdscenteret bedriver forskning, implementering, utbildning och vidareutveckling av metoder i arbetet med att förhindra allvarliga beteendeproblem bland barn och unga. Det finns en uppbyggd implementeringsorganisation över landet, regionala kompetenscentra som utbildar och leder i de metoder som samhället satsar på. Kommunerna väljer själva om de vill delta och de kommuner som deltar får kostnadsfri utbildning och handledning.

Att implementera evidensbaserade metoder kan vara svårt för en enskild kommun. Vissa effektiva interventioner har manualer endast på engelska. Ibland är metoderna licensierade och kräver att kommunen betalar avgifter för att få använda dem. Ibland löser kommuner problemet genom att samarbeta med ett antal andra kommuner. Många av de nordiska kommunerna är små och att implementera nya

arbetsmetoder kan ha sina svårigheter. Få personer kan utbildas och om de slutar sina anställningar kan det vara svårt att vidmakthålla metoderna.

Hur många metoder behöver ett land? Ibland beskriver vi det som "låt tusen blommor blomma". Ett varierat utbud av insatser är bra men idag finns 100-tals olika interventioner i de nordiska länderna. De flesta är inte utvärderade. Det kommer inte heller framöver att finnas resurser att utvärdera alla. Ökat nordiskt samarbete kring tidiga insatser för barn och unga skulle kunna ge upphov till samnordisk forskning. De nordiska länderna är små och har mycket att vinna på samarbete. Att implementera ett begränsat antal interventioner i de nordiska länderna samtidigt och göra gemensamma utvärderingar, skulle kunna bidra till en kvalitetshöjning och till ett bättre nyttjande av resurser. Parallellt är det viktigt att välfärdstjänsterna utvecklas och bevaras på ett sätt som möjliggör ett regionalt sett jämlikt stöd i Norden.

### TIDIGA INSATSER LÖNAR SIG

Socialdepartementet i Danmark har under 2012 publicerat rapporten "Analyse af de økonomiske

konsekvenser på området for udsatte børn og unge".

Rapporten fokuserar på om det är ekonomiskt lönsamt för samhället att satsa på evidensbaserade insatser. Det är väl dokumenterat att en utsatt barndom och ungdomstid också har konsekvenser i vuxenlivet. Ett barn (i Danmark) som har varit placerat i familjehem eller institution, kommer att kosta samhället i snitt 6,7 miljoner danska kronor (900.000 euro) mer än barn som inte varit placerade. Barn som varit placerade har jämfört med normalbefolkningen oftare missbruk, psykiska problem och kriminalitet. Fler lever på försörjningsstöd och många har ingen utbildning efter grundskolan (39 procent av tidigare placerade hade utbildning efter grundskolan jämfört med 76 procent av normalbefolkningen). Det är särskilt unga som dömts för något brott som klarar sig dåligt. Analysen visar att det finns stora ekonomiska vinster med att styra om insatser till mer effektiva insatser och insatser som stärker föräldrakompetenser.

Fyra interventioner med starkt stöd i forskning har valts ut i analysen

- **De otroliga åren** – familjestödsprogram som syftar till att stärka föräldrakompetenser
- **Släkt- och nätverksplaceringar av barn** som alternativ till placeringar i fosterhem
- **MST (Multisystemisk terapi)** – ett program som stöder föräldrar till ungdomar med omfattande sociala problem
- **MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care)** – ett program för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Kort placering i specialutbildade familjehem och intensivt stöd till föräldrar.

Den analys som redovisas i rapporten visar att dessa insatser skulle kunna ges till ungefär 1/3 av de barn som idag är föremål för olika typer av insatser. Om samhället ställer om sina insatser till dessa evidensbaserade program skulle de ge en samhällelig vinst, även om vissa av insatserna kortsiktigt är dyra.

Ett problem i sammanhanget är att den myndighet som investerar pengarna, kommunen, inte alltid ser vinsterna av satsade pengar. Programmet De otroliga åren, tar cirka fyra år att tjäna hem ekonomiskt, enligt beräkningar i rapporten. En tidig insats med De otroliga åren kan spara in 52.000 danska kronor (7.000 euro) per barn på mer än fyra års sikt. Siffran bygger på att endast 15 procent får en positiv livsförändring. Då är inte kostnad för extra resurser i skolan, specialundervisning till exempel, inräknade.

En besparing som lönar sig direkt är att placera barn i släktinghem istället för i traditionella fosterhem. Nätverksplaceringar har visat sig vara en placeringsform med goda resultat. En rad internationella studier visar att det går bättre för barnen i släktinghem. En dansk studie visar att det inte är någon skillnad när det gäller resultat, mellan placeringsformerna. Alla barn som behöver en placering kan inte placeras i släktinghem, men potentialen är betydligt större än de 5 procent av de placerade barnen som bor i släktinghem i Danmark. Det kan behövas en kursändring inom många kommuner.

Ökat bruk av intensiv och systematisk familjebehandling (MST) för unga med allvarliga beteendeproblem kommer att vara en utgift det första året. På 2–3 års sikt ger det en vinst för kommunen.

Ökat bruk av systematisk familjebehandling till de svåraste ungdomarna (MTFC) är en dyr behandling som nästan kostar en miljon per ungdom. Det är en stor kostnad för en liten kommun som kan vara svår att prioritera. Det tar cirka 2 år för en kommun att tjäna in den kostnaden, men på sikt kan förtjänsten bli cirka 341.000 danska kronor (45.000 euro) på varje placering. Samhällskostnaderna kan naturligtvis minska ännu mer när man räknar med kostnader för sjukvård, missbruksvård, uteblivna skatteintäkter m.m.

Den allra mest utsatta gruppen är placerade barn som också dömts för kriminalitet. *Teoretiskt sett kan man säga att en insats på 100.000 danska kronor (13.000 euro), som ger resultat för var 10:e ungdom, betalar sig ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv.* Sammanfattningsvis kan det alltså löna sig, ofta redan på kort sikt och definitivt på lång sikt att satsa på evidensbaserade program som stärker föräldra-kompetenser. Det allra viktigaste argumentet är naturligtvis möjligheten för dessa ungdomar att leva ett liv med högre livskvalité. En del av familjerna bär med sig ett socialt arv i form av flera generationer med sociala problem. Att bryta en familjs negativa livsbana kan ge positiva effekter även för framtida generationer.



Läs mer: hela rapporten  
kan du ladda ner på  
[www.nordicwelfare.org/  
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)



## IMPLEMENTERING AV PMTO PÅ ISLAND MED SMÅ RESURSER

Föräldrastödsprogrammet PMTO har implementerats på Island sedan hösten 2000. Bakgrunden är att alltför många barn behövt stöd av specialtjänster p.g.a. normbrytande beteende. Nu har implementeringen av programmet undersökts.

Syftet med studien var att undersöka om PMTO kunde implementeras i ett samhälle med små resurser och avsaknad av nationellt stöd. Som jämförelse användes erfarenheter från den norska nationella implementeringen av PMTO. I Norge hade programmet allt sedan början 1999 fått uppbackning från ministerienivå samt betydande ekonomiskt och professionellt stöd. En liknande uppbackning saknades på Island.

Studien på Island utfördes mellan 2000 och 2010. I likhet med den norska undersökningen följde man upp tre "generationer" av professionella som fick träning i PMTO. Man var primärt intresserad av att veta om graden av programtrohet skulle avvika från den norska studien eller om resultat skulle vara jämförbart trots skillnader i resurser och nationell uppbackning. Hög programtrohet är önskvärdt och innebär att användarna följer tillgängliga manualer och instruktioner för implementeringen.

Programtroheten mättes med hjälp av det så kallade FIMP-instrumentet som mäter kunskap, struktur, undervisning, processfärdigheter och generell utveckling. 16 personer fick utbildningen. Tolv av dessa utexaminerades från utbildningen under 2000-talet.

Resultatet av studien på Island följer resultaten i den norska undersökningen. Det betyder att den första (G1) och den tredje generationen (G3) som tränades visade på en hög grad av programtrohet. En liten nedgång i programtrohet skedde mellan den första och andra generationen (G2). Därefter steg åter graden av programtrohet.

Perioden mellan den första och den andra generationen sammanfaller med tidpunkten när materialet anpassades till kulturella förhållanden – bl.a. pågick mycket översättningsarbete.

*Resultatet pekar på att det är möjligt att genomföra PMTO även i samhällen med små resurser, men en förutsättning är att tillräcklig vikt läggs på tidigare erfarenheter av kritiska faser i implementeringsprocessen.*

## Intervju

### EXEMPEL: PMTO MED SOMALISKA OCH PAKISTANSKA FÖRÄLDRAR – INTERVJU

Trots stora ansträngningar var det väldigt få somaliska och pakistanska föräldrar i Oslo som deltog i kommunens föräldrastödsprogram. Inom professionen upplevde man stor frustration. Situationen ändrades när socialtjänsten ändrade sättet att rekrytera och erbjöd en specialanpassad version av PMTO.

– Vi lyckades genom att ha direkt kontakt med mödrarna, säger Monica Flock, psykolog och projektledare för Minoritetsprojektet som under 2009 genomfördes i två stadsdelar i Oslo. Inledningsvis var familjerna mycket skeptiska, de hade en väldigt stor rädsla för socialtjänsten.

Samtliga 720 somaliska och pakistanska familjer fick ett brev och blev sedan uppringda med inbjudan till ett möte på skolan.

Lokalen var väl känd av deltagarna, en öppen förskola som många hade besökt tidigare. Barnvakter engagerades för att ta hand om barnen medan mödrarna var på kurs. För att locka deltagarna att passa tiden, arrangerades i början av varje tillfälle ett lotteri, som blev ett mycket populärt inslag. Vart och ett av de 18 mötena på 2,5 timmar avbröts av en halvtimmes lång matpaus tillsammans med barnen.

Varken i samband med inbjudan eller senare under programmets genomförande använde man ord som "problem" och "beteendestörning". Monica Flock nämnde heller inte att hon är psykolog, förrän alldeles i slutet av kursen.

– Psykologer associeras med elchocker och mycket allvarliga problem, säger hon. Vi använde positiva ord för att beskriva utbildningen, fokuserade på att utbildningen stärkte föräldrakompetensen och innebar utveckling, vi visade på ett konkret sätt, med rollspel, innebörden av bra samspel.

Ett antal s.k. linkarbetare genomgick en kortversion av utbildningen för att lära sig grunderna i PMTO. De hade samma etniska bakgrund som de deltagande mödrarna, var kända av alla och hade högt anseende. De var en länk mellan kursledarna och mödrarna, ett slags kulturförmedlare. Som ett exempel kan nämnas att de hjälpte till att beskriva ord som "aggression", som inte finns i somaliskan, eller beskriva skillnaden mellan "belöning" och "muta", som i somaliskan är samma ord.

– De hjälpte oss också att bli mer sensitiva för olika teman, säger Monica Flock. Exempelvis förstod vi att somaliska kvinnor absolut inte pratar om sina män när andra kvinnor är närvarande.

Allt kursmaterial översattes till deltagarnas språk men i övrigt var anpassningen till målgruppen förvånansvärt liten.

– PMTO står på en klar teoretisk grund men är samtidigt en mycket flexibel metod, säger Monica Flock. Vi behöll samtliga komponenter, konsulterade upphovsmakarna när vi behövde göra det och dokumenterade noggrant vår anpassning av manualen.

Samtliga komponenter i PMTO var kvar: samarbete, uppmuntran, gränssättning, problemlösning, känslokontroll och tillsyn.

## SLUTORD

Tidiga insatser till sårbara familjer kan ges på olika sätt. Den nordiska välfärdsmodellen har, än så länge, ett brett universellt utbud till alla familjer, barnhälsovård, mödravård och familjecentraler i många kommuner. Dagens samhälle ställer stora krav på föräldrar. Att erbjuda förskola av god kvalitet till alla barn är kanske den allra mest förebyggande interventionen i de nordiska länderna. Skilsmässotalen är höga och det finns barn som far illa i hemmet.

För föräldrar som behöver extra stöd är föräldrastödsprogram en effektiv insats. Idag finns det föräldrastöd i många kommuner men ofta missar man de familjer som riskerar marginalisering. Vi visar med exempel att det går att nå dem. En nationell strategi för implementering har visat sig vara en framgångsfaktor när det gäller att införa nya arbetsmetoder. Projektmedel som delas ut för 1–2 år i tagen verkar vara en svår väg att nå bestående förbättringar. Många projekt upphör när pengarna är slut. Implementering kräver en långsiktig strategi för att lyckas.

Den norska satsningen TIBIR visar hur forskning, utveckling och implementering kan knytas ihop. Det är svårt att förvänta sig att alla de små kommuner vi har i Norden själva ska uppfinna hjulet och klara av att implementera/utbilda/utvärdera nya arbetsmetoder. Tidiga insatser lönar sig, hur man än räknar på kostnaderna. I Danmark har man lyckats få till en gemensam finansiering till Familjens hus, som riktar sig till unga sårbara mammor, tillsammans med Arbetsförmedlingen. Ett bra exempel på en förflyttning från stuprör till hängrännor, det vill säga samarbete över gränserna.



Läs mer i  
inspirationshäfte:  
Nordens Barn – Utveckling av  
nordiska familjecentraler

## Risk- och skyddande faktorer bland förskolebarn för framtida psykosociala problem – vad vi vet från forskning och hur det kan användas i praktiskt arbete



Vad som utspelar sig i ett litet barns liv kan påverka framtida utveckling, hälsa och välmående under resten av livet. Från forskning vet vi numera att många av ungdoms- och vuxenårens problem kan kopplas samman med risk- och skyddsfaktorer, som visar sig redan under förskoleåldern. Idag finns kunskap om vilka egenskaper, beteenden, relationer och omständigheter som ökar och minskar risken för långvariga psykosociala problem. Den praktiska användningen av kunskapen inom hälsovården, förskolan, socialtjänsten och psykiatrin, är än så länge mycket begränsad.

Bygger på forskningsöversikt som genomförts av Anna-Karin Andershed, Henrik Andershed, & David P. Farrington, på uppdrag av Nordens Välfärdscenter. Forskningsöversikten finns att hämta i sin helhet på [www.nordicwelfare.org/tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser).

Det finns två syften med den här översikten:

- 1) Att identifiera vilka risk- och skyddsfaktorer för barn i förskoleåldern (upp till 6 års ålder) som är viktiga för utvecklingen av psykosociala problem. Problem i form av utagerande (externaliserade) och inåtvända problem (internaliserade) ingår i översikten.
- 2) Att diskutera hur risk- och skyddsfaktorer kan användas av professionella som arbetar med barn och deras familjer.

## FOKUS PÅ UTAGERANDE OCH INÅTVÄNDA PROBLEM

Två av de mest vanligt förekommande problemen hos unga är externaliserade och internaliserade problem. Externaliserade problem är till exempel störande, trotsigt, aggressivt, normbrytande, kriminellt beteende, samt bruk/missbruk av alkohol och andra droger. Internaliserade problem definieras som ångestrelaterade och depressiva symtom eller beteenden. Båda typer av problem är relaterade till flertalet negativa konsekvenser i vuxen ålder.

Det är därför viktigt att man i forskning identifierar risk- och skyddsfaktorer för dessa problem och sedan använder den kunskapen i praktiskt arbete, med barn och deras familjer. Att tidigt upptäcka barn som riskerar problem längre fram i livet är en viktig utmaning för professionella som arbetar med barn. *Att "vänta och se" är ingen bra strategi. Med ökad kunskap kan personer som arbetar på en förskola, familjecentral eller inom barnhälsovården ge barn en mycket bättre chans till ett bra liv.*

Det är också viktigt att betona att forskning visar att det bland vuxna som har externaliserade problem, till exempel kriminalitet, också är mycket vanligt med andra problem, till exempel missbruk och psykisk ohälsa. En svensk studie av cirka 500 unga vuxna kvinnor visade att det är statistiskt mer vanligt än man kan förvänta sig (bland dem som har problem) att ha flera olika problem samtidigt. Till exempel hade många kvinnor med missbruksproblem även kriminellt beteende och psykisk ohälsa (Wångby m.fl., 1999). Samma studie visade att det faktiskt är extremt ovanligt att enbart ägna sig åt kriminella gärningar och inte samtidigt lida av missbruk och psykisk ohälsa i vuxen ålder. *Slutsatsen av detta är att faktorer som är riskfaktorer för externaliserande problem ofta också kan vara riskfaktorer för annan psykosocial problematik.*

## VAD ÄR RISKFAKTORER OCH SKYDDANDE FAKTORER?

Många av de evidensbaserade preventionsprogrammen bygger på forskning om risk- och skyddsfaktorer. Riskfaktorer ökar sannolikheten att ett problem ska förekomma. Skyddsfaktorer innebär att sannolikheten för problembeteenden minskar när det förekommer riskfaktorer. Risk- och skyddsfaktorer påverkar sannolikheten för problembeteenden, de garanterar inte en minskning eller ökning av problembeteenden. Enstaka riskfaktorer innebär inte nödvändigtvis alltid någon påtagligt ökad risk. Det gör däremot ofta flera samtidiga riskfaktorer. Många preventionsprogram försöker därför påverka *flera* risk- och skyddsfaktorer.

Risk- och skyddsfaktorer kan kopplas både till individen, familjen, kamrater, förskola, bostadsområde etc. Många riskfaktorer hänger dessutom samman med andra riskfaktorer. Ett exempel är att familjer med låg utbildningsnivå oftare bor i socialt utsatta bostadsområden där våld och missbruk är mer vanligt förekommande.

Det motsatta är när föräldrar brister i sin tillsyn och sitt intresse för barnet. Dessutom innebär allvarliga konflikter mellan föräldrar eller mellan föräldrar och barn en riskfaktor. Andra allvarliga riskfaktorer är våld och övergrepp, men också omständigheter såsom ekonomiska problem. Det finns riskfaktorer som kan knytas till barnet redan före skolstarten. Speciellt trotsighet och aggressivitet har visat sig på lång sikt vara allvarliga riskfaktorer. Dessa beteenden kan i sin tur få andra negativa konsekvenser, såsom problem i kamratrelationer eller i relationen till lärare och skola, som förstärker en negativ utveckling. Det är vanligt att barn i riskzonen har inlärningsproblem.

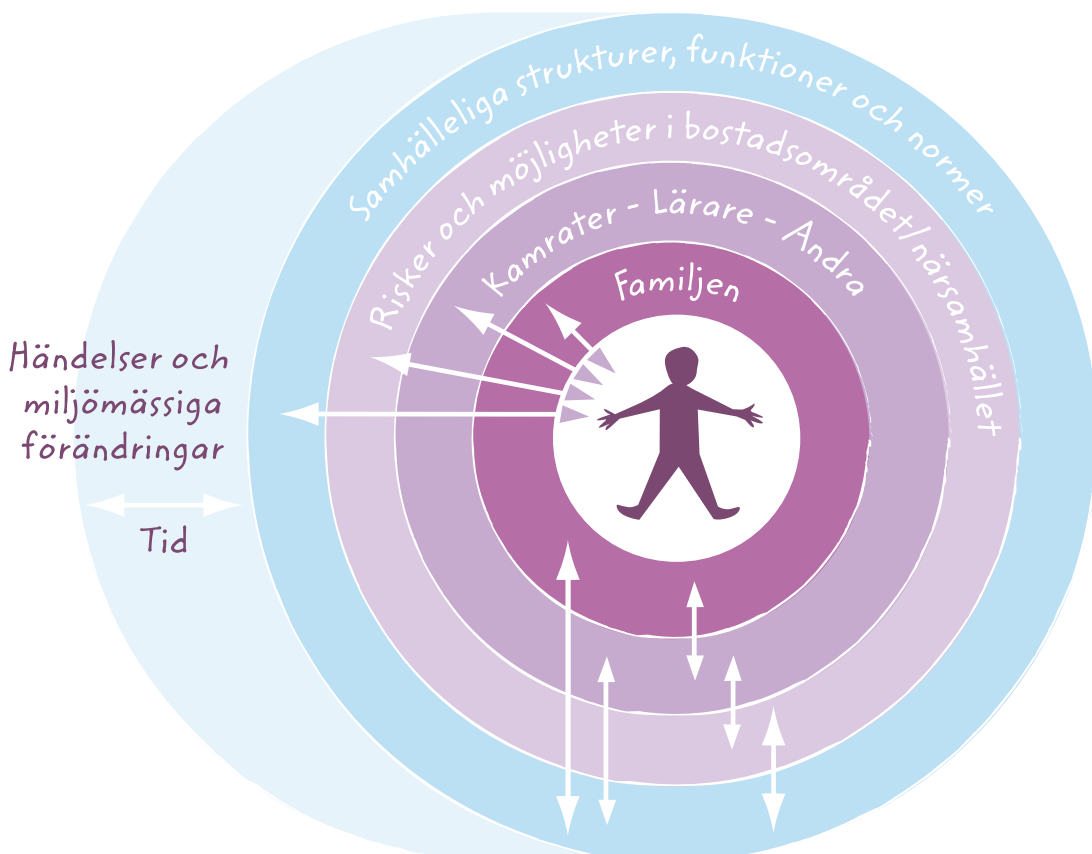
Det finns mindre forskning om skyddande faktorer än om riskfaktorer. En skyddande faktor är till exempel ett karaktärsdrag, beteende, en relation, egenskap, händelse eller omständighet som minskar sannolikheten för framtida psykosociala problem. Det betyder att skyddande faktorer kan göra ett barn mer motståndskraftigt mot riskfaktorer och kan underlätta för barnet att utvecklas positivt trots närvaro av risk. En skyddsfaktor kan vara att barn får positiv uppmärksamhet när det gör pro-sociala saker. Det är viktigare att uppmärksamma barns positiva handlingar än deras negativa, eftersom det ökar sannolikheten för positiva handlingar. Preventiva föräldrastödsprogram bygger ofta på dessa principer. En skyddande faktor kan vara föräldrars förmåga att sätta gränser för barnet och ha tydliga förväntningar på

barnets beteenden. Det är också viktigt att umgås och ha roligt tillsammans med barnet.

Barn som växer upp i negativa uppväxtmiljöer kommer att uppleva många riskfaktorer. Det är därför en viktig uppgift för föräldrar och professionella som arbetar med barn att stärka och maximera de skyddande faktorerna hos och omkring ett barn och inte uteslutande arbeta för att reducera riskerna.

### RISK OCH SKYDDSAKTORER ÅTERFINNS PÅ MÅNGA NIVÅER

För att förstå utvecklingen av beteenden är det nödvändigt att utgå ifrån ett synsätt som omfattar både individen och omgivningen. Det holistisk-interaktionistiska perspektivet ger ett sådant synsätt. Det innebär att beteenden utvecklas som ett resultat av ett kontinuerligt samspel mellan individen och individens sociala omgivning. I figur 1 visar pilarna hur faktorer på olika nivåer kan påverka varandra. Barnet kan till exempel påverka familjen/föräldrarna och föräldrarna kan i sin tur påverka barnet.



Figur 1. En ekologisk modell över dubbelriktade effekter mellan nivåer eller lager av risk- och skyddande faktorer.

Det finns flera olika sätt att kategorisera risk- och skydds-faktorer och ett av dessa sätt, som har tydliga praktiska konsekvenser är indelningen i faktorer som är möjliga att förändra (dynamiska) och faktorer som inte kan förändras (statiska). Dynamiska faktorer som till exempel beteenden hos barnet eller relationen mellan barnet och föräldrarna kan påverkas genom stödinsatser. Statiska faktorer, som till exempel könstillhörighet eller etnicitet, eller tidigare händelser kan inte påverkas. Det är med andra ord dynamiska riskfaktorer som måste vara fokus för en insats.

### VILKA ÄR RISK- OCH SKYDDSAKTORERNA HOS FÖRSKOLEBARN?

De risk- och skydds-faktorer som identifierats i översikterna visas i Tabell 1. Det är viktigt att notera att tabellen inte innebär någon rangordning av risk och skyddande faktorer. Det var inte möjligt att genomföra. Tabell 1 är med andra ord en förteckning utan någon inbördes ordning över risk- och skyddande faktorer hos förskolebarn som i empirisk forskning har visat sig hänga samman med framtida problem.

Vad som är tydligt i Tabell 1 är att relativt många faktorer har identifierats som risk och skyddande faktorer redan i förskoleåldern. Faktorerna finns primärt hos barnet och hans/hennes närmaste sociala omgivning, t.ex. i familjen och bland kamrater. Det är också tydligt att många faktorer är möjliga att ta hänsyn till i praktiskt arbete med barn eftersom de är potentiellt föränderliga. *Det betyder med andra ord att det går att påverka eller göra något åt de flesta av dessa riskfaktorer som kan identifieras hos förskolebarn.*

Flera, kanske många, riskfaktorer har ett begränsat så kallat prediktivt värde innan tre års ålder. Det är därför svårt att utifrån bedömningar av små barn, yngre än 3 år, säga något om hur det kommer att bli längre fram i livet. Bedömningarna tenderar att bli mer och mer tillförlitliga med åldern. Exempelvis är beteendeproblem som bedömts innan 3 års ålder mindre stabila än när bedömningarna görs mellan 3 och 6 års ålder. Detta pekar på att man bör vara försiktig med att använda dagens kunskap om riskfaktorer i *riskbedömningssyfte* innan 3 års ålder. Det är dock mindre problematiskt att använda kunskapen som ett sätt att förändra situationen här och nu.

### KAN AMERIKANSK FORSKNING ANVÄNDAS FÖR NORDISKA BARN?

Det mesta av forskningen som ingår i översikterna och som sammanfattats i Tabell 1 har genomförts i USA. Det finns dock



Tabell 1.

Risk och skyddande faktorer bland barn i förskoleåldern för framtida externaliserade och internaliserade problem.

	Risikfaktorer	Skyddsfaktorer
<b>Föräldrafaktorer</b>	Föräldrars mentala ohälsa	Positiva föräldra-barnrelationer
	Kriminalitet	Trygg anknytning mellan förälder och barn
	Alkoholmissbruk	Föräldrars responsivitet
	Låg IQ	Föräldrars acceptans
	Låg utbildningsnivå	Få föräldra- barn separationer
	Beroende av försörjning av samhället	Föräldrars förmåga att tillgodose barnets behov av säkerhet och stimulans
	Låg socio-ekonomisk status	
	Stor familj	
	Trångboddhet	
	Stress	
	Äktenskapsproblem	
	Konflikter	
	Separationer	
	Våld i familjen	
	Barn bevittnar våld	
	Fysiska bestraffningar av barn	
	Bristfällig tillsyn	
	Ungt mödraskap	
	Ensamstående föräldraskap	
	Fosterhemsplacering	
Otrygg anknytning		
Bristfälligt föräldraskap		
Lågt engagemang		
Mödrars negativa kontroll		
Låg tillgivenhet		
<b>Barnfaktorer</b>	Uppförandeproblem, aggressivitet och trotsighet	Hög IQ
	Svårhanterligt temperament	
	Oräddhet och spänningssökande beteende	
	Impulsivitet och hämningssvårigheter	Lätthanterligt temperament
	Sömnpromblem	Effektiv känsloreglering
	Undernäring	
	Depression	

Den fullständiga sammanställningen finns på [www.nordicwelfare.org/tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)



få skäl att tro att risk- och skyddsfaktorer på individ och familjenivå, dvs. den typen av faktorer som enligt forskning verkar vara de viktigaste hos förskolebarn, skulle vara helt annorlunda hos barn i olika västerländska länder. Miljöfaktorer såsom fattigdom, kriminalitet, vapentillgänglighet i vissa bostadsområden eller tillgänglighet till hälsovård och socialförsäkringssystem kan vara mer olika, vilket betyder att man behöver vara försiktig med att basera sina bedömningar på generaliseringar från dessa faktorer.

### UPPFÖRANDEPROBLEM, EN AV DE STARKASTE RISKFAKTORERNA

Det finns vetenskapligt stöd för en koppling mellan psykosocial ohälsa och alla de enskilda risk- och skyddande faktorer bland förskolebarn som identifierats i forskning och som presenteras i Tabell 1. Effekten av varje enskild faktor är dock begränsad. Det betyder att *de flesta av de barn som upplever eller uttrycker endast en av dessa riskfaktorer kommer att ha en god möjlighet att undvika att utveckla problem i framtiden. Den enskilt starkaste riskfaktorn för framtida problem är externaliserade problem hos barnet.* Få studier har undersökt långtidseffekter av risk och skyddsfaktorer hos förskolebarn. En av dessa få är The 1970 British Cohort Study, där man följde cirka 16 000 förskolebarn med mätningar av riskfaktorer vid 5 års ålder upp till 10 års ålder och i vuxen ålder (30–34 års ålder). (Murray m.fl., 2010).

Bland de faktorer som identifierats som riskfaktorer vid 5 års ålder, var uppförandeproblem/externaliserade problem den starkaste riskfaktorn för uppförandeproblem vid 10 års ålder. Uppförandeproblem vid 5 års ålder ökade risken för samma problembeteende vid 10 års ålder med fyra gånger. De andra riskfaktorerna vid 5 års ålder ökade risken med omkring 1,5–2 gånger för uppförandeproblem vid 10 års ålder. Detta gällde för både pojkar och flickor.

Vad gäller risk för vuxenkriminalitet utmärkte sig inte uppförandeproblem lika mycket. Alla riskfaktorer ökade risken för kriminalitet i vuxen ålder ungefär lika mycket, 1,5–2 gånger vardera. *Det verkar med andra ord som att externaliserade problem hos barnet är den enskilt mest betydelsefulla riskfaktorn för problembeteende i ungdomsåldern.* Utan insatser ökar alltså risken för problem framförallt i tonåren, men också senare i livet.

## MÅNGA RISKFAKTORER INNEBÄR STÖRRE RISKER

Forskning visar att både risk och skyddande faktorer tenderar att ha så kallade kumulativa effekter, dvs. ju fler riskfaktorer desto högre risk och ju fler skyddande faktorer desto bättre skydd. Exempelvis visade the 1970 British Cohort Study, att ju högre antal riskfaktorer ett barn har vid 5 års ålder, desto större var risken att utveckla problem i ungdomsåren. För barn som inte uttryckte eller exponerades för någon av de riskfaktorer som mättes uppvisade 2 procent av flickorna och 5 procent av pojkarna problem i tonåren. *För barn som uttryckte eller exponerades för fem eller fler riskfaktorer ökade risken för uppförandeproblem i tonåren med 38 procent för flickor och 54 procent för pojkar!* När det gällde att förutspå kriminalitet i vuxen ålder var tendensen densamma. Tre procent av flickorna och 17 procent av pojkarna som inte uttryckte eller exponerades för riskfaktorer utvecklade kriminalitet i vuxen ålder. Med fler än 3 riskfaktorer ökade andelen personer med brottsbelastning i vuxen ålder till 11 procent för flickor och 44 procent för pojkar.

## LIKHETER MELLAN POJKAR OCH FLICKOR VAD GÄLLER RISK- OCH SKYDDANDE FAKTORER

Även om pojkar är klart överrepresenterade vad det gäller beteendeproblem i förskoleåldern så verkar samma riskfaktorer vara viktiga oavsett könstillhörighet. Det finns inte heller några tydliga eller starka tecken på att skyddande faktorer är särskilt olika mellan pojkar och flickor. Det finns dock forskning som tyder på att pojkar ofta exponeras för ett större antal riskfaktorer och högre nivåer av risk för externaliserade problem än flickor, även om riskerna i sig i stort är desamma. Den praktiska konsekvensen av detta är att en bedömning av risk- och skyddande faktorer inte behöver vara olika för pojkar och flickor.

## ARV OCH MILJÖASPEKTER PÅ RISK- OCH SKYDDSAKTORER

Flertalet studier visar att genetiska likväl som miljömässiga faktorer är viktiga för utvecklingen av externaliserade och internaliserade problem. Ett sätt att förstå detta är att individens genetiska uppsättning påverkar den tidiga utvecklingen av nervsystemet, vilket skapar benägenheten, känsligheten eller sårbarheten för individen att utveckla vissa riskfaktorer. Flera av de riskfaktorer som visat sig vara riskfaktorer i forskning, exempelvis hyperaktivitet, uppmärksamhetsproblem och rastlöshet, är åtminstone delvis genetiskt underbyggda. Det är dock viktigt att notera att dessa problem, delvis genetiskt

underbyggda riskfaktorer, självklart ändå kan påverkas i positiv riktning genom olika typer av insatser. *Att ett beteende har delvis ärftlig orsaksbakgrund behöver inte betyda att det inte går att förändra!*

### ATT ANVÄNDA KUNSKAP OM RISK- OCH SKYDDANDE FAKTORER I PRAKTIKEN

Denna skrift presenterar tillgänglig evidens kring risk- och skyddande faktorer i förskoleåldern för olika typer av problem. Denna evidens baseras på grupper av barn. Detta innebär att många barn som uttrycker eller exponeras för en viss riskfaktor aldrig kommer att utveckla problem. Det är här den professionelles förmåga att analysera risk- och skyddsfaktorer på ett adekvat sätt kommer in och blir centralt för planering och hur man lyckas med insatser. Den professionelle måste undersöka hur viktig en riskfaktor är just för detta specifika barn och hur de skyddande faktorer som observerats kan påverka just det här barnet. Detta kräver utbildning, något som vi återkommer till nedan.

### RISKFOKUSERAT FÖREBYGGANDE OCH BEHANDLANDE ARBETE

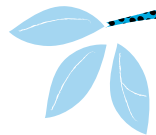
Ett mycket konkret sätt att integrera bästa tillgängliga evidens i praktiskt arbete är att använda kunskap om risk- och skyddande faktorer i planeringen och genomförandet av förebyggande eller behandlande insatser. Att göra det kan kallas *riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete* (Farrington & Welsh, 2007). Det här arbetssättet baseras på tanken att förändringar av riskfaktorer kommer att leda till att problem minskar. På samma sätt kommer förstärkningar av skyddande faktorer för ett visst problem att agera som en buffert mot eller förändra effekterna av risk. Riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete bygger på två steg:

#### **1. Beskriv och bedöm risk- och skyddsfaktorer.**

Identifiera barn med riskfaktorer och/eller med svaga skyddande faktorer. Beskriv/bedöm risk- och skyddande faktorer hos det specifika barnet och familjen för att få en så detaljerad bild som möjligt av vilka risk- och skyddsfaktorer som är i behov av insatser.

#### **2. Planera och genomför insatser riktade mot de**

**aktuella risk- och skyddsfaktorerna.** Planera och genomför insatser för att minska/eliminera de aktuella riskfaktorerna och stärka/maximera skyddsfaktorerna.



Att arbeta på det här viset innebär ett väldigt handfast sätt att koppla samman forskning, praktik och policyskapande, som av flera regeringar i västvärlden har betraktats som både genomförbart och praktiskt (Farrington & Welsh, 2007).

### INTE EN EXAKT VETENSKAP

Forskningen ger oss en relativt omfattande lista över risk- och skyddsfaktorer. En svårighet och begränsning i den här forskningen är att vi idag inte vet vilka av dessa faktorer som orsakar externaliserade och internaliserade problem. Det är också viktigt att notera att samma riskfaktorer kan leda till olika konsekvenser för olika barn.

Vi kan alltså inte vara säkra på om en viss riskfaktor faktiskt *orsakar* externaliserade eller internaliserade problem. Det *kan* naturligtvis vara så men det är svårt att påvisa på ett säkert sätt. Vi kan vara säkra på att riskfaktorn ökar risken för utfallet, men inte om det kommer att vara så för den specifika individen.

### TRE PRINCIPER I RISKFOKUSERAT FÖREBYGGANDE OCH BEHANDLANDE ARBETE

När man tillämpar riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete i praktiskt arbete finns det tre principer som är mycket användbara; risk-, behovs- och responsivetsprinciperna. Forskning visar att användning av dessa principer ökar sannolikheten för att insatser ska vara effektiva.

#### Riskprincipen

Riskprincipen innebär att en insats kommer att vara mer effektiv *om de mest intensiva insatserna fokuserar på barn med en hög risk för framtida problem*. Som vi beskrivit tidigare löper exempelvis barn med flera riskfaktorer större risk för problem än barn med färre eller enskilda riskfaktorer.

#### Behovsprincipen

Behovsprincipen innebär att insatser är mer effektiva om de utformas och skräddarsys så att de fokuserar på det specifika barnets mest relevanta behov – de mest centrala risk- och skyddsfaktorerna hos barnet och hans/hennes familj. Insatser bör riktas till att *påverka det som orsakar och upprätthåller det eller de problem som man vill minska*.

#### Responsivetsprincipen

Responsivetsprincipen innebär att genomförandet av en insats ska vara skräddarsytt – att man på så sätt får barnet/



familjen att respondera/svara på insatsen. Den ska, för att vara effektiv, passa barnets och familjens förmågor, inlärningsstilar, preferenser, önskemål och motivation.

### STRUKTUR VIKTIGT VID BEDÖMNINGAR AV RISK- OCH SKYDDSAKTORER

När man arbetar med riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete är det nödvändigt att man som professionell bedömer/beskriver risk- och skyddsfaktorer hos barnet och i barnets omgivning. Detta kan göras på minst två olika sätt; med eller utan hjälp av strukturerade bedömningsinstrument. Strukturerade bedömningsinstrument har tydliga definitioner av de risk- och skyddsfaktorer som ska bedömas. Dessutom har de väldefinierade svarsskalor för hur risk- och skyddsfaktorerna ska graderas. Exempel på strukturerade instrument som rör många av de risk- och skyddande faktorer som presenterats i den här skriften är EARL-20B (för pojkar under 12 års ålder), EARL-21G (för flickor under 12 års ålder) och Ester-bedömning. Det finns också korta frågeformulär, ibland kallade screeninginstrument. Exempel på sådana är SDQ och Ester-screening. Dessa kan användas i ett ingångsläge när man som professionell vill ta reda på om insatser och mer kvalificerad bedömning eller utredning är nödvändigt.

Att uppnå hög så kallad interbedömarreliabilitet eller samstämmighet är en grundläggande del i en rättssäker bedömning. Detta innebär att två oberoende bedömare i stor utsträckning är överens i en bedömning av ett barn och barnets familj, vilket är lättare att uppnå när man använder ett strukturerat bedömningsinstrument. Bedömningen dokumenteras dessutom systematiskt och det är möjligt att upprepa samma typ av bedömning vid uppföljningar. Det gör att det exempelvis är lättare att svara på frågor såsom: Har riskfaktorerna minskat och skyddsfaktorerna stärkts efter insatserna?

En nyligen genomförd svensk forskningsstudie visade att socialarbetare som utbildats i och använde ett strukturerat instrument (i detta fall Ester-bedömning) identifierade signifikant fler risk- och skyddande faktorer vid en bedömning av ett skriftligt fall om en pojke med problembeteenden, än socialarbetare som arbetade med traditionella utredningsmetoder. Det var särskilt tydligt när det gäller skyddande faktorer, som missades i markant större utsträckning när socialarbetare gjorde traditionella utredningar. *Med forskning som stöd kan man alltså hävda att professionella bör använ-*

*da strukturerade instrument som verktyg för att bedöma risk- och skyddande faktorer hos barn och deras föräldrar.*

## **VIKTEN AV UTBILDNING**

Professionella behöver adekvat utbildning och träning för att kunna använda kunskapen om och risk- och skyddsfaktorer i praktiken. Sådan utbildning behöver omfatta grundläggande kunskaper om risk- och skyddande faktorer, den forskning som finns om dessa faktorer och dess styrkor och begränsningar. Det är också nödvändigt att *inkludera träning* i hur man kan kommunicera sådan information till familjen och, inte minst, hur informationen om risk och skydd kan användas för att göra planer för effektiva insatser.

Professionella som arbetar med riskfokuserat förebyggande eller behandlande arbete kommer sannolikt att identifiera och erbjuda insatser till ett större antal barn än vad de egentligen behöver. Det är också så att man kommer att missa några av de barn och familjer som behöver professionellt stöd och hjälp. Dessa begränsningar i riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete måste vara kända för den professionelle som arbetar med det. En mycket viktig aspekt av att tillämpa kunskaper om risk- och skyddsfaktorer på individuella barn och familjer har att göra med den professionelles kommunikation med vårdnadshavarna. Professionella måste kunna kommunicera risk – varför vissa faktorer bedöms, vad hög risk innebär, etc., på ett mycket nyanserat sätt. Detta för att undvika negativa effekter såsom stämpling av barnet eller negativa relationer mellan familjen och den professionelle.

## **VILKA PROFESSIONER KAN ÄGNA SIG ÅT RISKFOKUSERAT FÖREBYGGANDE OCH BEHANDLANDE ARBETE?**

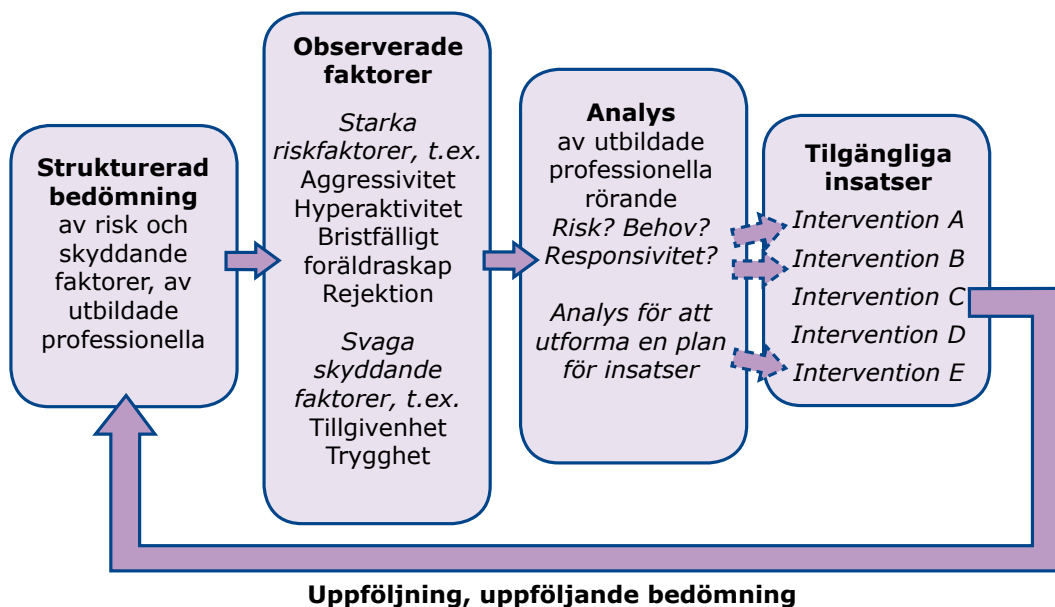
Alla professionella som arbetar med barn i förskoleåldern och alla verksamheter som riktar sig till barn och barnfamiljer, som får adekvat utbildning och handledning, kan i praktiken tillämpa sättet att tänka kring riskfokuserat förebyggande och behandlande arbete. Det är ett mycket konkret sätt att arbeta evidensbaserat. Det är högst sannolikt att de faktiska bedömningarna och insatserna kommer att genomföras på olika sätt beroende på i vilken verksamhet man befinner sig; primärvård, psykiatri, förskola eller socialtjänst. En socialarbetare kan använda ett bedömningsinstrument i en utredningssituation medan en förskollärare på en familjecentral kan använda sig av kunskap om risk och skyddsfaktorer i

dialog med föräldrarna och för att lättare agera när de möter ett barn i risk.

Det är sannolikt också så att *ett effektivt riskfokuserat arbete kräver samverkan* mellan olika verksamheter eftersom man kan komplettera varandras insatser. Barnens och föräldrarnas problem är sällan organiserade såsom verksamheterna är organiserade. Detta kan innebära att ett förskolebarn kan behöva insatser som erbjuds av olika verksamheter. Både förskolan, barnpsykiatri och socialtjänsten kan behöva vara involverade när insatser utformas. Att samverkande verksamheter enas om att arbeta riskfokuserat, kan bidra till effektivare samverkan med gemensamma definitioner och mål. Därmed kan det bli möjligt att mer effektivt hjälpa de barn och familjer som behöver stöd.

### BEDÖMNING, INSATS OCH UPPFÖLJNING

I Figur 2 presenteras en möjlig process av bedömning, insats och uppföljning som handlar om hur man i praktiskt arbete kan tillämpa kunskapen om risk- och skyddande faktorer. Först genomförs en strukturerad bedömning med hjälp av en strukturerad checklista eller ett instrument, av en eller flera utbildade professionella. Detta genererar en unik lista eller profil av risk- och skyddsfaktorer hos det specifika barnet och barnets familj. Riskfaktorer behöver förändras, minskas eller



Figur 2. En process av bedömning, insatser och uppföljningar av risk- och skyddande faktorer.



helt tas bort och skyddande faktorer som är svaga behöver stärkas. Sedan görs en analys av risk och skyddsfaktorerna utifrån risk-, behovs- och responsivitetsprinciperna.

Inom en kommun finns ett begränsat utbud av tillgängliga insatser. Det är viktigt att den professionelle har kunskap om dessa tillgängliga insatser, och vilka risk- och skyddsfaktorer de riktar sig mot, d.v.s. vilka risk- och skyddsfaktorer riktar sig interventionerna A, B, C till? Den professionelle som har denna kunskap, kommer att ha bra förutsättningar att kunna leverera effektiva insatser. När planen sedan är sjuösatt genomförs insatserna. Efter en viss tid kan uppföljningar och nya analyser innebära att insatserna avslutas, att de behöver fortsätta eller att andra insatser måste erbjudas. Den här typen av cirkulär process bör genomföras strukturerat tills de slutliga målen med insatserna har uppnåtts.

### SLUTORD OM RISK- OCH SKYDDSFAKTORER

Det finns idag forskning om risk- och skyddsfaktorer för framtida problem hos förskolebarn. Kunskapen är dock idag långt ifrån komplett eller perfekt. Det finns många saker vi behöver veta mer om. Den forskning som finns är dock i dagsläget bästa tillgängliga evidens, och bör användas av välutbildade professionella så att de kan arbeta evidensbaserat för att hjälpa fler barn till ett bättre liv. Det finns all anledning att tidigt uppmärksamma barn och familjer i behov av stödinsatser. Med ökad kunskap om risk- och skyddsfaktorer är det troligt att professionella som arbetar med barn, känner sig säkrare på när det verkligen behövs insatser i en familj. De mest utsatta barnen kan få en chans till ett bättre liv, med professionella som har evidensbaserad kunskap. Inom de nordiska länderna har vi unika möjligheter att fånga upp barn som behöver stöd i förskola, inom barnhälsovården eller på familjecentraler!

### FRÄMJANDET AV DIALOGEN MED FÖRÄLDRAR – ERFARENHETER FRÅN FINLAND

Kunskaper om risk- och skyddsfaktorer är betydelsefulla för att den professionella ska kunna fungera effektivt i sin yrkesroll. Utöver dessa kunskaper behöver den professionelle även reflektera över hur hon använder denna kunskap i kontakten med familjer. Det sätt som de professionella tar upp sin kunskap om risk- och skyddsfaktorer är avgörande för hur motiverade de blir till att ta emot stödinsatser, till exempel föräldrastödsprogram.

Läs mer om dialog med föräldrar på [www.nordicwelfare.org/tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)

### UTMANINGEN

Ibland kritiseras professionella för att inte lyssna på föräldrars röst. Det kan finnas en kultur som kännetecknas av en hierarkisk verksamhet där de sakkunniga alltid vet bäst och ibland uppstår det konkurrens mellan olika professioners kunskap. De professionella kan också sinsemellan diskutera oro för ett specifikt barn en längre tid, innan berörd familj aktivt tas med i diskussionen. Förutom risken för att de professionella bygger en verklighet som familjen inte upplever sig vara en del av, kan det leda till att familjen och de professionella går i otakt. De är i olika skeden av processen och kan därför ha svårigheter att hitta ett gemensamt språk.

### FÖRÄLDRAR SPECIALISTER PÅ SINA EGNA BARN

Som en motvikt till detta uppmärksammas det dialogiska förhållningssättet. Familjens roll som medaktör förstärks då förhållningssättet är dialogiskt. De professionella ser inte familjen enbart som ett "mål för interventionen" utan som en samarbetspartner med sin speciella sakkunskap. Samtidigt värderar och delger också de professionella sin sakkunskap, till exempel vad forskningen säger om risk och skyddsfaktorer. Familjens behov och den professionellas sakkunskap kombineras alltså på ett nytt sätt, med målsättningen att arbeta och lära tillsammans.

Då föräldrar engageras som specialister på sina egna barn, blir det möjligt att skapa en allians för barnets bästa och komma fram till stödinsatser. På ett konkret plan kan den professionelle stärka ett dialogiskt förhållningssätt i kontakten till föräldrarna genom att uppmärksamma följande faktorer:

- Se på familjer som likvärdiga samarbetspartners i arbetet och sakkunniga i sin egen situation, vad fungerar för dem? Uppmuntra egna frågeställningar!
- Uppmärksamma de resurser man ser hos barnet och familjen, fokusera inte bara på problem.
- Det finns inte alltid ett gemensamt problem, situationen kan se olika ut för olika parter. Ett barn kan till exempel bete sig väldigt olika i hemmet och på en förskola. En diskussion som ger utrymme för olika synsätt kan ge ny förståelse för vad frågan handlar om.
- Eftersom alla familjer och situationer är unika, krävs att den professionella kan handla flexibelt och väga in den professionella bedömningen med familjens egna alternativ.

## RISKFOKUSERAT ARBETE I PRAKTIKEN – EXEMPLET SJÖBO KOMMUN I SVERIGE

Varför hade ett 20-tal skolbarn i 8–9-årsåldern specialarrangemang med skolan, exempelvis begränsade studiedagar och heminläsning i stället för vanlig skolgång? För en kommun av Sjöbos storlek är antalet ovanligt stort och barkgrunden till att kommunen deltog i det svenska Pinocchio-projektet i syfte att förbättra arbetet med barn upp till 12 år som riskerade att utveckla normbrytande beteende. Resultatet blev så bra, att kommunen har fortsatt arbeta efter samma modell och principer även efter projektets slut.

– Vi insåg att vi måste ta tag i saker tidigare, inte först i årskurserna 5 och 6, säger Petra West-Stenkvist, verksamhetschef på Individ- och familjeomsorg samt elevhälsa i Sjöbo. Vi hade helt enkelt för många akutinsatser.

När Pinocchio-projektet startade hade man i Sjöbo redan kommit långt i diskussionerna att skapa bättre samordning – det underlättades av att förskola, skola, socialtjänst och elevhälsa redan fanns inom samma kommunala organisation.

Satsningen förankrades politiskt på högsta nivå och ett samverkansteam bildades med familjebehandlare från socialtjänsten, en psykolog och en specialpedagog från elevhälsan, en förskolelärare, samt två personer från skolans årskurser F-5.

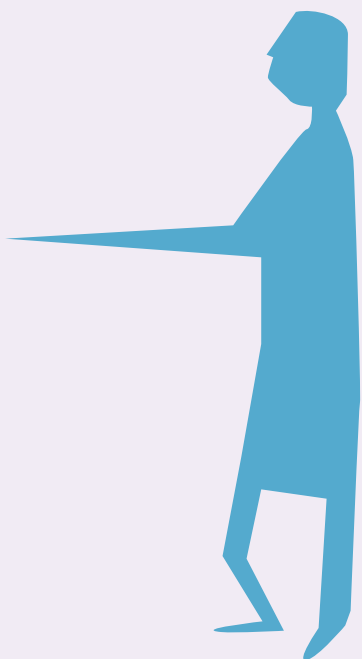
– Pinocchio innebar för oss ett systematiskt, strukturerat sätt att arbeta, komma överens vad vi ska göra, hur vi ska göra det och vara tydliga, säger Petra West-Stenkvist. Vi var tidigare inte vana vid kraven på dokumentation och att konkret mäta resultaten.

Sju barn deltog inom ramen för Pinocchio. Målet var att minska det normbrytande beteendet med 50 procent.

– När Pinocchioprojektet avslutades 2009 hade vi uppfyllt det målet med råge, säger Petra West-Stenkvist. På köpet fick vi ny kunskap och blev mer skeptiska till vår uppdelning i vad som är normbrytande, vi förändrade delvis vårt synsätt. Samverkan var ledordet för arbetet inom Pinocchio och är det fortfarande nu, när projektet har övergått i vardagsarbete.

När man misstänker att ett barn behöver hjälp samlas föräldrar och samverkansteamet för att skapa en gemensam bild av barnet och dess situation.

– Vi berättar om vår syn på utifrån kunskapen om risk- och skyddsfaktorer medan föräldrarna berättar om sina synpunkter, säger Camilla Persson, arbetslagsledare på Råd- och stödenheten. Personalen har en hög kompetens



när det gäller att upptäcka barnens behov tidigt och vi är utbildade om risk- och skyddsfaktorer. Den kompetensen är avgörande för vårt arbete.

Barnen i Sjöbo genomgår inte en allmän screening. Förskolepersonalen har genomgått utbildning på temat "Tidig upptäckt" – systemet är uppbyggt kring tilliten till att de kan upptäcka problemen när de möter barnen i vardagen. Om något tycks vara på tok, sammankallas samverkanssteamet och föräldrarna bjuds in till möte. Samtliga fyller i ett s.k. kryssformulär med konkret information om barnet. Formuläret blir ett diskussionsunderlag för att så småningom komma fram till en gemensam bild av barnets situation och en lösning som alla kan ställa sig bakom. Man gör en Esterbedömning, som sedan upprepas var sjätte månad som mätning och uppföljning.

I dag arbetar gruppen med ett 20-tal barn från förskolan. Arbetsmetoden är densamma men lösningarna är mycket olika eftersom möjligheterna ser olika ut i hem med starka skyddsfaktorer jämfört med hem och miljö utan.

– Vi lägger inledningsvis mycket tid på barnet och arbetar målmedvetet för att stärka skyddsfaktorerna och minska riskfaktorerna, säger Petra West-Stenkvis. Strukturen i vårt arbete med kontinuerliga mätningar och uppföljningar gör att vi känner att vi gör rätt saker.

En viktig faktor för att arbeta framgångsrikt är stöd från politiker och högre tjänstemän – det behövs ett beslut från högsta politiska nivå för att samverka mellan olika delar av en organisation inte ska rinna ut i sanden. En klar framgångsfaktor i Sjöbo är att Petra West-Stenkvis, som var med från början, finns kvar, nu på en högre ledningsnivå än när Pinocchio genomfördes. Även Camilla Persson var med från allra första början.

– En "misslyckandefaktor" är omorganisationer i en kommun, säger Petra West-Stenkvis. Då är det lätt att samarbeten tappas bort, ansvarsfrågor aldrig får nya lösningar, systemet sluter sig inom sig självt. Det finns en ständig rörelse inom en organisation och då gäller det att kunna bevaka den från ledningsnivån.

Andra faktorer som leder till sämre resultat är när man uppnår ett fungerande samarbete med föräldrar och de gånger när problemen tangerar barn- eller vuxenpsykiatri – det samarbetet fungerar inte optimalt. Där är förutsättningen att föräldrarna själva ska komma med sitt barn, kunna formulera problemet.

– Det är en verbal verksamhet med samtalet som metod, säger Petra West-Stenkvis. Vi jobbar med människor som ibland kräver praktisk vägledning i att ställa klockan på morgonen så att de kommer upp och som inte ser sina problem utan definierar dem som enbart barnets.

Arbetsmetodiken, fokus på samverkan, har spridit sig även till andra områden inom organisationen: man planerar gemensamma aktiviteter för barnen och stärker därigenom automatiskt de skyddande faktorerna.

– Allt blir lättare genom samverkan, säger Petra West-Stenkvis. Tänk, bara en sån enkel sak som att pedagogerna enkelt kan lyfta luren och ringa till någon av oss – tack vare samverkan känner vi varandra. Ett sånt enkelt sätt att stärka de skyddande faktorerna!



Vi vill rikta ett särskilt tack till deltagarna i referens- och expertgrupperna som på många sätt har bidragit till innehållet i detta inspirationshäfte:

#### REFERENSGRUPP

- 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

#### EXPERTGRUPP

- 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 VÄLFÄRDSCENTER / Nordic Centre for Welfare and Social Issues  
Box 22028, SE 104 22 Stockholm / Besöksadress Hantverkargatan 29 / Sverige  
[www.nordicwelfare.org](http://www.nordicwelfare.org)