

Nordens børn Tidlige indsatser for børn og familier

Nordens Velfærdscenter

Inspirationshæfte

Resultater fra projektet Tidlige indsatser for familier





norden

Nordens Velfærdscenter

Nordens Børn – Tidlige indsatser for børn og familier

Udgiver:

Nordens Velfærdscenter

www.nordicwelfare.org

© november 2012

Redaktører: Kristin Marklund og Nino Simic

Hovedforfattere: Kristin Marklund, projektleder for "Tidige indsatser for familier", Anna-Karin Andershed og Henrik Andershed, Örebro universitet.

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

Redaktion: Kristin Marklund, Petra Kouvonen, Nino Simic

Ansvarshavende: Ewa Persson Göransson

Illustrationer: Helena Halvarsson

Grafisk design: www.aasebie.no

Tryk: Ineko

ISBN: 978-87-7919-073-3

Oplag: 800

Nordens Velfærdscenter

Sverige

Box 22028, SE-104 22 Stockholm, Sverige

Besøgsadresse: Hantverkargatan 29

Tlf.: +46 8 545 536 00

info@nordicwelfare.org

Nordens Velfærdscenter

Danmark

Slotsgade 8, 9330 Dronninglund

Tlf.: 96 47 16 00

nvcdk@nordicwelfare.org

Nordens Velfærdscenter

Finland

Topeliusgatan 41 a A, FIN-00250 Helsinki, Finland

Tlf.: + 358 (0)40-0612015

nvcfi@nordicwelfare.org

Rapporten kan bestilles trykt eller downloades på:

www.nordicwelfare.org

under fanen "Publikationer".

I digitalt format er hæftet også oversat til dansk, finsk, norsk, islandsk og engelsk.





Indledning

Du holder nu del 1 af rapporten til projektet "Tidlige indsatser for familier" i hånden.

Projektet er en del af Nordisk Ministerråds satsning i 2011 og 2012 på området "Tidligt forebyggende indsatser over for familier i risiko for social marginalisering". Prioriteringen betød, at Nordens Velfærdscenter fik til opgave at drive dette projekt. Formålet er at sprede forskningsresultater, viden om gode eksempler og skabe nordiske netværker.

Projektet har fire fokusområder: Aktuell forskning i risiko- og beskyttelsesfaktorer, Lovende eksempler på tidlige indsatser i Norden, Forenklet adgang til service samt Lad børnenes røst blive hørt!

Del 1 af rapporten, som du altså læser nu, præsenterer projektresultaterne fra de to første fokusområder.

DEL 1

TIDLIG INDSATS FOR FAMILIER OG BØRN I NORDEN	6
Tidlig indsats – tidligt i livet	7
Små børn er mere påvirkelige	7
Personalet i børnehaven skal reagere	8
Systematisk udredning i samarbejde med forældrene	8
Tidlige indsatser som en kontinuerlig proces	9
Tilpasset indsats for målgruppen	9
Universel, selektiv eller indikeret indsats?	10
Børnehaven – et sted at opspore udsatte børn	10
Tilbyd indsatser, der virker!	10
Dygtiggør, vejled og støt forældrene	11
Giv børn mulighed for udvikling	11
Forældre støtte som tidlig indsats	12

FÖRÄLDRASTÖD NORDEN

– EN MODEL FOR TIDLIGE INDSATSER	13
Hvorfor manualbaserede programmer til dygtiggørelse af forældre?	17
Uddannelse i forældre støtte programmer	17
Valg af det rigtige program	17
Hvordan holder man sig ajour med forskningen?	18
Hvad gør man, når der mangler forskning?	18

LOVENDE INDSATSER FOR FORÆLDRE

MED DE MINDSTE BØRN	20
Støtte til forældre i de første år	20
Hvad siger forskningen om indsatser for børn 0-3 år?	20
Betydningen af tidlig interaktion og tidlig tilknytning	22
Eksempler på lovende indsatser for nye forældre	24
Skoleforberedende programmer som tidlig intervention	26
Vellykket implementering af nye metoder	27
Større effektivitet med national implementering	29
Tidlige indsatser betaler sig	30
Implementering af PMTO i Island med små ressourcer	33
Eksempel: PMTO med somaliske og pakistanske forældre – interview	34
Slutord	35

DEL 2

RISIKO- OG BESKYTTENDE FAKTORER BLANDT BØRNEHAVEBØRN FOR FREMTIDIGE PSYKOSOCIALE PROBLEMER – HVAD VI VED FRA FORSKNING, OG HVORDAN

DET KAN BRUGES I DET PRAKTISKE ARBEJDE	36
Fokus på udadreagerende og indadvendte problemer	37
Hvad er risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer?.....	38
Risiko- og beskyttelsesfaktorer genfindes på mange niveauer	39
Hvad er risiko- og beskyttelsesfaktorerne hos børnehavebørn?.....	40
Kan amerikansk forskning anvendes til nordiske børn?	40
Adfærdsproblemer, en af de stærkeste risikofaktorer	42
Mange risikofaktorer indebærer større risici	43
Ligheder mellem drenge og piger, når det gælder risiko- og beskyttelsesfaktorer.....	43
Arv- og miljøaspekter for risiko- og beskyttelsesfaktorer	43
Brug af viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer i praksis	44
Risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde	44
Ikke en eksakt videnskab	45
Tre principper i risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde	45
Struktur vigtig ved bedømmelse af risiko- og beskyttelsesfaktorer	46
Betydningen af uddannelse	47
Hvilke professioner kan tage sig af risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde?.....	47
Bedømmelse, indsats og opfølgning	48
Konklusion vedr. risiko- og beskyttelsesfaktorer	49
Fremme af dialogen med forældre – erfaringer fra Finland	49
Udfordringen.....	50
Forældre er specialister i deres egne børn	50
Risikofokuseret arbejde i praksis – eksemplet Sjöbo kommune i Sverige	51



Tidlige indsatser for familier og børn i Norden



Eksperter fra de nordiske lande er mødtes gennem to år for at udarbejde forslag til tidlige indsatser, der virker. Forskere og praktikere er kommet med gode eksempler fra deres respektive lande. Det har bl.a. resulteret i *Föräldrastöd Norden* – en model for implementering af forældre støtteprogrammer. Der er ikke brug for flere programmer, men snarere færre og mere effektive programmer, der er vurderet i Norden. Mange af de programmer, der bruges i dag, er uden forskningsstøtte. En del er sandsynligvis effektive, men der mangler både dokumentation og opfølgning. Der findes i dag programmer med god virkning. Der skulle kunne gennemføres en samnordisk forskning med fokus på nogle udvalgte interventioner. Afgørende for et vellykket resultat er at implementeringen af metoder lykkes. National støtte af implementeringen har vist sig at være en måde at opnå bedre resultater på.

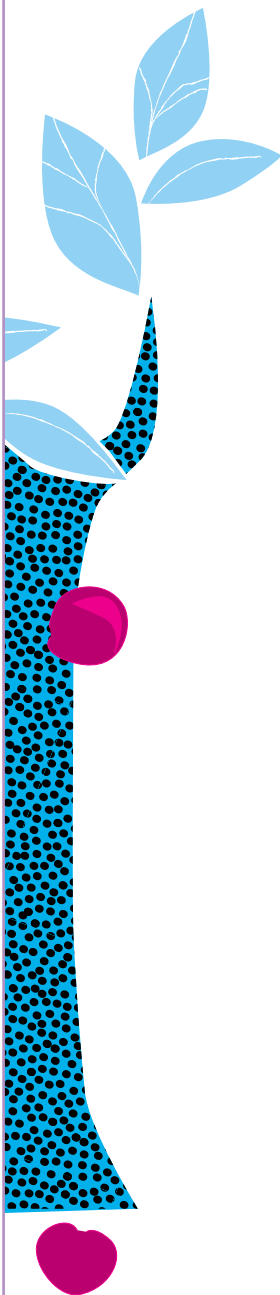
Ud over modellen gives der eksempler på programmer, der opfanger forældre med nyfødte børn og et skoleforberedende program fra Danmark. En oversigt over forskning i risiko- og beskyttelsesfaktorer er desuden gennemført og præsenteret i inspirationshæftet. Denne viden er nødvendig for tidligt at opdage børn og familier, der har brug for støtte, og for at udarbejde indsatser, der styrker beskyttelsesfaktorerne og reducerer risikofaktorerne. Tidlige indsatser betaler sig, ikke mindst set ud fra en socioøkonomisk synsvinkel. De fleste forældre i Norden får støtte via sundhedssystemet under graviditeten. Desuden går næsten alle børn i børnehave. Dermed har vi i de nordiske lande en unik mulighed for tidligt at opspore og tilbyde støtte til børn og familier!

EN TIDLIG INDSATS – TIDLIGT I LIVET

Børn, som risikerer at udvikle funktionsforstyrrelser, har ikke tid til at vente. Det kræver, at nogen opsporer, hvilke problemer de har, og hvad de kæmper med. For disse børn er tidlig hjælp lig med god hjælp, hvilket kan betyde, at man kan forhindre, at problemerne forværres, og at de bliver vanskeligere at håndtere. Vanskelighederne er oftest knyttet til søvn, måltider, hygiejne eller leg. Baggrunden kan rumme indlærings- og udviklingsvanskeligheder eller en biologisk umodenhed, der kan være forbigående. Blandt eksemplerne er der børn med forsinket sprogudvikling, børn med nedsat funktionsevne og børn, som kommer fra vanskelige familieforhold. Alle kan have brug for specialiseret træning, opfølgning og tilpasning, enten socialt, pædagogisk eller fysisk. På visse områder kan man tale om progressive problemer, dvs. at nye problemer støder til de gamle, efterhånden som børnene bliver ældre. Børn med sprogproblemer kan fx få problemer med at lære at læse, når de begynder i skolen, hvilket fører til større vanskeligheder hele skolegangen igennem.

SMÅ BØRN ER MERE PÅVIRKELIGE

For at kunne gøre en tidlig indsats for børn i risikogruppen skal problemerne identificeres tidligt, men det er afgørende er, at man opsporer og udreder funktionsproblemet og derefter følger det op med indsatser. Jo længere tid der går, før barnet får hjælp, desto sværere er det at yde den rigtige hjælp. Selvom mange af de yngste børn viser tydelige tegn på at have vanskeligheder, er der mange, som ikke får hjælp i tide. Tidlig hjælp er god hjælp, og små børn er på mange måde mere påvirkelige og modtagelige for hjælp end ældre børn.



PERSONALET I BØRNEHAVEN SKAL REAGERE

En hindring for tidlige indsatser kan være, at dem, der arbejder med de yngste børn, har en "vent og se"-holdning. Eftersom forskelle børnene imellem er almindeligt, forventer man, at nogle vokser fra problemerne. Det passer også på en del børn, fx dem, der modner senere end deres jævnaldrende kammerater eller dem, der udvikles sent af andre årsager. Når dem, der arbejder med børn, fx personale i børnehaven, er forsigtige med at placere børn i risikogruppen, skyldes det ofte, at man ikke ønsker at "stemple" og "stigmatisere" børnene. Personalet ved, at tidlig diagnosticering undertiden kan have utilsigtede negative effekter og vil derfor beskytte børnene mod den belastning. Diagnoser kan også have en lav pålidelighed, hvilket betyder, at nogle børn ikke får en diagnose og heller ikke specialbehandling.

Et problem med tidlig udredning er også, at forskellige informanter bedømmer børns funktionsniveau og problemer forskelligt. Der er ofte en overraskende lille overensstemmelse mellem forældrenes syn på barnet derhjemme og personalets oplevelser i børnehaven, hvilket gør det vanskeligt at fastslå barnets udviklingsstatus. Men uanset årsagen til en afventende holdning til tidlig udredning og identifikation er det ulykkeligt for de børn, som har brug for tidlig intervention.

Derfor er det vigtigt, at alle, som arbejder med børn og familier, er opmærksomme på, at der findes børn med særlige behov. Samtidig skal udredningsarbejdet tage hensyn til de mange usikkerhedsmomenter, der hører sammen med børns risikostatus, og diagnosticering eller andre kriterier for kategorisering af børn skal anvendes med forsigtighed. Et godt hjælpemiddel kan være en undersøgelse af forholdet til risici og beskyttende faktorer samt en udredning, der identificerer barnets stærke og svage sider. Proceduren for tidlig identificering af udsatte børn bør være standardiseret og forskningsbaseret snarere end bygge på subjektive udtalelser. Hvis udredningen tager hensyn til barnets udviklingsniveau, kan den følges op med en tidlig indsats for at korrigere, forebygge eller stimulere barnets udvikling.

SYSTEMATISK UDREDNING I SAMARBEJDE MED FORÆLDRENE

Tidlig udredning bør bygge på observationer og bedømmelser af børn i deres daglige miljø og have et bredt perspektiv på deres fysiske, kognitive, sociale og emotionelle funktionsniveau og vanskeligheder. Arbejdet bør være træfsikkert, så man bruger mest tid og kompetence på børn, der har det største behov. Det er derfor nødvendigt med en vis systematik i udredning og opfølgning.

Dette kan gennemføres som en tretrins proces, hvor det første trin består af uformelle bedømmelser af samtlige børn udført af kompetent personale på et sundhedscenter eller en børnehave. Bedømmelseskriterierne kan være udformet som tjeklister og bør bygge på relevant forskning. Børn, der adskiller sig fra deres jævnaldrende på vigtige områder, eller som af andre årsager skal undersøges, bør følges op nærmere. Trin to kan derfor bestå af udredning og bedømmelse af samspil, adfærd og færdigheder ved hjælp af standardiserede udredningsværktøjer eller observationsrutiner. I forbindelse med børn, der overskrider kritiske grænseværdier, bør man gennemføre en mere detaljeret udredning. Trin tre kan derfor bestå af tests, individuel observation i strukturerede og ustrukturerede aktiviteter, hvor man udfører en mere indgående analyse af barnets adfærd og udvikling. Gennem hele processen er det vigtigt at informere forældrene, og at de er med til at bestemme, om barnet skal undersøges nærmere.

TIDLIGE INDSATSER SOM EN KONTINUERLIG PROCES

Det er imidlertid vigtigt at bemærke, at tidlige indsatser ikke fungerer som en "vaccine" med ubegrænset holdbarhed. For nogle børn kan det være vigtigt at opretholde foranstaltningen over tid, hvis den skal virke. Efterhånden som børnene bliver ældre, kan de udsættes for risici i form af nye belastninger og stress. Tidlig identificering skal derfor ikke opfattes som en engangsindsats, men som en kontinuerlig proces, hvor børnene følges nøje i perioder og situationer, hvor de kan være sårbare, fx ved overgangen fra børnehave til skole.

TILPASSET INDSATS FOR MÅLGRUPPEN

Børn kan også opdeles i risiko- eller behandlingsgrupper. De fleste børn tilhører gruppen af lavrisikobørn, der fungerer godt intellektuelt, motorisk, adfærdsmæssigt, socialt og emotionelt. *En mindre gruppe børn er i risikozonen og kan udvikle funktionsvanskeligheder, eftersom de udsættes for risici af individuel og miljørelateret art.* Den sidste og mindste gruppe er børn, der allerede har udviklet problemer i forbindelse med den psykiske sundhed, motorik, adfærd og kognitiv funktion. Disse børn kan have brug for omfattende og langvarige hjælpe- og stimulerende foranstaltninger og er antagelig den gruppe, der har det største udbytte af tidlige indsatser. Det bør være tydeligt, hvad der indgår i målgruppen, når man iværksætter en tidlig indsats.

UNIVERSEL, SELEKTIV ELLER INDIKERET INDSATS?

Universelle indsatser er alment forebyggende og henvender sig til alle børn, selektive indsatser henvender sig til børn, der vurderes at befinde sig i risikogruppen, mens indikerede indsatser henvender sig til børn, der er særligt udsatte, eller som allerede har udviklet funktionsproblemer. Risikofaktorer i børns udvikling har en tendens til at danne et sammenhængende mønster, der når følsomme børn, når de udsættes for negativ social og psykologisk påvirkning. Man kan ikke altid forudse, hvilke problemer mønstret fører frem til, og de samme risikofaktorer kan føre til forskellige former for problemudvikling. Dette motiverer, at de tidlige indsatser bør have et bredt fokus, der er både problemforebyggende, ressource- og kompetenceudviklende.

BØRNEHAVEN – ET STED AT OPSPORE UDSATTE BØRN 10

Sammenlignet med børn i skolealderen er der forholdsvis færre nordiske børnehavebørn, der får specialpædagogisk hjælp, psykiatrisk behandling, eller som anmeldes til de sociale myndigheder. Dette kan være et tegn på, at børnehaverne i for lille udstrækning bruges til opsporing af udsatte børn, og at indsatserne først kommer, når de begynder i skole. Der findes studier, der viser, at børnehaven påvirker børnene mindre end forældrene og hjemmet, hvilket motiverer betydningen af, at forældrene deltager i tidlige interventioner. Det er ofte en fordel, at tidlige indsatser har en "lav tærskel", så forældrene selv kan tage kontakt og bede om en bedømmelse af barnets problem, og at muligheden findes der, hvor barnet er, dvs. på børnehaven eller i lægehuset. Børnehaven har en unik mulighed for at forebygge, opspore behov og iværksætte indsatser for børn, der har brug for ekstra omsorg og hjælp i udviklingen og indlæringen af færdigheder. Ved at begrænse brugen af diagnoser og kategoriseringer i forhold til funktionsproblemets art og grad kan man også forebygge, at tidlige indsatser virker stigmatiserende på børnene og deres omgivelser.

TILBYD INDSATSER, DER VIRKER!

Der er en øget forståelse for, at tidlige indsatser bør bestå af interventioner eller foranstaltninger, der gennem forskning har vist sig at fungere på definerede problemer og i specifikke situationer. Det handler med andre ord om at udnytte den bedste viden om, hvad der virker, og lade forskningen vejlede

praksis. Der findes modeller, programmer, foranstaltninger og metoder, der gennem kontrolleret evaluering har givet gode resultater.

Interventionerne bør være tydeligt beskrevne i retningslinjer eller manualer og iværksættes i overensstemmelse med teoretiske og praktiske forudsætninger. Vurderingen bør omfatte, hvilket udbytte børnene og deres familier har af indsatsen, men også hvordan den sker. *Hvis foranstaltningerne ikke giver et positivt resultat, kan det skyldes, at indsatsen ikke var så effektiv, som man forventede, eller at selve gennemførelsen var mangelfuld.*

DYGTIGGØR, VEJLED OG STØT FORÆLDRENE

Tidlige indsatser for børn, som ikke er begyndt i skole, har ofte det formål at forbedre børnenes fysiske sundhed eller fremme deres kognitive, sociale og emotionelle udvikling. Men indsatsen kan også indledes tidligere med opfølgning af mødre under graviditeten og fødslen. En international forskningsoversigt viser, at de fleste forebyggende indsatser henvendt til børn i børnehavealderen har det formål at stimulere børnenes kognitive udvikling eller på andre måder at styrke deres forudsætninger for at kunne klare skolen. Nogle af indsatserne har også vist sig at have en langsigtet positiv indvirkning på børnenes funktion. Derudover går oplæring, vejledning og støtte til forældre som en rød tråd gennem succesrige projekter og foranstaltninger, og ofte fokuserer de på at fremme kompetencer, initiativ og selvstændighed hos både forældre og børn.

GIV BØRN MULIGHED FOR UDVIKLING

Ikke alle børn kan nå lige langt med hensyn til funktionskapacitet, og medfødte forudsætninger kan begrænse indlæringsvejen og udviklingsmulighederne. Til trods for dette er det vigtigt, at man – uanset børns forudsætninger – helt og fuldt udnytter miljørelaterede indsatser for at stimulere og støtte børn i deres indlæring og udvikling.

Formålet med tidlige indsatser er at reducere risikoen for, at børn udvikler problemadfærd, psykiske eller fysiske sundhedsproblemer eller problemer med skolen. Indsatserne kan handle om at udrede og stimulere børns ressourcer og talenter, men også om at fremme deres evne til at håndtere stress, modgang og kriser. Det kan handle om at skabe et opvækstmiljø, hvor børnene får en følelse af at høre til, og hvor de lærer vigtige færdigheder for at kunne bidrage og blive værdsat.



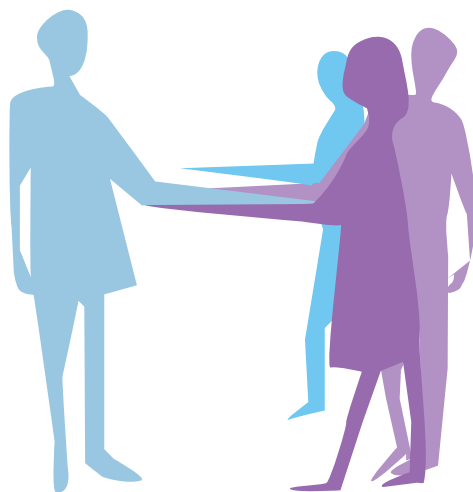
FORÆLDRESTØTTE SOM TIDLIG INDSATS

Et resultat af det nordiske projekt er et forslag om nordisk implementering af forældrestøtte. Sats på nogle få forældrestøtteprogrammer, og implementer dem i alle kommuner. Det ville indebære, at samnordisk forskning kan gennemføres, og det indebærer en omkostningseffektivisering særligt med tanke på omkostninger til uddannelse og implementering. Indførelse af national implementeringsstøtte lader til at være en effektiv model. Implementeringen af TIBIR i Norge er et godt eksempel i Norden. Föräldrastöd Norden er et forslag til en forenklet model af TIBIR. Det er vigtigt at tilpasse forældrestøtteprogrammerne, så de bliver attraktive for forældre, som risikerer marginalisering. Længere fremme i hæftet viser vi, hvordan forældrestøtte er gennemført med pakistanske og somaliske forældre med succes.

TIBIR – TIDLIG INDSATS FOR BØRN I RISIKO

Programmet TIBIR er udviklet i Norge baseret på erfaringer fra tidligere implementeringsarbejde. Målsætningen med TIBIR er tidligt at forebygge og afhjælpe adfærdsproblemer hos børn i alderen 3-12 år samt bidrage til at udvikle børnenes positive og prosociale adfærd. Programmet styrker dermed indsatser, som henvender sig til familier med børn, som allerede har udviklet adfærdsproblemer, eller som risikerer at gøre det. Programmet består af seks interventionsmoduler, der danner en samlet indsats for børnefamilierne. Det kommunale personale, som arbejder med velfærdstjenester til børn og familier, lærer om TIBIR.

Læs mere her:
www.atferdssenteret.no



Föräldrastöd Norden

– en model for tidlige indsatser

Föräldrastöd Norden indeholder støtte til familier på tre niveauer. Grundtanken er, at det skal være nemt at få støtte som forældre, og at støtten skal gives på et tidligt tidspunkt. Når problemerne er store, skal man nemt kunne få hjælp til en mere omfattende støtte. De indsatser, som tilbydes, bør være evaluerede og have vist en god effekt i forskningen.

Implementering af *Föräldrastöd Norden* indebærer, at udbuddet af indsatser begrænses, og de indsatser, som tilbydes, kan blive mulige at evaluere. Forskning tager tid, og hvis interventionerne løbende skiftes, kan det indebære, at viden om, hvad der virker, først præsenteres, når interventionen ikke længere er aktuel som indsats. Der er gevinster ved at tænke langsigtet og ikke skifte interventioner, inden man ved, om de virker.

Föräldrastöd Norden er et samlet udbud af tidlig støtte til børnefamilier i en kommune. Det at gennemføre *Föräldrastöd Norden* indebærer ikke automatisk øgede omkostninger for kommuners præventive arbejde. Det kan være et spørgsmål om at omprioritere de indsatser, der allerede findes. I en indledende periode kan der opstå omkostninger til uddannelse og vejledning personale, der skal være gruppeledere. Det er vigtigt, at der findes en langsigtet plan for implementering af modellen. Forældrestøtten bør evalueres og efter behov tilpasses til forskellige målgruppers behov.

Modellen er baseret på et fælles vidensgrundlag for personale, som arbejder med børn. Alle professionelle, som arbejder med børn, fx i en børnehave eller et familiehus, skal have viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Uddannelsesprogrammer kan gennemføres løbende for at give denne viden til alt personale, som arbejder med børn. Læs mere om risiko- og beskyttelsesfaktorer på side 36.

Alle kommuner tilbyder forældre tre forskellige forældremoduler:

1. Universal støtte til alle forældre:

I den nordiske velfærdsmodel er det traditionelt, at store dele af tjenesterne er universelle, dvs. at de tilbydes alle og ikke er behovsrelaterede. Det gælder også forældrestøtten, hvor fx sundhedspleje for mødre og børn samt børnehaver tilbydes alle småbørnsfamilier. Disse universelle tjenester er en unik arena for forebyggende arbejde og muliggør forældrestøtte af

høj kvalitet. Derudover er der i dag flere forældre støtteprogrammer. Programmerne kan ikke erstatte øvrige velfærdstjenester, men kan udgøre et vigtigt supplement i udviklingen af den støtte, som tilbydes mennesker. I dette projekt foreslår vi, at kommunerne supplerer deres velfærdstjenester med et af de foreslåede programmer:

Som en universel indsats foreslås det, at forældre i alle kommuner tilbydes *rådgivningssamtaler* som en kortsigtet indsats. Det kan handle om et problem, der er opstået med barnet, og kan bestå af nogle få samtaler. Rådgivningssamtalen gives af personale, som er uddannet i et forældre støtteprogram med støtte i forskningen, fx PMTO, Parent Management Training Oregonmodellen, De utrolige år eller KOMET.





Læs mere her:

www.allabarnicentrum.se

Modulerne kan også indeholde universelle *forældrekurser*, som bygger på de samme principper, som programmet herover. Forældrekurserne gives til alle interesserede forældre og omfatter en række informationsaftener. I Sverige er der fx ABC, Alla Barn i Centrum.

2. Forældre støtte – gruppe

Modul 2 indeholder Støtte til forældre i grupper. Målgruppen er forældre, som oplever problemer med deres børn eller forældreskab. Det kan fx handle om børn, som ofte kommer i konflikt med andre børn, søskende og forældre. Forældre, som søger støtte, får hjælp med strategier, der forbedrer forældreskabet. Forældrene opsøger selv hjælpen eller har fået et tip fra sundhedsplejersken, børnehaven, socialtjenesten eller andre forældre, som har anbefalet programmet.

Interventionerne i denne gruppe går ud på at vejlede forældre i grupper sammen med andre forældre. Forældregrupperne mødes normalt en gang om ugen 10-12 gange af 2-2,5 timers varighed. Gruppen ledes af 1-2 ledere, som er uddannet i forældre støtteprogrammet. Undervisningsformen er "miniforelæsninger", gruppediskussioner, rollespil og øvelser mellem møderne. De programmer, som foreslås, er PMTO (gruppeintervention), De utrolige år (Basic) eller KOMET.

3. Forældre støtte – individuelt

Modul 3 indeholder Individuel støtte til forældre med børn, som har væsentlige adfærdsp problemer. Relationen mellem forældre og børn har i en længere periode været kendetegnet af stadige konflikter, som også har vist sig mellem barnet og kammerater eller mellem barnet og personale i børnehaven/skolen. Familien kan have gennemgået forældre støtte i grupper, men indsatsen har ikke været tilstrækkelig. Målet med programmet er, at forældre og børn skaber et positivt forhold, så barnets positive udvikling fremmes. Forældre dygtiggøres i forældre færdigheder og i at opmuntre barnet, når det træner nye færdigheder. Forældre dygtiggøres også i at genvinde forældre kontrollen og i at udvikle et positivt samspil med deres barn. Programmet omfatter praktiske øvelser og hjemmeopgaver. Forældre og terapeut opsætter mål og delmål i behandlingen, der følges op. Forældre støtten tager 1-1,5 time pr. gang, og antallet af møder afpasses efter familiens behov. Den individuelle støtte, der foreslås, er PMTO, De utrolige år (Advance) eller Förstärkt KOMET.

Læs mere:

www.kometprogrammet.se

KOMET

KOMET er udviklet i offentligt regi inden for Preventionscentrum i Stockholm. Det er et evidensbaseret program til dygtiggørelse af forældre, der er baseret på international forskning om samspillet mellem forældre og børn og på en social indlæringsteori. KOMET tilbyder uddannelse til personale, som har mulighed for at arrangere forældregrupper, der henvender sig til forældre med børn i alderen 3-11 år. KOMET forældre støtte henvender sig til forældre, som oplever, at de ofte kommer i konflikt og skænderier med deres børn og har svært ved at takle situationen på en god måde. KOMET findes også som Förstärkt Komet med individuel støtte til forældre (3-11 år) og KOMET for teenageforældre i grupper (12-18 år).

PMTO, PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON

PMTO er et evidensbaseret program, der giver individuel støtte til forældre med børn i alderen 4-12 år med alvorlige adfærdsproblemer. Med programmet styrkes de sociale færdigheder og samarbejde. Målsætningen er at forebygge og reducere adfærdsproblemer hos børnene. Programmet baserer sig på forsknings- og udviklingsarbejde ved Oregon Social Learning Center i USA. Norge har gennemført verdens eneste nationale PMTO-satsning, der er videreudviklet til nordiske forhold af Atferdssenteret. Ud fra de samme principper som i PMTO er der udviklet en gruppeintervention for forældre, som har børn med adfærdsproblemer og børn, som risikerer at udvikle et adfærdsproblem (4-12 år), TIBIR – forældregruppeintervention.

DE UTROLIGE ÅR (THE INCREDIBLE YEARS)

De utrolige år er et evidensbaseret forældrekursus. Indsatsen er udviklet af den amerikanske psykolog og forsker Caroly Webster-Stratton. Målgruppen er forældre til børn i alderen 3-12 år, som har børn med følelsesmæssige problemer eller adfærdsforstyrrelser. Forældre kurset, hvor forældrene lærer at fremme en positiv udvikling hos børnene, er opdelt i to dele. Den første del går ud fra leg, ros og belønninger, og formålet er at styrke forholdet mellem børn og forældre. Den anden del udvikler strategier hos forældrene, så børnenes problemadfærd kan reduceres. De utrolige år findes som gruppeinterventioner på *Basic* og *Advanced* niveau.

Læs mere:

www.ungsinn.uit.no

Læs mere:

www.atferdssenteret.no

Hvis en kommune vælger at satse på en af disse interventioner, kan samme person arrangere interventioner på forskellige niveauer, men baseret på samme teori. Gruppeledere for forældre støttegrupper kan fx være de samme personer, som arrangerer universelle kurser for forældre i et familiehus.

HVORFOR MANUALBASEREDE PROGRAMMER TIL DYGTIGGØRELSE AF FORÆLDRE?

Der findes i dag flere manualbaserede programmer til dygtiggørelse af forældre for at forebygge adfærdsproblemer hos børn. Omfattende international forskning, men også studier fra de nordiske lande, har vist gode resultater for forældre støtteprogrammer, bl.a. når det gælder adfærdsproblemer hos børn. Et fælles udgangspunkt for disse programmer er, at man gennem uddannelse og træning kan forandre forældres adfærd i opdragelsessituationer. Målsætningen med forældre støtten er at bryde et negativt samspilsmønster mellem forældre og børn.

For forældre, som har børn med et adfærdsproblem, har det vist sig, at *støttesamtale alene ikke er tilstrækkelig*. Hvis man tilføjer strategier for opdragelse, træning, rollespil og feedback (på opgaverne), øges muligheden for, at forældre udvikler deres forældreskab.

UDDANNELSE I FORÆLDRESTØTTEPROGRAMMER

Uddannelse af ledere til forældre støtteprogrammer påbegyndes ofte, samtidig med at gruppelederen gennemfører en forældre støttegruppe. Supplerende kurser er obligatoriske, og alt det materiale, der bruges på møderne, er samlet i manualer. Manualen kan fx bestå af teori, øvelser og filmklip, der viser eksempler på situationer, som man kan arbejde med. En kommune kan uddanne gruppeleder, som selv uddanner andre gruppeledere. Uddannelsen er forholdsvis kort, men kræver vejledning og videreuddannelse. Som eksempel kan nævnes, at uddannelse til gruppeleder i KOMET varer 8 dage, fordelt på 2 terminer.

VALG AF DET RIGTIGE PROGRAM

En del af de rådgivnings- og støtteinstanser, der tilbydes i dag, mangler evalueringer, og mange mangler helt dokumentation. En indsats, der *ikke* er effektiv, kan indebære, at problemerne vokser, og forældrene kan opleve, at det ikke er meningsfuldt at søge støtte igen. Når en familie søger støtte, er det vigtigt, at hjælpen kommer hurtigt, og at den er effektiv.

En kommune kan vælge et forældre støtteprogram, der allerede er implementeret i en større skala. Det er dog vigtigt at vælge programmer, der er effektive, og som i forskningen har vist gode resultater. Mange kommuner i Sverige har fx valgt at implementere KOMET. Norge og Island har satset på PMTO. I Danmark har en del kommuner implementeret De utrolige år. I Finland ses forældre støtte som en del af et udgud af høj kvalitet af universelle velfærdstjenester, inkl. gratis sundhedspleje for mødre og børn. Brugen af programbaseret forældre støtte er begrænset. Den model for implementering, der gennemføres af TIBIR i Norge, kan inspirere lande, der mangler en national strategi for implementering af programbaseret forældre støtte.

HVORDAN HOLDER MAN SIG AJOUR MED FORSKNINGEN?

Det kan være svært for en kommune eller for professionelle at holde sig ajour med forskningen. Forskning skal oversættes for at nå praksis og resultere i praktisk handling. Her kommer tre eksempler fra de nordiske lande, hvor man præsenterer interventioner og forskningsresultater på børne- og ungdomsområdet, Ungsinn i Norge, Vidensportalen i Danmark og Metodguiden i Sverige.

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

HVAD GØR MAN, NÅR DER MANGLER FORSKNING?

Der findes et stort antal indsatser for at støtte børns og unges psykiske sundhed. I 2009 identificerede Socialstyrelsen i Sverige 103 socialtjenestebaserede interventioner på akutcentre for at støtte børn. Af dem var ti evalueret i Sverige på en sådan måde, at deres effekt kan vurderes. Situationen er den samme for børnehaver og folkeskolen. Næsten ingen af de pædagogiske metoder, der bruges til børns psykiske sundhed, er videnskabeligt underbyggede. Det er heller ikke sandsynligt, at alle disse indsatser vil blive vurderet inden for en rimelig periode.

Selvom en indsats ikke er vurderet, kan den være effektiv. Der er altså brug for andre former end effektvurderinger for at vurdere, om en bestemt indsats er rimelig effektiv. En måde er at gå ud fra nogle kriterier, som forskningen systematisk har identificeret som vigtige. Det er baggrunden for en britisk database om indsats inden for forældre støtte, der henvender sig til professionelle og forældre. De indsatser,

Læs mere her:

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

der beskrives i databasen, er blevet gennemgået af et forskerpanel i henhold til tre centrale kvalitetsaspekter, som var opdelt ifølge fem trin. Hver og en af disse tre dimensioner har vist sig at forudse, om indsætserne har en positiv effekt for målgruppen. Der gives høje point ved:

1. Afgrænset målgruppe

Der findes en tydelig beskrivelse af målgruppens behov, en metode til rekruttering og sikring af, at det er den rigtige målgruppe, en metode til løbende aflæsning af, om målgruppens behov tilgodeses, samt at der findes retningslinjer for, om og hvornår andre bør kontaktes for at give anden støtte.

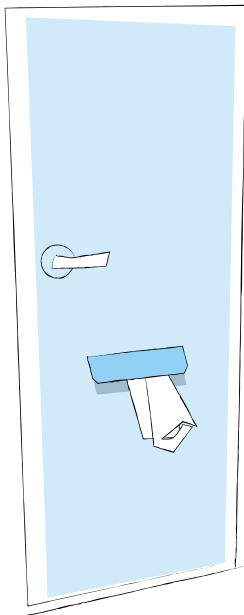
2. Forskningsmæssigt forankret teori

Teorien om, hvorfor indsatsen skal føre til forandring har støtte i forskningen om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Der findes forskningsstøtte, der motiverer, at indsatsen ændrer forældres samspil med deres børn, samt at kort- og langsigtede effekter er teoretisk realistiske.

3. Veldefineret uddannelse og implementering

Krav til forkundskaber for dem, der skal bruge metoden, er præciseret, og uddannelsen er struktureret med et tydeligt format, omfang og en tydelige intensitet. Der findes en skriftlig manual, der forklarer, hvad der fører til forandring, og hvilke effekter der skal forventes. Der findes desuden en metode til aflæsning af, at indsatsen er anvendt efter hensigten. Vejledning skal tilbydes som støtte, når man begynder at bruge metoden, og hvor vejlederens nødvendige kvalifikationer er tydelige.

Eftersom indsætser, der får høje point for disse kriterier, har større sandsynlighed for at virke, kan bedømmelsen være et grundlag for en virksomhed, som overvejer at introducere en ny indsats. Dimensionerne er ingen garanti, men de øger sandsynligheden for, at indsatsen er effektiv. *Hvis valget står mellem flere forskellige indsætser, bør man undgå dem, der opfylder få eller ingen af ovenstående kriterier, fx dem, der påstår, at de virker for alle typer problemer, dem hvis teori om, hvorfor de skal fungere, mangler eller har utydelig videnskabelig støtte, og dem der har korte uddannelser (fx endagskurser).*



Lovende indsatser til forældre med de mindste børn

Interventionerne i *Föräldrastöd Norden* omfatter forældre med barn fra ca. 3-års-alderen.

Her fremhæver vi eksempler på tidlig støtte til forældre med spædbørn.

STØTTE TIL FORÆLDRE I DE FØRSTE ÅR

En tryk tilknytning mellem spædbarn og forældre er en beskyttelsesfaktor, der modvirker sygdom senere i livet. Sandsynligheden for, at et spædbarn udvikler en tryk tilknytning til forældrene øges, hvis samspillet mellem spædbarnet og forældrene har været tilfredsstillende. Det indebærer, at forældrene opfatter barnets signaler, tolker dem rigtigt og reagerer adækvat på dem. Dette er videnskabeligt underbygget.

Under denne overskrift har vi samlet kundskab om støtte til forældre i barnets første leveår. Vi ved fra forskningen, at der ikke findes så mange evidensbaserede metoder, der er implementeret i de nordiske lande, når det gælder de små børn. Der gøres allerede store indsatser inden for sundhedspleje for mødre og børn og i familiehuse. Der mangler dog forskning fra nordiske miljøer. En hel del af de interventioner, der giver et godt resultat i studier i USA, kan have en anden målgruppe. Den nordiske universelle støtte til nye forældre kan være mere omfattende end de amerikanske interventioner.

HVAD SIGER FORSKNINGEN OM INDSATSER FOR BØRN 0-3 ÅR?

SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, har i 2011 udarbejdet en forskningsoversigt om tidlige indsatser for sårbare og udsatte børn i alderen 0-3 år og deres forældre (inkl. gravide mødre). Forskningsoversigten giver et overblik over indsatser, der har til formål at reducere eller kompensere for følgende risikofaktorer: mødres misbrug, vanrøgt, vold i nære relationer, psykisk sygdom hos forældrene, tidligt forældreskab og kombinerede problemstillinger. Formålet er at skabe viden, der kan bidrage til evidensbaseret praktik inden for socialpolitikken. SFI har gennemgået effektforskning, der inkluderer RCT- studier, kvasiexperimentelle studier og studier med før- og eftermålinger.

Læs mere på www.sfi.dk, "Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre"

Kortlægningen gav 81 forskningsstudier, hvor indsatser har vist en effekt. De fleste studier stammer fra USA (55), mens 10 kommer fra Europa. *Der fandtes ingen forskning fra de nordiske lande vedrørende denne gruppe" Man kan derfor sige, at resultaterne primært vedrører nordamerikanske miljøer.*

VIGTIGE KENDETEGN FOR TIDLIGE INDSATSER FOR FORÆLDRE MED BØRN 0-3 ÅR:

Målgruppe – Tidlige indsatser bør henvende sig til forældrene og særligt til mødrene – ikke til børnene

Organisering – Indsatserne skal være organiserede som multifacetterede indsatser, dvs. at de skal bestå af flere forskellige aktiviteter som fx samtaler, praktisk hjælp, gruppesamtaler og andet.

Varighed og intensitet – Tidlige indsatser bør være forholdsvis langvarige (seks måneder eller mere) og indeholde tætte kontakter mellem brugere og behandlere.

Kortlægninger viser også, at hvis man arbejder med en forældre med en særlig risikofaktor, fx misbrug, bør man tilbyde støtte med særligt fokus på netop denne risikofaktor.

VIGTIGE KENDETEGN FOR INDSATSER MOD FORÆLDRES MISBRUG:

Målgruppe – De fleste effektive indsatser henvender sig til mødre med misbrug, og indsatserne fungerer for forældre med børn i forskellige aldersgrupper.

Organisering – Indsatserne er multifacetterede og er frem for alt individuelle.

Varighed og intensitet – Indsatserne er oftest langvarige på mere end 6 måneder. Intensiteten varierer fra daglige indsatser til flere gange om måneden.

BETYDNINGEN AF TIDLIG INTERAKTION OG TIDLIG TILKNYTNING

Ifølge teorien om tilknytning har den omsorg, børn får i deres tidlige år, langtrækkende konsekvenser for deres udvikling. Teorien går ud fra, at børnene har brug for omsorg, der både er forudsigelig og emotionelt fokuseret på børnenes behov. I praksis handler det om, hvordan den daglige omsorg realiseres: Når et barn græder af sult, skal forældrene både kunne dække barnets fysiske behov for mad og dets emotionelle behov for ømhed og tryghed – at dække barnets fysiske behov er ikke nok til at sikre barnets udvikling. Hvis forældrene er irriterede eller hårdhændede, eller optræder ligeglade eller mekanisk, når de mader barnet, vil dette påvirke spædbarnet negativt, mens det påvirker barnet positivt, hvis forældrene er rolige og kærlige.

I barnets første leveår er det mere adækvat at tale om tidligt samspil end om tidlig tilknytning. Omkring 1-årsalderen har barnet udviklet sin første arbejdsmodel om menneskelig interaktion, dvs. en model for hvordan man kan udtrykke sine behov og følelser, og hvilke svar man forventes at få. Denne interne arbejdsmodel er ikke statisk, men udvikles hele livet igennem. Den første grundlæggende model udgør det grundlag, som senere erfaringer bygger på. Negative erfaringer i denne periode påvirker barnets udvikling på to måder. Barnet bliver mere sårbart over for senere negative oplevelser, og desuden øges sandsynligheden for, at barnet kommer ud for dem. Det skyldes, at barnet har udviklet negative strategier for samspillet mellem forældrene. Negative strategier kan opretholdes af at:

- Tidlige erfaringer påvirker hjernens struktur og funktion
- Indre arbejdsmodeller påvirker, hvordan barnet tolker interaktion (såvel verbal som ikke-verbal)
- Smertefulde erfaringer fører til defensive forsvarsmekanismer, der hindrer nye erfaringer
- Utrygge børn er ofte aggressive eller afvisende og opfører sig på en måde, der skaber irritation og vrede snarere end medfølelse hos voksne og andre børn
- Andres negative reaktioner forstærker barnets negative arbejdsmodeller

Hjernen udvikles strukturelt fra de første uger af graviditeten, indtil personen er en ung voksen og fuldt genetisk udviklet. Hjernen udvikler sig funktionelt livet igennem og påvirkes af vores erfaringer. *Ny forskning bekræfter, at følelserne er centrale for, hvordan hjernen udvikles.* I de første ni måneder

udvikles også banerne mellem hjernens mere primitive dele og de dele, der regulerer de følelsesmæssige reaktioner. Skadelige følelsesmæssige erfaringer i disse første måneder kan skade eller hindre denne udvikling, hvilket på sigt kan føre til impulsiv aggressivitet. Dette kan også være årsagen til senere personlighedsforstyrrelser.

Når barnet får positive reaktioner fra forældrene, som med deres lydhørhed og beroligende nærvær organiserer og giver babyens følelser ord, udvikler barnet en tryk tilknytning til sine forældre. Dette sker i ca. 1-års-alderen. Et trygt barn søger sine forældres nærhed, når det bliver opskræmt, oprørt, sultent eller har ondt. Men barnet er også nysgerrigt og ivrigt efter at undersøge sine omgivelser. Hvis forældrenes omsorg har været følelsesmæssigt afvisende eller har baseret sig mere på forældrenes sindstilstand og behov end på barnets, kan barnet ikke bruge sine forældre til at regulere sine følelser på samme måde, som det trygge barn kan. I ekstreme tilfælde har barnet ikke kunnet etablere nogen som helst organiseret model for, hvordan interaktion fungerer.

Skadelige erfaringer (groft omsorgssvigt, mishandling og andre traumatiserende erfaringer) fører til såvel strukturelle som funktionelle forandringer i barnets hjerne (Glaser 2000). Disse forandringer omfatter bl.a. reduceret hjernevolumen, afvigelse i nervesystemet og hormonelle forandringer. Skadelige opvækstforhold kan også forringe hukommelsevnen og udgør derfor en risiko for senere indlæringsvanskeligheder (Wolf 2009). Endelig ved vi i dag, at stress i barndommen udgør en risiko for at få immunologiske sygdomme såsom diabetes og hjerte-karsygdomme (Dube et al 2009).

Det positive i denne sammenhæng er, at den periode, der er vigtigst for barnets udvikling, også er den mest gavnlige, når det gælder intervention. Forskning viser, at tidlig støtte til forældreskabet, helst under den første graviditet, har gunstige og langvarige effekter for forældreskabet og for barnets udvikling og sundhed.

Læs Mirjam Kallands tekst i sin helhed på www.nordicwelfare.org/tidigainsatser

EKSEMPLER PÅ LOVENDE INTERVENTIONER FOR NYE FORÆLDRE

Edinburgh-metoden

Edinburgh-metoden er en evidensbaseret form for forældre-støtte med det formål at identificere deprimerede nye mødre. Mellem 10 og 15 procent af alle nye mødre bliver deprimerede i de første seks måneder efter fødslen. Et problem er, at kvinder som lider af en fødselsrelateret depression sjældent søger hjælp. Det kan være ubehageligt at fortælle, at livet føles svært, når man selv og andre forventer, at lykken er fuldstændig.

Metoden indebærer en screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) og tæt opfølgning. Det er brugervenligt og skal suppleres med forskellige støtteindsatser.

Metoden består af tre dele. 1) Tilbud ved besøg hos sundhedsplejersken om at udfylde et selvevalueringskema, et EPDS-skema, med 10 spørgsmål, når barnet er 6-8 uger. Spørgsmålene handler om, hvordan kvinden har haft det den seneste uge. 2) Opfølgende samtale med jordemoderen straks efter udfyldelse af skemaet. 3) Ved en mild depression tilbyder jordemoderen kvinden en række samtaler, dvs. personcentrerede støttesamtaler (non directive counselling). Ved mere omfattende problemer henvises kvinden til en specialist.

Flere studier tyder på, at denne form for tidlig indsats for en sårbar gruppe af kvinder, giver effekt. Med en relativt begrænset indsats kan mere omfattende problemer forebygges. Hurtige tilbud om støtte til kvinder med postnatal depression på et så tidligt tidspunkt som muligt er omkostningseffektivt og kan forhindre, at kvinden får en langvarig depression. Det vigtige er, at en indsats sker straks, når depression er konstateret.

Brug af Edinburgh-metoden kombineret med støttesamtale forventes at lindre symptomerne ved milde til moderate depressioner. Flere publikationer støtter dette, bl.a. et nyt RCT-studie af Morell et al (2009) baseret på 3000 nye mødre. Studiet viste positive effekter både 6 og 12 måneder efter fødslen. Effekten for barnet er fortsat uklar, men det antages, at forældre er mere sensitive over for deres børns behov, når symptomerne tager af. God psykisk sundhed beskytter mod andre risikofaktorer, som fx alvorlig sygdom, stress og dårlig trivsel på jobbet.

Edinburgh-metoden er blevet implementeret i mere end 130 kommuner i Norge. Implementeringen vil blive udvidet

Læs mere om Edinburg-metoden i rapporten "Nedstemthed og depresjon i forbindelse med fødsel" ...

..., der kan hentes på det norske Folkehelseinstituts websted. EPDS-skemaet findes der på norsk, engelsk og arabisk.

til flere kommuner i de kommende år. Spedbarnsnettverket er ansvarlige for udbredelse og implementering af metoden i Norge. Der er udarbejdet en implementeringsmodel, OSS-modellen. Processen med at implementere Edinburg-metoden tager 2 år og omfatter forankring hos chefer, uddannelse, vejledning mindst ét år efter implementering og erfaringsseminarer.

Programmet Föräldraskapet främst

Programmet udspringer fra Yale Child Study Center, New Haven. Målgruppen er forældre, som venter og føder deres første barn. Familierne rekrutteres fra familieforberejdesgrupper. Forældregrupperne samles 12 gange i løbet af en periode på 24 uger. Formålet med grupperne er, at forældre sammen overvejer, dels hvilke følelser og behov spædbørn udtrykker gennem deres adfærd, dels forskellige aspekter af forældreskab. Hvis behovet findes, kan familierne henvises til yderligere støtteindsatser. Grupperne henvender sig til både forældrene, der kommer sammen med deres barn. De henvender sig til alle familier, men modellen kan anvendes på risikogrupper.

Teorien bag indsatsen er forankret i tilknytningsteorien. En forælder med en høj reflektiv evne kan reagere på barnets følelser og behov uden selv at blive grebet af angst eller frustration. Barnet ses som et separat individ, og forældrene trænes i at afveje barnets følelser med barnets adfærd.

Der er videnskabeligt belæg for, at man ved hjælp af såvel gruppe- som individbaserede interventioner kan styrke forældrenes reflektive evne i risikosituationer. I Finland driver docent Mirjam Kalland fra Mannerheims Barnskyddsförbund case-control forskning. 200 familier, der deltager i forældregruppen "Föräldraskapet främst" sammenlignes med 1500 familier, der får almindelig rådgivning hos sundhedsplejersken.

Kurset kræver ingen forkundskaber. Det er på fem dage plus en gennemført gruppe under vejledning. Derefter arrangeres videreuddannelsesdage. Sundhedsplejersker, personale fra sundhedsplejen, socionomer og familiebehandlere har deltaget.



SKOLEFORBEREDENDE PROGRAMMER SOM TIDLIG INTERVENTION

Baseret på interventionen Hippy

Programmet HippHopp

I Danmark har regeringen afsat midler til udvikling og dokumentation af forældreprogrammer. Et af de programmer, der er testet, er HippHopp, et skoleforberedende program, hvor målgruppen er børn mellem 5 og 6 år, som endnu ikke er begyndt i skolen, og deres forældre. Programmet tilbydes familier, som kan have særlig nytte af at være forberedte på de udfordringer, der venter ved skolestarten. En del af børnene har sprogvanskeligheder og forældre med ikke-dansk baggrund. HippHopp er et struktureret program over 30 uger med aktiviteter, som forældrene deltager i og gennemfører med deres børn. HippHopp skal bidrage til, at børnene udvikler deres sprog, udforsker og løser problemer i samarbejde med andre, udvikler grov- og finmotorik og deltager i børnekultur i form af litteratur, spil og leg.

Alle familier deltager frivilligt, og rekrutteringen sker via børnehaver. I løbet af 30 uger skal forældrene på alle hverdage afsætte 20 minutter hver dag til aktiviteter. Programmet starter i oktober året før skolestart og slutter i maj og forbereder børn og forældre til skolen. HippHopp består af fem dele, som tilsammen udgør programmet. 1) En koordinator, som har ansvaret for at give instruktioner til HippHopp-guider. 2) HippHopp-guider, der besøger seks familier hver uge, afleverer materialer og gennemgår aktiviteterne med forældrene. 3) Bøger, materialer og aktiviteter. 4) Gruppebaserede aktiviteter sammen med andre familier, der deltager i HippHopp. 5) Et website, der fungerer som inspiration for forældrene og giver tips til aktiviteter.

Tanken med HippHopp er, at børnene skal udvikle færdigheder gennem leg. Der skal være sjove og afvekslende opgaver for børnene. Hver ugedag har et tema, fx sprogudvikling, sociale kompetencer, natur og naturfænomener samt kulturelle udtryksformer. Programmet bygger på filosofien om, at der er mange veje til læring. Der er ingen rigtige svar på de opgaver, der stilles.

Forældrenes rolle er at opmuntre og inspirere barnet snarere end at vurdere og bedømme barnets indsats. Alle aktiviteter bygger på interaktionen mellem forældre og børn. Forældrene, som afsætter 20 minutter hver dag sammen med deres børn, skal også bevare denne rutine i skoletiden. Hver uge får forældrene besøg i hjemmet af en HippHopp-guide for at gennemgå ugens aktiviteter og

det materiale, der skal bruges til ugens øvelser.

HippHopp-koordinatorer og HippHopp-guider gennemgår et kursus på fem dage, inden de kan begynde at arbejde. Det er fuldt ud muligt at involvere volontører eller fx studerende som HippHopp-guider.

Det oprindelige program, Hippy, er udviklet i Israel og implementeret i USA, Australien, New Zealand, Tyskland, Østrig, Canada, Sydafrika, El Salvador og Israel. Der findes amerikanske evalueringer med kontrolgrupper, der viser effekt for programmet. Konsulentvirksomheden Rambøll har på opdrag fra Socialstyrelsen i Danmark gennemført en evaluering af HippHopp. Evalueringen viser, at børn udvikles positivt i forhold til de kompetencer, som programmet arbejder med. Børnenes sprog samt motoriske og kulturelle kompetencer er blevet udviklet. Børnene er blevet bedre til at koncentrere sig om opgaver, og de børn, som har forældre med et andet modersmål end dansk, har særligt udviklet deres sprog. De deltagende forældre oplyser, at de er meget tilfredse med programmet, særligt med hjemmebesøg, aktiviteter og materiale.

HippHopp er blevet testet i fire danske kommuner og evalueret straks efter afslutningen med opfølgning 4-6 måneder efter afslutningen. Grundlaget for evalueringen er begrænset, og der er brug for mere forskning. Det er dog et interessant program, som forældre og børn sætter pris på, og som måske kan være et tilbud til sårbare familier eller familier, som er immigreret fra andre lande. Skolens betydning som beskyttende faktor er omfattende, og hvis indsatsen kan bidrage til, at flere børn trives og udvikler sig i skolen, kan det være en indsats, som kan være mulig at gennemføre på et bredere plan til en begrænset pris.



Læs mere om
HippHopp og evalueringen
på www.socialstyrelsen.dk

EN VELLYKKET IMPLEMENTERING AF NYE METODER

I de nordiske lande satser man mange ressourcer på at udvikle området for tidlige indsatser. Nye metoder implementeres ofte inden for forholdsvis korte projekttider. Når projekttiden er forbi, er det ganske almindeligt, at man holder op med at bruge den nye arbejdsmetode. Der kommer nye chefer, projektledere holder op, eller der mangler penge. Med andre ord et stort ressourcespild. Implementeringsforskningen har i de seneste år udviklet ny viden om, hvordan man lykkes at implementere nye metoder på en effektiv måde. En af de fremstående forskere på området er Dan Fixsen, som bl.a. har udarbejdet en vidensoversigt på området.

Med viden om implementering gennemføres i gennemsnit 80 % af det planlagte forandringsarbejde efter tre år. Uden denne viden gennemføres 14 % af forandringsarbejdet efter i gennemsnit 17 år! (Fixsen, Blase et al 2001).

Implementering gælder de procedurer, der bruges til at indføre nye metoder i en ordinær virksomhed, og som sikrer, at metoderne bruges efter hensigten og på langt sigt.

Der er brug for en langsigtet strategi, hvis forandringsarbejdet skal lykkes. Det tager ofte flere år for en ny metode at blive integreret og blive en del af det ordinære arbejde. Forskere taler normalt om 2-4 år. Et forandringsarbejde gennemgår fire faser:

1. Behovsopgørelse

Forandringsarbejde bør starte med en opgørelse af behovet for nye metoder. Hvilke områder behøver forbedring, og hvilke metoder findes der med støtte i forskningen? Det er vigtigt, at man ikke afslutter en metode, der virker, bare fordi implementeringen ikke lykkedes. Man ønsker ofte ikke at forandre det eksisterende, fordi det synes at virke godt. Beslutningstagningen kræver ofte flere fakta. Dem kan man fx få ved en lokal opfølgning, der viser, om det rent faktisk går bedre for børnene/familierne, når indsatsen er afsluttet.

2. Installation af metoden

Inden installationen påbegyndes, skal forandringsarbejdet forankres på alle niveauer. En vellykket implementering er betinget af politikeres og chefers støtte. Personalet skal have god tid til at forberede sig på forandringsarbejdet. Når beslutningen om at indføre en ny metode er truffet, er det næste trin at sikre de nødvendige ressourcer, dvs. lokaler, tid og aktiviteter, nye materiale, rekruttering og uddannelse af personalet. Det er vigtigt at identificere potentielle hindringer og succesfaktorer før starten.

3. Anvendelse af metoden

Når den nye metode tages i brug, sker det undertiden, at den professionelle føler sig utilpas og usikker. Derfor mislykkes forandringsarbejdet ofte i denne fase. Risikoen er da, at den professionelle i stedet ændrer metoden efter sit eget hoved. For at forhindre dette kan vejledning ved en god ting. Hver

metode indeholder kernekomponenter, der udgør metodens essens. En vigtig del af implementeringen er at bruge kernekomponenterne på den måde, der var tiltænkt. Hvis man ikke arbejder med metoden, som den var tiltænkt, understøtter forskningen ikke længere metoden.

4. Opretholdelse af metoden

Når mere end halvdelen af de professionelle bruger metoden korrekt, kan man tale om, at den er implementeret. Efter yderligere 1-2 år er det nye blevet en rutine.

Det kan opfattes som et omfattende arbejde at sikre en vellykket implementering. Man bør huske, at mislykket implementering kan give dårligere støtte til børn og familier. Desuden er det ineffektivt at bruge skattemidler, når implementeringen er mislykkedes på grund af manglende viden om forandringsarbejde.

ØGET EFFEKTIVITET MED NATIONAL IMPLEMENTERING

I de nordiske lande har kommuner en stor grad af selvbestemmelse over, hvilken støtte der gives til børn og familier. Derfor bør udbuddet af tidlige indsatser broget med stor variation kommunerne imellem. Statslige tiltag sker i dag ofte i form af projektmidler, der uddeles i projektperioder. Evalueringer har vist, at mange af de projekter, der startes, afsluttes efter projekttidens udløb.

Norge har valgt en model med statslig styring via bl.a. implementeringsstøtte til udviklingen inden for forbyggende arbejde. Atferdssenteret driver forskning, implementering, uddannelse og videreudvikling af metoder i arbejdet med at forhindre alvorlige adfærdsproblemer blandt børn og unge. Der er opbygget en implementeringsorganisation i landet, regionale kompetencecentre, der uddanner og vejleder i de metoder, som samfundet satser på. Kommunerne vælger selv, om de vil deltage, og de kommuner, som deltager, får gratis uddannelse og vejledning.

Det kan være vanskeligt for en enkelt kommune at implementere evidensbaserede metoder. Til visse effektive interventioner findes manualerne kun på engelsk. Der skal undertiden betales licens for metoderne, som kommunerne ofte også skal betale for at bruge. Kommuner løser undertiden problemet gennem et samarbejde med flere andre kommuner. Mange af de nordiske kommuner er små, og implementering af nye arbejdsmetoder kan være forbundet med vanskeligheder. Der kan uddannes få personer, og hvis deres ansættelse

ophører, kan det være svært at opretholde metoderne.

Hvor mange metoder har et land brug for? Undertiden beskriver vi det som at "lade tusinde blomster blomstre". Et varieret udbud af indsatser er godt, men der findes i dag hundredvis af forskellige interventioner i de nordiske lande. De fleste er ikke evaluerede. Der vil heller ikke fremover være ressourcer nok til at evaluere alle. Et øget nordisk samarbejde om tidlige indsatser for børn og unge skulle kunne give anledning til samnordisk forskning. De nordiske lande er små og har meget at vinde ved at samarbejde. Implementering af et begrænset antal interventioner i de nordiske lande samtidigt og evaluering af dem i fællesskab skulle kunne bidrage til en kvalitetsforbedring og til en bedre udnyttelse af ressourcerne. Parallelt er det vigtigt at udvikle og bevare velfærdstjenesterne på en måde, der muliggør en regionalt jævnbyrdig støtte i Norden.

TIDLIGE INDSATSER BETALER SIG

Socialdepartementet i Danmark har i 2012 udsendt rapporten "Analyse af de økonomiske

konsekvenser på området for udsatte børn og unge". Rapporten fokuserer på, om det er økonomisk rentabelt for samfundet at satse på evidensbaserede indsatser. Det er veldokumenteret, at en udsat barndoms- og ungdomstid også har konsekvenser i voksenlivet. Et barn (i Danmark), som har været anbragt i familiepleje eller på en institution, vil koste samfundet i snit 6,7 millioner kroner (900.000 euro) mere end børn, som ikke har været anbragt. Børn, som har været anbragt, har i sammenligning med normalbefolkningen oftere misbrug, psykiske problemer og kriminalitet. Flere lever på forsørgelse, og mange har ingen uddannelse efter folkeskolen (39 procent af tidligere anbragte havde en uddannelse efter folkeskolen sammenlignet med 76 procent af normalbefolkningen). Det er navnlig unge, som har været dømt for noget kriminelt, som klarer sig dårligt. Analysen viser, at der er store økonomiske gevinster ved at ændre indsatser til mere effektive indsatser og indsatser, der styrker forældrekompetencerne.

Fire interventioner med stærk støtte i forskningen er udvalgt i analysen.

- **De utrolige år** – familieprogram, der har til formål at styrke forældrekompetencerne
- **Familie- og netværksanbringelser af børn** som alternativ til anbringelser i familiepleje
- **MST (Multisystemisk terapi)** – program, der støtter forældre til unge med omfattende sociale problemer
- **MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care)** – program for unge med alvorlige adfærdsproblemer. Kortvarig anbringelse i specialuddannede familier og intensiv støtte til forældre.

Den analyse, der nævnes i rapporten, viser, at disse indsatser skulle kunne gives til omtrent 1/3 af de børn, som i dag er genstand for forskellige typer indsatser. Hvis samfundet lægger sine indsatser om til disse evidensbaserede programmer, ville de give en samfundsgevinst, selvom visse af indsatserne er dyre på kort sigt.

Et problem i denne sammenhæng er, at den myndighed, som investerer pengene – kommunen – ikke altid ser gevinsten af de penge, der skydes i indsatserne. Programmet De utrolige år tager ca. fire år at tjene hjem økonomisk, ifølge beregninger i rapporten. En tidlig indsats med De utrolige år kan spare 52.000 kroner (7.000 euro) pr. barn på over fire års sigt. Tallene bygger på, at kun 15 procent får en positiv livsændring. Dette er eksklusive omkostninger til ekstra ressourcer i skolen, fx specialundervisning.

En besparelse, der betaler sig med det samme, er anbringelse af børn i slægtspleje i stedet for traditionel familiepleje. Netværksanbringelser har vist sig at være en anbringelsesform med gode resultater. En række internationale studier viser, at det går bedre for børn i slægtspleje. Et dansk studie viser, at der ikke er nogen forskel, når det gælder resultater, mellem anbringelsesformerne. Det er ikke alle børn, som har brug for anbringelse, der kan anbringes i slægtspleje, men potentialet er betydeligt større end de 5 procent af de anbragte børn, som er i slægtspleje i Danmark. Der kan være brug for en kursændring i mange kommuner.

Øget brug af intensiv og systematisk familiebehandling (MST) for unge med alvorlige adfærdsproblemer vil være en udgift det første år. På 2-3 års sigt er det en gevinst for kommunen.

Øget brug af systematisk familiebehandling til de vanskeligste unge (MTFC) er en dyr behandling, som næsten koster en million pr. ung. Det er en stor udgift for en lille kommune, der kan være vanskelig at prioritere. Det tager ca. 2 år for en kommune at indtjene den udgift, men på sigt kan fortjenesten blive ca. 341.000 kroner (45.000 euro) på hver anbringelse. Samfundsudgifterne kan naturligvis reduceres yderligere, når man indregner udgifter til sygepleje, misbrugspleje, manglende skatteindtægter m.m.

Den allermest udsatte gruppe er anbragte børn, der også er dømt for kriminalitet. *Teoretisk set kan man sige, at en indsats på 100.000 kroner (13.000 euro), der giver resultat for hver 10. unge, betaler sig set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv.* Kort sagt kan det altså betale sig, ofte allerede på kort sigt og i hvert fald på langt sigt at satse på evidensbaserede programmer, der styrker forældrekompetencerne. Det allervigtigste argument er naturligvis disses unges mulighed for at leve et liv med højere livskvalitet. En del af familierne bærer på en social arv i form af flere generationer med sociale problemer. Det kan give positive effekter at bryde en families negative livsbane, også for fremtidige generationer.



Læs mere: Hele rapporten
kan hentes på
[www.nordicwelfare.org/
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)

IMPLEMENTERING AF PMTO I ISLAND MED SMÅ RESSOURCER

Forældre støtteprogrammet PMTO har været implementeret i Island siden efteråret 2000. Baggrunden er, at stadig flere børn har haft behov for støtte i form af specialtjenester pga. normbrydende adfærd. Nu er programmets implementering blevet undersøgt.

Formålet med studiet var at undersøge, om PMTO kunne implementeres i et samfund med små ressourcer og uden national støtte. Til sammenligning brugte man erfaringer fra den norske nationale PMTO-implementering. I Norge havde programmet siden starten i 1999 fået opbakning på ministerplan og havde modtaget betydelig økonomisk og professionel støtte. En lignende opbakning manglede i Island.

Studiet i Island blev gennemført fra 2000 til 2010. I lighed med den norske undersøgelse fulgte man tre "generationer" af professionelle, der blev uddannet i PMTO. Man var primært interesseret i at vide, om graden af overholdelse af programmet ville afvige fra det norske studie, eller om resultatet skulle vise sig at være sammenligneligt trods forskelle i ressourcer og national opbakning. En høj grad af overholdelse er ønskelig og indebærer, at brugerne følger tilgængelige manualer og instruktioner for implementeringen.

Overholdelse af programmet målt ved hjælp af FIMP-instrumentet, der måler viden, struktur, undervisning, procesfærdigheder og generel udvikling. 16 personer fik uddannelsen. Af disse blev 12 færdiguddannet i 2000'erne.

Resultaterne af studiet i Island følger resultaterne fra den norske undersøgelse. Det betyder, at den første (G1) og den tredje generation (G3), som blev uddannet, udviste en høj grad af overholdelse af programmet. Der var en lille nedgang i overholdelse fra den første til den anden generation (G2). Derefter forbedredes overholdelsen.

Perioden mellem den første og den anden generation falder sammen med det tidspunkt, hvor materialet blev tilpasset til kulturelle forhold, og hvor der bl.a. blev gennemført mange oversættelser.

Resultaterne peger på, at det også er muligt at gennemføre PMTO i samfund med små ressourcer, men en forudsætning er, at der lægges tilstrækkelig vægt på tidligere erfaringer med kritiske faser i implementeringsprocessen.

Interview

EKSEMPEL: PMTO MED SOMALISKE OG PAKISTANSKE FORÆLDRE – INTERVIEW

Trods store anstrengelser var der meget få somaliske og pakistanske forældre i Oslo, som deltog i kommunens forældrestøtteprogram. Man oplevede en stor frustration i hele faggruppen. Situationen ændrede sig, da socialtjenesten ændrede måden at rekruttere på og tilbød en specialtilpasset version af PMTO.

– Vi lykkedes, fordi vi havde direkte kontakt med mødrene, siger Monica Flock, psykolog og projektleder for Minoritetsprojektet, der i 2009 blev gennemført i to bydele i Oslo. Familierne var indledningsvis meget skeptiske og var meget bange for socialtjenesten.

Alle 720 somaliske og pakistanske familier modtog et brev og blev derefter ringet op og indbudt til et møde på skolen.

Lokalet var velkendt af deltagerne – en åben børnehave, som mange havde besøgt tidligere. Der blev ansat babysittere, som skulle passe børnene, mens mødrene deltog i kurset. For at lokke deltagerne til at passe tiden arrangerede man i begyndelsen af hvert arrangement et lotteri, der blev et meget populært indslag. Hvert og et af de 18 møder på 2,5 time blev afbrudt af en spisepause på en halv time sammen med børnene.

Hverken i forbindelse med indbydelsen eller senere under programmets gennemførelse blev ord som "problem" og "adfærdsforstyrrelse" nævnt. Monica Flock nævnte heller ikke, at hun er psykolog, før helt til slut i kurset.

– Psykologer forbindes med elektrochok og meget alvorlige problemer, siger hun. Vi brugte positive ord til at beskrive uddannelsen, fokuserede på, at kurset styrkede forældrekompetencen og medførte udvikling. Vi viste på en konkret måde, med rollespil, konsekvensen af et godt samspil.

Flere linkarbejdere gennemgik en kort version af kurset for at lære grundlaget i PMTO. De havde samme etniske baggrund som de deltagende mødre, var kendt af alle og var velansete. De fungerede som et led mellem kursuslederne og mødrene, en slags kulturformidlere. Som eksempel kan nævnes, at de hjalp med at beskrive ord som "aggression", der ikke findes på somalisk, eller med at beskrive forskellen mellem "belønning" og "bestikkelse", som på somalisk er samme ord.

– De hjalp os også med at være mere sensitive i forbindelse med forskellige temaer, siger Monica Flock. Vi forstod fx, at somaliske kvinder absolut ikke taler om deres mænd, når der er andre kvinder til stede.

Alt kursusmateriale oversættes til deltagernes sprog, men i øvrigt var tilpasningen til målgruppen overraskende lille.

– PMTO står på en tydeligt teoretisk grundlag, men er samtidig en meget fleksibel metode, siger Monica Flock. Vi bevarede alle komponenter, konsulterede ophavsmændene, når det var nødvendigt, og dokumenterede nøje, hvordan vi tilpassede manualen.

Alle komponenter i PMTO var bevaret: samarbejde, opmuntring, grænsesætning, problemløsning, følelseskontrol og tilsyn.

KONKLUSION

Tidlige indsatser til sårbare familier kan gives på forskellige måder. Den nordiske velfærdsmodel har indtil nu haft et bredt universelt udbud til alle familier, sundhedsplejersker, mødrepleje og familiehuse i mange kommuner. Dagens samfund stiller store krav til forældrene. Et tilbud om en børnehave af en god kvalitet til alle børn er måske den allermost forebyggende intervention i de nordiske lande. Skilsmissetallene er høje, og der findes barn, som har det dårligt i hjemmet.

For forældre, der har brug for ekstra støtte, er forældre støtteprogrammer en effektiv indsats. Der er i dag forældre støtte i mange kommuner, men man mister ofte de familier, der er i risiko for marginalisering. Vi viser med eksempler, at det er muligt at nå dem. En national strategi for implementering har vist sig at være en succesfaktor, når det gælder om at indføre arbejdsmetoder. Projektmidler, der uddeles for 1-2 år ad gangen, synes at være en svær måde at nå vedvarende forbedringer på. Mange projekter ophører, når pengene er slut. Implementering kræver en langsigtet strategi for at lykkes.

Det norske tiltag TIBIR viser, hvordan forskning, udvikling og implementering kan knyttes sammen. Det er vanskeligt at forvente, at alle de små kommuner, vi har i Norden, selv skal opfinde hjulet og kunne implementere/uddanne/evaluere nye arbejdsmetoder. Tidlige indsatser betaler sig, uanset hvordan man regner på udgifter. I Danmark har man skaffet en fælles finansiering til Familiens hus, som henvender sig til unge sårbare mødre, i samarbejde med Arbejdsformidlingen. Et godt eksempel på samarbejde over grænserne.



Læs mere
i inspirationshæftet
Nordens Børn – udvikling af
nordiske familiehuse

Risiko- og beskyttelsesfaktorer blandt børnehavebørn mod fremtidige psykosociale problemer – hvad ved vi fra forskningen, og hvordan kan det bruges i praksis



Hvad der udspiller sig i et lille barns liv kan påvirke dets fremtidige udvikling, sundhed og trivsel resten af livet. Vi ved nu fra forskningen, at mange af problemerne i ungdoms- og voksenårene kan forbindes med risiko- og beskyttelsesfaktorer, der allerede viser sig i børnehvealderen. Der findes i dag viden om, hvilke egenskaber, adfærd, relationer og omstændigheder, der øger og reducerer risiciene for langvarige psykosociale problemer. Den praktiske brug af viden inden for sundhedsplejen, børnehaven, socialtjenesten og psykiatrien har indtil nu været meget begrænset.

Bygger på
forskningsoversigt, der er
gennemført af Anna-Karin
Andershed, Henrik
Andershed & David P.
Farrington bestilt af
Nordens Velfærdscenter.
Forskningsoversigten kan
hentes i sin helhed på
[www.nordicwelfare.org/
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser).

Denne oversigt har to formål:

- 1) Identifikation af risiko- og beskyttelsesfaktorer for børn i børnehvealderen (op til 6-års-alderen), der er vigtige for udviklingen af psykosociale problemer. Problemer i form af udadreagerende (eksternaliserede) og indadvendte (internaliserede) problemer indgår i oversigten.
- 2) Drøftelse af risiko- og beskyttelsesfaktorer kan bruges af professionelle, som arbejder med børn og deres familier.

FOKUS PÅ UDADREAGERENDE OG INDADVENDTE PROBLEMER

To af de mest almindeligt forekommende problemer hos unge er eksternaliserede og internaliserede problemer. Eksternaliserede problemer er fx forstyrrende, trodsig, aggressiv, normbrydende, kriminel adfærd samt brug/misbrug af alkohol og andre stoffer. Internaliserede problemer defineres som angstrelaterede og depressive symptomer eller adfærd. Begge problemtyper er relaterede til de fleste negative konsekvenser i voksenalderen.

Det er derfor vigtigt, at man i forskningen identificerer risiko- og beskyttelsesfaktorer for disse problemer og derefter bruger denne viden i praksis til børn og deres familier. Tidligt at opspore børn, som risikerer problemer senere i livet, er en vigtig udfordring for professionelle, der arbejder med børn. *"Vent og se" er ingen god strategi. Med øget viden kan personer, som arbejder i en børnehave, et familiehus eller i sundhedsplejen give børn en meget bedre chance for et godt liv.*

Det er også vigtigt at betone, at forskning viser, at det blandt voksne med eksternaliserede problemer, fx kriminalitet, også er meget almindeligt med andre problemer, fx misbrug og psykiske sygdomme. Et svensk studie af ca. 500 unge voksne kvinder viste, at det er statistisk mere almindeligt, end man kan forvente sig (blandt dem som har problemer) at have flere forskellige problemer på samme tid. Mange kvinder med misbrugsproblemer havde fx også en kriminel adfærd og psykiske sygdomme (Wångby m.fl., 1999). Samme studie viste, at det faktisk er ekstremt usædvanligt kun at begå kriminelle gerninger og ikke samtidig lide af misbrug og psykiske sygdomme i voksenalderen. *Konklusionen af dette er, at faktorer, der er risikofaktorer for eksternaliserende problemer ofte også kan være risikofaktorer for anden psykosocial problematik.*

HVAD ER RISIKOFAKTORER OG BESKYTTELSESFAKTORER?

Mange af de evidensbaserede forbyggende programmer er baseret på forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Risikofaktorer øger sandsynligheden for, at et problem skal forekomme. Beskyttelsesfaktorer indebærer, at sandsynligheden for problemadfærd reduceres, når der forekommer risikofaktorer. Risiko- og beskyttelsesfaktorer påvirker sandsynligheden for problemadfærd. De garanterer ikke en reduceret eller tiltagende problemadfærd. Enkelte risikofaktorer indebærer ikke nødvendigvis altid nogen markant øget risiko. Det gør derimod ofte flere samtidige risikofaktorer. Mange forebyggende programmer forsøger derfor at påvirke flere risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer kan kobles til individet, familien, kammerater, børnehave, boligområde osv. Mange risikofaktorer hænger desuden sammen med andre risikofaktorer. Et eksempel er, at familier med et lav uddannelsesniveau oftere bor i socialt udsatte boligområder, hvor vold og misbrug er mere almindeligt forekommende.

Det modsatte er, når forældre svigter deres tilsyn og interesse for barnet. Desuden indebærer alvorlige konflikter mellem forældre eller mellem forældre og barn en risikofaktor. Andre alvorlige risikofaktorer er vold og overgreb, men også omstændigheder såsom økonomiske problemer. Der er risikofaktorer, der kan knyttes til barnet allerede før skolestarten. Trods og aggressivitet har særligt vist sig at være alvorlige risikofaktorer på langt sigt. Disse former for adfærd kan få andre negative konsekvenser, såsom problemer i kammeratrelationer eller i forhold til lærere og skole, der forstærker en negativ udvikling. Det er almindeligt, at børn i risikogruppen har indlæringsproblemer.

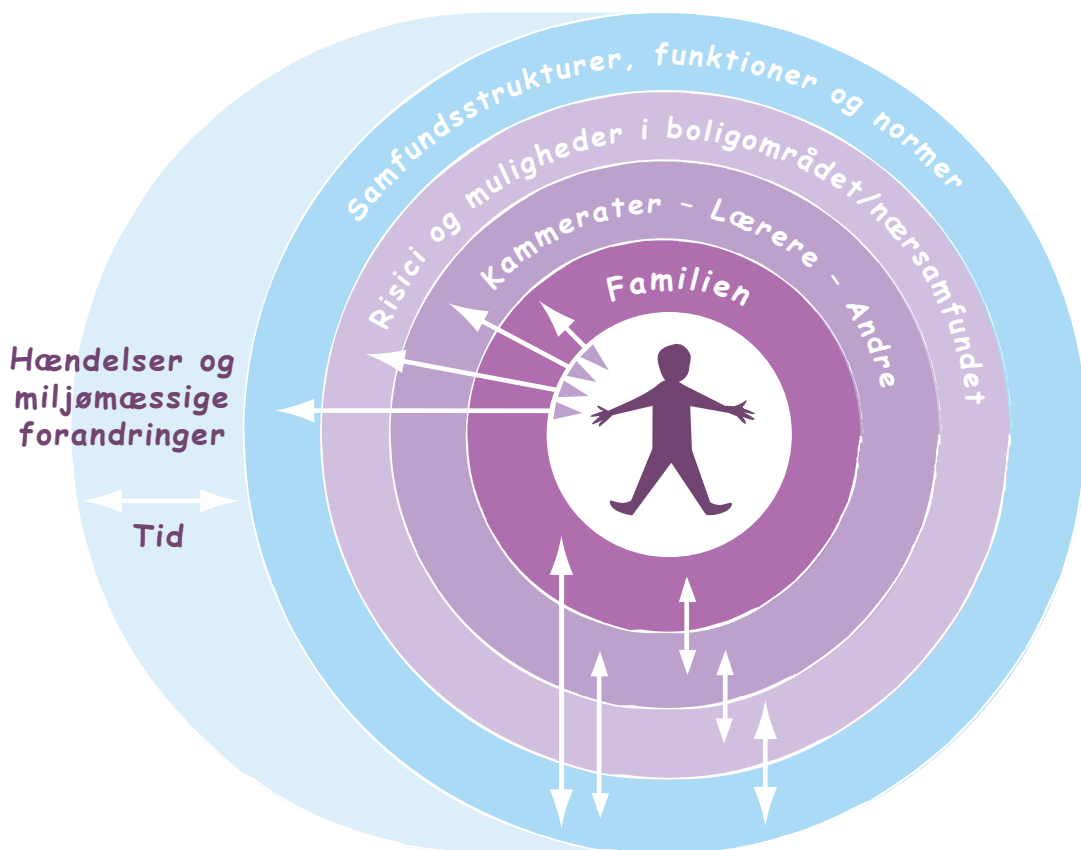
Der er forsket mindre i beskyttelsesfaktorer end i risikofaktorer. En beskyttelsesfaktor er fx et personlighedstræk eller en adfærd, relation, egenskab, hændelse eller omstændighed, der reducerer sandsynligheden for fremtidige psykosociale problemer. Det betyder, at beskyttelsesfaktorer kan gøre et barn mere modstandsdygtigt over for risikofaktorer og kan gøre det nemmere for barnet at udvikle sig positivt trods en foreliggende risiko. En beskyttelsesfaktor kan være, at et barn får positiv opmærksomhed i forbindelse med pro-sociale ting. Det er vigtigere at give et barn opmærksomhed for dets positive handlinger end for dets negative, eftersom det øger sandsynligheden for positive handlinger. Forebyggende forældre støtteprogrammer bygger ofte på disse principper.

En beskyttelsesfaktor kan være forældres evne til at sætte grænser for barnet og have tydelige forventninger til barnets adfærd. Det er også vigtigt at omgås og have det sjovt sammen med barnet.

Børn, der vokser op i negative opvækstmiljøer, vil opleve mange risikofaktorer. Det er derfor en vigtig opgave for forældre og professionelle, der arbejder med børn, at styrke og maksimere beskyttelsesfaktorer hos og omkring et barn og ikke udelukkende arbejde på at reducere risiciene.

RISIKO- OG BESKYTTELSFAKTORER FINDES PÅ MANGE PLAN

For at forstå udviklingen af adfærd er det nødvendigt at se på både individet og omgivelserne. Det holistisk-interaktionistiske perspektiv giver en sådan opfattelse. Det indebærer, at adfærd udvikles som resultat af et kontinuerligt samspil mellem individet og dets sociale omgivelser. I figur 1 viser pilene, hvordan faktorer på forskellige plan kan påvirke hinanden. Barnet kan f.eks. påvirke familien/forældrene,



Figur 1. En økologisk model over dobbeltrettede effekter mellem niveauer eller lag af risiko- og beskyttelsesfaktorer.

og forældrene kan på deres side påvirke barnet. Der er flere forskellige måder at kategorisere risiko- og beskyttelsesfaktorer på, og en af disse måder, der har tydelige praktiske konsekvenser, er inddelingen i faktorer, der kan ændres (dynamiske), og faktorer, der ikke kan ændres (statiske). Dynamiske faktorer som fx barnets adfærd eller forholdet mellem barnet og forældrene kan påvirkes gennem støtteindsatser. Statiske faktorer som fx kønstilhørsforhold eller etnicitet, eller tidligere hændelser kan ikke påvirkes. Det er med andre ord dynamiske risikofaktorer, der skal være fokus for en indsats.

HVAD ER RISIKO- OG BESKYTTELSESAKTØRERNE HOS BØRNEHAVEBØRN?

De risiko- og beskyttelsesfaktorer, der er identificeret i oversigterne, vises i tabel 1. Det er vigtigt at bemærke, at tabellen ikke indebærer nogen rangordning af risiko- og beskyttelsesfaktorer. Det var ikke muligt at gennemføre. Tabel 1 er med andre ord en fortegnelse uden nogen indbyrdes rækkefølge af risiko- og beskyttelsesfaktorer hos børnehavebørn, som i empirisk forskning har vist sig at hænge sammen med fremtidige problemer.

Hvad der fremgår af tabel 1, er, at forholdsvis mange faktorer er blevet identificeret som risiko- og beskyttelsesfaktorer allerede i børnehaveralderen. Faktorerne findes primært hos barnet og dets nærmeste sociale omgivelser, fx familien og kammerater. Det er også tydeligt, at der kan tages hensyn til mange faktorer i det praktiske arbejde med børn, eftersom de er potentielt foranderlige. *Det betyder med andre ord, at de fleste af disse risikofaktorer, der kan identificeres hos børnehavebørn, indeholder noget, der kan påvirkes eller modvirkes.*

Flere og måske mange risikofaktorer har en begrænset, prædiktiv værdi inden 3-års-alderen. Det er derfor svært at sige noget om, hvordan små børn yngre end 3 år vil udvikle sig senere i livet ud fra bedømmelser. Bedømmelserne bliver ofte mere og mere pålidelige med alderen. Adfærdsproblemer, der er bedømt inden 3-års-alderen, er fx mindre stabile, når bedømmelserne udføres mellem 3- og 6-års-alderen. Dette peger på, at man bør være forsigtig med at bruge den aktuelle viden om risikofaktorer i forbindelse med *risikobedømmelse* inden 3-års-alderen. Det er dog mindre problematisk at bruge denne viden som en måde at forandre situationen på her og nu.

Tabel 1.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer blandt børn i børnehavealderen for fremtidige eksternaliserede og internaliserede problemer.

	Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
Forældre faktorer	Forældres psykiske sygdomme	Positive forældre-barn-relationer
	Kriminalitet	Tryk tilknytning mellem forælder og barn
	Alkoholmisbrug	Forældres responsivitet
	Lav IQ	Forældres accept
	Lavt uddannelsesniveau	Få forældre-barn-separationer
	Afhængig af forsørgelse af samfundet	Forældres evne til at tilgodese barnets behov for sikkerhed og stimulans
	Lav socioøkonomisk status	
	Stor familie	
	Trang plads	
	Stress	
	Ægteskabelige problemer	
	Konflikter	
	Separationer	
	Vold i familien	
	Børn bevidner vold	
	Fysisk straf af børn	
	Mangelfuldt tilsyn	
	Unge mødre	
	Enlige forældre	
	Anbringelse i plejehjem	
	Utryk tilknytning	
	Mangelfuldt forældreskab	
	Ringe engagement	
Mødres negative kontrol		
Ringe hengivenhed		
Børne faktorer	Adfærdsproblem, aggressivitet og trodsighed	Høj IQ
	Temperament, der er svært at styre	
	Frygtløshed og spændings-søgende adfærd	
	Impulsivitet og hæmningsvanskeligheder	Temperament, der er let at styre
	Søvnproblemer	Effektiv følelsesstyring
	Underernæring	
	Depression	

Den fuldstændige sammenstilling findes på www.nordicwelfare.org/tidigindsatser



KAN AMERIKANSK FORSKNING ANVENDES TIL NORDISKE BØRN?

Det meste af den forskning, der indgår i oversigterne og er sammenfattet i tabel 1, er gennemført i USA. Der er dog få grunde til at tro, at risiko- og beskyttelsesfaktorer på individ- og familieplan, dvs. den type faktorer, som ifølge forskningen synes at være de vigtigste hos børnehavebørn, skulle være helt anderledes hos børn i forskellige vestlige lande. Miljøfaktorer såsom fattigdom, kriminalitet, adgang til våben i visse boligområder eller adgang til sundhedspleje og socialsikringsystemer kan være mere forskellige, hvilket betyder, at man skal være forsigtig med at basere sine bedømmelse på generaliseringer ud fra disse faktorer.

ADFÆRDSPROBLEMER, EN AF DE STÆRKESTE RISIKOFAKTORER

Der er videnskabelig støtte for en sammenhæng mellem psykosociale sygdomme og alle de enkelte risiko- og beskyttelsesfaktorer blandt børnehavebørn, der er identificeret i forskningen og præsenteres i tabel 1. Effekten af hver enkelt faktor er dog begrænset. Det betyder, at *de fleste af de børn, som kun oplever eller udtrykker en af disse risikofaktorer, vil have en god mulighed for at undgå at udvikle problemer i fremtiden. Den enkelt stærkeste risikofaktor for problemer i fremtiden er eksternaliserede problemer hos barnet.* Få studier har undersøgt langtidseffekter af risiko- og beskyttelsesfaktorer hos børnehavebørn. Et af disse få er The 1970 British Cohort Study, hvor man fulgte ca. 16.000 børnehavebørn med målinger af risikofaktorer ved 5-års-alderen op til 10-års-alderen og i voksenalderen (30-34-års-alderen). (Murray m.fl., 2010).

Blandt de faktorer, der er identificeret som risikofaktorer i 5-års-alderen, var adfærdsproblemer/eksternaliserede problemer den stærkeste risikofaktor for adfærdsproblemer i 10-års-alderen. Adfærdsproblemer i 5-års-alderen øgede risikoen for samme problemadfærd i 10-års-alderen med fire gange. De andre risikofaktorer i 5-års-alderen øgede risikoen med omkring 1,5-2 gange for adfærdsproblemer i 10-års-alderen. Det gælder både drenge og piger.

I forbindelse med risikoen for voksenkriminalitet var adfærdsproblemer ikke lige så markante. Alle risikofaktorer øgede risikoen for kriminalitet i voksenalderen omtrent lige så meget, 1,5-2 gange hver. *Det virker med andre ord, som om eksternaliserede problemer hos barnet er den enkelt mest betydningsfulde risikofaktor for problemadfærd i ungdomsalderen.* Det vil altså sige, at uden indsatser øges risikoen for problemer frem for alt i teenageårene, men også senere i livet.

MANGE RISIKOFAKTORER INDEBÆRER STØRRE RISICI

Forskningen viser, at både risiko- og beskyttelsesfaktorer ofte har kumulative effekter, dvs. jo flere risikofaktorer, desto højere risiko, og jo flere beskyttelsesfaktorer, desto bedre beskyttelse. The 1970 British Cohort Study viste fx, at jo flere risikofaktorer et barn har i 5-års-alderen, desto større var risikoen for at udvikle problemer i ungdomsårene. For børn, som ikke udtrykte eller ikke blev eksponeret for nogen af de risikofaktorer, der blev målt, udviste 2 % af pigerne og 5 % af drengene problemer i teenageårene. *For børn, som udtrykte eller blev eksponeret for fem eller flere risikofaktorer, øgedes risikoen for adfærdsproblemer i teenagealderen med 38 % for piger og 54 % for drenge!* Når det gjaldt forudsigelse af kriminalitet i voksenalderen, var tendensen den samme. 3 % af pigerne og 17 % af drengene, som ikke udtrykte eller ikke blev eksponeret for risikofaktorer, udviklede kriminalitet i voksenalderen. Med flere end 3 risikofaktorer øgede andelen af personer med kriminalitet i voksenalderen til 11 % for piger og 44 % for drenge.

LIGHEDER MELLEM DRENGE OG PIGER MHT. RISIKO- OG BESKYTTELSFAKTORER

Selvom drenge er klart overrepræsenterede, når det gælder adfærdsproblemer i børnehvealderen, lader de samme risikofaktorer til at være vigtige, uanset kønstilhørsforhold. Der er heller ingen tydelige eller stærke tegn på, at beskyttelsesfaktorer adskiller sig særligt mellem drenge og piger. Der er dog forskning, der tyder på, at drenge ofte eksponeres for et større antal risikofaktorer og højere niveauer af risiko for eksternaliserede problemer end piger, selvom risiciene stort set er de samme. Den praktiske konsekvens heraf er, at en bedømmelse af risiko- og beskyttelsesfaktorer ikke behøver at være forskellige for drenge og piger.

ARV- OG MILJØASPEKTER PÅ RISIKO- OG BESKYTTELSFAKTORER

De fleste studier viser, at genetiske samt miljømæssige faktorer er vigtige for udviklingen af eksternaliserede og internaliserede problemer. En måde at forstå dette på, er at individets genetiske opbygning påvirker den tidlige udvikling af nervesystemet, hvilket skaber individets tilbøjelighed, følsomhed eller sårbarhed for at udvikle disse risikofaktorer. Flere af de risikofaktorer, der i forskningen har vist sig at være risikofaktorer, fx hyperaktivitet, opmærksomhedsproblemer og rastløshed, er i det mindste delvist genetisk underbyggede. Det er dog vigtigt at bemærke, at disse problemer – delvist genetisk underbyggede

risikofaktorer – naturligvis stadig kan påvirkes i en positiv retning gennem forskellige former for indsatser. *At en adfærd har en delvis arvelig årsagsbaggrund behøver ikke betyde, at den ikke kan ændres!*

BRUG AF VIDEN OM RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER I PRAKSIS

Denne publikation præsenterer tilgængelig evidens vedrørende risiko- og beskyttelsesfaktorer i børnehvealden for forskellige typer problemer. Denne evidens baseres på grupper af børn. Dette indebærer, at mange børn, som udtrykker eller eksponeres for en vis risikofaktor, aldrig vil udvikle problemer. Det er her, den professionelle evne til at analysere risiko- og beskyttelsesfaktorer på en adækvat måde kommer ind i billedet som et centralt element i planlægningen og den vellykkede gennemførelse af indsatser. Den professionelle skal undersøge, hvor vigtig en risikofaktor er for netop dette bestemte barn, og hvordan de beskyttende faktorer, der er observeret, kan påvirke netop dette barn. Dette kræver uddannelse, noget som vi vender tilbage til herunder.

RISIKOFOKUSERET FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEJDE

En meget konkret måde at integrere den bedste tilgængelig evidens i praktisk arbejde på er at bruge viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer i planlægningen og gennemførelsen af forebyggende eller behandlende indsatser. At gøre det kan kaldes *risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde* (Farrington & Welsh, 2007). Denne arbejdsmåde baseres på den tanke, at forandringer af risikofaktorer vil medføre, at problemerne reduceres. På samme måde vil forstærkninger af beskyttelsesfaktorer for et bestemt problem fungere som en buffer mod eller ændre effekterne af risikoen. Risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde bygger på to trin:

1. Beskriv og bedøm risiko- og beskyttelsesfaktorer

Identificér børn med risikofaktorer og/eller med svage beskyttelsesfaktorer. Beskriv/bedøm risiko- og beskyttelsesfaktorer hos det pågældende barn og familien for at få et så detaljeret billede som muligt af, hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer der behøver en indsats.

2. Planlæg og gennemfør indsatser rettet mod de aktuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Planlæg og gennemfør indsatser for at reducere/eliminere de



aktuelle risikofaktorer og styrke/maksimere beskyttelsesfaktorerne. At arbejde på denne måde indebærer en meget håndfast måde at koble forskning, praktik og policyskabelse sammen på, som flere regeringer i den vestlige verden har betragtet som både gennemførligt og praktisk (Farrington & Welsh, 2007).

IKKE EN EKSAKT VIDENSKAB

Forskningen giver os en forholdsvis omfattende liste over risiko- og beskyttelsesfaktorer. En vanskelighed og begrænsning i denne forskning er, at vi i dag ikke ved, hvilke af disse faktorer der forårsager eksternaliserede og internaliserede problemer. Det er også vigtigt at bemærke, at samme risikofaktorer kan føre til forskellige konsekvenser for forskellige børn.

Vi kan altså ikke være sikre på, om en bestemt risikofaktor faktisk *forårsager* eksternaliserede eller internaliserede problemer. Det *kan* naturligvis være sådan, men det er svært at påvise med sikkerhed. Vi kan være sikre på, at risikofaktoren øger risikoen for udfaldet, men ikke om det vil være tilfældet for det enkelte individ.

TRE PRINCIPPER I RISIKOFOKUSERET FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEJDE

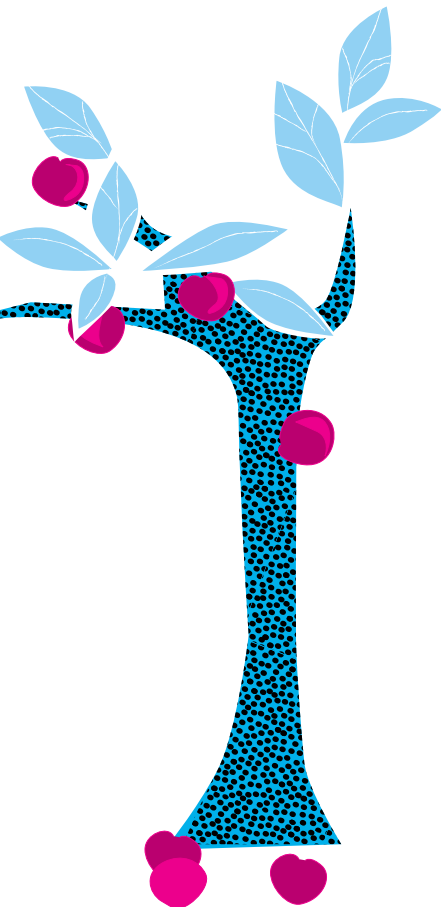
Når man anvender risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde i det praktiske arbejde, er der tre meget anvendelige principper: principperne om risiko, behov og responsivitet. Forskningen viser, at brugen af disse principper øger sandsynligheden for, at indsatser skal være effektive.

Risikoprincippet

Risikoprincippet indebærer, at en indsats vil være mere effektiv, *hvis de mest intensive indsatserne fokuserer på børn med en høj risiko for fremtidige problemer*. Som vi har beskrevet tidligere, løber fx børn med flere risikofaktorer større risiko for problemer end børn med færre eller enkelte risikofaktorer.

Behovsprincippet

Behovsprincippet indebærer, at indsatser er mere effektive, hvis de udformes og skræddersys, så de fokuserer på det pågældende barns mest relevante behov – de mest centrale risiko- og beskyttelsesfaktorerne hos barnet og dets familie. Indsatser bør rettes mod at *påvirke det, der forårsager og opretholder det eller de problemer, man vil reducere*.



Responsivitetsprincippet

Responsivitetsprincippet indebærer, at gennemførelsen af en indsats skal være skræddersyet – at man på den måde får barnet/familien til at reagere/svare på indsatsen. For at være effektiv skal den passe til barnets og familiens evner, indlæringsstil, præferencer, ønsker og motivation.

STRUKTUR VIGTIG VED BEDØMMELSER AF RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER

Når man arbejder med risikofokuseret, forebyggende og behandlende arbejde, skal man som professionel bedømme/beskrive risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet og i barnets omgivelser. Det kan gøres på mindst to forskellige måder: med eller uden hjælp fra strukturerede bedømmelsesinstrumenter. Strukturerede bedømmelsesinstrumenter har tydelige definitioner af de risiko- og beskyttelsesfaktorer, der skal bedømmes. Desuden har de veldefinerede svarskalaer for, hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorerne skal gradueres. Eksempler på strukturerede instrumenter, der berører mange af de risiko- og beskyttelsesfaktorer, der er præsenteret i denne publikation, er EARL-20 B (for drenge under 12-års-alderen), EARL-21G (for piger under 12-års-alderen) og Ester-bedømmelse. Der findes også korte spørgeskemaer (screeningsinstrumenter). Eksempler på disse er SDQ og Ester-screening. Disse kan bruges i startfasen, når man som professionel ønsker at finde ud af, om der er brug for indsatser og en mere kvalificeret bedømmelse eller udredning.

En grundlæggende del af en retssikker bedømmelse er at opnå høj inter-rater reliabilitet eller konsistens. Dette betyder, at to uafhængige bedømmere i vid udstrækning er enige i en bedømmelse af et barn og dets familie, hvilket er nemmere at opnå, når man bruger et struktureret bedømmelsesinstrument. Bedømmelsen dokumenteres desuden systematisk, og det er muligt at gentage samme type bedømmelse ved opfølgninger. Det gør, at det fx er nemmere at svare på spørgsmål såsom: Er risikofaktorerne reduceret, og er beskyttelsesfaktorerne styrket efter indsatserne?

Et nyligt gennemført svensk forskningsstudie viste, at socialarbejdere, som blev uddannet i og brugte et struktureret instrument (her Ester-bedømmelse), identificerede signifikant flere risiko- og beskyttelsesfaktorer ved en bedømmelse af en skriftlig sag om en dreng med problemadfærd, end socialarbejdere, som arbejdede med traditionelle udredningsmetoder. Det var særligt tydeligt i forbindelse med beskyttelsesfaktorer,

som oversås i markant større udstrækning, når socialarbejdere udførte traditionelle udredninger. *Med forskning som støtte kan man altså hævde, at professionelle bør bruge strukturerede instrumenter som værktøjer til at bedømme risiko- og beskyttelsesfaktorer hos børn og deres forældre.*

BETYDNINGEN AF UDDANNELSE

Professionelle skal have en adækvat uddannelse og træning for at kunne bruge viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer i praksis. En sådan uddannelse skal indeholde grundlæggende viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer, den forskning, der findes om disse faktorer, og dens styrker og begrænsninger. Det er også nødvendigt at *inkludere træning* i, hvordan man kan formidle denne information til familien og, ikke mindst, hvordan informationen om risiko og beskyttelse kan bruges til at lave planer om effektive indsatser.

Professionelle, som arbejder med risikofokuseret forebyggende eller behandlende arbejde vil sandsynligvis identificere og tilbyde indsatser til et større antal børn, end de egentlig behøver. Det forholder sig også sådan, at man vil misse nogle af de børn og familier, der har brug for professionel støtte og hjælp. Disse begrænsninger i risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde skal være kendte af den professionelle, der arbejder med det. Et meget vigtigt aspekt af anvendelse af viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer på individuelle børn og familier vedrører den professionelle kommunikation med værgerne. Professionelle skal kunne kommunikere risikoen – hvorfor visse faktorer bedømmes, hvad høj risiko indebærer osv. på en meget nuanceret måde. Formålet er at undgå negative effekter såsom stempning af barnet eller negative relationer mellem familien og den professionelle.

HVILKE PROFESSIONER KAN TAGE SIG AF RISIKOFOKUSERET FOREBYGGENDE OG BEHANDLENDE ARBEJDE?

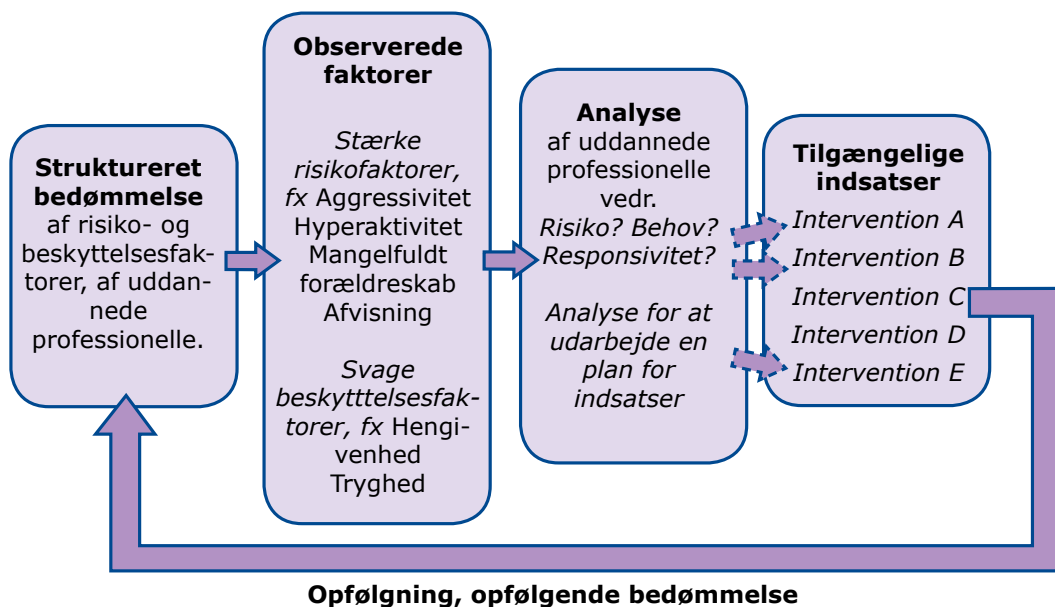
Alle professionelle, der arbejder med børn i børnehavealderen, og alle virksomheder, der henvender sig til børn og børnefamilier, der får adækvat uddannelse og vejledning, kan i praksis bruge måden at tænke på risikofokuseret forebyggende og behandlende arbejde. Det er en meget konkret måde at arbejde evidensbaseret på. Det er højst sandsynligt, at de faktiske bedømmelser og indsatserne vil blive gennemført på forskellige måder afhængigt af, i hvilken virksomhed man befinder sig i: primær pleje, psykiatri, børnehave eller social service. En socialarbejder kan bruge et

bedømmelsesinstrument i en udredningssituationer, mens en børnehavelærer i et familiehus kan bruge viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer i dialog med forældrene og for nemmere at kunne agere, når de møder et barn i risiko.

Det forholder sig sandsynligvis også sådan, at *et effektivt risikofokuseret arbejde kræver samarbejde* mellem forskellige virksomheder, eftersom man kan supplere hinandens indsats. Børnenes og forældrenes problem er sjældent organiserede, som virksomhederne er organiserede. Det kan indebære, at et børnehavebarn kan have brug for indsats, der tilbydes af forskellige virksomheder. Både børnehaven, barnepsykiatrien og den sociale service kan skulle involveres, når der udformes indsats. At samarbejdende virksomheder enes om at arbejde risikofokuseret kan bidrage til et mere effektivt samarbejde med fælles definitioner og mål. Dermed kan det blive muligt at hjælpe de børn og familier, der behøver støtte, mere effektivt.

BEDØMMELSE, INDSATS OG OPFØLGNING

I figur præsenteres en mulig proces med bedømmelse, indsats og opfølgning, der handler om, hvordan man i det praktiske arbejde kan bruge viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Først gennemføres en struktureret bedømmelse ved hjælp af en struktureret tjekliste eller et instrument af en eller flere uddannede professionelle. Dette genererer en unik liste eller profil af



Figur 2. En proces med bedømmelse, indsatser og opfølgninger af risiko- og beskyttelsesfaktorer.

risiko- og beskyttelsesfaktorer hos det pågældende barn og dets familie. Risikofaktorer skal forandres, reduceres eller helt fjernes, og svage beskyttelsesfaktorer skal styrkes. Derefter analyseres risiko- og beskyttelsesfaktorerne ud fra principperne om risiko, behov og responsivitet.

Der er et begrænset udbud af tilgængelige indsatser inden for en kommune. Det er vigtigt, at den professionelle kender de tilgængelige indsatser, og hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer de er rettet imod, dvs. hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer er interventionerne A, B og C rettet imod. Den professionelle, der har denne viden, vil have gode forudsætninger for at kunne levere effektive indsatser. Når planen så er søsat, gennemføres indsatserne. Efter en vis tid kan opfølgninger og nye analyser indebære, at indsatserne afsluttes, at de skal fortsættes, eller at der skal tilbydes andre indsatser. Denne type cirkulær proces bør gennemføres struktureres, indtil endemålene for indsatserne er opnået.

KONKLUSION VEDR. RISIKO- OG BESKYTTELSSEFAKTORER

Der er i dag forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer for fremtidige problemer hos børnehavebørn. Viden er dog i dag langt fra komplet eller perfekt. Der er mange ting, vi skal vide mere om. Den forskning, der findes, er dog i dag den bedst tilgængelige evidens og bør bruges af veluddannede professionelle, så de kan arbejde evidensbaseret for at hjælpe flere børn til et bedre liv. Der er al mulig grund til tidligt at være opmærksom på børn og familier, der har brug for støtteindsatser. Med øget viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer er det sandsynligt, at professionelle, der arbejder med børn, føler sig mere sikre, når der virkelig er brug for indsatser i en familie. De mest udsatte børn kan få en chance for et bedre liv med professionelle, der har evidensbaseret viden. I de nordiske lande har vi unikke muligheder for at opfange børn, der har brug for støtte i børnehaven, i sundhedsplejen eller i familiehuse!

FREMME AF DIALOGEN MED FORÆLDRE – ERFARINGER FRA FINLAND

Viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer er betydningsfulde, hvis den professionelle skal kunne fungere effektivt i sin faglige rolle. Ud over denne viden skal den professionelle også reflektere over, hvordan han/hun bruger denne viden i kontakten med familier. Den måde, som de professionelle bruger deres viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer på, er afgørende for, hvor motiverede de bliver til at tage imod støtteindsatser, fx forældre støtteprogrammer.

Læs mere om
forældredialogen på
[www.nordicwelfare.org/
tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/tidigainsatser)

UDFORDRINGEN

Professionelle kritiseres undertiden for ikke at lytte til forældrene. Der kan findes en kultur, der kendetegnes af et hierarki, hvor eksperterne altid ved bedst, og undertiden opstår der konkurrence mellem forskellige professioners viden. De professionelle kan også indbyrdes diskutere uro for et bestemt barn i længere tid, før den berørte familie inddrages aktivt i diskussionen. Ud over risikoen for at de professionelle bygger en virkelighed, som familien ikke oplever sig selv som en del af, kan det føre til, at familien og de professionelle ikke går i takt. De befinder sig i forskellige trin af processen og kan derfor have svært at finde et fælles sprog.

FORÆLDRE SPECIALISTER I DERES EGNE BØRN

Som modvægt hertil får den dialogiske adfærd opmærksomhed. Familiens rolle som medspiller styrkes, når adfærden er dialogisk. De professionelle ser ikke kun familien som et "mål for interventionen", men som en samarbejdspartner med særlig ekspertviden. Samtidig vurderer og underretter også de professionelle deres ekspertviden, fx hvad forskningen siger om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Familiens behov og den professionelle ekspertviden kombineres altså på en ny måde med den målsætning at arbejde og lære sammen.

Når forældre engageres som specialister i deres egne børn, kan der skabes en alliance til bedste for barnet, og man kan nå frem til støtteindsatser. På et konkret plan kan den professionelle styrke en dialogisk adfærd i kontakten til forældrene ved at være opmærksom på følgende faktorer:

- Se familier som ligeværdige samarbejdspartnere i arbejdet og eksperter i deres egen situation. Hvad fungerer for dem? Opfordring til egne problemstillinger.
- Vær opmærksom på de ressourcer, man ser hos barnet og familien. Der må ikke kun fokuseres på problemer.
- Der er ikke altid et fælles problem, og situationen kan tage sig forskelligt ud for de forskellige parter. Et barn kan fx opføre sig meget forskelligt i hjemmet og i børnehaven. En diskussion, der giver plads til forskellige synspunkter, kan give en ny forståelse for, hvad spørgsmålet drejer sig om.
- Eftersom hver familie og situation er unik, skal den professionelle kunne handle fleksibelt og afveje sin vurdering mod familiens egne alternativer.

RISIKOFOKUSERET ARBEJDE I PRAKSIS – EKSEMPEL SJÖBO KOMMUNE I SVERIGE

Hvorfor havde hen ved 20 skolebørn i 8-9-års-alderen specialaftaler med skolen, fx begrænsede studiedage og hjemmeskoling i stedet for almindelig skolegang? For en kommune af Sjöbos størrelse er antallet usædvanligt stort, og baggrunden for kommunens deltagelse i det svenske Pinocchio-projekt med det formål at forbedre arbejdet med børn op til 12 år, der risikerede at udvikle normbrydende adfærd. Resultatet blev så godt, at kommunen har fortsat med at arbejde efter samme model og principper, også efter projektets afslutning.

– Vi indså, at vi skal gribe fat i tingene på et tidligere tidspunkt, ikke først i klasse 5 og 6, siger Petra West-Stenkvist, leder af Individ- og familjeomsorg samt elevhälsa i Sjöbo. Der var helt enkelt for mange akutindsatser.

Da Pinocchio-projektet startede, var man i Sjöbo allerede nået langt i diskussionerne om at skabe bedre koordination – det blev gjort nemmere af, at børneskole, skole, socialtjeneste og "elevhälsa" allerede fandtes inden for samme kommunale organisation.

Dette tiltag blev forankret politisk på højeste plan, og der blev oprettet et samarbejdsteam med familiebehandlere fra socialtjenesten, en psykolog, en specialpædagog fra Elevhälsan, en børnehavelærer samt to personer fra skolens F-5-årgang.

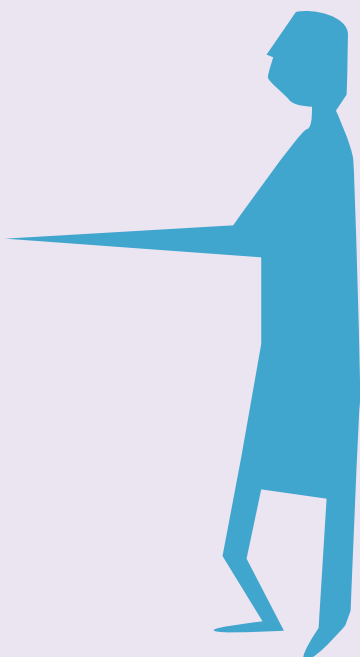
– Pinocchio indebar for os en systematisk, struktureret måde at arbejde på, aftale, hvad vi skal gøre, hvordan vi skal gøre det og være tydelige, siger Petra West-Stenkvist. Vi var tidligere ikke vant til kravene til dokumentation og til konkret at måle resultaterne.

Syv børn deltog inden for rammerne af Pinocchio. Målet var at reducere den normbrydende adfærd med 50 %.

– Da Pinocchio-projektet blev afsluttet i 2009, havde vi opfyldt det mål mere end rigeligt, siger Petra West-Stenkvist. Med i købet fik vi ny viden og blev mere skeptiske med hensyn til vores opdeling i, hvad der er normbrydende. Vi forandrede til dels vores opfattelse.

Samarbejde var ledeordet for arbejdet inden for Pinocchio og er det den dag i dag, hvor projektet er blevet hverdag.

Når man har en mistanke om, at et barn har brug for hjælp, samles forældre og samarbejdsteamet for at danne et samlet billede af barnet og dets situation.



– Vi fortæller om vores syn ud fra vores viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer, mens forældrene fortæller om deres synspunkter, siger Camilla Persson, teamleder for Råd- og stødenheten. Personalet har stor kompetence, når det gælder om at opspore børnenes behov tidligt, og vi er uddannede i risiko- og beskyttelsesfaktorer. Denne kompetence er afgørende for vores arbejde.

Børnene i Sjöbo gennemgår ikke en generel screening. Børnehavepersonalet er uddannet i temaet "Tidig upptäckt" – systemet er opbygget omkring tilliden til, at de kan opspore problemerne, når de møder børnene i hverdagen. Hvis der synes at være noget i gang, sammenkaldes samarbejdsteamet, og forældrene indbydes til et møde. Alle udfylder et afkrydsningskema med konkrete oplysninger om barnet. Dette skema bliver et diskussionsgrundlag, så der efterhånden kan opbygges et samlet billede af barnets situation og en løsning, som alle kan bakke op om. Man udfører en Ester-bedømmelse, der derefter gentages hver sjette måned som måling og opfølgning.

I dag arbejder gruppen med hen ved 20 børn fra børnehaven. Arbejdsmetoden er den samme, men løsningen er meget forskellige, eftersom mulighederne ser forskellige ud i hjem med stærke beskyttelsesfaktorer sammenlignet med hjem og miljøer uden.

– Til at begynde med bruger vi meget tid på barnet og arbejder målbevidst på at styrke beskyttelsesfaktorerne og reducere risikofaktorerne, siger Petra West-Stenkvist. På grund af strukturen i vores arbejde med løbende målinger og opfølgninger føler vi, at vi gør det rigtige.

En vigtig faktor for et vellykket arbejde er støtte fra politikere og embedsmænd – der er brug for beslutninger på højeste politiske niveau, så samarbejdet mellem forskellige dele af en organisation ikke løber ud i sandet. En klar succesfaktor i Sjöbo er, at Petra West-Stenkvist, som var med fra begyndelsen, er med endnu, nu på et højere ledelsesplan, end da Pinocchio blev gennemført. Også Camilla Persson var med fra begyndelsen.

– En "mislykkende faktor" er reorganisationer i en kommune, siger Petra West-Stenkvist. Så er det nemt at miste samarbejdet, ansvarsspørgsmål får aldrig nye løsninger, og systemet lukker sig om sig selv. En organisation er i konstant bevægelse, og så gælder det om at kunne overvåge den fra ledelsesplan.

Andre faktorer, der fører til et dårligere resultat, er,

at samarbejdet ikke fungerer optimalt, når man opnår et fungerende samarbejde med forældrene, og de gange, når problemerne berører børne- eller voksenpsykiatrien – det samarbejde fungerer ikke optimalt. Det er en forudsætning, at forældrene selv skal komme med deres barn, at de selv kan formulere problemet.

– Det er en verbal aktivitet med samtalen som metode, siger Petra West-Stenkvist. Vi arbejder med mennesker, der undertiden kræver praktisk vejledning i at stille vækkeuret om morgenen, så de kommer op, og som ikke ser problemerne, men definerer dem som barnets alene.

Arbejdsmetodikken, fokus på samarbejde, har også spredt sig til andre områder i organisationen: Man planlægger fællesaktiviteter for børnene for børnene og styrker derigennem automatisk beskyttelsesfaktorerne.

– Alt bliver nemmere gennem samarbejde, siger Petra West-Stenkvist. Tænk, bare en så enkelt ting, som at pædagogerne nemt kan løfte røret og ringe til en af os – takket være samarbejdet kender vi hinanden. En nem måde at styrke beskyttelsesfaktorerne på!



Vi vil rette en særlig tak til deltagerne i reference- og ekspertgrupperne, der på mange måder har bidraget til indholdet af dette inspirationshæfte:

REFERENCEGRUPPE

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

EKSPERTGRUPPE

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





NORDENS VELFÆRDSCENTER / Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Box 22028, SE 104 22 Stockholm / Besøgsadresse Hantverkargatan 29 / Sverige
www.nordicwelfare.org