



Nya verktyg för föräldrar

*– förslag till nya former
av föräldrastöd*

Sven Bremberg (redaktör)

Nya verktyg för föräldrar
– förslag till nya former av föräldrastöd

Sven Bremberg (redaktör)

© Statens folkhälsoinstitut R 2004:49

ISBN: 91-7257-319-8

ISSN: 1651-8624

Redaktör: Sven Bremberg

Design: Pangea design

Grafisk produktion: AB Typoform

Omslagsfoto: Eva Stööp/Eye-Q-net

Tryck: Sandvikens tryckeri, 2004

Innehållsförteckning

Förord	8
Författarpresentationer	9
Sammanfattning	10
Introduktion	23
Kapitel 1. Bakgrund och syfte	27
Regeringsbeslut 2001-06-20 S2001/6077/ST	29
Syfte	32
Definition av begreppet föräldrastöd	32
Föregående utredningar	32
Medverkande	34
Referenser	34
Kapitel 2. Föräldrastöd direkt inriktat på barns behov	35
Ansvar för barns välfärd	37
Relationen mellan barn och föräldrar	48
Att påverka relationen mellan barn och föräldrar	54
Utformning av barninriktade insatser	62
Medverkande	71
Referenser	71
Kapitel 3. Stöd inriktat på föräldrarnas behov	77
Socialt stöd	80
Medverkande	92
Referenser	93
Kapitel 4. metoder med direkta effekter på barns välfärd och hälsa – en systematisk översikt av internationellt publicerad litteratur	97
Syfte	100
Metod	100
Resultat	103
Diskussion	105
Medverkande	108
Referenser	108

Kapitel 5. Föräldrars intresse för olika former av föräldrastöd	111
Metod	113
Resultat	117
Diskussion	125
Medverkande	126
Referenser	126
Kapitel 6. Insatser under graviditet och spädbarnstid	127
Effekt	129
Situationen i Sverige	139
Föräldrarnas intresse	149
Kostnader	150
Spridning	151
Diskussion	151
Förslag	157
Medverkande	158
Referenser	158
Kapitel 7. Insatser under förskoletiden och de tidiga skolåren (2–9 år)	167
Effekt	169
Situationen i Sverige	178
Föräldrars intresse	191
Kostnader	194
Spridning	197
Gynnar insatsen barns delaktighet?	197
Diskussion	198
Förslag	203
Medverkande	203
Referenser	203
Kapitel 8. Insatser under skolåren (10–15 år)	211
Effekt	213
Situationen i Sverige	217
Intresse från föräldrar	228
Kostnader	229
Spridning	231

Diskussion	231
Förslag	235
Medverkande	235
Referenser	236
Kapitel 9. Från partnerskap till föräldraskap	241
Från partnerskap till föräldraskap	243
Effekt av förebyggande insatser	247
Situationen i Sverige	250
Föräldrars intresse	251
Kostnader	251
Diskussion	251
Förslag	252
Medverkande	252
Referenser	253
Kapitel 10. Telefonrådgivning	259
Effekt	261
Situationen i Sverige	262
Föräldraretelefoner i 7 andra länder i Europa	266
Föräldrars intresse	268
Kostnader	269
Diskussion	269
Förslag	271
Medverkande	271
Referenser	272
Kapitel 11. Föräldrastöd genom media	273
Effekt	275
Situationen i Sverige	276
Föräldrars intresse	279
Kostnader	281
Diskussion	282
Förslag	287
Medverkande	287
Referenser	287

Kapitel 12. Gynnar föräldrars inflytande i skolan barns skolframgång?	289
Metod	293
Resultat	297
Diskussion	301
Förslag	302
Medverkande	302
Referenser	303
Kapitel 13. Insatser för föräldrar under spädbarns- och förskoletiden som främjar barnens förståndsutveckling	305
Effekt	307
Föräldrars intresse	311
Diskussion	311
Medverkande	311
Referenser	312
Kapitel 14. Olika grupperns behov	315
Allmänt föräldrastöd	317
Föräldrastöd för särskilda grupper	322
Förslag	326
Medverkande	326
Referenser	326
Kapitel 15. Samlad analys	329
Dagens föräldrastöd	331
Ett framtida föräldrastöd	333
Förslag till nya former av föräldrastöd	335
Aktörer	339
System för uppföljning	345
Förslag	349
Medverkande	349
Referenser	349

Bilaga 1	353
Bilaga 2	354
Bilaga 3	355
Bilaga 4	356
Bilaga 5	376
Ordlista	377

Förord

Johanna och David fick sitt första barn, Emma, 2002. Paret hade planerat Emma i flera år. Johanna gick på mödravårdscentralen och både Johanna och David deltog i den föräldrautbildning som erbjöds där. Johanna läste *Vi föräldrar* och båda två såg på ett antal TV-program som handlade om barn. Både Johanna och David har goda kontakter med sina egna föräldrar som lämnar råd om hur det är att ha barn, med full respekt för att tiderna förändrats sedan de själva var föräldrar med små barn. Goda råd får de också från vänner och bekanta.

Behöver verkligen Emmas föräldrar ha mer stöd än de redan har? Frågan är berättigad eftersom Emma växer upp i ett av de länder på jorden där hälsan bland barn är som allra bäst. Det går också att ifrågasätta om det verkligen är rätt att påverka en så djupt personlig uppgift som föräldraskap. Historien, inte minst i Sverige, ger exempel på hur experter trots sig veta bäst – och därigenom undergrävt föräldrars tilltro till sin egen förmåga.

Trots dessa invändningar lämnar Statens folkhälsoinstitut här förslag till hur föräldrastöd kan utvecklas i Sverige. Arbetet är resultat av ett regeringsuppdrag som ålagts institutet. Rapporten har ett barnperspektiv. Det medför att startpunkten i första hand är barnens behov, och inte föräldrarnas. Vidare har rapporten ett folkhälsoperspektiv. Det innebär att analysen tar sin utgångspunkt i de hälsoproblem som drabbar oss i stort. Under en stor del av uppväxtåren och senare i vuxenlivet är psykisk ohälsa ett av de största hälsoproblemen. Särskilt mycket betyder de depressioner som numera drabbar uppemot var fjärde kvinna någon gång under levnadsloppet.

Från ett folkhälsoperspektiv är inte uppgiften att identifiera de föräldrar som eventuellt kan ha brister. Utgångspunkten är i dag den kunskap som finns om faktorer som skyddar mot psykisk ohälsa – friskfaktorerna. Uppväxtåren är den period i livet som i särklass öppnar de största möjligheterna till att främja psykisk hälsa. En väg är att erbjuda föräldrar stöd till att ge barnen både värme och ramar. Kunskapen om hur detta ska gå till har ökat markant under det senaste decenniet. Rapporter visar på hur denna kunskap kan omsättas i praktiken.

Sedan länge har det stått klart att folkhälsoproblem går att reducera med hjälp av breda insatser. Infektioner, olycksfallsskador och hjärt-kärlsjukdomar utgör exempel. Exakt vilka individer som dragit nytta av för-

ändringarna går ofta inte att säga på förhand men sambandet för befolkningen i stort är tydligt. På liknande sätt är det möjligt att förbättra den psykiska hälsan bland barn genom breda insatser för föräldrar.

Texten är skriven för beslutsfattare och yrkesverksamma med ansvar för barn och ungdom inom kommun, landsting, stat, frivilliga organisationer samt inom privata företag.

Gunnar Ågren

Generaldirektör

Sven Bremberg

Redaktör för rapporten

Författarpresentationer

Följande personer har medverkat i de analyser som legat till grund för rapporten och vid utformningen av texterna: Anton Lager, folkhälsovetare, Statens folkhälsoinstitut, Anna Sarkadi med dr, läkare, Uppsala universitet, Berit Hagekull, professor i psykologi, Uppsala universitet, Ingrid Israelsson-Olsson, fil dr i psykologi, Statens folkhälsoinstitut, Lena Andersson Andalibi, fil kand, Uppsala Universitet, Pia Wennerholm-Justlin, fil dr i psykologi, Uppsala universitet, samt Sven Bremberg, docent, barnläkare, Statens folkhälsoinstitut. Sven Bremberg har haft det samlade ansvaret för uppdraget. Om inte annat anges har Sven Bremberg varit ansvarig för texten.

En referensgrupp har varit knuten till uppdraget med representanter för Barnombudsmannen, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Skolverket, Myndigheten för skolutveckling, Socialstyrelsen och Ungdomsstyrelsen. Gruppen har lämnat värdefulla synpunkter.

Arbetet har granskats i olika skeden av ett flertal personer som givit viktiga synpunkter. Särskilt bör Terje Ogdén, professor, Universitet i Oslo, Håkan Stattin, professor, Örebro universitet, Claes Sundelin, professor, Uppsala universitet, Ann-Christine Hallberg, doktorand, Lunds universitet, samt Knut Sundell, docent, FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholm, nämnas.

Arbetet som helhet hade inte varit möjligt att genomföra utan den mångfald av bidrag som ett stort antal personer lämnat vid konferenser, via e-post och vid telefonkontakter. Personerna representerar kommuner och landsting, statliga verk, frivilligorganisationer, företag och vetenskapssamhället.

Sammanfattning

Utgångspunkt

Utgångspunkten för denna rapport är ett uppdrag regeringen givit Statens folkhälsoinstitut till att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta.

Stöd till föräldrar kan både inriktas på föräldrarnas och på barnens behov. Det som kommer föräldrarna till del gynnar ofta barnen, men detta är inte givet. Mot denna bakgrund diskuteras i första hand insatser som är inriktade på att tillgodose barns behov.

Barns omvårdnad

Barn behöver andra människor för att överleva och utvecklas. Insatser från föräldrarna är avgörande. I de flesta samhällen medverkar också andra barn och andra vuxna. Denna insikt uttrycks i det afrikanska ordspråket ”Det krävs en by för att fostra ett barn”. Under största delen av mänsklighetens historia har barn varit omgivna av andra människor, inom och utom familjen, som har tagit ett direkt ansvar för barnens omvårdnad.

I dag är situationen annorlunda, både för barn och föräldrar. Under det första året är det vanligt att en vuxen ensam tar hand om ett eller två barn i familjens hem. Föräldern kan gå ut och träffa andra, eller tala med andra på telefon, men har oftast ingen annan vuxen person i den närmaste omgivningen. Detta gör situationen mer sårbar än den var i äldre tider.

Frågan är i vilken omfattning det är befogat för samhället att ge föräldrar stöd i denna uppgift, under spädbarnstiden och senare när barnet går i förskola (daghem) och skola.

Etiska konflikter

Under 1920-talet fördes en omfattande diskussion i Sverige kring föräldrarnas betydelse för barns hälsa och utveckling. Experterna pekar ut mödrarnas okunskap som ett av de stora hoten mot barnens välfärd. Experterna ansåg det angeläget att föräldrarna, och särskilt mödrarna, tillägnade sig moderna principer för att ta hand om barn. Barnläkare och andra professionella förde brett ut sin uppfattning om vad som är bra. Ett exempel på en sådan princip är att barn bör ammas endast på bestämda tider, vanligen

var fjärde timme. Impulserna att ge barnen mat när de skrek skulle mödrarna lära sig att undertrycka.

Sett i ljuset av dagens kunskap var många råd direkt felaktiga. De uttryckte också en nedvärdering av de erfarenheter mödrarna själva tillägnat sig. Under de senaste decennierna har de råd som givits av experter till föräldrar plägnats av en större ödmjukhet. Ändå är all inblandning i föräldraskap problematisk eftersom den inskränker på föräldrars självbestämmande.

Åtgärder kan försvaras om det finns en enighet om att insatsen har stort värde för barnet. Ett exempel är allmän skola som alla barn inte bara erbjuds utan även är skyldiga att gå i. Även barnhälsovård och förskola har stort värde för barnen. Dessa tjänster utgör endast ett erbjudande. I Sverige har det dock varit möjligt att frivilligt nå ett högt deltagande. Två krav på en föräldrastödjande insats bör därför vara att det finns enighet om att insatsen främjar barns hälsa och välfärd och att insatsen är frivillig.

Det etiska problemet med experternas inflytande över privatlivet kvarstår dock trots frivillighet. När det föräldrastöd som finns i dag utvecklades under 1970-talet ställdes ett intuitivt upplevt föräldraskap emot experternas uppfattningar. Ett vetenskapligt baserat föräldrastöd uppfattades vara kontraproduktivt. Uppfattningen präglades av de obetydliga kunskaper som då fanns om effekter av olika former av föräldrastöd. Även så sent som i början av 1990-talet konstaterade en ledande amerikansk forskare att det saknas studier som visar att stöd till föräldrar har gynnsam effekt på barnen.

Under de senaste 10–15 åren har kunskapsläget radikalt förändrats. I kapitel 6 redovisas en översikt av insatser under spädbarnstiden. Totalt påvisas 73 försök med hög vetenskaplig kvalitet där betydande positiva effekter påvisas, även av relativt små insatser. I kapitel 4 redovisas 58 analyser av försök med föräldrastöd som genomförts efter spädbarnstiden. Femtiotre av dessa analyser visar att insatserna gynnar barnens hälsa och välfärd.

Mot bakgrund av det markant ändrade kunskapsläget uppfattades det därför befogat att allmänt erbjuda föräldrar i Sverige insatser grundade på den kunskap som i dag är tillgänglig.

Att förebygga ohälsa genom insatser för föräldrar

Psykisk ohälsa, hjärt-kärlsjukdom och cancer är de tre största folkhälsoproblemen. Utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom är gynnsam och det

genomförs omfattande förebyggande insatser. Kunskapen om hur cancer skall kunna förebyggas är bristfällig vilket inte gör det möjligt att utforma breda preventiva insatser. Insatser för det tredje största folkhälsoproblemet, psykisk ohälsa, är därför avgörande för att förbättra folkhälsan i stort. De översikter som presenteras i denna rapport visar att detta är möjligt att genomföra med hjälp av insatser för föräldrar.

Ett försök som påbörjades i Finland under mitten av 1970-talet visar på de möjligheter som stöd till föräldrar erbjuder för att reducera förekomsten av psykisk ohälsa. I undersökningen fördelades vanliga föräldrar med nyfödda barn slumpvis i två grupper. Den ena gruppen fick en gång i månaden rådgivning i hemmet av en sjuksköterska med särskild utbildning om barn och föräldraskap. Den andra gruppen hade enbart tillgång till reguljär BVC-verksamhet. Barnen i dessa familjer följdes sedan i upprepade undersökningar. Barnen i försöksgruppen har genomgående mindre psykiska problem. Vid 20–21 års ålder har i försöksgruppen förekomsten av psykiska problem minskats till en tredjedel. Den påvisade minskningen gäller både utagerande och inåtvända problem samt lindriga och svåra problem.

Värme och ramar

De egenskaper hos föräldrar som betyder särskilt mycket för barns hälsa och välfärd är att föräldrar visar både *värme* mot barnen och att föräldrar kan styra (*sätta ramar för*) barnens beteenden. Den egenskap hos föräldrarna som barn själva värderar högst är att föräldern visar omsorg och värme. Föräldrarnas värme är viktigare är familjens materiella förhållanden och inte sällan viktigare än relationen till kamraterna. En vuxen som visar värme mot ett barn lägger först märke till något hos barnet, tolkar innebörden och visar sedan att han eller hon förstår barnet. Att visa värme är således inte något ogripbart som bara är givet och därför inte går att förändra.

En förälder som visar värme måste kunna tolka barnets uttryck. Tolkningen är avgörande för vilken reaktion som sedan följer. Exempelvis, om en förälder tolkar ett spädbarns skrik som uttryck för ilska blir reaktionen helt annorlunda om än skriket uppfattats som uttryck för att barnet känner sig ensamt. Ett ytterligare exempel. När en treåring vägrar att klä på sig kan det vara uttryck för att treåringen vill fortsätta att leka med något inomhus. Med det kan också bero på att treåringen är trött och inte orkar ge sig iväg. Förälderns reaktion blir helt olika beroende av vilken tolkning föräldern gör.

En förälders möjlighet att tolka ett barns beteende hänger nära samman med hur väl föräldrarna känner till vad barnet gör och tänker. För ett äldre barn förutsätter det att barnet berättar vad han eller hon gör vilket i sin tur kräver att barnet har förtroende för föräldrarna. Ett sådant förtroende utvecklas av att föräldrarna tidigare visat att de förstått barnet. Barn och föräldrar påverkar således varandra ömsesidigt. Om föräldrarna visar värme är det större möjlighet för att barnet ska möta föräldrarna positivt vilket i sin tur gör det enklare för föräldern att visa värme och så vidare.

Samspelet med föräldrarna påverkar barnets förmåga till samspel med andra människor senare i livet. Särskilt tydligt är sambandet mellan det samspelsmönster som utvecklats under barnets första 18 månader och senare social förmåga. Särskilt viktigt är det att barnet tillägnar sig en uppfattning om den egna personen som värdefull och den sociala omvärlden som förutsägbar.

En jämförbar växelverkan mellan barn och förälder gäller även för att sätta ramar för barnet. Om barnet känner till vilka gränser som gäller, behöver det inte pröva var gränserna går. Då kan barnets, och föräldrarnas, energi ägnas åt samspel som ger mer positivt utbyte än kamp om gränser.

Att påverka föräldrars relation till barnen

De yttre villkoren är avgörande för goda relationer mellan föräldrar och barn. Föräldrar som lever under pressade sociala villkor kan ha svårt för att utveckla goda relationer med barnen. Insatser i form av föräldraförsäkring, barnbidrag och arbetsmarknadspolitik är därför centrala för att främja goda relationer mellan barn och föräldrar i familjer med olika social bakgrund.

Frågan är hur föräldrar kan stödjas till att utveckla förmåga till värme och till att sätta ramar. Ett sådant stöd bör rimligen utgå från allmänna principer för hur människor normalt tillägnar sig olika beteenden.

En första princip utgår från *social inlärningsteori*. Principen är enkel – vi lär oss beteenden genom att iaktta hur andra människor gör. Vi lär oss i första hand genom att direkt iaktta andra men vi lär oss också genom andra människors berättelser. Principen går att överföra till föräldrastöd. Om föräldrar träffas tillsammans med sina barn och kan se hur andra gör, då kan andra föräldrar tillägna sig mer av denna förmåga. Detta kan exempelvis ske inom den öppna förskolans ram.

En andra princip för inläring går under den engelskspråkiga beteckningen *self efficacy*, som kan översättas med tilltro till den egna förmågan att genomföra ett specifikt beteende. Principen kan förefalla trivial: chansen för att en människa ska genomföra ett beteende ökar om hon tror sig om att kunna göra det. Det viktiga är att denna tilltro går att påverka. Den främsta källan till tilltro är egna tidigare framgångar. Praktiskt går det därför att främja ett visst beteende genom att erbjuda föräldrar möjlighet att pröva förändringar *i små steg*. Då har föräldern stor möjlighet att lyckas vilket ökar deras tilltro och därigenom möjligheterna till större förändringar. Detta kan ske genom att föräldrarna får tillgång till en strukturerad metod eller till upprepad rådgivning som utgår från denna princip.

Människors beteenden påverkas även av *information och kunskap*. De flesta beteenden som rör föräldrar och barn är dock komplexa. Det finns inga enkla samband mellan kunskap och beteende. Detta innebär inte att kunskap är betydelselös. Kunskap kan påverka beteende om en förälder får tillgång till svar på en konkret fråga, just när frågan är aktuell och svaret presenteras på ett sätt som är meningsfullt för föräldern. För vissa frågor kan ett svar från en expert vara mest ändamålsenligt. För andra frågor kan det vara viktigare att få svaren från en person som föräldern kan identifiera sig med, en släkting, en vän eller en annan förälder.

Former för föräldrastöd

Den viktigaste formen för stöd i föräldrarollen är informella kontakter med andra, släktingar, vänner och bekanta. Det är tänkbart att öka föräldrars tillgång till informella kontakter genom att arrangera särskilda *mötesplatser*, exempelvis i form av öppna förskolor. Effekterna av tillgång till mötesplatser är dock svåra att påvisa på barnen.

En vanlig form är att föräldrar erbjuds kontakter i särskilda *föräldragrupper*. Sådana kontakter erbjuds exempelvis inom mödra- och barnhälsovård. Innehållet kan vara strukturerat eller öppet. Strukturerade grupper kan utformas efter de pedagogiska principer som nämns ovan. Positiva effekter har påvisats både på barn och på föräldrar av sådana metoder. Viktiga delar i dessa metoder är praktiska moment där föräldrar får öva olika färdigheter. I öppna föräldragrupper bestämmer föräldrarna själva innehållet. Där brukar praktiska övningar inte ingå. Sådan verksamhet kan ha

gynnsamma effekter. En förutsättning förefaller dock vara att deltagarna har ett gemensamt betydande problem.

Föräldrar kan också få stöd vid *enskilda kontakter* med professionella och genom *media*: böcker, tidningar, tidskrifter, radio, TV, video och material som publiceras på internet. Media saknar vanligen interaktivitet vilket begränsar effekten. En speciell form är *diskussionsgrupper på internet*. Formen ligger nära träffar i grupp med öppet innehåll eftersom föräldrarna själva väljer vilka frågor de vill ta upp. En analys som genomförts inom ramen för uppdraget tyder på att unga föräldrar och föräldrar med kort utbildning är de som mest drar nytta av sådana diskussionsgrupper.

Effekter av föräldrastödjande insatser

När en form av föräldrastöd ska värderas är kunskaperna om effekterna avgörande. Den säkraste kunskapen om att en viss insats har effekt går att få i kontrollerade experiment. Det innebär att en grupp föräldrar får tillgång till en viss insats, och en annan jämförbar grupp av föräldrar inte får del av insatsen. Föräldrar och barn i de båda grupperna följs sedan. Om barnen i den grupp där föräldrarna fått del av insatsen klarar sig bättre är detta ett starkt argument för att insatsen är till nytta för barnen. Särskilt starkt blir argumentet om samma resultat framkommit i flera studier och om fördelningen av föräldrar i försöks- och kontrollgrupper skett slumpmässigt. Det är därför möjligt att argumentera för olika former av föräldrastöd med ledning av resultaten i de försök som har genomförts.

Stöd till föräldrar med barn i ålder 0–1 år

Föräldragrupper

Föräldrastöd i grupp under denna åldersperiod har funnits under ett par decennier och når i dag en stor del av alla föräldrar. När denna verksamhet skall utvecklas är det lämpligt att söka lösa fyra problem som finns i dagens verksamhet.

Det *första problemet* rör verksamhetens *syfte*. Det officiella syftet med föräldrastöd inom mödra- och barnhälsovård är att ge kunskap och information, att förstärka föräldrarna i deras föräldraroll och att erbjuda kontakt föräldrar emellan. Sjuksköterskor inom barnhälsovård anger dock att de har svårt att nå dessa mål. Vidare framhåller sjuksköterskorna de två första syftena men inte det tredje, kontakt föräldrar emellan. Föräldrarna,

däremot, anger att föräldragruppernas främsta värde består i möjligheten att utbyta information med andra föräldrar.

Det *andra problemet* är att det är oklart om verksamheten har påvisbara effekter. De mål som finns för föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården anger att verksamheterna ska förstärka föräldrarna i deras föräldraroll och öka gemenskapen föräldrar emellan. Några studier som visat att verksamheterna har dessa effekter har dock inte påvisats. Det finns inte heller andra studier som visar på andra effekter som rör barns och föräldrars välfärd.

En väg att komma tillrätta med detta problem är att introducera insatser där effekten är känd. Två sådana metoder är Från första början samt Vägledande samspel. Båda metoderna syftar till att förbättra samspel mellan förälder och spädbarn och därigenom möjligheterna till trygg anknytning. I en aktuell översikt redovisas försök med liknande program. Säkerställda positiva effekter på föräldrars känslighet för barnens signaler och på förekomst av trygg anknytning har påvisats. Ett litet antal gruppträffar (mindre än fem), förefaller ge *bättre* effekter än omfattande program. Goda effekter påvisas både för föräldrar med socialt missgynnad situation och genomsnittliga föräldrar. Dessa metoder är uppenbart motiverade att sprida inom barnhälsovården. En sådan spridning pågår också.

En metod har utvecklats för att främja god kommunikation föräldrar emellan som i ett kontrollerat försök visat på goda effekter. Metoden kallas PREP. Den förefaller väl lämpad att ingå i mödrahälsovårdens föräldragrupsverksamhet. Svenska erfarenheter finns, dock ännu i mycket begränsad omfattning inom mödrahälsovården.

Det *tredje problemet* är att barnhälsovårdens föräldragrupper i första hand är utformade för kvinnor. De flesta former av föräldrastöd attraherar *fler kvinnor än män*. Barnhälsovårdens verksamhet är dock mindre jämställd än de flesta andra former. När dagens föräldragrupper kom till på 1970-talet var det inte självklart att både män och kvinnor skulle delta på lika villkor. I dag är dock situationen annorlunda. Det finns flera vägar att komma tillrätta med detta problem. Ett första steg är att göra frågan tydlig genom att i den statistik som rutinmässigt samlas in särredovisa antalet män och kvinnor som deltar. Med dessa uppgifter som grund kan sedan olika förbättringar genomföras.

En ytterligare åtgärd är att utgå från mödrahälsovårdens föräldragrupper där kvinnor och män deltar på ungefär samma villkor. I dag bryts dessa

grupper upp för att ersättas av helt nya grupper inom barnhälsovården. I några delar av landet har man i dag valt att låta grupperna från mödrahälsovården fortsätta efter det att barnet fötts. Erfarenheten är då att också männen fortsätter. En ytterligare vinst med denna struktur är att de kontakter föräldrar emellan som hunnit etableras under graviditeten, kan fördjupas. Med det officiella syftet att öka gemenskapen föräldrar emellan är det knappast ändamålsenligt att bryta upp grupperna i samband med att barnet har fötts. En användbar modell har utvecklats i Leksand. Kommunen tar där aktivt ansvar för att organisera föräldragrupper tillsammans med andra organisationer, inklusive landstinget. Det är troligt att kommunens aktiva roll har varit avgörande för framgången.

Det fjärde problemet är föräldrastödets *sociala profil*. Den befolkningsenkät om föräldrastöd som redovisas i kapitel 5 visar att verksamheten är bättre anpassad för välutbildade föräldrar än för föräldrar med kort utbildning. Liknande tendens finns för föräldragrupper i allmänhet men skillnaderna är särskilt påtagliga för grupperna inom barnhälsovården. Också här förefaller verksamheten i Leksand kunna peka på en lösning. Där leds grupperna av en av föräldrarna i gruppen. Barnmorskor från mödravård och sjuksköterskor från barnhälsovård medverkar men styr inte. Med en förälder som ledare är det möjligt att fler föräldrar från olika sociala skikt kan känna sig fria i en föräldragrupp.

Flertalet av de lösningar som här föreslås innefattar ett ökat kommunalt ansvar för föräldrastöd. En sådan inriktning presenterades redan av 1997 års utredning om föräldrastöd.

Öppen förskola och familjecentraler

Öppen förskola har tydligt värde för föräldrar, främst under tiden då någon av föräldrarna är föräldraledig. Det saknas dock studier av verksamhetens effekter. Undersökningar av denna form är därför angelägna att genomföra. Det är motiverat att samlokalisera öppen förskola med MVC och BVC till en familjecentral. Detta underlättar för alla föräldrar att komma i kontakt med den öppna förskolan eftersom de flesta besöker mödra- och barnhälsovården.

Organisation

Under åren 2005 och 2006 föreslås diskussioner om lämpliga former för

stöd under denna åldersperiod samt försöksverksamhet. Samarbete mellan kommun och landsting föreslås år 2007 bli reglerat av ett nytt avtal mellan Kommun- och Landstingsförbunden.

Föräldrastöd berör flera olika kommunala förvaltningar. Det kan därför vara ändamålsenligt att kommunen utser en person som har till uppgift att samordna allt föräldrastöd, inklusive det föräldrastöd som föreslås för andra åldrar. Denna person kan ha föräldrastöd som huvuduppgift. Ett alternativ är att den samordnare för alkohol- och drogförebyggande arbete som finns i många kommuner får ansvar för uppgiften. Ytterligare alternativ är lokala brottsförebyggare anställda inom kommunen samt folkhälsoplanerare.

Stöd till föräldrar med barn i ålder 2–9 år

Föräldragrupper

Den vetenskapliga litteraturen kring föräldrastöd i dessa åldrar domineras av ”samspelsprogram” som syftar till att utveckla värme och emotionell närhet i relationen mellan föräldrar och barn. En av avsikterna med programmen är att minska risken för att barn ska utveckla beteendeproblem. Några exempel på samspelsprogram är De otroliga åren, Community Parent Education Program (COPE), och Komet. Effekterna av dessa samspelsprogram är påtagliga och mycket väl dokumenterade i kontrollerade experiment.

Programmen ger stöd till föräldern att ge barnet positiv uppmärksamhet, till klar kommunikation samt till genomtänkta sätt för föräldern att möta barnet då konflikter uppstår. Samspelsprogrammen genomförs i regel i grupper om 10 till 15 föräldrar som träffas två till tre timmar en gång i veckan under 10 till 15 veckor. Gruppdiskussionerna utgår vanligen från vardagliga situationer med föräldrar och barn, som visas som korta avsnitt på video. Föräldrarna diskuterar olika lösningar på situationen. Därefter får de öva lösningarna med varandra i rollspel. De får också i uppgift att öva sina färdigheter hemma.

I programmen ingår hemuppgifter där föräldrarna får anteckna hur ofta de har behövt en viss färdighet och om den har varit verksam. De uppmanas även att göra noteringar om barnet. Detta kan hjälpa föräldern att bli medveten om hur han eller hon själv reagerar i olika situationer med barnet. Det kan också hjälpa föräldern att tydligare se hur barnet utvecklas.

Samspelsprogrammen ifrågasätter inte föräldrarnas egen kompetens utan söker i dag ta tillvara och utveckla föräldragruppens samlade erfarenheter. Det är ofta föräldrarna som själva får föreslå och diskutera olika alternativa förhållningssätt. Programmen innehåller vanligen inga färdiga lösningar som framhålls som pekpinnar.

Bred spridning av samspelsprogram erbjuder en betydande möjlighet till att förbättra barns situation. Samspelsprogrammen erbjuds vanligen av kommunens social-, barn- och ungdoms- eller skolförvaltning. Ofta arrangeras insatsen i samarbete med landstingets barn- och ungdomspsykiatri eller andra enheter inom landstinget. Kommunen är vanligen huvudaktör.

De samspelsprogram som används i Sverige har riktats både till föräldrar i allmänhet, till föräldrar i socialt belastade bostadsområden och till föräldrar vars barn redan har så tydliga problem att föräldrarna sökt hjälp. Den samlade effekten blir mest påtaglig om insatsen erbjuds tidigt, förslagsvis vid 2–3 års ålder. Det är då svårt att förutsäga vilka barn som kommer att utveckla betydande problem. Insatser i denna ålder bör därför erbjudas brett för att kunna ge effekter på befolkningsnivå. En inriktning på att nå 20–50 procent kan vara rimlig. När barn utvecklar beteendeproblem medför det direkta kostnader för kommunen i form av behov av assistenter och lärare. Beräkningar som presenteras i kapitel 7 tyder på att när samspelsprogram gradvis börjar erbjudas föräldrarna i en kommun leder detta till minskade kommunala netto kostnader redan efter 3–4 år.

Utländska försök tyder på att föräldrar kan tillägna sig innehållet i samspelsprogram enbart genom att ta del av material visat på TV/video. Kostnaden för sådan spridning är avsevärt lägre än kostnaden för att arrangera grupper. Det talar för värdet av att göra metodiken tillgänglig på detta sätt. Ett sådant material skulle kunna användas både individuellt och i grupper utan särskilt utbildade och arvoderade ledare. Det är troligt att många föräldrar föredrar att ta del av materialet i gruppform. Tillgång till material som video/DVD medger dock en större flexibilitet eftersom föräldrar kan ta till sig materialet på det sätt som bäst passar den enskilda familjen.

Insatser under skolåren (10–15 år)

Föräldrastöd inriktade på barns behov: kommunikationsprogram

Den vetenskapliga litteraturen under denna åldersperiod domineras av program som syftar till att utveckla en god kommunikation mellan barn

och föräldrar, speciellt för att minska risken för att ungdomarna ska börja använda tobak, alkohol och droger och risken för att de ska begå brott. Programmen kallas därför *kommunikationsprogram*. Programmen är vanligen inriktade på att föräldrar och ungdomar ska komma överens om normer och regler som ungdomarna sedan följer. För att sådana överenskommelser ska betyda något förutsätter de att barn och föräldrar har förtroende för varandra. Ett sådant förtroende byggs upp av att föräldrarna ger barnet positiv uppmärksamhet och av att föräldrar och barn gör saker tillsammans. Programmen innehåller därför delar som syftar till att främja ett sådant positivt samspel. Programmen ger också stöd till föräldrarna att använda genomtänkta sätt för att bemöta ungdomar då konflikter uppstår. Kommunikationsprogrammen har således stora likheter med innehållet i de samspelsprogram som beskrivs i kapitel 7. De främsta skillnaderna är att kommunikationsprogrammen är avpassade till att barn och ungdomar i ålder 10–15 år är mer självständiga än yngre barn och till riskerna för ungdomar att utveckla bruk av tobak, alkohol och droger samt för kriminalitet.

Kommunikationsprogrammen genomförs ofta i grupper om 10–15 föräldrar som träffas mellan fem och tio gånger en gång i veckan i två timmar. Det är vanligt att barnen parallellt erbjuds en liknande insats i skolan. I början av programmet får föräldrarna diskutera riskerna med att ungdomar använder alkohol, tobak och narkotika. I nästa steg diskuterar föräldrarna vilka förväntningar som är rimliga och får gemensamt komma överens om vilka regler som ska gälla. Föräldrar får stöd i att lösa konflikter med barnen på ett konstruktivt sätt. Programmet tar också upp hur föräldrar och barn kan göra olika saker tillsammans så att alla upplever det som positivt.

Flera varianter av kommunikationsprogram används i Sverige. Två program rekommenderas, Steg för Steg samt Örebro Prevention Program. Det är också troligt att ytterligare program av denna typ kommer att vara tillgängliga i Sverige under de närmaste åren. De två programmen är olika omfattande. Båda är inriktade på att förebygga utagerande beteendeproblem. Däri ingår berusningsdrickande, aggressiva beteenden och kriminalitet. Det är möjligt att det mer omfattande kommunikationsprogrammet Steg för Steg också kan påverka förekomst av inåtvända psykiska problem, liksom är fallet för samspelsprogram. Sådana effekter har dock inte studerats.

Steg för steg, är mer omfattande och inbegriper insatser för föräldrar och barn tillsammans. Dokumentationen för effekt är god eftersom kontrollerade försök genomförts med påvisad effekt för ett flertal liknande program. Effekten av Örebro Prevention Program är mindre omfattande och endast dokumenterat i ett svenskt försök.

Kommunikationsprogrammen har erbjudits till alla föräldrar. De argument som förs fram i kapitel 2 talar för att en sådan inriktning är motiverad, även om insatser enbart för en tänkt riskgrupp skulle kunna genomföras till en lägre kostnad. En bred spridning förutsätter utbildning av ett stort antal gruppledare. Yrkesutbildning som lärare, folkhälsovetare, socionom och sjuksköterska kan vara lämplig för de personer som ska ta ansvar för att leda föräldragrupper.

Utveckling av specifika kanaler

Inom ramen för arbetet har en enkät sänts till ett representativt urval av föräldrar som fått svara på frågor, dels om vilka former av föräldrastöd de är intresserade av och dels vilken nytta de upplevt av det stöd de redan tagit del av. Där framgår ett väsentligt intresse för rådgivning via telefon. Dagens utbud motsvaras inte av efterfrågan. Därför föreslås ett närmare samarbete mellan de tre frivilligorganisationer som i dag erbjuder telefonrådgivning, förslagsvis med ett gemensamt telefonnummer.

Det medium för att förmedla information som i dag utvecklas snabbast är internet. Mediet har flera fördelar bland annat låga kostnader per användare och möjligheter för föräldrar att inte bara ta emot information utan även att dela med sig av egen erfarenhet till andra föräldrar. En internetplats för föräldrar föreslås därför. Platsen kombinerar information om vanligare frågor skriven av experter med möjlighet för föräldrar att själva ge synpunkter till varandra. Inom det relativt begränsade språkområde som svenska utgör förefaller det svårt att utveckla en sådan webbplats utan offentligt stöd.

Utveckling av det kommunala systemet

Den modell som utvecklats i Leksand och nu spritts till andra delar av landet har kommit tillrätta med flera av de problem som vidlåder dagens föräldrastöd inriktat på graviditeten och spädbarnstiden. Här har kommunen tagit ett samlat ansvar för insatser riktade till föräldrar. Därför föreslås för-

söksverksamhet under 2005 och 2006 med inriktning på att en överenskommelse tecknas mellan Landstings- och Kommunförbund där primärkommunen övertar ansvaret för gruppbaserat föräldrastöd, inklusive den verksamhet som i dag bedrivs inom mödra- och barnhälsovården. Landstingets personal förväntas dock även i fortsättningen medverka.

Föräldrastöd inbegriper olika kommunala förvaltningar. Därför är det angeläget att kommunen på kommunledningsnivå utser en eller flera personer som har särskilt ansvar för föräldrastöd.

Olika metoder för föräldrastöd passar män och kvinnor olika väl. Liknande gäller för olika sociala grupper. Det finns inga enkla svar på hur alla gruppers intressen ska tas tillvara. En grundläggande åtgärd är därför att registrera deltagande i olika former av föräldrastöd efter deltagarnas kön och utbildning. Därigenom är det möjligt att fortlöpande korrigera verksamhetens inriktning så att olika grupper kan ta tillvara verksamheten på ett likvärdigt sätt.

System för uppföljning

Ett primärt syfte med stöd till föräldrarna är att öka andelen barn som har goda relationer till föräldrarna för att därigenom öka barnens möjligheter till ett gott liv. Därför är det motiverat att över tid följa utvecklingen av relation mellan föräldrar och barn. Sådan kunskap ger inte direkta svar på vilka åtgärder som kan vara motiverade. Men informationen kan ge underlag för en bred värdering av utvecklingen och kan inspirera till initiativ som syftar till att ge *alla* barn en god uppväxt.

En möjlighet är att från barnen samla uppgifter om kvaliteten i relationen mellan barn och föräldrar. En lämplig datakälla är Barn-ULF som är en undersökning av barns levnadsförhållanden, som påbörjades år 2000. Inom Barn-ULF samlas årligen in uppgifter från knappt 1 000 barn i åldern 10–18 år. Undersökningen genomförs i anslutning till en intervjustudie av vuxnas levnadsförhållanden (ULF) som Statistiska centralbyrån genomför. Undersökningen innehåller frågor som kan användas som indikatorer på föräldrarelationer. Uppföljning med denna indikator föreslås ske som en del av uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken (mål 3).

Introduktion

Relationerna till föräldrarna är det som betyder mest för ett barns välfärd och hälsa. Barn har alltid varit beroende av vuxna och de vuxna som betyder mest för barnen är vanligen föräldrarna. Om samhället ska främja barns välfärd och hälsa är det därför nödvändigt att närma sig föräldrarna. I Sverige finns det en lång tradition av att främja barnens intresse genom att ge stöd till familjen, främst genom att erbjuda förskola och skola samt olika former av ekonomiska bidrag. Denna rapport behandlar det direkta stöd föräldrar kan få i uppgiften att vara förälder.

Rapporten har fyra delar. Den första delen behandlar utgångspunkterna, den andra möjligheter som finns att erbjuda stöd till föräldrar med barn i olika åldrar och den tredje några aspekter av föräldrastöd som inte är knutna till någon särskild ålder för barnen. I den fjärde och avslutande delen presenteras en samlad analys.

I *del I* behandlas utgångspunkterna. I kapitel 1 presenteras det uppdrag som ålagts Statens folkhälsoinstitut och som ligger som grund till denna rapport. I uppdraget anges att stödet skall vara till verklig nytta för barnen. I kapitel 2 diskuteras denna utgångspunkt från olika perspektiv, historiskt, etiskt och utifrån olika syn på kunskap. I kapitel 3 diskuteras föräldrastöd sett från föräldrarnas perspektiv. Startpunkten är de studier kring socialt stöd som har presenteras under de senaste decennierna. I kapitel 4 sammanfattas en systematisk översikt av kontrollerade studier av försök med föräldrastöd. Översikten i sin helhet ingår som bilaga 1. I kapitel 5 sammanfattas resultatet av en enkät om föräldrastöd som ett representativt urval av föräldrar har fått besvara. En genomgång av olika modeller för föräldrastöd som används i Sverige presenteras i bilaga 2. Materialet används sedan i den fortsatta framställningen i diskussioner av stöd under olika skeden av barnets uppväxt.

I *del II* behandlas möjligheterna att erbjuda föräldrar stöd, kopplat till barnens ålder. Där behandlas vetenskapligt genomförda försök, svenska erfarenheter, föräldrars intresse för olika former, kostnader och möjligheter till spridning. I kapitel 6 diskuteras graviditet och spädbarnstid, i kapitel 7 åldern 2–9 år och i kapitel 8 åldern 10–15 år.

I *del III* diskuteras föräldrastöd som inte är knutet till någon särskild ålder. I kapitel 9 behandlas program som syftar till att minska konflikter i

en familj och därigenom riskerna för skilsmässa. Metoderna går att använda oavsett barnens ålder, men har särskilt stora möjligheter om de erbjuds innan ett barn har fötts. I kapitel 10 diskuteras rådgivning per telefon. Ett skäl till att denna metod behandlas i ett särskilt kapitel är att många föräldrar efterfrågar sådant stöd.

En av de viktigaste källorna till stöd är den information föräldrar kan ta del av via medier, tidningar, tidskrifter, böcker, TV, radio, internet med mera. Sådant stöd behandlas i kapitel 11. Den form som utvecklas snabbast är internet. Formen ger föräldrar tillgång till specifik information när de själva önskar. Internet öppnar också möjlighet för föräldrar att dela med sig av de egna erfarenheterna. Dessa tillgångar har motiverat en särskild analys av en webbplats för föräldrar. Analysen presenteras i sin helhet i bilaga 3.

I uppdraget anges särskilt att effekter av föräldrars inflytande i förskola och skola ska analyseras. Föräldrar, och föräldrars inflytande inom dessa institutioner, är två frågor som överlappar varandra. Frågan om inflytande behandlas i kapitel 12. En tabellbilaga som ansluter till detta kapitel ingår som bilaga 4. I uppdraget anges även att frågan om barns inflytande ska analyseras. Denna punkt ingår i diskussioner av enskilda insatser. Men stöd av uppdraget har också en särskild analys sammanställts, ”När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt.” Statens folkhälsoinstitut; 2004. Den publiceras separat eftersom den inte har direkt koppling till utformning av föräldrastöd.

Både i Nordamerika och Nordeuropa är det vanligt att erbjuda socialt belastade familjer stöd som syftar till att utveckla barnens förståndsutveckling. Sådant stöd behandlas därför i kapitel 13, trots att erfarenheterna i Sverige är relativt begränsade.

Insatser för olika grupper av föräldrar analyseras i kapitel 14. Hälften av alla föräldrar är män. Trots detta erbjuds föräldrastöd främst till kvinnor. Detta förhållande speglar en äldre syn på kön och föräldraskap. Det krävs tydliga argument för att förändra denna inriktningen. Därför analyseras faders betydelse för barns hälsa och välfärd i en separat rapport, bilaga 5. I kapitlet diskuteras olika former av föräldrastöd bland annat sett från mäns och kvinnors perspektiv, olika sociala gruppers intresse och intresset bland föräldrar som är födda i och utanför Norden.

Del IV omfattar endast kapitel 15. Där presenteras en samlad analys av stöd till föräldrar.

I rapporten ingår även ett index och en ordlista.

1.

BAKGRUND OCH SYFTE

1.

BAKGRUND OCH SYFTE

Regeringsbeslut 2001-06-20 S2001/6077/ST

Uppdrag att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas

Bakgrund

Socialutskottet uttalade i sitt betänkande Barnomsorg med mera (bet. 1990/91:SOU2) att det måste skapas förutsättningar för en föräldrautbildning för föräldrar till barn som passerat spädbarnstiden. En sådan föräldrautbildning ska vara frivillig, men genomföras så att alla föräldrar får praktiska möjligheter att delta. Utbildningen bör bedrivas via barnhälsovård, barnomsorg och skola och kompletteras med insatser från frivilligorganisationer, såsom barn- och ungdomsorganisationer och studieförbund. Föräldrautbildningens syfte bör vara att ge ökade kunskaper om barns utveckling, samt att skapa kontakt och gemenskap med andra föräldrar och med barnomsorgs- och skolpersonal. Slutligen framförde utskottet att regeringen med utgångspunkt dels i vad utskottet här skisserat, dels i resultaten från det bedrivna förnyelsearbetet om föräldrautbildning, bör lägga fram förslag till hur en föräldrautbildning under förskole- och skolar kan utvecklas och stimuleras.

Riksdagen beslutade enligt Socialutskottets förslag att det som anförts skulle tillkännages regeringen (rskr. 1990/91:5).

Mot denna bakgrund tillsatte regeringen i mars 1997 Föräldrautbildningsutredningen, som i november samma år avlämnade betänkandet Stöd i föräldraskapet (SOU 1997:161). Betänkandet innehöll en genomgång av olika verksamheter med anknytning till föräldrautbildning och andra former av stöd till föräldrar. Bland annat beskrevs föräldrautbildning inom mödravårds- och barnavårdscentraler (MVC och BVC), föräldraverksamheter inom barnomsorg och skola samt föräldrastödande aktiviteter inom

socialtjänst och barnpsykiatri. Beskrivningarna gällde projekt och verksamheter som var bra och av nyskapande karaktär. I betänkandet fördes också diskussioner om vilka stödbehov föräldrar har jämfört med de verksamheter som faktiskt bedrivs. Utredningen pekar bland annat på att föräldrar med barn i tonåren inte får tillräckligt med hjälp i dag. När det gäller särskilda grupper av föräldrar konstaterar man att föräldrar med utländsk bakgrund, vars barn möter flera kulturer, ofta har särskilda behov av kunskaper. Utredningen ansåg också att föräldrar till barn med funktionshinder bör erbjudas kompletterande stöd avpassat efter deras och barnens behov och önskemål liksom nyblivna föräldrar med egna funktionshinder utifrån sina behov.

I betänkandet finns inga förslag till lagändringar eller särskilda stadsbidrag av det slag riksdagen behöver besluta om. Däremot pekar utredningen på behov av att föräldrastödet stärks inom kommuner och landsting, att frivilligorganisationer får stöd i sitt arbete med att informera föräldrar och att gränserna mellan olika huvudmän blir klarare. Utredningen pekar också på behovet av utvecklingsarbete inom området och att kunskaper sammanställs och sprids till dem som arbetar inom berörda verksamheter. Utredningen föreslår att resurser avsätts för detta och att uppdrag ges till berörda myndigheter att bistå med det arbetet.

Regeringen behandlade frågan om föräldrastöd i sin skrivelse till riksdagen Barn – här och nu – redogörelse för barnpolitiken i Sverige med utgångspunkt i FN:s konvention om barnens rättigheter (rskr. 1999/2000: 137) och sade där bland annat följande:

”Regeringen bedömer det som viktigt att föräldrar erbjuds stöd i sitt barnuppfostrande arbete. Det gäller både föräldrautbildning i grupp och mer individuellt inriktat föräldrastöd. Mycket tyder på att det är mer komplicerat att fostra barn i dag än tidigare. Många föräldrar har också nätverk som är begränsade.

Föräldrastöd måste ges lokalt. Statens roll i utvecklingsarbetet är att stödja de välfungerande modeller och metoder som kommer fram i det lokala arbetet. Folkhälsoinstitutet bör därför få i uppdrag att fånga upp, beskriva och föra vidare goda exempel. I det ligger också att man bör stödja kunskapsutveckling och utvärdering inom området. En central fråga är därvid hur erbjudandet till föräldrarna ska se ut för att det ska nå alla de föräldrar som bör nås med stödet.”

Uppdraget

Hur olika slags föräldrastöd och föräldrautbildning påverkar barnens situation i familjen är en viktig fråga som bör belysas. Barnkonventionen fastslår att barn i olika sammanhang har rätt till respekt för sin person. Barn har också rätt att bli hörda i frågor som berör dem. Hur dessa syften bäst tillgodoses i ett föräldrastödssammanhang är en viktig metodfråga.

I ett vidare demokratiperspektiv är det intressant att studera hur barn och föräldrar kan få vara med och bestämma om åtgärder som berör barnen och familjen i barnomsorg, skola och andra verksamheter där barnen finns. Detta är av betydelse för folkhälsoarbetet.

Om Statens folkhälsoinstitut finner att ytterligare utvecklingsverksamhet behövs inom vissa områden eller om viss verksamhet, som bedöms som angelägen, över huvud taget inte existerar, kan institutet stödja sådan verksamhet som bedrivs av landsting, kommuner eller frivilligorganisationer. Det är viktigt att denna verksamhet utvärderas så att det står klart att de metoder som används är bra och effektiva. Hur barnen påverkas av verksamheterna ska belysas.

Arbetsmetoder och villkor

Folkhälsoinstitutet ska ställa samman beskrivningar och analysera verksamhet som bedrivs på lokal nivå.

Institutet ska i arbetet samverka med Barnombudsmannen, Socialstyrelsen, Skolverket, Ungdomsstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet samt andra myndigheter och organisationer som Folkhälsoinstitutet finner lämpligt. Om det bedöms som lämpligt kan en referensgrupp bildas.

Arbetet ska bedrivas i projektform och pågå fram till den 30 juni 2004. Institutet ska senast den 30 juni 2002 och den 30 juni 2003 till regeringen lämna en redovisning i form av en delrapport om hur arbetet fortlöper. Uppdraget ska redovisas i form av en slutrapport senast den 31 december 2004.

Regeringens beslut

Regeringen ger Folkhälsoinstitutet i uppdrag att samla in, analysera och sprida kunskap om hur föräldrastöd av olika slag kan utformas för att göra verklig nytta.

Medel för uppdragets genomförande för år 2001 beräknas till 1 500 000 kr och ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 18:1 Bidrag till utveckling av socialt arbete med mera samt anslagspost 5 Insatser för att förverkliga FN:s barnkonvention i Sverige, delposten 5.3.

På regeringens vägnar

Ingela Thalén / *Sören Kindlund*

Syfte

Avsikten är att analysera hur föräldrastöd kan utformas för att främja barns välfärd och hälsa samt att klargöra hur dessa insatser kan spridas. Med ”barn” avses individer i ålder 0–17 år, enligt den definition som anges i FN:s konvention om barnens rättigheter [1].

Definition av begreppet föräldrastöd

I denna rapport behandlas direkt föräldrastöd. Det definieras som organiserade insatser för föräldrar som syftar till att främja barns välfärd, men innefattar inte indirekta insatser som familjelagstiftning och transfereringar (exempelvis barnbidrag).

Föregående utredningar

Behovet av föräldrastöd eller föräldrautbildning har diskuterats sedan sextioalet. Frågan har behandlats samlat i betänkanden från 3 olika utredningar: som en del i betänkandet om förskolan av 1968 års Barnstugeutredning, i 2 särskilda betänkanden från Barnomsorgsgruppen 1978 respektive 1980 samt i betänkandet från Utredningen om föräldrautbildning 1997.

I 1968 års Barnstugeutredning skissades en föräldrautbildning i 3 delar: för blivande föräldrar på mödravårdscentraler, för föräldrar på barnhälsovårdscentralen samt för elever i grundskolan och gymnasieskolan. För-

äldrautbildning via radio och TV, samt via fortbildningsorganisationer, lyftes fram som komplement till den organiserade verksamheten. I den skissade föräldrautbildningen låg fokus på förmedling av kunskaper om barns utveckling, barns känslomässiga behov och barns behov av ”tankemässig stimulans” [2].

År 1973 fick den så kallade Barnomsorgsgruppen genom en särskild skrivelse i uppdrag att utreda frågan ytterligare. Utredningen överlämnade 1978 betänkanden om föräldrautbildning för tiden kring barnets födelse [3] och 1980 för föräldrar med förskole- samt skolbarn [4]. Barnomsorgsgruppen föreslog 3 mål för föräldrautbildning: att öka kunskaper, att skapa möjligheter till kontakter föräldrar emellan samt att skapa möjligheter till medvetenhet om och påverkan av samhällliga förhållanden. Riksdagens överenskommelse med Landstingsförbundet om utbyggnad av den allmänna föräldrautbildningen inom mödra- och barnhälsovård byggde i huvudsak på Barnomsorgsgruppens första betänkande om föräldrautbildning kring barnets födelse.

I betänkandet från år 1980 behandlas föräldrautbildning för föräldrar med förskole- och skolbarn [3]. För föräldrar med barn i dessa åldrar fanns inget förslag till systematisk utbildning, motsvarande den utbildning som erbjuds inom mödravården och barnavården. Gruppen ansåg att den tidiga föräldrautbildningen i samband med barnets födelse erbjöd en kunskapsbas. Insatserna under förskole- och skolålder skulle i stället främst skapa möjligheter till kontakter föräldrar emellan samt medvetenhet om och påverkan av samhällliga förhållanden. Utredningen pekar på 3 olika aktörer som kan vara viktiga: frivilligorganisationer, till exempel studieförbund, förskola och skola samt media.

År 1997 ytterligare en utredning fram först en kartläggning [5] och sedan ett betänkande [6]. Utredningen föreslog att begreppet ”föräldrautbildning” skulle ersättas av ”stöd i föräldraskapet”. Utredningen understök att det är en fördel att föräldrar själva startar grupper, i stället för att endast delta i grupper som organiseras av mödra- och barnhälsovården. Det betonades att det var viktigt att föräldrarnas egna frågor och intressen låg till grund för diskussioner i grupperna. Utredningen pekade också på värdet av att parrelationer diskuterades.

Utredningen framhöll värdet av föräldrars inflytande på förskola, skola och skolbarnomsorg. Texten ger särskilt utrymme åt olika särgruppers behov. I några kapitel diskuterades stöd till föräldrar med invandrarbakgrund och till föräldrar till barn med funktionshinder. Vidare föreslog

utredningen en förnyad överenskommelse med Landstingsförbundet om utbildningen för blivande föräldrar och föräldrar med spädbarn samt ett tydligare kommunalt ansvar för information och samordning av föräldrastödjande verksamheter.

Remissinstanserna var överlag positiva till utredningens begrepp ”stöd i föräldraskapet” och till en översyn av överenskommelserna med kommun och landsting. Remissinstanserna var däremot mindre nöjda med att många förslag uppfattades vara allmänt hållna och vaga och att utredningen inte visat hur resurser skulle omfördelas. Remissinstanserna framhöll också att utredningen inte behandlade befintlig forskning och att den inte tog hänsyn till föräldrars efterfrågan.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag.

Referenser

1. Barnombudsmannen. Konventionen om barnets rättigheter. Barnombudsmannen. URL: <http://www.bo.se>.
2. Socialdepartementet. Förskolan: betänkande. SOU 1972:26. Stockholm: Liber förlag; 1972.
3. Socialdepartementet. Föräldrautbildning: betänkande från Barnomsorgsgruppen. SOU 1978:5. Stockholm: Liber förlag; 1978.
4. Barnomsorgsgruppen. Barn och vuxna: Barnomsorgsgruppens slutbetänkande om föräldrautbildning. SOU 1980:27. Stockholm: Socialdepartementet; 1980.
5. Socialdepartementet. Stöd i föräldraskapet. Kartläggning av föräldrautbildningen. Ds 1997:6. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
6. Socialdepartementet. Stöd i föräldraskapet: betänkande av Utredning av föräldrautbildning. SOU 1997:161. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.

2.

FÖRÄLDRASTÖD DIREKT
INRIKTAT PÅ BARNNS BEHOV

2.

FÖRÄLDRASTÖD DIREKT INRIKTAT PÅ BARNNS BEHOV

Stöd till föräldrar kan både inriktas på föräldrarnas och på barnens behov. Det som kommer föräldrarna till del gynnar ofta barnen, men detta är inte givet. Om exempelvis en verksamhet leder till att en förälder börjar tala mer med andra föräldrar, kan det förbättra föräldrarnas livskvalitet. Barnets situation kan indirekt också förbättras men sambandet mellan föräldrarnas kontakter och barnets situation kan vara försumbart. Mot denna bakgrund är det motiverat att diskutera föräldrastöd som primärt är inriktat på barnets behov separat från stöd inriktat på föräldrarnas behov. I detta kapitel diskuteras inriktning på barns behov och i det följande föräldrars behov.

Utgångspunkten är barns behov av omsorg. Först presenteras argument för att staten ska engagera sig i en fråga som primärt åvilar föräldrarna. Därefter följer ett avsnitt som diskuterar samband mellan föräldrars relation till sina barn och barnens hälsa och välfärd. I nästa del diskuteras de möjligheter som finns för att påverka denna relation och slutligen behandlas några överväganden kring utformning av insatser som syftar till att påverka relationen mellan föräldrar och barn.

Ansvar för barns välfärd

Barns omvårdnad – kort historik

Barn behöver andra människor för att överleva och utvecklas. Insatser från föräldrarna är avgörande. I de flesta samhällen medverkar också andra barn och andra vuxna. Denna insikt uttrycks i det afrikanska ordspråket ”Det krävs en by för att fostra ett barn”. Under större delen av mänsklighetens historia har barn varit omgivna av andra människor, inom och utom familjen, som har tagit ett direkt ansvar för barnens omvårdnad.

Under 1800-talet börjar de västeuropeiska samhällena att industrialiseras, vilket medförde att olika funktioner separeras i tid och rum. Vuxna började utföra en allt större del av sitt arbete utanför hemmet. Barnen blir då hänvisade till en mycket liten krets av vuxna, ofta endast modern. I de områden som först industrialiseras, exempelvis delar av Storbritannien, stiger barndödligheten under denna period [1]. Det finns flera förklaringar till detta: sämre föda, sämre vatten och sämre bostäder. Barnens omvårdnad blir också mer sårbar när endast en vuxen kan ta ansvar och det är troligt att denna sårbarhet bidrog till den ökade dödligheten.

Sverige industrialiseras sent, först i slutet av 1800-talet. Då har ett antal motåtgärder redan hunnit införas mot de problem som industrialisering och urbanisering medför, exempelvis förbättrade sanitära förhållanden. Det finns redan en allmän folkskola som tar hand om barn över 7 års ålder. Situationen för de mindre barnen är dock fortsatt påtagligt sårbar med en enda vuxen, vanligen modern, som ofta ensam har ansvar för barnens omvårdnad. Sårbarheten accentueras av att många mödrar av ekonomiska skäl måste arbeta utanför hemmet.

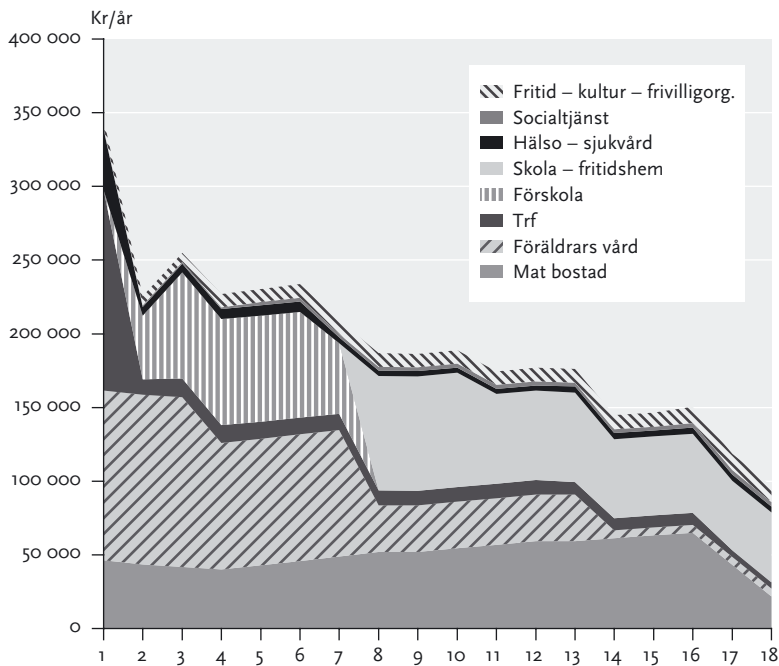
Under 1900-talet förbättras de materiella villkoren dramatiskt i Sverige. Barnens omvårdnad utanför hemmet utvecklas påtagligt. Den omfattar nu förskola, skola och en utbyggd, offentligt stödd fritidsverksamhet. Förskola och skola når de flesta barn från cirka 2 års ålder till slutet av gymnasiet vid cirka 18 års ålder. Även i början av 2000-talet är det dock fortfarande föräldrarna som ansvarar för den dominerade delen av barnens omvårdnad, särskilt under förskoleåren.

Det är inte givet hur föräldrarnas ansvar kan kompletteras av andra. I de förindustriella samhällena i Europa balanserades föräldrarnas skyldigheter av ansvar som åvilade släkt, släktgrupp och kyrka. I dagens höginkomstländer har detta ansvar till stor del överförs till nationalstaten, en förändring som har varit särskilt tydlig i de nordiska välfärdsstaterna [2]. I Sydeuropa, däremot, är nationalstatens ansvar för barnen mindre tydligt [3]. Detta avspelas i nationell lagstiftning där barn i mindre omfattning betraktas som självständiga individer, jämfört med i de nordiska länderna. Ett skäl till denna variation kan vara kyrkans ställning. I Sydeuropa är kyrkan fristående från staten, medan kyrkan i de nordiska länderna fram till helt nyligen varit en del av staten. Kyrkan har haft ett betydande inflytande över barns uppväxt i hela Europa, inte minst genom skolan. I Sydeuropa skulle

en betoning av statens ansvar kunna medföra minskat inflytande från kyrkan. Detta kan vara ett skäl till att familjens roll tydligare betonas där än i de nordiska länderna.

Föräldrarnas och nationalstatens ansvar för barnen

De resurser som barn tar del av kan beskrivas i ekonomiska termer, se figur 2:1. Föräldrarnas tid är den mest omfattande enskilda insatsen. I de beräkningar som legat till grund för figuren har värdet av föräldrarnas omvårdnad skattats med hjälp av uppgifter i tidsstudier och information om genomsnittlig lönenivå. Föräldrarnas tid för omvårdnad av barnen svarar för ungefär en tredjedel av alla insatser. Primärkommuner, landsting, stat och frivilligorganisationer svarar för ytterligare en dryg tredjedel, medan återstående tredjedel utgörs av värdet av mat, kläder och bostad.



Figur 2:1. Insatser för barn i Stockholms län 1995

Att skattemedel används för att finansiera drygt en tredjedel av alla insatser motiveras av uppfattningen att barns välfärd är en angelägenhet för alla i ett samhälle. Det finns en etisk grund för en sådan uppfattning. En rättsfilosof, Johan Rawls, diskuterar frågan i ett vidare sammanhang där frågan gäller vad som utmärker ett gott samhälle [4]. Rawls utgår från en tänkt situation där en människa föds i ett samhälle där hon inte vet vilken grupp hon ska höra till. Ett rättvist samhälle är konstruerat så som denna "okunniga" människa skulle ha konstruerat det. Ett samhälle där ett barn som föds i en fattig familj, och blir undernärt, kan av denna anledning inte betraktas som ett rättvist samhälle. Det gäller inte heller ett samhälle där barnets möjligheter till utbildning är beroende av föräldrarnas ställning. På liknande sätt går det att i tanken undersöka andra förhållanden. Sett från den "okunniga" människans perspektiv bör ett samhälle som ger likartade förutsättningar för alla barn kunna betraktas som mer rättvist och gott än ett samhälle där barn inte har dessa möjligheter.

Denna uppfattning har uttryckts i FN:s konvention om barns rättigheter [5]. Där anges att "Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling" (artikel 6). Enligt denna konvention betraktas således barns välfärd inte bara som en angelägenhet för föräldrar utan även som en angelägenhet för staten.

Att barn får del av förskola och skola, oavsett föräldrarnas egna ekonomiska situation, är uttryck för detta gemensamma ansvar för barnen. Det kan motiveras både från barnets och från samhällets perspektiv. För att barnet som vuxen ska kunna leva ett gott liv förutsätter det att barnet kunnat utveckla ett antal kompetenser som är grundläggande för att delta i samhällslivet. Hit räknas förmåga att läsa, skriva, räkna och färdighet att umgås med andra människor med mera. Sådana kompetenser utvecklar barnen bland annat i skolan. Ett samhälle som inte erbjuder alla barn denna möjlighet kan i dag knappast uppfattats som rättvist och gott. Kompetenser av denna karaktär är vanligen också en förutsättning för deltagande i arbetslivet och därigenom för den produktion som måste utföras för att samhället ska bestå. Det gemensamma intresset för barns välfärd kan således grundas både i uppfattningar om rättvisa och i ett gemensamt intresse för samhällets fortbestånd.

I Barnkonventionen anges vidare: "För att garantera och främja de rättigheter som anges i denna konvention skall konventionsstaterna ge lämpligt bistånd till föräldrar och vårdnadshavare då de fullgör sitt ansvar för

barnets uppfostran” (artikel 18), att ”Konventionsstaterna ... skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att utveckla ... föräldrarådgivning” (artikel 24) samt att ”Konventionsstaterna skall ... vidta lämpliga åtgärder för att bistå föräldrar och andra som är ansvariga för barnet att genomföra denna rätt och skall vid behov ... utarbeta stödprogram” (artikel 27).

En central fråga är i vilken omfattning det är befogat för staten att ge föräldrar stöd. Om föräldrars vård av de egna barnen inte motsvarar vissa minimikrav anger gällande svensk lagstiftning skyldighet för socialtjänsten att ingripa. Denna miniminivå berör ett begränsat antal barn. En större fråga är i vad mån det är berättigat för nationalstaten att söka påverka föräldrar i allmänhet i deras uppgift att ta hand om sina barn. Frågan kan diskuteras i etiska termer.

Etiska konflikter

En viktig aspekt rör konsekvenser för olika aktörers autonomi, det vill säga självbestämmande. En insats för barn, antingen direkt eller indirekt via föräldrarna, påverkar barnets autonomi, föräldrarnas autonomi och övriga vuxna medborgares autonomi. Om insatsen främjar barnets kompetenser främjas barnens autonomi, på kort och lång sikt, medan föräldrarnas autonomi inskränks. Om insatsen finansieras med skattemedel inkräktar den även på övriga medborgares autonomi, eftersom dessa medel annars skulle kunna användas till något som den enskilde bestämmer över. Det finns således en konflikt mellan föräldrarnas rätt till autonomi och barnets rätt till välfärd. Det finns ingen enkel lösning på denna konflikt, med det går däremot att väga argument för barnets rätt till hälsa och välfärd mot föräldrarnas rätt till autonomi.

En offentligt rekommenderad insats som är avsedd att stödja föräldrar minskar föräldrarnas egen möjlighet att självständigt bestämma hur de ska ta hand om sina barn. Ett intrång sker redan då en expert uttalar sig om hur föräldrar bör ta hand om barn. När Jean-Jacques Rousseau år 1762 publicerar boken *Emile*, eller om uppfostran pläderar han för att barnet ska få utvecklas i enlighet med sin egen individuella karaktär. Boken har haft ett stort inflytande och har därför indirekt begränsat föräldrars möjligheter att fritt använda strängt disciplinerade metoder.

Under 1920-talet förs en omfattande diskussion i Sverige kring föräldrarnas betydelse för barnen hälsa och utveckling [6]. Experterna pekar ut

mödrarnas okunskap som ett av de stora hoten mot barnens välfärd och anser det angeläget att föräldrarna, särskilt mödrarna, tillägnar sig moderna principer för att ta hand om barn. Barnläkare och andra professionella för brett ut sin uppfattning om hur barn bör tas omhand. Ett exempel på en sådan princip är att barn bör ammas endast på bestämda tider, vanligen var fjärde timme. Impulserna att ge barnen mat när de skrek skulle mödrarna lära sig att undertrycka.

Sett i ljuset av dagens kunskap var många råd direkt felaktiga. De uttryckte också en nedvärdering av de erfarenheter mödrarna själva tillägnat sig. Under de senaste decennierna har också de råd som getts av experter till föräldrar vanligen präglats av en större ödmjukhet. Intrång finns dock fortfarande så snart en expert eller en offentligt stödd verksamhet uttalar sig om hur föräldrar bör möta sina barn [7, 8].

Det som kan försvara en inskränkning av föräldrarnas autonomi är om det finns en stor enighet om att en viss insats har stort värde för barnet. En sådan insats är allmän skola. Skolan uppfattas som så betydelsefull att föräldrarna inte har rätt att låta barnet avstå från skolgång. Även barnhälsovård och förskola uppfattas ha stort värde för barnen. Här finns dock ingen skyldighet för föräldrarna att använda tjänsten utan endast ett erbjudande. Därigenom minskar intrånget i föräldrarnas autonomi. Det skulle dock inte vara tillfredsställande om endast de bäst ställda föräldrarna skulle använda sig av dessa erbjudanden. Frivilligheten skulle då ha som pris att barn i sämre ställda familjer skulle missgynnas.

I Sverige har det varit möjligt att nå en mycket hög täckning inom dessa verksamheter även med frivilligt deltagande. Ett väsentligt skäl är att de allra flesta föräldrar uppfattar insatsen som meningsfull. Ett krav på en föräldrastödande insats bör därför vara att den är frivillig och att en stor del av alla föräldrar vill delta. Att förena dessa 2 krav är inte enkelt. Det är inte ovanligt att en arrangör av ett frivilligt erbjudande anger att ”de som verkligen skulle behöva delta inte kommer”. Det innebär att arrangören lägger ansvaret för uteblivandet på föräldrarna. I denna diskussion är det dock mer meningsfullt att konstatera att insatsen är mindre lämpligt utformad.

Synen på barnens rätt å ena sidan och föräldrarnas rätt å andra sidan varierar olika samhällen emellan. Samhällen som betonar traditionen framhåller vanligen föräldrarnas rätt, exempelvis inom flera EU-stater i Sydeuropa. I Norden däremot är betoningen vid traditionen svagare och

barns rätt betonas här i större utsträckning. Detta förhållande talar för att det finns särskilt goda möjligheter att utveckla föräldrastöd i Sverige.

Experters inflytande

Det etiska problemet med experternas inflytande över privatlivet kvarstår dock delvis, trots frivillighet. Problemet med experternas inflytande är inte begränsat till sättet att ta hand om barn. Men frågan blir tydligare här än på många andra områden, eftersom sättet att förhålla sig till de egna barnen är en mycket personlig fråga samtidigt som föräldrar är angelägna om att barn tas om hand på bästa möjliga sätt. Den tyske filosofen Habermas har behandlat frågan om det privata ställt mot det offentliga [9]. Habermas skiljer mellan "livsvärlden" och "systemvärlden". Livsvärlden utgör den värld som vi har direkta erfarenheter av. Systemvärlden innefattar det rationella tänkande som härrör från vetenskap och byråkrati och som i allt högre grad tränger in i vår uppfattning om vad som är verklighet. Habermas uppfattning är att konflikten mellan de 2 världarna går att utjämna genom öppen diskussion. Det innebär att även om vetenskapligt utförda studier skulle peka på att ett visst sätt att ta hand om barn skulle vara bättre, kan inte detta betraktas som en given "sanning". Denna sanning måste brytas mot föräldrars egna konkreta erfarenheter och dessa måste bemötas med samma respekt som de vetenskapliga sanningarna.

Psykologen Inga Gustafsson har medverkat vid utformningen av dagens föräldrastöd inom mödra- och barnhälsovården [10]. Hon ställer ett intuitivt upplevt föräldraskap emot experternas uppfattning [11]. Inga Gustafsson framhåller att experternas kunskap har utvecklats i en praktik som är inriktad på det som är avvikande. Denna kunskap är svår att använda för föräldrar när barn inte har problem. Ett vetenskapligt baserat föräldrastöd skulle därför vara kontraproduktivt. Denna kritik anknyter till Habermas diskussion om livsvärlden och systemvärlden. Också andra författare pekar på den osäkerhet bland vanliga föräldrar som utvecklas då barndom och föräldraskap blir föremål för vetenskapliga studier som gör anspråk på att ge allmängiltig kunskap [12].

Det förefaller dock tveksamt om ett gott föräldraskap bäst främjas av att avvisa den kunskap som utvecklats inom systemvärlden. Ett skäl är att föräldrar i allmänhet önskar ta del av den kunskap som finns [13]. Ett annat skäl är att alla föräldrar genom medierna exponeras för systemvärld-

dens kunskap. Ett exempel på detta är den omfattande diskussion om ADHD/DAMP som förts i svensk media under det senaste decenniet. Det förefaller således inte lämpligt att söka avvisa systemvärldens kunskap. Det önskvärda är i stället att främja kritisk reflektion kring den kunskap om barn och föräldraskap som presenteras. Det är också rimligt att använda den kunskap som verkar kunna leda till en bättre hälsa och välfärd för barn, förutsatt ett prövande förhållningssätt. Det innebär bland annat att insatser fortlöpande måste utvärderas.

En risk med att använda den kunskap som utvecklats inom systemvärlden är att föräldraskapet intellektualiseras. Föräldrar får tillgång till begrepp som kan vara användbara i samtal, men kanske inte påverkar vardagen med barnet. Risken för intellektualisering är tydlig i dagens föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovård, eftersom insatsen är begränsad till att deltagarna diskuterar olika frågor som rör föräldraskap. De utvärderade metoder som refereras i kapitel 6–8 betonar däremot praktiska övningar av olika färdigheter. En sådan praktisk inriktning förefaller vara en förutsättning för att barnen direkt ska kunna dra nytta av insatsen och motverkar också risk för intellektualisering.

Frivillighet för föräldrarna löser inte problemet med effekterna på de skattebetalande medborgarnas autonomi. Ett vanligt sätt för att klargöra konflikter av denna typ är att ställa värdet av den ”nytta” för barnens som insatsen leder till mot de kostnader de medför. Om argument för föräldrastöd främst grundas i värderingar om hur ett gott föräldraskap bör utformas, då är det mer problematiskt att försvara en kostnad.

Kunskapen om olika föräldrastödjande insatserns effekt har ökat påtagligt under det senaste decenniet. I en omfattande översikt av förebyggande insatser som behandlar litteratur publicerad fram till 1990, konstateras att det är tveksamt om stöd till föräldrar har påvisbar effekt [14]. Som framgår av kapitel 3 finns nu omfattande kunskap om att sådana insatser verkligen har effekt. De flesta av de studier som refereras i kapitlet har publicerats efter år 1990.

Ett krav på föräldrastöd är således att det är visat att insatsen verkligen främjar barnets välfärd. Därför är det nödvändigt att diskutera vad detta krav innebär.

Barns välfärd

Inom nordisk välfärdsforskning uppfattas välfärd vanligen som en samlad benämning för människors levnadsförhållanden. En beskrivning av människors välfärd bygger på en redovisning av deras arbetsmiljö, boende, ekonomi, fritid, hälsa, materiella tillgångar, medborgerliga aktiviteter, sociala relationer, sysselsättning, transporter, trygghet samt utbildning [15]. Denna uppfattning om välfärd ligger nära begreppet förmåga (engelska *capability*) som ekonomen Amartya Sen använder för att beskriva människors förutsättningar för att leva de liv de själva önskar [16]. Filosofen Martha Nussbaum, som arbetat tillsammans med Sen, har ytterligare utvecklat analysen av förutsättningarna för ett fullt mänskligt liv [17]. Hon anger ett antal kompetenser (*capabilities*). Däri ingår förmågan att kunna använda sinnet, kunna föreställa sig, använda förnuftet, kunna värdera och välja, knyta an känslomässigt till andra människor, glädja sig och leka, kritiskt reflektera över det egna livet, delta i sociala sammanhang och i det politiska livet samt att kunna uppfatta sig själv som en individ som är värd respekt från andra människor [17].

Dessa begrepp har utvecklats för att beskriva människors välfärd i allmänhet. De gäller både för barn och för vuxna, och såväl i låg- som höginkomstländer. Situationen för barn i ett höginkomstland som Sverige har dock flera särdrag. Det som begränsar barns livsvillkor är mer knutet till relationen människor emellan än till materiella resurser. Materiella villkoren har fortsatt betydelse, men främst genom effekter på sociala relationer. En tonåring kan exempelvis bli utesluten från umgänget med kamratgruppen om hon själv inte har råd med en biljett till en musikkonsert medan alla andra i gruppen har det. Effekten är social, även om den aktuella resursen är materiell.

Också variationer i hälsan bland barn har i allmänhet stark knytning till relationer människor emellan. De flesta hälsoproblem under uppväxtåren är vanligare i socialt mindre gynnade grupper [18]. Variationen kan ofta knytas till skillnader i samspel mellan barn och andra människor. Det viktigaste enskilda hälsoproblemet bland barn efter 1 års ålder är psykisk ohälsa. Denna form av ohälsa har uppenbar knytning till relationer människor emellan.

Under tonåren och i ung vuxen ålder börjar stora grupper av ungdomar att använda substanser som påverkar känslor och upplevelser, främst alkohol, tobak och olagliga droger. Hälsoeffekterna är tydligare i vuxen ålder

än under uppväxten. Också dessa risker för ohälsa har i Sverige tydligare knytning till relationer människor emellan än till materiella villkor.

Relationer mellan människor är således avgörande för barns hälsa och välbärd. Den enskilda relation som betyder mest under uppväxten är relationen till föräldrarna. Det innebär att insatser som främjar goda relationer mellan barn och föräldrar har mycket stora möjligheter till att främja barns hälsa och välbärd.

Psykisk ohälsa

1900-talets förändringar av de materiella villkoren har medfört att barns *fysiska hälsa* dramatiskt har förbättrats. År 2000 har exempelvis spädbarnsdödligheten sjunkit till en tjugondel av dödligheten hundra år tidigare. Samtliga fysiska hälsoproblem hos barn, med undantag för astma, har visat en gynnsam trend, även under 1990-talet.

Tendenserna för barns psykiska hälsa är däremot oroande, särskilt som psykisk ohälsa är det största enskilda hälsoproblemet i hela åldersperioden 1–44 år [19]. Flera studier tyder på att psykiska problem har ökat bland barn och unga sedan början av 1990-talet. Undersökningar i ålder 16–24 år tyder på att symtom som oro, ångest och sömnsvårigheter har upp till tredubblats under perioden [20] och studier av 15-åringar tyder på ökning av symtom som huvudvärk, magvärk och nedstämdhet med upp till 40 procent under perioden [21]. En liknande utveckling rapporteras exempelvis från Norge [22]. Det finns ingen tydlig förklaring till utvecklingen.

Riskfaktorer för ohälsa i vuxen ålder grundläggs delvis under uppväxtåren. Detta gäller bruk av tobak, alkohol och droger, kost- och motionsvanor samt övervikt. Det finns ett tydligt samspel mellan dessa beteenden och psykisk ohälsa. Det innebär att en av de främsta möjligheterna till att förändra dessa risker för ohälsa i vuxen ålder ligger i att förbättra barns psykiska hälsa.

Insatser för föräldrar erbjuder en av de främsta möjligheterna till att förebygga denna typ av problem. En amerikansk studie visar att förekomsten av allvarlig fysisk och psykisk sjuklighet i 55–60 års ålder var 3 gånger lägre om båda föräldrarna under uppväxten varit varma och omvårdande [23]. Den sjuklighet som studerades inkluderande hjärt-kärlsjukdom och alkoholism. Bedömningen gjordes av individerna själva då de var omkring 20 år gamla. I jämförelsegruppen hade ingen av föräldrarna tydligt visat

sådant förhållningssätt till barnen. I undersökningen hade man tagit hänsyn till andra förhållanden som skulle kunna förklara resultatet. Det går dock inte att vara helt säker på att föräldrarnas förhållningssätt var avgörande. Därför krävs experiment där barnen följs från uppväxtåren till vuxen ålder.

Ett sådant försök har genomförts i Finland och påbörjades under 1970-talet i Helsingfors. I undersökningen fördelades vanliga föräldrar med nyfödda barn slumpvis i 2 grupper. Den ena gruppen fick en gång i månaden tillfälle till rådgivning i hemmet av en person med särskild utbildning kring barn och föräldraskap. Den andra gruppen hade enbart tillgång till reguljär verksamhet. Barnen i dessa familjer följdes sedan i upprepade undersökningar. Barnen i försöksgruppen hade genomgående mindre psykiska problem. Vid 20–21 års ålder uppvisade 17 procent i kontrollgruppen psykiska problem, vilket är relativt genomsnittligt [24]. I försöksgruppen däremot hade förekomsten av motsvarande problem reducerats till en tredjedel. Denna undersökning, liksom ett flertal andra, pekar på att insatser för föräldrar kan ha avsevärda effekter.

Det är anmärkningsvärt att de måttliga föräldrainsatserna i den finska studien kunde ge så påtagliga effekter mer än 15 år efter hembesöken. Resultaten går att förstå från det utvecklingshistoriska perspektiv som skisseras ovan. Fram till industrialiseringen för drygt hundra år sedan växte de flesta barn upp tillsammans med flera vuxna och flera andra barn som de hade nära relationer till. Det som sedan hänt är att barn blivit mer hänvisade till en eller 2 vuxna i familjer där nästan hälften av alla barn är första barnet. I denna moderna familj har föräldrarna sällan nära tillgång till andra vuxna, som har tidigare erfarenhet av barn och som kan hjälpa dem att utveckla den egna kompetensen som föräldrar. Den finska insatsen, liksom andra former av föräldrastöd, kan således uppfattas som ett sätt att rätta till ett av de problem som utvecklingen av den moderna familjen har medfört.

Relationen mellan barn och föräldrar

Goda relationer mellan föräldrar och barn

I alla tider har det funnits föreställningar om vad som utmärker ett gott föräldraskap. Föreställningarna förmedlas som berättelser eller som råd. Uppfattningar om det goda föräldraskapet har nära förbindelse med bilder av ett gott liv i allmänhet. I dag är vi medvetna om att sådana bilder är knutna till tid och kultur. Det finns olika sätt att förhålla sig till denna relativitet. Några kan hävda att eftersom föreställningarna varierar, måste varje enskild människa (förälder) själv välja den ståndpunkt som hon eller han ser som rätt. Man avvisar möjligheten att generalisera. En sådan ståndpunkt kan betecknas som postmodern eller nyliberal.

Den analys av välfärd som filosofen Martha Nussbaum gör representerar ett alternativt förhållningssätt [17]. Även Nussbaum avvisar tanken om universellt giltiga beskrivningar av det goda livet. Hon hävdar att det ändå går att preliminärt identifiera egenskaper (kompetenser) som krävs för ett fullvärdigt mänskligt liv. Nussbaum närmar sig frågan genom att undersöka myter och andra berättelser. Hon ställer frågan, liksom Aristoteles, vad det är som skiljer människor från gudar – och från odjur. Med denna metod identifierar hon en preliminär lista över egenskaper som utmärker just människor. Listan inkluderar förmågan att knyta an känslomässigt till andra människor.

Denna framställning bygger på det synsätt som Nussbaum representerar, det vill säga att det är möjligt att preliminärt beskriva kompetenser som är önskvärda. I detta sammanhang handlar det om att egenskaper hos föräldrar kan gynna barns välfärd och utveckling [25]. Två egenskaper har under lång tid uppfattats vara värdefulla: att föräldrar visar *värme* mot barnen och att föräldrar kan styra (*sätta ramar för*) barnens beteenden. Ett stort antal studier, där barn har följts under flera år under uppväxten, har bekräftat betydelsen av dessa egenskaper [26, 27]. Det finns dessutom tydligt stöd för uppfattningen att föräldrarna också kan främja barnens *förståndsmässiga* utveckling.

En del forskare som fokuserar det genetiska arvets betydelse för barns beteende hävdar att uppväxtmiljön, i familj, förskola och skola, har ringa betydelse [28]. Föräldrar betar sig visserligen olika mot barn, men detta uppfattas i första hand vara resultat av barnets egenskaper och inte tvär-

tom. Variationer barn emellan förklaras till stor del av kontakter med kamrater. Kamrater väljer barnen utifrån de egna genetiska förutsättningarna. Enligt denna forskningstradition kan föräldrars förhållningssätt ha betydelse, men först vid betydande avvikelser från genomsnittligt föräldraskap.

Den genetiska forskningen bygger till stor del på jämförelser av enäggs- och tvåäggstvillingar där man allmänt söker särskilja betydelsen av miljö och arv. Undersökningarna innehåller sällan specifika bedömningar av olika sätt för föräldrar att förhålla sig mot barnen. Slutsatsen om föräldrarnas begränsade betydelse är således indirekt. Experiment ger betydligt säkrare underlag för bedömning av olika faktorerers betydelse jämfört med dessa undersökningar. I kapitel 4 och 6–8 refereras ett stort antal experiment som visat att insatser som leder till att föräldrar förändrar sitt förhållningssätt också leder till förändringar av barnens beteende, både på kort och lång sikt. Många av dessa program bygger på principerna om att främja relationer där föräldrar ger barnen värme och ramar. Detta talar för att den beteendegenetiska forskningen ger en alltför snäv bild.

Värme i relationen mellan barn och föräldrar

Den egenskap hos föräldrarna som barn värderar högst är att föräldern visar omsorg och värme [29]. Föräldrarnas värme är viktigare än familjens materiella förhållanden och är inte sällan viktigare än relationen till kamraterna. En vuxen som visar värme mot ett barn lägger först märke till något hos barnet, tolkar innebörden och visar sedan att han eller hon förstår barnet. Att visa värme är således inte något ogripbart som bara är givet och därför inte går att förändra.

Det första steget i samspelet mellan förälder och barn är förälderns tolkning av barnets uttryck. Tolkningen är avgörande för vilken reaktion som sedan följer. Exempelvis, om en förälder tolkar ett spädbarns skrik som uttryck för ilska blir reaktionen helt annorlunda än om skriket uppfattas som uttryck för att barnet känner sig ensamt. Ett ytterligare exempel. När en treåring vägrar att klä på sig kan det vara uttryck för att treåringen vill fortsätta att leka med något inomhus, men det kan också bero på att treåringen är trött och inte orkar ge sig iväg. Förälderns reaktion blir helt olika beroende av vilken tolkning föräldern gör.

En förälders möjlighet att tolka ett barns beteende hänger nära samman med hur väl föräldrarna känner till vad barnet gör och tänker. För ett äldre

barn förutsätter det att barnet berättar vad han eller hon gör, vilket i sin tur kräver att barnet har förtroende för föräldrarna. Ett sådant förtroende utvecklas av att föräldrarna tidigare visat att de förstått barnet [30]. Barn och föräldrar påverkar således varandra ömsesidigt. Om föräldrarna visar värme är det större möjlighet för att barnet ska möta föräldrarna positivt, vilket i sin tur gör det enklare för föräldern att visa värme och så vidare. Det omvända gäller också. Förstår föräldern inte barnet är risken större att barnet ska reagera negativt, vilket i sin tur gör det svårare för föräldern. Det finns således både goda och onda cirklar.

Troligen är föräldrarnas tolkning av barnet den mest avgörande delen i samspelet. Även med en given tolkning finns det dock flera sätt att reagera. *Tydliga budskap* underlättar samspelet och minskar risker för senare problem [31]. Klara och specifika uppmaningar som lätt kan förstås av barnet ("Peter, plocka upp din jacka från stolen!") är bättre än diffusa ("Var nu en snäll pojke!").

När föräldern lämnar *konsekventa budskap*, och fullföljer som sagts, då underlättas det fortsatta samspelet och risken för problem minskar. Tomma hot är verkningslösa, eftersom barnet då lär sig att inte lita på, eller lyssna på vad föräldern säger. Inte sällan betyder det mer vad föräldern gör än vad föräldern säger. Konsekventa budskap, som både är begripliga och inte kombineras med våld, förefaller vara särskilt viktiga [32]. Om föräldrar reagerar oförutsägbart kan det leda till ett negativt samspel. Ett exempel är då föräldrar ibland ger med sig för att förhindra ett temperamentsutbrott och vid andra tillfällen ger hårda bestraffningar för minsta överträdelse.

Om föräldrarna lämnar utrymme till ett visst *självbestämmande* för barnet minskar risken för senare problem [33]. Detta kan på det praktiska planet innebära att föräldern erbjuder barnet valmöjligheter. För ett barn i förskoleåldern kan det exempelvis innebära möjlighet att välja att dricka juice eller mjölk, eller att välja färg på en mössa.

I många undersökningar som granskat barns och föräldrars agerande och reaktioner i konfliktfyllda familjer har man noterat att konflikterna i dessa familjer sällan löses upp. Problem som dyker upp leder till att föräldrarna reagerar aggressivt gentemot barnet och barnet svarar på detta med aggressivt beteende. Nästa gång som en konflikt uppträder i familjen startar inte bråken på en låg nivå utan eskalerar snabbt till hätska gräl. Över tid

kommer även små händelser att leda till häftiga konfrontationer [34]. Således kan avsaknad av värme leda till ett allt kyligare klimat i familjen, likaväl som förståelse föräldrar och barn emellan kan leda till mer värme och stabilitet.

Samspelet med föräldrarna påverkar barnets förmåga till samspel med andra människor senare i livet. Särskilt tydligt är sambandet mellan det samspelsmönster som utvecklats under barnets första 18 månader och senare social förmåga [35]. Värme i kontakt mellan föräldrar och barn främjar således social kompetens liksom flera av de andra kompetenser som behandlas ovan. Särskilt viktigt är det att barnet tillägnar sig en uppfattning om den egna personen som värdefull och om den sociala omvärlden som förutsägbar.

Sätta ramar för barnet och ge stimulans

En jämförbar växelverkan mellan barn och förälder gäller även för föräldrarnas förmåga att sätta ramar för barnet. Om barnet känner till vilka gränser som gäller, då behöver barnet inte pröva var gränserna går. Då kan barnets, och föräldrarnas, energi ägnas åt samspel som ger mer positivt utbyte än kamp om gränser.

Det finns även en växelverkan mellan stimulans och nyfikenhet och därigenom beredskap för ytterligare lärande. Således kan även stimulans av den förståndsmässiga och språkliga utvecklingen främja goda cirklar.

Förutsättningar för goda relationer mellan föräldrar och barn

De yttre villkoren är avgörande för goda relationer mellan föräldrar och barn. Föräldrar som lever under pressade sociala villkor kan ha svårt för att utveckla goda relationer med barnen [36]. Insatser i form av föräldraför-säkring, barnbidrag och arbetsmarknadspolitik är därför centrala för att främja goda relationer mellan barn och föräldrar. Detta gäller även familjelagstiftning.

En förutsättning för goda relationer mellan barn och föräldrar är tid. I de undersökningar av barns välfärd (Barn-ULF) som påbörjades 2000 ställs bland annat frågan till barn i åldern 10–18 år ”Hur mycket tid har mamma respektive pappa för dig?” [37]. Av barnen tycker 11 procent att mamma har för lite tid och 14 procent att pappa hade för lite tid. Av barnen tycker 2–3 procent i stället att mamma eller pappa har för mycket tid. Att

båda föräldrarna har för lite tid anger bara 3 procent. De flesta barn är således nöjda med den tid föräldrar ägnar åt dem. Värt att notera är att åsikterna om föräldrars tid inte skiljer sig nämnvärt mellan barn i olika åldrar. Det är vanligare att barn till högre tjänstemän uppger att föräldrarna har för lite tid för dem, jämfört med barn till arbetare.

Föräldrarnas bild av situationen i hemmet skiljer sig från barnens. I Barn-ULF tillfrågas föräldrarna inte om relationen till barnen. Däremot fick föräldrarna ange i vad mån de känner sig psykiskt utmattade när de kommer hem från arbete. Att känna sig utmattad vid hemkomst kan förväntas påverka relationen till barnen. Sjutton procent av mödrarna och 7 procent av fäderna angav att de kände sig utmattade. Det var vanligare bland de mödrar som hade längst arbetstid att känna sig utmattade. Barnen till dessa mödrar angav dock inte att de fick mindre tid från mödrarna. Det fanns inte heller något samband mellan fädernas arbetstider och barnens upplevelse av att fadern inte hade tid för dem. Detta talar för att barns och föräldrars upplevelse av situationen i hemmet delvis har olika grund.

Statistiska centralbyrån har genomfört upprepade undersökningar av tidsanvändning. En jämförelse mellan 1990/01 och 2000/01 visar att både mäns och kvinnors fritid har ökat [38], kvinnornas fritid genom att hemarbetet minskat och männens genom att förvärsarbetet minskat. Föräldrarnas tid med barnen har förändrats obetydligt.

En särskild analys av dessa tidsstudier tar sin utgångspunkt i barnet [39]. Denna analys tyder på att föräldrars tid med barnen tydligt förefaller ha minskat, främst för de minsta barnen. Minskningen verkar dock ha enkla förklaringar. En stor del av förändringen hänger troligen samman med att barnomsorgen/förskolan byggts ut under 1990-talet. Vidare har det blivit vanligare att barn till föräldralediga finns i förskola eller familjedaghem och att barn deltar i fler aktiviteter utanför familjen. Föräldrar förefaller också tillbringa mer tid med ett barn i taget. Det innebär att varje barn får mindre tid med föräldrarna, men sannolikt även att föräldern interagerar mer med det enskilda barnet under denna tid.

Det framträder således en relativt gynnsam genomsnittlig bild av föräldrars tid med barnen. Den stämmer dåligt med den bild av ökad tidsbrist som framkommer i media. Det är möjligt att bilden i media mer avspeglar situationen för särskilda grupper, exempelvis välutbildade föräldrar vars barn oftare anger att föräldrarna inte har tillräckligt med tid för dem. Sam-

mantaget förefaller dock brist på tid i allmänhet inte vara den faktor som avgörande inskränker på föräldrars möjlighet att utveckla goda relationer till barnen.

Barns uppfattning om relationen till föräldrarna

I Barn-ULF tillfrågas barnen också om de brukar prata med föräldrarna om sina bekymmer [37]. Hälften gör det men 19 procent anger att de vare sig talar med far eller mor och 46 procent anger att de inte talar med far. Detta tyder på att det är vanligt att relationerna till föräldrarna, särskilt till far, inte är optimal. Ett ytterligare stöd för denna uppfattning ger uppgifterna i samma undersökning om hur väl barn och föräldrar kommer överens. Femton procent anger att de inte kommer bra överens med mor och 17 procent att de inte kommer bra överens med far. Det är vanligare att barn till arbetare inte kommer överens med föräldrarna, särskilt inte med far.

Barnombudsmannen har tillfrågat skolbarn bland annat om deras relationer med föräldrarna. Både frågeformulär och intervjuer har använts [40]. De flesta är nöjda med sina relationer i familjen medan 10 procent inte är nöjda. I Barnombudsmannens undersökning är barnen yngre, vilket kan förklara den gynnsammare bild som framkommer i denna. De positiva föräldraegenskaper, som barnen särskilt lyfter fram, är kärlek och förståelse. Barnen önskar också föräldrar som lyssnar på dem och engagerar sig i både skol- och fritidsaktiviteter. Fler barn anser att det är viktigare att mamma ”öser lovord över sitt barn” än att pappa gör det.

De flesta barn är med andra ord nöjda med sina relationer med föräldrarna men en inte obetydlig grupp upplever sig endast få begränsat stöd från föräldrarna. Detta är särskilt tydligt i relationen till far där hälften anger att de inte brukar tala med honom om det som bekymrar dem. Det går att värdera denna uppgift på flera sätt. Om motsvarande undersökning genomförts för 50 år sedan hade troligen färre barn uppgivit att de upplevt sig få stöd från far. Bilden kan därför förefalla gynnsam. Å andra sidan, om en vuxen valde att leva tillsammans med en man, och hälften angav att de inte brukade tala med honom om det som bekymrade dem, då skulle det vara anmärkningsvärt om personerna i fråga valde att fortsätta bo tillsammans med honom. Sådan är dock relationen mellan barn och far, och barnen har i allmänhet inte möjlighet att välja var de ska bo.

Således, relationerna mellan föräldrar och barn förefaller inte vara optimala. Förklaringen är troligen inte brist på tid. Det är därför motiverat att undersöka i vad mån det är möjligt att stödja en utveckling mot bättre relationer mellan föräldrar och barn.

Att påverka relationen mellan barn och föräldrar

Att påverka föräldrars relation till barnen

Frågan är hur föräldrar kan stödjas i sin förmåga att ge barn värme, sätta ramar och ge stimulans. Ett sådant stöd bör utgå från principer för människors normala sätt att tillägna sig olika beteenden. Inom folkhälsoområdet används sådana principer vid utformningen av program som syftar till att stödja förändringar av beteenden som har betydelse för hälsan.

En första princip utgår från *social inlärningsteori* [41]. Principen är enkel – vi lär oss beteenden genom att iaktta hur andra människor gör. I första hand lär vi oss genom att direkt iaktta andra människor. Även andra människors berättelser kan påverka oss. Principen går att överföra till föräldrastöd. Om föräldrar träffas tillsammans med sina barn kan de se hur andra gör, exempelvis när de visar värme mot barnen. Detta kan ge tillfälle för föräldrarna att utveckla förmågan att visa värme mot barnen. I praktiken sker detta exempelvis på en öppen förskola.

Sett i ett historiskt perspektiv har troligen inlärning genom att iaktta andra varit den dominerande principen för att överföra föräldrafärdigheter från en generation till en annan. En förutsättning för detta är att flera vuxna tillsammans tar hand om barn. I de flesta kulturer brukar flera vuxna, vanligen kvinnor, utföra hushållssysslor tillsammans samtidigt som de tar hand om barnen. De vuxna kan då lära av varandra. Vår egen kultur, där ofta en ensam vuxen tar hand om ett eller 2 barn, är troligen ett undantag. Detta medför betydande svårigheter för föräldrar att tillägna sig färdigheter genom att direkt lära av andra.

I viss omfattning går det att skapa mötesplatser där föräldrar vistas tillsammans med sina barn. Öppen förskola är en sådan mötesplats för föräldrar med små barn. Lekplatser och kaféer är andra platser som kan ha denna funktion. Den främsta begränsningen är att tiden föräldrar kan vistas där blir mycket begränsad – långt ifrån situationen i ett hushåll

med flera barn och flera vuxna som tillbringar dagarna tillsammans.

Inlärnin g kan i viss mån ske genom att föräldrar får höra hur andra föräldrar gör i olika situationer. Sådan inlärnin g är möjlig då föräldrar träffas och gemensamt talar om hur det är att ha barn. Här finns dock tydliga begränsningar. Den främsta är att en stor del av det vi gör kan vara svårt att verbalisera. En förälders berättelse kan också tolkas på många olika sätt. Överföring av kompetens genom samtal främjas troligen av att berättelserna är konkreta. Detta kan kräva att samtalen är strukturerade på förhand. Om en professionell berättar om olika sätt att ta hand om barn kan berättelserna bli tydligare. Begränsningen är dock att föräldrar i allmänhet har svårare att identifiera sig med en professionell än med andra föräldrar med samma bakgrund. Inlärnin gen blir därför sämre.

En andra princip för inlärnin g går under den engelskspråkiga beteckningen *self efficacy*, som kan översättas med tilltro till den egna förmågan att genomföra ett specifikt beteende [42]. Principen kan förefalla trivial: möjligheten för att en människa ska genomföra ett beteende ökar om hon tror sig om att kunna göra det. Det intressant är att denna tilltro går att påverka. Den främsta källan till tilltro är att själv tidigare ha lyckats med frågan. Praktiskt går det därför att främja visst beteende genom att erbjuda föräldrar möjlighet att pröva förändringar i *små steg* av sättet att vara mot barnen. Då har föräldern stor möjlighet att lyckas, vilket ökar deras tilltro och därigenom möjligheterna till större förändringar. Detta kan ske genom att föräldrarna får tillgång till en strukturerad metod eller till upprepad rådgivning som utgår från denna princip.

Föräldrars tilltro till den egna förmågan utvecklas i första hand genom egna erfarenheter. I viss mån påverkas dock tilltron även av *vad andra människor säger*. Exempelvis kan en förälder få höra att deras eget sätt att ta hand om barn är bra, vilket stärker tilltron till den egna förmågan att vara förälder. Effekten av andras uttalanden är dock avsevärt svagare än den egna direkta erfarenheten av att ha lyckats.

Principen för att främja *self efficacy* kan förefalla enkel. Rådgivning inom exempelvis hälso- och sjukvården är dock inte sällan utformad så att föräldrar får veta att de gör olika *fel*. Uppenbart leder det till att föräldrarnas tilltro till den egna förmågan att vara förälder undergrävs. Detta kan sedan minska förälderns förmåga att tillägna sig sådana beteenden som främjar barnets välfärd.

Människors beteenden påverkas även av *information och kunskap*. I vissa situationer kan sambandet vara enkelt. Ett exempel är den situation som uppstod i början av 1990-talet då det stod klart att det gick att förebygga en stor del av alla fall av plötslig oväntad spädbarnsdöd genom att låta barnen sova på rygg i stället för på magen. Två TV-program räckte för att en stor del av alla föräldrar skulle förändra sitt beteende.

De flesta beteenden som rör föräldrar och barn är dock mer komplexa. Vanligen finns här inga enkla samband mellan kunskap och beteende. Detta innebär inte att kunskap är betydelselös. Kunskap kan påverka beteende om en förälder får tillgång till svar på en konkret fråga, just när frågan är aktuell och svaret presenteras på ett sätt som är meningsfullt för föräldern. För vissa frågor kan svar från experter vara mest ändamålsenliga. För andra frågor kan det vara viktigare att få svaren från en person som föräldern kan identifiera sig med, en släkting, en vän eller en annan förälder.

De redovisade principerna är liknande de som gäller när människor ska tillägna sig nya färdigheter, alltifrån att lära sig laga en ny maträtt eller lära sig spela fotboll till att klara ett nytt arbete. Även om principerna är allmänna är det dock inte givet att alla principer går att använda i alla sammanhang. Därför är det lämpligt att fortsätta med att klargöra i vilka former föräldrar kan få stöd.

Former för föräldrastöd

Den viktigaste formen för stöd i föräldrarollen är informella kontakter med andra, släktingar, vänner och bekanta. Det är tänkbart att öka föräldrars tillgång till informella kontakter genom att arrangera särskilda *mötesplatser*, exempelvis i form av öppna förskolor. Effekterna av mötesplatser är dock svåra att påvisa på barnen.

En vanlig form är att föräldrar erbjuds kontakter i särskilda *föräldragrupper*. Sådana kontakter erbjuds exempelvis på MVC och BVC. Innehållet kan vara öppet eller strukturerat. I helt *öppna* grupper bestämmer föräldrarna själva vilka ämnen som ska behandlas. I *strukturerad* verksamhet finns en ledare som använder en given metod. Ledaren har fått utbildning i metoden och använder material som har utvecklats för verksamheten. På detta sätt blir innehållet relativt likformigt oavsett ledare. Det finns självfallet olika mellanformer. En enskild gruppleddare kan ha utformat en modell där olika ämnen tas upp i en given följd. Modellen är dock inte

nedskriven och den är bunden till en enskild gruppleddare. Det är den form som vanligen används inom MVC och BVC.

Föräldrar får stöd vid *enskilda kontakter* men professionella. Sådana kontakter kan ske vid möten hemma, på en mottagning eller via telefon. Några exempel på sådana kontakter är de besök föräldrar gör hos en sjuksköterska på BVC och hos en socialsekreterare på en socialförvaltning. Innehållet kan vara *öppet* eller *strukturerat* på förhand.

Föräldrar kan också få stöd genom *media*, genom böcker, tidningar, tidskrifter, radio, TV, video och material som publiceras på internet. Media saknar ofta interaktivitet. Föräldern kan välja vad hon eller han vill ta del av men kan vanligen själv inte påverka innehållet. Detta begränsar möjligheterna för föräldern att praktiskt använda informationen. En speciell form är *diskussionsgrupper på internet*. Formen ligger nära träffar i grupp med öppet innehåll eftersom föräldrarna själva väljer vilka frågor de vill ta upp. I denna form formulerar sig föräldrarna skriftligt i stället för muntligt.

Effekter av föräldrastödjande insatser

När en form av föräldrastöd ska värderas är kunskaperna om effekterna avgörande. Skälet är att alla former av föräldrastöd i någon mån inskränker på föräldrarnas autonomi, även om föräldrarnas deltagande är frivilligt. En förutsättning för att legitimera föräldrastöd är att det bidrar till barnens välfärd. Effekterna av varje enskild form av föräldrastöd behöver därför analyseras.

Den säkraste kunskapen om att en viss insats har effekt fås vid i kontrollerade experiment. Det innebär att en grupp föräldrar får tillgång till en viss insats, och en annan jämförbar grupp av föräldrar inte få del av den. Föräldrar och barn i de båda grupperna följs sedan. Om barnen i den grupp där föräldrarna fått del av insatsen klarar sig bättre är detta ett starkt argument för att insatsen är till nytta för barnen. Särskilt starkt blir argumentet om samma resultat framkommit i flera studier och om fördelningen av föräldrar i försöks- och kontrollgrupper skett slumpmässigt.

Det är därför möjligt att argumentera för olika former av föräldrastöd med ledning av resultaten i de försök som har genomförts. Metoden har dock flera begränsningar. En är att utvärderingar med hjälp av experiment är kostsamma att genomföra. Det är få metoder som är utvärderade på detta sätt i ett litet land som Sverige. Därför är det nödvändigt att använda

resultat från andra länder, framför allt från USA där de flesta försök har genomförts. Situationen för barn och föräldrar i USA skiljer sig dock från situationen i Sverige. Det är därför inte givet att resultaten blir desamma här.

En annan begränsning är att endast vissa typer av föräldrastöd är utvärderade i experiment. Strukturerade metoder, där innehållet är givet på förhand, är bäst lämpande för utvärdering på detta sätt. Sådana metoder kommer därför att bli bättre representerade bland metoder som påvisats ha effekt. Öppna metoder är däremot ofta svårare att utvärdera. Exempelvis skulle det vara svårt att pröva effekten av öppen förskola med hjälp av experiment. Ett kontrollerat försök skulle förutsätta att vissa föräldrar i ett bostadsområde skulle få tillgång till verksamheten medan andra skulle behöva uteslutas – för att utgöra kontroller. Detta skulle knappast accepteras.

När experiment inte är möjliga att genomföra är det näst bästa alternativet observationsstudier. Tillämpat på den öppna förskolan skulle det innebära att man först tar reda på vilka föräldrar som brukar besöka öppen förskola i några bostadsområden. Barnen i dessa bostadsområden följs sedan. Om barn till föräldrar som besökt öppen förskola klarar sig bättre skulle det vara ett argument för den öppna förskolans effekt. En förutsättning är då att man tagit hänsyn till eventuella skillnader mellan föräldrar som besökt öppen förskola, och de som inte gjort så. Det är dock svårt att vara säker på att alla skillnader har beaktats. Därför blir slutsatserna osäkrare än då experiment har genomförts.

Om vare sig några experiment eller observationsstudier är genomförda återstår möjligheten att på teoretisk grund argumentera för en viss insats effekt. Föräldrar som lever med svåra påfrestningar får utgöra ett exempel. I ett flertal studier har man, inte oväntat, påvisat att dessa föräldrar har svårare än andra att fullt ut tillgodose barnens behov. I andra studier har forskare visat att personer som har tillgång till nära kontakter, släktingar och vänner, klarar sig bättre än de som saknar sådant socialt stöd. På teoretisk grund går det därför att påstå att ett förbättrat socialt stöd kan leda till att barnen klarar sig bättre. Det finns dock risk för att detta teoretiska påstående inte stämmer med verkligheten. Osäkerheten blir därför större än om sambandet mellan socialt stöd och barnens välfärd direkt kunnat observeras.

Säkerheten för uttalanden om en viss insats effekt går således att gradera, säkrast är experiment, observationsstudier är mindre säkra och teoretiska överväganden ytterligare mindre säkra.

Det går självfallet att fråga föräldrar som deltagit i en viss verksamhet, om de tycker deras deltagande har tillfört dem något. Det är vanligt att genomföra sådana undersökningar. I de flesta sammanhang uppger majoriteten att de är nöjda. Det finns 2 skäl till detta. Det ena är att de som är missnöjda slutar. Det andra skälet är att den som deltagit gärna vill intala sig att verksamheten varit meningsfull. Att frivilligt fortsätta delta i något som inte uppfattas som positivt skulle innebära en nedvärdering av det egna omdömet. Därför är det svårt att dra slutsatser om olika insatsers effekt grundat på deltagarnas uppgifter om hur nöjda de är.

Gradering av evidens

Vid Statens folkhälsoinstitut utvecklas för närvarande (hösten 2004) skalor för gradering av evidens. Skalorna bygger på praxis inom det medicinska [43] och sociala området med anpassning till folkhälsofrågor. Graderingen utgår från hur olika studier utformats och de resultat man kommit fram till. Följande preliminära graderingar föreligger.

Bestämningsfaktorer

- *** 1) God säkerhet. Betydelsen av bestämningsfaktorn påvisad i minst 2 kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Bortfallet i studierna är inte påtagligt och kontroll för viktiga konfounders (störande faktorer) har skett.
- ** 2) Måttlig säkerhet. Minst 2 studier enligt 1) men utan att alla villkor är uppfyllda eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- * 3) Visst stöd. Enstaka välgjorda tidsserier, fallstudier, kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 0 4) Oklart stöd. Andra studier, inklusive tvärsnittsstudier.

Interventionsmetoder

- *** 1) God säkerhet. Värdet av metoden påvisad i minst 2 randomiserade kontrollerade studier utan påtagligt bortfall, där kontroll och experimentgrupper är jämförbara, eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- ** 2) Måttlig säkerhet. Minst 2 randomiserade kontrollerade studier enligt 1) men utan att alla villkor är uppfyllda. Alternativt minst 2 kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment utan randomisering eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier. Bortfallet i studierna är inte påtagligt och kontroll för viktiga konfounders har skett.
- * 3) Visst stöd. Enstaka tidsserier, kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.
- 0 4) Oklart stöd. Andra typer av studier, inklusive tvärsnittsstudier.

En naturvetenskaplig eller en postmodern syn på kunskap

Effekten av en metod är beroende av föräldrarna, barnen, den som leder verksamheten och det omgivande samhället. Det innebär att slutsatser om effekt aldrig kan bli helt säkra, även om flera experiment med slumpvis fördelning av föräldrarna och positiva resultat har genomförts. Denna osäkerhet kan hanteras på olika sätt. Pedagogisk forskning i Sverige under de senaste decennierna representerar en ståndpunkt. Uppfattningen inom denna tradition är att samhanget är så avgörande att det mycket sällan går att dra några generella slutsatser om effekter. Denna ståndpunkt kan betecknas som postmodern.

Medicinsk och naturvetenskaplig forskning representerar den motsatta ståndpunkten. Här finns en stor tilltro till värdet av kontrollerade experiment, särskilt experiment med slumpvis fördelning mellan försöksgrupperna. Värdering av nya läkemedel grundas helt på denna typ av kunskap. Skillnaden mellan ståndpunkterna inom pedagogisk och medicinsk forskning är delvis en följd av vilka insatser som studeras. Effekterna av en medicin är uppenbart mindre beroende av sammanhanget än effekterna av en viss pedagogisk metod.

Det är svårt att använda den postmoderna forskningstraditionen för att legitimera en viss föräldrastödjade insats. Denna tradition är i stället bättre

lämpad för att kritisera sådana initiativ. Det innebär att föräldrastödjande insatser som i hög grad är beroende av sitt sammanhang kan vara svåra att försvara om stat och kommun är huvudaktör. Legitimiteten måste i stället grundas på den gradering av säkerhet som presenteras här och som utgår från den naturvetenskapliga traditionen. Det är också de krav som ställs på förebyggande insatser inom det medicinska området [44].

Skälet till att diskutera *barninriktat* och *föräldrainsriktat* föräldrastöd separat är kunskaperna om vilka effekter som kommer barnen till del. Insatser inriktade på att främja barns välfärd är inte sällan studerade i experiment där effekter påvisats i ett stort antal studier, se kapitel 4. Det går därför att uttala sig om värdet av dessa insatser med god eller måttlig säkerhet. Effekter på barnen av insatser primärt inriktade på föräldrarna är vanligen inte studerade. Det innebär att nytta för barnen enbart kan grundas på teoretiska överväganden, vilket gör slutsatserna osäkrare. Därför behandlas sådana insatser separat, i kapitel 3.

Även när en viss metod är studerad i experiment och upprepade försök visat på effekt, finns ett flertal problem med att överföra resultaten till svenska förhållanden. De strukturerade metoder som har studerats innefattar ett flertal moment. De kontrollerade försök som genomförts ger enbart svar på om hela uppsättningen av moment har effekt eller ej. Det går inte att avgöra om vissa komponenter, ett fåtal komponenter eller om kombinationen som helhet varit avgörande.

De metoder som har utvärderats förutsätter att gruppledaren fått utbildning i metoden. Utbildningen innebär inte bara att den tänkta ledaren tillägnat sig färdighet att genomföra vissa moment. Utbildningen leder också till att ledare tillägnar sig ett visst förhållningssätt. Det är möjligt att detta förhållningssätt är mer avgörande än färdighet att genomföra vissa moment [45]. Försöken ger inte svar på denna typ av frågor.

Många försök är genomförda i USA där barns levnadsvillkor inte sällan är sämre än i Sverige. Många försök har också genomförts i socialt utsatta grupper. Det är troligt att effekterna då blir mer påtaliga än de kan bli i Sverige. Det finns således ett flertal problem med att bygga en diskussion om olika former av föräldrastöd på internationellt genomförda vetenskapliga studier. Ett alternativ är att avvisa alla möjligheter till användning av vetenskapliga studier för att ge underlag till förbättring barns situation. Ståndpunkten i denna rapport är att ett sådant förhållningssätt är alltför pessi-

mistiskt. Inriktningen i rapporten är i stället att se de vetenskapliga studierna som riktmärken snarare än som mallar som ger svar på hur verksamhet i Sverige ska utformas.

Fokus i denna rapport ligger vid att insatser ska ha påvisad effekt på barns hälsa och välfärd. Stora delar av verksamheten inom mödra- och barnhälsovården och öppen förskola är dock inte studerade sett från detta perspektiv. Dessa delar av verksamheterna behandlas därför inte. Detta innebär inte att dessa delar av verksamheterna inte skulle kunna ha gynnsamma effekter, utan endast att det inte går att uttala sig om frågan.

Utformning av barninriktade insatser

Insatser för föräldrar i allmänhet eller enbart för riskgrupper

Föräldrastöd kan både riktas till föräldrar i allmänhet och till särgrupper av föräldrar. Att vända sig till alla föräldrar är mer kostsamt än att enbart rikta sig till mindre grupper. Detta är ett starkt argument för riktade insatser. I höginkomstländer med liberal inriktning, som USA och Storbritannien, dominerar insatser riktade till mindre grupper. Det är i dessa länder en stor del av alla vetenskapligt utförda studier har genomförts. Den vetenskapliga litteraturen präglas därför av detta synsätt.

Det finns dock starka vetenskapliga argument mot att insatser enbart riktas till mindre grupper. Ett föräldrastöd som kan förbättra barns hälsa och levnadsvillkor måste ha effekt på en eller flera bestämningsfaktorer. Diskussionen ovan tyder på att det är önskvärt att påverka föräldrarnas förmåga att ge barnen värme och samtidigt hjälpa dem att sätta ramar för barnet. Det är sannolikt att föräldrars förmåga att ge barnen värme och att utöva kontroll är kontinuerligt fördelade i befolkningen. Vissa föräldrar ger barnen mycket värme och andra ger dem mindre. Det finns inte stöd för uppfattningen att de flesta föräldrar är helt optimala mot sina barn och att brister endast finns hos en mindre grupp.

Sambandet mellan dessa bestämningsfaktorer och olika utfall för barnen förefaller också vara kontinuerligt. Lite värme är mindre gynnsamt och mycket värme är bättre [46]. De flesta föräldrar är inte helt optimala. För ett enskilt barn har detta inte någon väsentlig betydelse om inte barnet är utsatt för stora påfrestningar. Det räcker med att föräldrar i allmänhet är

någorlunda bra (good enough) [47]. Från ett befolkningsperspektiv är det dock betydelsefullt om fler föräldrar kan ge barn något mer värme och utveckla förmågan att ge barnen något tydligare ramar, eftersom små förändringar för många har större effekt på befolkningsnivå än stora effekter för ett fåtal. Sambandet brukar beskrivas som den preventiva paradoxen [48]. Denna typ av samband är vanligt för folkhälsofrågor. Ett exempel gäller samband mellan blodtryck och hjärt-kärlsjukdom. Många föreställer sig att det finns en stor grupp individer med normalt blodtryck som *inte* löper risk kopplad till blodtrycket. Risken uppfattas i stället vara knuten till en mindre grupp individer med högt blodtryck. Sambandet har dock visats vara kontinuerligt och risken ökar kontinuerligt med stigande blodtryck. Endast få individer i medelåldern har ett helt optimalt blodtryck [49]. Denna typ av samband leder till att det från ett befolkningsperspektiv är mer effektivt att erbjuda många individer små insatser, jämfört med att erbjuda några få individer stora insatser. Detta perspektiv skiljer sig från det som gäller vid behandling av redan etablerade problem. Där krävs vanligen relativt stora insatser för att nå en effekt.

De insatser som krävs för att behandla högt blodtryck är andra än de som kan användas för att främja normalt blodtryck i befolkningen. Behandling av blodtryck genomförs vanligen med mediciner. Att främja ett normalt blodtryck utgår däremot från friskfaktorer, exempelvis fysisk aktivitet eller minskat intag av salt. Diskussionen i denna rapport utgår i första hand från att främja skyddsfaktorer, inte från att motverka riskfaktorer.

De argument som framförs ovan är teoretiska. De kan förefalla främmande för personer verksamma inom socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri, eftersom verksamheten där är inriktad på relativt små grupper med stora problem. En tanke som ofta förts fram är att föräldrar (och barn) med risk för att utveckla stora problem ska identifieras tidigt. En förutsättning för en sådan inriktning är att det tidigt med hög säkerhet går att förut säga vilka barn som kommer att utveckla stora problem. Stabiliteten över tid varierar med problemens svårighetsgrad. Barn med stora problem uppvisar större stabilitet över tid än barn med måttliga eller mindre problem.

Från ett befolkningsperspektiv är det meningsfullt att söka förebygga den tjugondel av alla barn som har de största problemen. Det är ungefär den grupp som har så stora problem att de kommer i kontakt med endera barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänst. Det finns flera longitudinella

studier av hur denna grupp utvecklas över tid. Ett exempel utgör en studie från Uppsala där barnen följts från 4 till 10 års ålder [50]. Mellan 4 och 10 års ålder normaliserats tre fjärdedelar av den ursprunglig riskgruppen. Definitionsmässigt finns självfallet en problemgrupp kvar, men den har till tre fjärdedelar rekryterats från normalgruppen. Andra liknande studier har presentats [33]. Dessa resultat tyder på att det skulle vara nödvändigt att göra insatser för åtminstone 4 % = 20 procent vid 4 års ålder för att förebygga svåra problem vid 10 års ålder. Tjugo procent är så stor del av alla barn att de riktade metoder, som vanligen används, är mindre ändamålsenliga.

Praktiska skäl talar också för breda insatser. I flera länder erbjuds föräldrastöd endast till familjer som är tydligt socialt utsatta. Familjer som tar emot sådant stöd är medvetna om att detta sker därför att de hör till en socialt marginaliserad grupp. Detta kan leda till att de som skulle ha stor nytta av insatsen tvekar att göra det. Däremot, om alla familjer erbjuds en insats, och föräldrar i allmänhet upplever sig ha nytta av den, då är möjligheterna större för att även socialt belastade familjer ska ta aktiv del. Denna breda inriktning har varit en ledande princip för insatser från stat och kommun för barnfamiljer i Sverige. Mödra- och barnhälsovården utgör exempel på denna inriktning.

En vägledande princip i rapporten har därför varit att de metoder som redovisas ska kunna användas brett. Ett riktmärke har varit att metoden ska vara intressant för minst 5 procent av alla familjer i en given åldersgrupp. Det innebär att insatser inte behandlas i rapporten då föräldrarna, eller barnen, har specifika problem. Avgränsningen innebär dock att insatsen som behandlas också är av intresse för alla. Ett exempel utgör de insatser för nedstämnda mödrar och som behandlas i kapitel 6. Insatserna är av intresse för 10–15 procent av kvinnorna och diskuteras därför i rapporten, men användning utanför denna grupp föreslås inte.

Ett viktigt skäl till att inte behandla insatser för de 5 procent av alla barn och föräldrar som har mest uttalade problem är att det redan finns särskilda organisationer som har till uppgift att erbjuda dessa föräldrar särskilt stöd, exempelvis barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst samt barn- och ungdomshabilitering. Inom dessa organisationer är professionella verksamheter som har särskilda kunskaper om hur föräldrar i familjer med problem ska få stöd. En rapport som denna kan inte förväntas tillföra något väsentligt till den kunskap om metoder som redan finns inom dessa organi-

sationer. Ytterligare en särgrupp är föräldrar som adopterat ett barn. Stöd till dessa föräldrar har behandlats skilt i en utredning som presenterades år 2003 [51]. Denna grupp av föräldrar behandlas därför inte i denna rapport.

Hälsofrämjande insatser

Om en person söker behandling för ett problem är det sällan tillräckligt med en enda åtgärd. Exempelvis kan ett barn med ADHD behöva insatser riktade till föräldrarna, läraren och skolmiljön som helhet. Kanske krävs också medicin. Att endast föreslå en enda åtgärd är ofta helt otillräckligt. Inom förebyggande verksamhet, däremot, är det avgörande att identifiera skyddsfaktorer som minskar *risk*en för ohälsa. Alla som röker får inte hjärtinfarkt, men när rökare slutar att röka minskar detta risken för cancer och hjärtproblem i befolkningen. Vilka personer som drar nytta av detta går vanligen inte att förutsäga.

Tankegången är liknande vid utformning av föräldrastöd som syftar till att minska *risk*en för psykiska problem bland barnen. Om föräldrar både kan ge barnen värme och ramar minskar det risken för psykiska problem. Men barn kan få problem, trots att föräldrar ger värme och trygghet, och det kan även hända att barn psykiskt mår utmärkt trots en problematisk uppväxt. Från ett folkhälsoperspektiv är det avgörande att identifiera faktorer som visats ha betydelse och går att påverka, utan att ge skadeverkningar. Således, de samspeleinsatser som syftar till att minska förekomsten av otrygg anknytning, se kapitel 6, kan inte förhindra alla psykiska problem, men de har förutsättningar för att minska *riskerna* för sådana svårigheter om de används brett bland föräldrar. På detta sätt skiljer sig klinisk verksamhet från hälsofrämjande insatser.

Insatser i olika åldrar

Utvecklingen av hjärnan är snabbast under de första levnadsåren. Det kan vara en förklaring till att förebyggande insatser i allmänhet ger större effekter under förskoleåren än senare under uppväxten [14]. En bidragande orsak kan också vara att ”kompetens föder kompetens”. Om barn utvecklar ett positivt samspel med andra människor under de första levnadsåren, ökar detta barnets förmåga att klara olika situationer. Detta främjar i sin tur barnets utveckling. Det skapas således goda cirklar, vilket talar för

att föräldrastöd under de första åren ger större effekt än stöd som erbjuds senare.

Utagerande beteendeproblem och inåtvända psykiska problem

Många av de insatser som har utvärderats har kommit till för att minska risk för utagerande beteendeproblem. Häri ingår problem som brukar kallas ADHD, DAMP och uppförandestörning. Under tonåren yttrar sig problemen som berusningsdrickande, användning av illegala droger och kriminalitet [52]. Effekterna av olika program har ofta studerats på denna typ av problem men däremot mer sällan på inåtvända psykiska problem.

Inåtvända psykiska problem innefattar främst depression och ångslan. Denna typ av svårigheter leder troligen till större funktionsnedsättning för barnet självt än de som orsakas av utagerande beteendeproblem [53]. Inåtvända problem vållar däremot omgivningen ringa bekymmer. Detta är troligen skälet till att utagerande problem ofta uppmärksammas mer än inåtvända problem.

En insats för föräldrar som visat sig kunna förebygga utagerande problem förebygger dock troligen även inåtvända. Ett skäl är att de 2 typerna av problem ofta förekommer samtidigt. Uppskattningsvis 40 procent av alla barn med utagerande beteendeproblem har samtidigt inåtvända problem och vice versa [54]. Det andra skälet är att de begränsningar i föräldrars sätt att möta barnen som ökar risken för utagerande problem också ofta ökar risken för inåtvända problem [55]. När föräldrar får tillfälle att utveckla sitt sätt att möta barnen förebyggs därför både utagerande och inåtvända problem.

Spridning av sätt att ta hand om barn

Diskussionen om vikten av att föräldrar ger värme och sätter ramar pekar på att alla sätt att ta hand om barn inte är likvärdiga. Om föräldrar lyckas att både ge barnen värme och visa på gränser, då klarar sig barnen bättre. Alla föräldrar kan dock inte ge barnen detta fullt ut. Det är berättigat att fråga sig varför. Om en uppväxt präglad av värme och kontroll är betydelsefull för människors förmåga att klara livet, kunde man förvänta att familjer under århundradenas lopp efterhand genomgående hade utvecklat sådana egenskaper. Om barnen *inte* fått ta del av en sådan uppväxt, minskar det deras livschanser och därigenom deras möjligheter att

själva få barn. Människan anpassar sig till de möjligheter som finns. Förhållningssätt som inte är ändamålsenliga kan förväntas försvinna efterhand.

Studier av barn med så kallade otrygg anknytning pekar på en möjlig förklaring [56]. Otrygg anknytning minskar människors livschanser. Ändå är otrygg anknytning relativt vanlig. En förklaring kan vara att föräldrars sätt att ta hand om ett barn avspeglar föräldrarnas upplevelse av den tillvaro barnet ska förberedas för. Är tillvaron oförutsägbar, materiellt knapp och fylld av konflikter, då är det tyvärr inte alltid ändamålsenligt att lugnt lita på alla människor. Det är bättre att vara beredd på snabba kast, både från andra människor och från den fysiska miljön. Detta perspektiv går att lägga på föräldrars sätt att ta hand om barn. Det är troligt att sättet att ta hand om barn avspeglar föräldrarnas egna erfarenheter av omvärlden och särskilt erfarenheterna under deras egen uppväxt.

Under loppet av några få generationer har människors levnadsvillkor i Sverige förändrats dramatiskt. I början av 1900-talet var villkoren materiellt knappa för de flesta människor. Svält var en realitet. Barn utsattes för stora risker för att fysiskt skada sig. Därför kunde det vara bra att förbereda barnen för en tillvaro fylld av risker, konflikter och tvära kast. Under andra halvan av 1900-talet har för de flesta en materiell rikedom utvecklats som tidigare endast kommit ett fåtal till del. Den friare syn på barn och barnuppfostran som växer fram under efterkrigstiden kan ses som uttryck för anpassning till människors nya rikare levnadsvillkor.

Vidare, under 1900-talet, och särskilt under de senaste 50 åren, har människors livslopp blivit alltmer individualiserade och allt mindre förutsägbara [57]. Under 1950-talet var det vanligt att ungdomar valde ett yrke som nära överensstämde med föräldrarnas värv. Skälen var både ekonomiska och traditionella. Fortfarande i början av 2000-talet bestämmer föräldrars bakgrund en stor del av unga människors yrkesval. Men rörligheten är avsevärt större.

Denna förändring innebär att individen själv blir mer ansvarig för olika val. Situationen för unga människor i dag, jämfört med den generation som växte upp under mitten av 1900-talet, präglas således både av större frihet och av större individuellt ansvar. Den kontroll som tidigare utövades av traditionen och av knappa materiella villkor måste nu utövas av individen själv. Denna frihet, både från begränsningar i materiellt avseende och i form

av traditionella värderingar, förefaller vara mer utvecklad i Sverige än i något annat land [58].

Utvecklingen ställer således nya krav på föräldraskap. Det räcker inte med att kontrollera barnet under uppväxten. Det förbereder dem dåligt för den frihet som möter dem som vuxna. Det räcker inte heller med att visa barnen värme. Det förbereder dem inte tillräckligt för situationer då de själva måste välja och planera, både kortsiktigt och långsiktigt. Det barnet behöver är både värme och ramar. Under 1900-talets början betonades kontroll. Under 1960- och 1970-talen betonades i stället barnens behov av värme. Det som är mer önskvärt i dag än tidigare är att föräldrar förmedlar *både* värme och ramar.

Under våren 2004 har fenomenet ”curlingföräldrar” diskuterats i svensk media. Diskussionen utgick från en bok av en dansk psykolog, Bent Hougaard, *Curling-forældre og service-børn* [59]. Hougaard pekar på att det numera är vanligt att föräldrar intensivt ”putsar banan” för barnen (curlingklotet) för att vardagen ska flyta så friktionsfritt som möjligt. Barnen skjutsas till olika aktiviteter och när familjen äter tillsammans försöker föräldrarna tillmötesgå barnens önskemål om olika maträtter, även om det innebär att varje barn får en egen specialkomponerad meny. Detta skulle knappast ha varit tänkbart i en vanlig familj för hundra år sedan. På kort sikt minskar detta troligen konflikter med föräldrarna, men det är tveksamt om detta är det bästa sättet att förbereda barnen för det liv som väntar dem som vuxna. Exemplet visar att varje tid kräver en egen kombination av värme och ramar i föräldraskap, som de vuxna inte enkelt kan kopiera från den egna uppväxten.

Två utdrag ur diskussionen i en morgontidning återger detta dilemman: ”Senast i går satt jag och min kompis – båda tvåbarnsföräldrar – och samtalade kring hur man ska ta sig ur den onda cirkeln att göra allt på barnens villkor och ständigt vara en servicefamilj. Vår 2,5-åring bestämmer nästan allt här hemma. Och jag vet att vi är orsaken till detta beteende. ’Vad vill du dricka, äta, ha på dig?’ Vår intention har varit att skapa en demokratisk familj och ge honom självförtroende. Men snarare verkar han bli förvirrad av alla dessa val.” ”När jag var liten (född 1970) var det ju självklart att leka ensam. Inte skulle mamma sätta sig vid dockskåpet i 2 timmar eller vika en heldag med varm choklad vid pulkabacken. Och när familjen besökte släktingar umgicks vi på de vuxnas villkor. Som vuxen värderar jag

detta högt och skattar mig lycklig för att jag tidigt fick öva mig socialt, hantera konsten att ha tråkigt och få många nej.” [60].

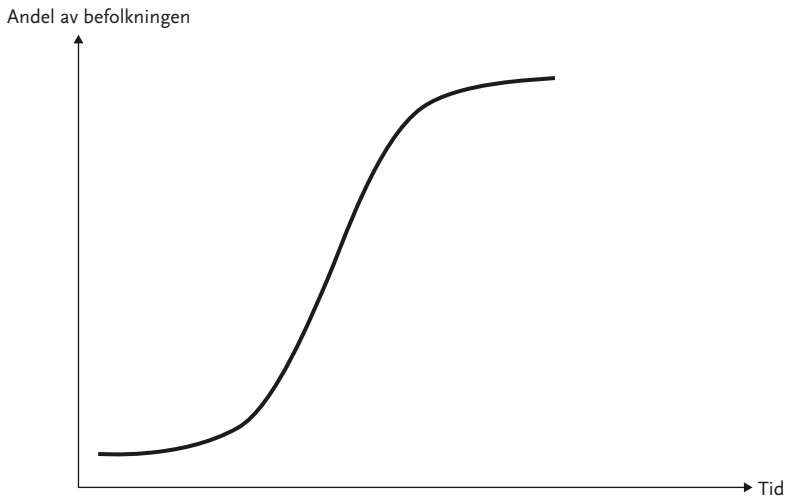
Hur föräldrar ska kombinera värme och ramar är inte givet. Föräldrars uppfattningar om ett gott föräldraskap präglas av egna erfarenheter under uppväxten. Vanligen accepteras denna uppväxt som ”naturlig”. Föräldrar uppfattar också att de krav som kommer att ställas på deras egna barn kommer att skilja sig från deras egna villkor under uppväxten. Vad detta innebär är dock oklart. Ett statligt initiativ till spridning av nya former av föräldrastöd kan *påskynda* anpassning av föräldraskap till de villkor som dagens barn förväntas möta som vuxna. Initiativet kan inte skapa en sådan utveckling, endast främja en redan pågående utveckling.

Metoder kan spridas på olika sätt. Erfarenheterna inom andra områden talar för att det är önskvärt att använda varierande metoder för skilda grupper [61]. En del människor föredrar att tillägna sig metoderna tillsammans med andra i en grupp. Andra anser det bättre att själva få studera ett material hemma i tryckt form eller på en videokassett. Det är således önskvärt att de metoder som ska spridas kan erbjudas föräldrar på olika sätt.

Spridningen av nya metoder följer vanligen ett regelbundet förlopp som illustreras av figur 2:2 [62]. I början finns en mindre grupp som använder en viss metod och spridningen går långsamt. Efter en tid ökar spridningstakten. I figuren illustreras detta av den räta linjen. Därefter mattar spridningstakten av för att i slutet av förloppet nå en mättnadsnivå. Under den första fasen krävs tydliga åtgärder – men de omedelbara effekterna är begränsade. Under den snabba spridningsfasen är behovet av åtgärder däremot begränsat, eftersom spridning då främst sker genom att människor spontant talar med varandra, oberoende av någon organiserad verksamhet.

Denna syn på spridning av metoder talar för att det är viktigt att det synsätt som förmedlas i olika föräldrastödjande insatser lokalt även förmedlas till professionella med ansvar för barn: lärare inom förskola och skola, sjuksköterskor och barnmorskor inom mödra-, barn- och skolhälsovård, socionomer och psykologer. Kunskap om förhållningssätt sprids genom samtal föräldrar emellan och mellan föräldrar och professionella. Mot denna bakgrund kan det vara ändamålsenligt att i en kommun börja spridningen i avgränsade delar där både föräldrar och anställda får kännedom om metoderna. Detta underlättar rekrytering till föräldragrupper, eftersom

det ökar möjligheterna för att föräldrar ska komma i kontakt med personer som har egen erfarenhet av metoderna. En sådan inriktning kan också bidra till att föräldrar spontant kan utbyta egna erfarenheter grundat på den verksamhet de deltagit i. En lämplig storlek på ett område kan vara ett bostadsområde med 2 000–5 000 invånare där barnen i åldern 6–12 år går i samma skola.



Figur 2:2. Förloppet vid spridning av en innovation

De metoder som kommer att rekommenderas är inriktade på att stödja föräldrar i deras förmåga att ge barnen både värme och ramar. Principen är generell, och föräldrar kan förväntas komma i kontakt med den på ett flertal olika sätt, utöver kontakter i grupper med utbildade ledare. Det är därför inte självklart att gruppledare strikt ska behöva följa de program som utvecklats och utvärderats. Om kärnan är ett förhållningssätt bör människor kunna sprida det fritt. Att kräva särskild utbildning av gruppledare kan därför förefalla försvåra en önskvärd spridning.

Figur 2 tyder på att spridningen av nya metoder efterhand avstannar, utan att alla individer har tagit till sig förändringen. Skälen kan variera.

Ofta handlar det om grupper som lever med stora påfrestningar. Ett stort antal studier visar att familjer som lever med sociala påfrestningar har svårare än andra att ge barnen den optimala kombinationen av värme och kontroll. Sådana grupper kan därför behöva särskilda, mer omfattande, insatser. Dessa insatser behandlas dock endast kortfattat här eftersom dessa familjer till stor del redan har kontakt med socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.

Medverkande

Sven Bremberg är ansvarig för texten. Berit Hagekull har medverkat i avsnittet om relationen mellan barn och föräldrar.

Referenser

1. Steckel RH. Industrialization and health in historical perspective. I: Leon D, Walt G, red. Poverty, inequality and health. An international perspective. Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. Esping-Andersen J. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity; 1990.
3. Therborn G. The politics of childhood: the rights of children in modern times. I: Castles FG, red. Families of Nations. Patterns of public policy in Western democracies. Aldershot: Dartmouth; 1993, s. 241-92.
4. Rawls J. A theory of justice. New York: Harvard University Press; 1989.
5. Konventionen om barnets rättigheter. Barnombudsmannen. URL: <http://www.bo.se>.
6. Ohrlander K. I barnets och nationens intresse. Stockholm: Stockholms universitet; 1992.
7. Björkman J. Barnexperterna lämnar oss ingen ro. Svenska Dagbladet 2003-11-27.

8. Palmblad E, Börjesson M, red. Problembarnets århundrade: normalitet, expertis och visionen om framsteg. Lund: Studentlitteratur; 2003.
9. Ritzer G, Goodman DJ. Sociological Theory. 6 ed. McGraw-Hill Higher Education; 2004.
10. Föräldrautbildning: betänkande från Barnomsorgsgruppen. SOU 1978:5. Socialdepartementet; 1978.
11. Gustafsson I. Det eviga projektet att göra föräldrar till bättre föräldrar. Psykisk Hälsa 2004;2.
12. Halldén G, Sandin B. Barnets bästa: en antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering. Symposion; 2003.
13. Vallgård S. Ökad styrning av barns hälsa i både Danmark och Sverige. Läkartidningen 2004;101(11):1021.
14. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum; 1997.
15. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF. URL: <http://www.scb.se/tjanster/register/ulf.asp>.
16. Sen A. Equality of what? Oxford: Oxford University Press; 1980.
17. Nussbaum M, red. Aristotelian social democracy. London: Routledge; 1990.
18. Bremberg S. Sociala skillnader i ohälsa bland barn i Sverige – en litteraturoversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
19. Bremberg S. Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda. Stockholm: Folkhälsoinstitutet-Gothia; 1999.
20. Privatpersoners användning av personatorer och Internet 2003. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2003.
21. Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2001/02. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.

22. Wold B, et al. Utvecklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales. Resultater fra landsomfattende spørreskjema-undersøkelser tilknyttet prosjektet "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land" (HEVAS). Bergen: Universitetet i Bergen, Hemil-sentret; 2000.
23. Russek LG, Schwartz GE. Perceptions of parental caring predict health status in midlife: a 35-year follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study. *Psychosom Med* 1997;59(2):144-9.
24. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(2):223-32.
25. Dishion TJ, Patterson GR. The timing and severity of antisocial behavior: Three hypotheses within an ecological framework. I: Stoff DM, Breiling J, red. *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley; 1997, s. 205-17.
26. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr* 1967;75(1):43-88.
27. Baumrind D. Effective parenting during the early adolescent transition. I: Cowan PA, Hetherington M, red. *Family Transitions*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991.
28. Scarr S. The development of individual differences in intelligence and personality. I: Reese HW, Franzen M, red. *Biological and neuropsychological mechanisms: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1997, s. 1-22.
29. Backett-Milburn K, Cunningham-Burley S, Davis J. Contrasting lives, contrasting views? Understandings of health inequalities from children in differing social circumstances. *Soc Sci Med* 2003;57(4):613-23.
30. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development* 2003; in press.
31. Forehand R, Rogers T, McMahon RJ, Wells KC, Griest DL. Teaching parents to modify child behavior problems: an examination of some follow-up data. *J Pediatr Psychol* 1981;6(3):313-22.

32. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. Antisocial boys. I: Jenkins J, Oatley K, et al., red. Human emotions: A reader. Malden, MA: Blackwell Publishers; 1998, s. 330-6.
33. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36(1):113-49.
34. Ferrer-Wreder L, Stattin H. Vad kan man göra i familjen för att förhindra ungdomsvåld och kriminalitet? Stockholm: BRÅ; 2001.
35. Beckwith L, Rodning C, Cohen S. Preterm children at early adolescence and continuity and discontinuity in maternal responsiveness from infancy. *Child Dev* 1992;63(5):1198-208.
36. Lewis M, Feiring C, McGuffog C, Jaskir J. Predicting psychopathology in six-year-olds from early relations. *Child Development* 1984;55:123-36.
37. Barns och ungdomars välfärd. SOU 2001:55. Socialdepartementet; 2001.
38. Rydenstam K. Förändring av tidsanvändning under 1990-talet. *Välfärdsbulletinen* 2002.
39. Nordström Å, Persson L, Landgren Möller E. Barnens tid med föräldrarna. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004.
40. Vem bryr sig? Stockholm: Barnombudsmannen; 2003.
41. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
42. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. Basingstoke: W H Freeman & Co; 1997.
43. Britton M. Evidensbaserad medicin. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. URL: <http://www.sbu.se/www/SubPage.asp?CatID=127&PageID=689>.
44. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1993:93. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
45. Crowley M. Which programme is best? The Parenting Education & Support Forum 2003;(March 25).

46. Baumrind D. A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. I: Irwing C, red. Adolescent social behavior. San Francisco, London: Jossey-Bass Inc., Publishers; 1987.
47. Bowlby J, Gut E, Wiking P. En trygg bas: kliniska tillämpningar av bindningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur; 1994.
48. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University Press; 1998.
49. World Health Organisation. World Health Report. Geneva: WHO; 2002.
50. Mellbin T, Sundelin C, Vuille J. Från 4 år till 10. Stockholm: Socialstyrelsen; 1982.
51. Adoption – till vilket pris? Betänkande från Utredningen om internationella adoptioner, SOU 2003:49. Stockholm: Socialdepartementet; 2003.
52. Farrington D. The challenge of teenage antisocial behavior. I: Rutter M, red. Psychosocial Disturbances in Young People. Cambridge University Press; 1995, s. 83.
53. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl. Stockholm: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms läns landsting; 1999.
54. Anderson J, Werry JS. Emotional and behavioral problems. I: Pless IB, red. The epidemiology of childhood disorders. New York: Oxford University Press; 1994, s. 304-38.
55. Merikangas K, Angst J. The challenge of depressive disorders in adolescence. I: Rutter M, red. Psychosocial Disturbances in Young People. Cambridge University Press; 1995, s. 131.
56. Coall DA, Chisholm JS. Evolutionary perspectives on pregnancy: maternal age at menarche and infant birth weight. Soc Sci Med 2003;57(10):1771-81.
57. Bauman Z. The individualized society. Cambridge: Polity Press; 2001.

58. Inglehart R. Globalization and Postmodern Values. Institute for Social Research at University of Michigan; 2000.
59. Hougaard B. Curling-forældre og service-børn. Vejle: Hougaard; 2000.
60. Läsbrev till Idagsidan. Curlingföräldrar. Svenska Dagbladet 2004-01-19.
61. Manoff RK. Social marketing: New imperative for Public Health. New York: Praeger; 1985.
62. Rogers E. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1983.

3.

STÖD INRIKTAT
PÅ FÖRÄLDRARNAS BEHOV

3.

STÖD INRIKTAT PÅ FÖRÄLDRARNAS BEHOV

Barn är beroende av sina föräldrar. Om föräldrarna mår bra ökar det möjligheten för att barnen också ska må bra. Stöd till föräldrarna kan därför indirekt komma barn tillgodo, även då det inte direkt har kunnat påvisas att stödet påverkar barnen. Sådant stöd som diskuteras i detta kapitel.

Situationen i en familj kan exempelvis vara följande. En familj har en treårig pojke som går i förskola. Mamman är orolig över att pojken sällan håller sig lugn. Hon diskuterar därför pojkens beteende med en av lärarna vid förskolan. Samtalet leder till att mamman får bättre förståelse för situationen, bland annat därför att hon får höra att både sonen och andra jämnåriga pojkar på förskolan beter sig på ungefär samma sätt. Hon känner sig därför lugnare, vilket kan underlätta för pojken utan att det direkt går att visa att pojken drar nytta av samtalet.

I exemplet talar mamman med en person som har ett yrke inriktat på barn. Mamman skulle också kunna ha talat med en väninna, och effekten skulle kunna blivit densamma. Det är också möjligt att mamman efter en tid själv kommit till insikt om att pojkens beteende var normalt, utan att ha diskuterat frågan med någon annan. Stöd till föräldrar inriktat på föräldrars behov går därför inte att analysera på samma sätt som stöd inriktat på barns behov. En lämplig utgångspunkt är i stället att använda de begrepp som utvecklats för att förstå hur människor allmänt ger stöd till varandra.

Socialt stöd

De flesta människor behöver kontakt med andra för att kunna tillgodose grundläggande behov. Detta kan beskrivas som behov av stöd. Begreppet "föräldrastöd" ansluter till denna erfarenhet. Inom sociologi och socialpsykologi har betydelsen av människors kontakter med varandra varit föremål för omfattande studier. Inom folkhälsområdet fick begreppet sitt genombrott i slutet av 1970-talet då en avgörande studie publicerades. Den visade att kontakter med andra människor föreföll vara avgörande både för människors överlevnad och för hälsan i allmänhet [1]. Denna undersökning blev upptakten till omfattande forskning där man sökte klargöra hur kontakter människor emellan kan påverka hälsa och välbefinnande. Sådana studier har även visat att barn klarade sig bättre om föräldrarna har goda kontakter med andra människor [2]. Föräldrarnas tillfredsställelse med kontakterna förefaller vara viktigare än antalet kontakter [3].

De studier av det sociala stödets effekter som följde visade sig dock ofta ge motsägelsefulla resultat [4]. Vissa studier bekräftade effekter av socialt stöd medan andra visade på motsatsen. Ett viktigt skäl var troligen att människor med goda kontakter med andra också ofta har goda tillgångar till andra resurser. Det visade sig därför vara svårt att särskilja betydelsen av mänskliga kontakter från betydelsen av andra resurser.

För att klargöra hur sociala kontakter kan främja hälsa och välbefinnande har man sökt särskilja betydelsen av olika aspekter av socialt stöd. Några viktiga aspekter är att få tillgång till information, att få praktisk hjälp, att få känslomässigt stöd [5], att få stöd i att värdera en situation kunna fatta beslut (appraisal) [6] samt ha tillgång till gemenskap (companionship) [5].

Föräldrar behöver ha tillgång till *information* om frågor som rör barn och föräldraskap. Det avgörande är inte om informationen kommer från vänner och bekanta, från TV eller tidningar. Det viktiga är att information är begriplig och att finns tillgänglig just då den behövs, vanligen då föräldern möter ett nytt problem.

Praktisk hjälp är självfallet betydelsefull, inte minst för föräldrar med små barn som behöver mycket tillsyn. Föräldrars tillgång till praktisk hjälp, till exempel med barnvakt, är beroende av deras kontakter med andra människor. Många familjer flyttar till ett nytt bostadsområde då

första barnet föds. Det är en period då familjen har ett särskilt stort behov av praktisk hjälp. Sådan hjälp kan vara svår att få om man inte hunnit etablera kontakter med andra i grannskapet. Det är därför möjligt att insatser som främjar kontakter föräldrar emellan även kan öka föräldrars möjlighet att få praktisk hjälp.

Stöd till att *värdera en situation* är betydelsefullt då föräldrar möter ett nytt problem. Föräldern behöver då information om frågan. Det kan ske få genom en muntlig kontakt, men det är också möjligt för föräldern att tillgodose behovet genom att läsa om frågan. Föräldern behöver också värdera tillgänglig information. Det kan föräldern göra själv men ofta är det till hjälp att diskutera frågan med någon som är beredd att lyssna, till exempel en partner. Inte sällan är det värdefullt att få diskutera frågan med en person som också är välinformerad. En väsentlig del av föräldrars kontakter med barnhälsovården har denna karaktär.

Känslomässigt stöd kan förmedlas både vid individuella kontakter mellan 2 människor och i en grupp där föräldrar träffas upprepade gånger. Känslomässigt stöd har en särskild funktion vid ett akut problem. Anspänningen kan bli så stor att individen har svårt att finna konstruktiva lösningar. Genom att få berätta om problemet, och få bekräftelse från andra på den egna upplevelsen, kan anspänningen minska.

En fjärde form av socialt stöd är *gemenskap*. När människor träffas kan information utbytas och människor kan ge känslomässigt stöd till varandra. Därutöver har samvaron i sig ett värde, särskilt då individen kan uppleva sig som jämlik med övriga i gruppen. Det innebär att individen både kan ge något till andra och själva ta emot.

Hur stöd förmedlas och tolkas har stor betydelse [7]. Det innebär att ett råd kan uppfattas på ett sätt om det kommer från en nära vän, men på ett helt annat sätt om det kommer från en främmande person. Upplevelsen av stöd är således beroende av sammanhanget.

Socialt stöd har särskilt värde då föräldern mött ett problem eller på annat sätt är utsatt för påfrestningar [8]. Stödet kan bidra till att föräldern klarar påfrestningen bättre. Barnets situation kan förbättras och därutöver har gemenskap ett värde i sig.

Troligen betyder socialt stöd mest för personer som är utsatta för stora påfrestningar eftersom de flesta har förmåga att anpassa sig till mindre problem. Å andra sidan, om svårigheterna är stora, räcker det troligen inte

med enstaka korta kontakter utan stödet måste vara mer omfattande. Detta talar *emot* det meningsfulla i att generellt söka öka föräldrars tillgång till socialt stöd. Inom många områden leder små förbättringar för många till större effekter på befolkningsnivå än stora insatser för några få. Principen brukar kallas för den preventiva paradoxen [9]. För socialt stöd är det tveksamt om denna princip är giltig, eftersom de flesta har förmåga att själva klara mindre svårigheter.

Informella sociala nätverk

De flesta föräldrar har återkommande kontakter med släktingar, vänner och bekanta. Dessa kontakter kan beskrivas som föräldrarnas ”informella sociala nätverk”, i motsats till kontakter med professionella som har ansvar för barn och barnfamiljer, familjens ”formella nätverk”.

Det är i första hand genom det *informella* nätverket som föräldrar får tillgång till socialt stöd. Kontakterna med professionella utgör ett komplement som används i särskilda situationer. Den främsta vägen att ge föräldrar stöd skulle därför vara att försöka förstärka familjens informella sociala nätverk, kvantitativt eller kvalitativt.

Statistiska centralbyrån genomför årligen en undersökning av levnadsförhållanden (ULF) där representativa urval tillfrågas bland annat om sociala relationer [10]. De senast publicerade uppgifterna gäller år 2001. Där framgår att drygt 50 procent av såväl ensamstående som sammanboende med barn umgås med nära anhörig minst en gång i veckan. Inga väsentliga förändringar har skett sedan början av 1980-talet.

I samma undersökning anger 2,8 procent av ensamstående med barn att de inte har något umgänge med andra än nära anhöriga och 11,6 procent att de inte har någon nära vän. Motsvarande siffra för sammanboende med barn var 2,8 respektive 18,1 procent. Endast omkring 1 procent av familjer med barn (ensamstående och sammanboende) anger att de har lite socialt umgänge. Andelen utan umgänge med andra än nära anhöriga, utan nära vän och med lite umgänge har sjunkit något sedan början av 1980-talet i båda typerna av familjer.

Uppgifterna tyder på att de flesta föräldrar med barn har tillfredsställande informella sociala nätverk. Att enbart söka att öka antalet kontakter mellan föräldrar och andra människor förefaller därför inte vara befogat.

Informella sociala nätverk enligt föräldraenkäten (kapitel 5)

Att ha kontakter med andra innebär inte självfallet att också ha kontakter som kan ge stöd i föräldrarollen. I den enkät som beskrivs i kapitel 5 har föräldrar därför tillfrågats om de i olika situationer kan få stöd från en partner, från släktingar eller från vänner, se tabell 3:1. Där framgår att endast ett fåtal saknar sådant stöd i föräldrarollen.

Fråga	Andel som anger att de kan få angivet stöd (procent)		
	Inte från någon	Från 1–2 personer	Från fler än 2 personer
Om Du skulle bli arg eller irriterad på Ditt/Dina barn, har Du då någon som Du kan vända Dig till, och i så fall hur många?	2,8	38,5	58,7
Om Du har ett mindre problem med Ditt/Dina barn, t.ex. med maten, hur många familjemedlemmar eller vänner kan Du då prata med i förtroende?	2,2	25,6	72,2
Om Du skulle behöva att någon såg till Ditt/Dina barn en stund under kvällen, hur många personer kan Du då vända Dig till?	5,1	36,2	58,7
Om Du är riktigt upprörd eller arg, har Du någon som Du kan tala uppriktigt med oavsett vad det gäller, och i så fall hur många?	4,7	49,8	45,5
Om Du blir riktigt glad, finns det då någon/några som Du kan berätta det för, som Du vet förstår Dig och som blir glad/glada för Din skull? I så fall hur många?	1,1	16,8	82,1
Har Du för närvarande någon som Du kan dela alla Dina innersta känslor med? I så fall hur många?	10,1	65,6	24,3

Tabell 3:1. Tillgång till olika former av informellt socialt stöd, enligt den befolkningsenkät som presenteras i kapitel 5

I samma undersökning tillfrågades föräldrarna också om hur ofta de hade kontakter och hur ofta de kunde få hjälp, se tabell 3:2. Svaren visar att de flesta (99 procent) har kontakter i någon form med vänner/släkt. Däremot är det endast två tredjedelar som har täta kontakter med mor- eller farföräldrar och med grannar.

Fråga	Andel som anger att de kan få angivet stöd (procent)		
	Inte alls	Ganska sällan	Relativt ofta
Hur ofta brukar Du träffa eller ha telefonkontakt med vänner/släkt?	1	7	92
Hur ofta har Du möjlighet att få hjälp av barnets/barnens mor- eller farföräldrar?	15	18	67
Hur ofta har Du kontakt med Dina grannar?	11	27	62
Hur ofta hjälps Du och barnets/barnens andra förälder åt med barnet/barnen (mat, lek, läsläsning osv.)?	13	11	76

Tabell 3:2. Antal tillfällen som föräldrarna får tillgång till informellt stöd, enligt den befolkningsenkät som presenteras i kapitel 5

Det är möjligt att uppgifterna i enkäten underskattar andelen föräldrar med otillräckligt stöd, eftersom en betydande grupp inte besvarat enkäten och att de som inte svarat kan tänkas ha sämre tillgång till stöd. Uppgifterna i de ovan refererade ULF-undersökningarna ger dock stöd för uppfattningen att de flesta föräldrar har kontakter med andra som kan ge dem stöd i föräldrarollen.

I undersökningen analyserades också tillgång till stöd i olika grupper. Tillgången till stöd beräknades som ett index baserat på de 10 frågorna. Fördelningen i olika grupper framgår av tabell 3:3. Tillgången till informellt socialt stöd var lägre bland ensamstående föräldrar, lågutbildade föräldrar, familjer med låg inkomst, föräldrar födda utom Norden samt föräldrar som upplevde hög föräldrastress. Det förelåg inga statistiskt säkerställda skillnader mellan könen, mellan boende i storstäder jämfört med övriga landet och mellan föräldrar med barn med och utan funktionsnedsättning/diagnostiserade sjukdomar.

Aspekt	Mindre gynnad grupp	Index för informellt stöd (konfidens-intervall)	Mer gynnad grupp	Index för informellt stöd (konfidens-intervall)
Civilstånd	Ensamstående	2,80 (2,71–2,88)	Gifta/sammanboende	3,22 (3,19–3,26)
Utbildningsnivå	Låg	2,87 (2,76–2,98)	Hög	3,19 (3,12–3,26)
Familjeinkomst	Låg	2,81 (2,71–2,90)	Hög	3,32 (3,26–3,37)
Födelseland	Utomnordisk	2,80 (2,68–2,92)	Nordisk	3,20 (3,17–3,23)
Föräldrastress	Hög	3,03 (2,98–3,07)	Låg	3,29 (3,25–3,34)

Tabell 3:3. Tillgång till informellt stöd i mer gynnade och mindre gynnade grupper (alla skillnader är statistiskt säkerställda)

Även om de flesta föräldrar förefaller ha goda informella nätverk så är det några som saknar kontakter med andra människor. Enkäten ger inte svar på skälet till dessa brister. En förklaring kan vara begränsningar i föräldrarnas förmåga att knyta kontakter med andra. En annan förklaring kan vara brist på mötesplatser. Den senare förklaringen är praktiskt betydelsefull, eftersom det är möjligt att arrangera sådana mötesplatser, exempelvis i form av öppna förskolor.

Former för föräldrastöd

De flesta föräldrar förefaller således ha tillgång till stöd från andra genom det informella sociala nätverket. Nätverken är dock bristfälliga för en del föräldrar. Vidare kan frågor bli aktuella där människor i det informella nätverket inte kan ge svaren. Det finns därför behov av att komplettera föräldrarnas naturliga informella nätverk. Det kan ske i form av att föräldrar erbjuder mötesplatser, öppna och strukturerade *föräldragrupper*, öppna och strukturerade *enskilda kontakter* samt via media inklusive *diskussionsgrupper på internet*.

Öppna förskolor och andra mötesplatser för föräldrar

Hösten 2003 fanns 550 *öppna förskolor* i Sverige [11]. Verksamheten är avsedd för barn och föräldrar i familjer där barnen inte är inskriva i förskolan. Den enkätstudie som redovisas i kapitel 5 tyder inte på något samband

mellan tillgång till öppen förskola och socialt stöd. Ytterligare studier krävs dock för att klargöra betydelsen av den öppna förskolan.

Familjecentraler är en verksamhet som kombinerar MVC och BVC med en öppen förskola och tillgång till socialsekreterare. Denna kombination ökar tillgängligheten till öppen förskola och därigenom de tänkbara effekterna på föräldrarnas sociala nätverk. Enkätstudien medgav dock inte någon separat analys av familjecentralernas effekter.

Det finns många andra offentliga platser där föräldrar spontant kan mötas och knyta kontakt med varandra: lekplatser, parker, torg, affärer med flera platser. Föräldrar möts också i andra sammanhang, exempelvis då barn lämnas och hämtas på förskolan, då föräldrar medverkar vid barnens fritidsaktiviteter och vid föräldramöten. Människors sätt att utforma och använda sig av sådana mötesplatser är en stor fråga som rör samhället som helhet. Det är knappast meningsfullt att särskilja en specifik del, kontakter föräldrar emellan. Ett flertal sociologer har analyserat frågan, exempelvis Sennett [12] och Bauman [13]. En samlad analys av mötesplatsernas betydelse i ett modernt samhälle faller dock utom ramen för detta arbete.

Strukturerade föräldragrupper

Föräldragrupper med ett strukturerat program är vanligen inriktade på att direkt förbättra barnets situation. I de utvärderingar som gjort har därför effekterna studerats på barnet eller på föräldrars beteende gentemot barnet. Sådan verksamhet diskuteras i kapitel 6–8.

Ett stort antal andra strukturerade metoder för olika grupper av vuxna har utvärderats. Vanligen syftar insatsen till att hjälpa deltagarna med ett specifikt problem, exempelvis depressioner. Uppenbart kan sådana insatser vara till nytta för barnen. Det faller dock utanför ramen för denna rapport att diskutera sådan verksamhet.

Insatser som syftar till att främja goda relationer mellan föräldrar som bor tillsammans har dock ett särskilt värde för barnen, eftersom konflikter i familjen medför ökad risk för ohälsa bland barnen [14]. Det finns goda belägg för att strukturerade insatser som syftar till att förbättra kommunikationen mellan de vuxna i en familj långsiktigt kan förbättra familjeklimatet. Insatser som är inriktade på relationen mellan föräldrarna diskuteras därför särskilt i kapitel 9.

Öppna föräldragrupper

Öppna föräldragrupper kan genomföras på olika sätt, de kan riktas till alla föräldrar eller riktas till grupper med ett gemensamt problem.

Öppna stödgrupper som vänder sig till alla föräldrar

Effekten av helt öppna diskussionsgrupper där föräldrarna själva helt bestämmer innehållet har inte redovisats vetenskapligt. Däremot har effekter studerats av gruppverksamhet som utformas av enskilda barnmorskor. En översikt av 6 kontrollerade studier tyder inte på att verksamheten har några påvisbara effekter [15]. Studier av motsvarande gruppverksamhet inom barnhälsovården saknas. Det förefaller således oklart om öppna diskussionsgrupper som riktar sig till alla föräldrar har någon gynnsam effekt. Metoderna är dock dåligt studerade, särskilt under tiden efter barnets födelse.

Det är också möjligt att bedöma värdet av öppna diskussionsgrupper genom att undersöka vilka metoder som används. Det finns en omfattande litteratur kring de olika metoder som används för att påverka människors hälsa och välfärd [16]. En generell slutsats förefaller vara att effekter främst påvisas om den pedagogik som används innehåller moment som kan påverka deltagarnas beteenden. Sådana moment kan vara att hjälpa deltagarna att identifiera viktiga beteenden och att sedan öva lämpliga förhållningsätt, till exempel med rollspel. Andra moment kan handla om att uppmärksamma deltagarna på hur de tolkar en given situation och sedan handlar i enighet med denna tolkning. Däremot förefaller effekter på beteende sällan kunna påvisas av metoder som endast söker öka deltagarnas kunskap eller deras förståelse.

Inom ramen för denna rapport har material som används i föräldragrupper granskats. Redogörelse presenteras i kapitel 7 och 8. Moment som har förutsättningar att påverka beteenden förekommer endast sparsamt. Det talar emot att de öppna föräldragrupperna påverkar beteenden, och därigenom barnens hälsa och välfärd.

Många material lägger tonvikten vid att beskriva utvecklingen av relationen mellan barn och föräldrar under barnens uppväxt. Sådana material ger underlag till reflektion och kan öka föräldrars förståelse för barnets och familjens situation. Detta har självfallet ett stort värde i sig. Det kan dock ifrågasättas om en sådan funktion kan motivera öppna föräldragrupper.

Skälet är att föräldrar kan få underlag till reflektion om föräldraskap på ett flertal andra sätt, exempelvis genom spontana samtal och genom tidningar, tidskrifter, böcker, radio, TV och internet. I Sverige ägnar vuxna i genomsnitt 1 timme per dag till social samvaro och 3 timmar per dag åt TV, radio och läsning [17]. Tiden till föräldramöten och föräldragrupper uppgår endast till 2 minuter per dag. Ett rimligt antagande är att föräldrar använder mer än 1 procent av tiden för samvaro och media till frågor som rör föräldraskap. Detta innebär att dessa kanaler blir viktigare källor till reflektion om föräldraskap än de möten i föräldragrupper som erbjuds.

Öppna stödgrupper som vänder sig till grupper med problem

Vid litteratursökningar påvisades 4 studier av öppna föräldragrupper riktade till grupper med problem. Alla studier var kontrollerade, varav 3 med randomisering. I samtliga 3 av de 4 studierna påvisades positiva effekter. I en studie deltog deprimerade mödrar som fick diskutera barnuppfostran [18]. Insatsen minskade förekomst av familjekonflikter och ökade mödrarnas känsla av kompetens. I den andra studien deltog socialt belastade mödrar 2 gånger i veckan i diskussionsgrupper med olika teman [19]. De som deltog upplevde minskad isolering, minskad stress och ökat upplevt stöd i föräldrarollen. I den tredje studien deltog föräldrar vars barn hade epilepsi. Föräldrarna diskuterade bland annat rädsla för biverkan av medicin och föräldrarnas upplevelse av att inte rätt kunna bemöta barnen. Insatsen minskade föräldrarnas ångest [20]. I den fjärde studien var insatsen riktad till föräldrar vars barn hade diabetes. Några statistiskt säkerställda effekter av diskussionsgruppen kunde dock inte påvisas i denna studie [21].

Inom ett flertal andra områden har studier genomförts av öppna stödgrupper för personer med problem. En systematisk översikt redovisar 10 försök med experiment och kontrollgrupper varav 9 med slumpvis fördelning mellan grupperna [7]. Positiva psykologiska effekter påvisas i 8 av de 9 studier där sådana effekter hade bedömts. Bland annat påvisades minskad förekomst av oro, nedstämdhet, spänning och trötthet. Positiva fysiologiska effekter, exempelvis i form av sänkt blodtryck, påvisas i samtliga 3 studier där dessa effekter hade skattas.

Ett av de 10 arbetena redovisas negativa effekter i försöksgruppen. I försöket deltog kvinnor med nyligen diagnostiserad bröstcancer. De kvinnor som deltog i stödgruppen visade sig efter försöket både må psykiskt sämre

och fungerade sämre socialt [22]. Det framgår också att kvinnorna påverkat varandra negativt vid en del grupptillfällen. En ytterligare analys visade dock att en mindre grupp kvinnor haft nytta av att delta. Det var kvinnor som hade svagt stöd från partner och från behandlande läkare [23].

Innehållet är ofta dåligt beskrivet i de vetenskapliga publikationerna. Det förefaller dock troligt att en väsentlig del av tiden ägnats åt att utveckla särskilda färdigheter bland deltagarna, exempelvis färdighet i att klara problem som oro och att bryta social isolering.

Personer som har problem förefaller således kunna dra nytta av att delta i en stödgrupp. Det verkar dock finnas en viss risk för att vissa deltagare kan ta skada av verksamheten.

Sammanfattning

Genomgången tyder på att öppna diskussionsgrupper kan förbättra föräldrars situation om deltagarna har ett gemensamt problem. Dock har negativa effekter av öppna diskussionsgrupper också redovisats. Öppna grupper riktade till alla föräldrar har inte påvisats ha effekt.

Strukturerad individuell rådgivning

Föräldrarådgivning med strukturerade program är vanligen inriktad på att förbättra barnets situation. I de utvärderingar som gjort har därför effekterna studerats på barnet eller på föräldrars beteende gentemot barnet. Sådan verksamhet diskuteras i kapitel 6–7.

Öppen individuell rådgivning

I kapitel 2 beskrivs försök med öppen enskild rådgivning till föräldrar där insatserna har tydligt fokus på barnen och effekterna också har studerats på dem.

Öppen individuell rådgivning till föräldrar erbjuds också i andra sammanhang. Utgångspunkten är vanligen ett problem. Upplevs problemet som stort är det troligt att föräldern tar kontakt med någon av de organisationer som finns för att ge stöd och behandling: primärvård, elevhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri samt socialtjänst. Varje år har cirka 3 procent av alla familjer kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten har kontakt med cirka 2 procent av alla familjer [24]. För de svåraste problemen finns således redan organisationer som har till uppgift att ge för-

äldrar stöd. Utformning av barn- och ungdomspsykiatri har redan varit föremål för en statlig utredning [24] vilket även gäller elevhälsovården [25]. Socialtjänstens insatser för barn och ungdom utreds för närvarande [26]. Instanser för familjer där barnen har betydande problem behandlas därför inte här. Analysen begränsas till de situationer då familjerna inte har betydande problem.

Den vetenskapliga litteraturen behandlar främst försök med rådgivning till personer som själva har problem eller där nära anhöriga har problem. Vid litteratursökningar i Medline, PsycInfo samt en systematisk översikt av insatser som syftat till att stärka socialt stöd [7] påvisades 14 kontrollerade studier av sådan rådgivning.

I 3 försök var rådgivningen avsedd för en medlem i en familj där en annan person hade problem. Två försök gällde föräldrar som hade barn med olika kroniska sjukdomar, exempelvis reumatisk sjukdom. Föräldrarna fick besök i hemmet av en annan förälder som också hade ett barn med samma sjukdom [27, 28]. I båda studierna förbättrades den psykiska hälsan bland de föräldrar som fick besök. I det tredje försöket riktades rådgivningen till kvinnor som misshandlades av sin manliga partner [29]. Insatsen minskade inte kvinnornas psykiska problem och minskade inte heller misshandeln.

Övriga 11 insatser riktades till vuxna som själva hade problem. I 8 studier hade deltagarna psykiska problem, främst depressioner [30–37]. Deltagarna fick upprepade kontakter med rådgivare som antingen var professionella eller lekmän. I 7 av 8 kontrollerade studier förbättrades den psykiska hälsan alternativt den sociala situationen för de personer som fick ta del av rådgivningen. I 3 studier hade deltagarna hjärt-kärlproblem. Resultaten i de 3 studierna pekade åt olika håll. I ett försök var resultatet positivt i försöksgruppen, eftersom antalet hjärtinfarkter minskade [38]. I ett andra försök påvisades inga effekter [39, 40]. I ett tredje försök försämrades hälsan i den grupp som fått individuell rådgivning [40]; risken att dö inom ett år nästan fördubblades.

I de försök som redovisas har rådgivningen erbjudits i hemmet eller på en mottagning. Kontrollerade studier av rådgivning per telefon påvisades inte. Det är dock sannolikt att liknande effekter skulle kunna påvisas om samtalet skett enbart per telefon.

I kapitel 14 diskuteras också effekter av insatser i familjer där barnen, eller familjerna, har specifika problem. Ofta påvisas gynnsamma effekter av insatserna som var utformade som öppen individuell rådgivning.

Informella kontakter med personal inom förskola och skola

Föräldrar träffar normalt personal inom förskola, skola och fritidsverksamhet. Det är samtal föräldrar uppskattar. I undersökningen som presenteras i kapitel 4 anger omkring 40 procent av föräldrarna att de haft nytta av samtal om barnen vid sådana kontakter. Samtalen initieras ofta av att föräldern tar upp ett problem. Det är därför troligt att resultatet från de refererade studierna av öppen individuell rådgivning även är tillämpligt på denna typ av samtal.

Lärare har utbildning inriktad på barn och är anställda för att arbeta med dem. Det är därför naturligt för lärare att tydligt se barns behov. En förälder som tar upp ett problem har dock även egna behov, exempelvis av att bli bekräftad i rollen som förälder. Ibland kan barns och föräldrars behov komma i konflikt med varandra, och det finns då risk för att läraren i samtal inte kan möta förälderns behov. Resultatet kan då bli att föräldern känner sig nedvärderad. Särskilt stor risk är det för en förälder som redan har tydliga problem i sitt föräldraskap. Samtal med lärare försämrar då situationen för föräldrar som lever med påfrestningar. Detta kan vara en förklaring till att föräldrar med kort utbildning är mindre intresserade av denna typ av samtal jämfört med högutbildade, se kapitel 5.

Negativa effekter av samtal i belastade familjer har även påvisats i andra sammanhang då föräldrar får råd av personal som arbetar med barn, exempelvis inom barnhälsovården [41, 42]. Där finns liknande konflikter mellan barns och föräldrars behov. Inom barnhälsovården kan en sådan konflikt gälla amning. En sjuksköterska vet att barn mår bäst av att ammas. Hon kan å andra sidan också leva sig in i att en mamma kan uppleva amning som betungande. Om sjuksköterskan har svårt att hantera konflikten kan mamman känna sig avvisad.

Om lärare lägger tyngdpunkten i samtalet vid att hjälpa föräldrarna att värdera situationen (appraisal), snarare än vid att uttrycka egna åsikter, då finns större möjligheter att föräldrarna ska kunna dra nytta av samtalet. Många lärare har dock inte fått utbildning i att föra sådana föräldrasamtal.

Sammanfattning

Genomgången tyder på att öppen individuell rådgivning kan förbättra föräldrars situation om föräldrarna har ett problem. Dock kan sådana samtal även ha negativa effekter.

Stöd genom media

Den undersökning som presenteras i kapitel 5 visar att knappt hälften av alla föräldrar upplevt sig ha haft nytta av den information om föräldraskap som de fått tillgång till via TV- och radioprogram, tidningar, tidskrifter och böcker. Det finns inga andra former av stöd som så stor andel funnit vara värdefull. Vi har inte funnit studier som visar hur föräldrar använder den information som presenteras i medierna i stort. Det är troligt att föräldrar använder informationen på olika sätt. Uppenbart kan medier ge kunskap som föräldrar värderar. Artiklar i tidningar och tidskrifter kombinerar ofta uttalanden från experter med intervjuer av föräldrar som läsaren kan identifiera sig med. Föräldrarna kan på detta sätt få modeller för det egna föräldraskapet som de kan ta till sig eller förkasta. Inslag i medier kan också mer allmänt stimulera föräldrar till att reflektera över det egna föräldraskapet.

Ungefär en fjärdedel av alla föräldrar anger att de är intresserade av information via internet. Intresset är störst i de yngsta åldersgrupperna, troligen därför att de själva vuxit upp med internet. Denna form har särskilt stora möjligheter eftersom den erbjuder interaktivitet. Kostnaderna per användare är också lägre jämfört med andra medieformer. Vidare erbjuder internet möjligheter för föräldrar att diskutera frågor med varandra. En analys av en svensk föräldrasajt med denna möjlighet presenteras i bilaga 3. Den tyder på att unga föräldrar och föräldrar med kort utbildning är de som drar mest nytta av denna form.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag. Ingrid Olsson och Berit Hagekull har lämnat underlag som beskriver samband mellan tillgång till öppen förskola och socialt stöd.

Referenser

1. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109(2):186-204.
2. Schaffer H. *Social Development: An Introduction*. Oxford: Blackwell; 1996.
3. Tietjen A, Bradley C. Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood. *Canadian Journal Behaviour Science* 1985;17:109-21.
4. Östergren PO, Hanson BS. Forskning om socialt nätverk och socialt stöd – metod eller teoriproblem? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1990;67 (1-2):38-42.
5. Orford J. *Community psychology. Theory and practice*. Chichester: Wiley; 1992.
6. Berkman L, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. I: Berkman L, Kawachi I, red. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000, s. 137-73.
7. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review* 2002;22(3):381-440.
8. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BJ, red. *Social support measurements and interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
9. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF. URL: http://www.scb.se/templates/tableOrChart___49708.asp.
11. Barn, elever, personal och utbildningsresultat. Kommunal nivå – avseende år 2003. Stockholm: Skolverket; 2004.
12. Sennett R. *The fall of public man*. New York: Vintage; 1978.
13. Bauman Z. *The individualized society*. Cambridge: Polity Press; 2001.

14. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1993;36:1047-52.
15. Gagnon A. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software. 2004(2).
16. Glanz K, Frances Marcus Lewis, Rimer BK, red. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass; 1996.
17. Rydenstam K. Tid för vardagsliv – kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01. *Levnadsförhållanden Rapport 99*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2003.
18. Sanford M, Byrne C, Williams S, Atley S, Miller J, Allin H. A pilot study of a parent-education group for families affected by depression. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie* 2003;48(2):78-86.
19. Telleen S, Herzog A, Kilbane TL. Impact of a family support program on mothers' social support and parenting stress. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59(3):410-9.
20. Lewis MA, Hatton CL, Salas I, Leake B, Chiofalo N. Impact of the Children's Epilepsy Program on parents. *Epilepsia* 1991;32(3):365-74.
21. Wysocki T, Harris MA, Greco P, Bubb J, Danda CE, Harvey LM, et al. Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology* 2000;25(1):23-33.
22. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol* 1996;15(2):135-48.
23. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychol* 2000;19(2):107-14.

24. Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. SOU 1998:31. Stockholm: Socialdepartementet; 1998.
25. Från dubbla spår till Elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen. SOU 2000:19. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2000.
26. Regeringen. Uppdrag avseende utveckling av arbetet med barn i utsatta situationer S2003/ST. Stockholm: Socialdepartementet; 2003.
27. Ireys HT, Sills EM, Kolodner KB, Walsh BB. A social support intervention for parents of children with juvenile rheumatoid arthritis: Results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Psychology* 1996;21(5):633-41.
28. Ireys HT, Chernoff R, DeVet KA, Kim Y. Maternal outcomes of a randomized controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illnesses.[comment] *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2001;155(7):771-7.
29. Sullivan CM, Campbell R, Angelique H, Eby KK, Davidson WS, 2nd. An advocacy intervention program for women with abusive partners: six-month follow-up. *Am J Community Psychol* 1994;22(1):101-22.
30. Chandler D, Meisel J, Hu TW, McGowen M, Madison K. Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatr Serv* 1996;47(12):1337-43.
31. Cole JR, Klarreich SH, Fryatt MJ. Teaching interpersonal coping skills to adult psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research* 1982;6:105-12.
32. Finch BE, Wallace CJ. Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1977;45(5):885-90.
33. Goldsmith JB, McFall RM. Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. *J Abnorm Psychol* 1975;84(1):51-8.

34. Harris T, Brown GW, Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1999;174:219-24.
35. Heller K, Thompson MG, Trueba PE, Hogg JR, Vlachos-Weber I. Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *Am J Community Psychol* 1991;19(1):53-74.
36. Linehan MM, Goldfried MR, Goldfried AP. Assertion therapy: skill training or cognitive restructuring. *Professional Psychology: Research and Practice* 1979;21:482-8.
37. Renaud J, Brent DA, Baugher M, Birmaher B, Kolko DJ, Bridge J. Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(11):1184-90.
38. Frasure-Smith N, Prince R. Long-term follow-up of the Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosom Med* 1989;51(5):485-513.
39. Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB, Vokonas PS, Hartman CR, Gaccione P. A randomized control trial of cardiac rehabilitation. *Soc Sci Med* 1987;24(4):359-70.
40. Frasure-Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997;350(9076):473-9.
41. Heritage J, Sefi S. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. I: Drew P, Heritage J, red. *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
42. Arborelius E, Bremberg S. Supportive and non-supportive qualities of child health nurses contacts with strained infant mothers. *Scand J Caring Sciences* 2003;17:1-7.

4.

METODER MED DIREKTA EFFEKTER PÅ BARNNS VÄLFÄRD OCH HÄLSA – EN SYSTEMATISK ÖVERSIKT AV INTERNATIONELLT PUBLICERAD LITTERATUR

4.

METODER MED DIREKTA EFFEKTER PÅ BARNNS VÄLFÄRD OCH HÄLSA – EN SYSTEMATISK ÖVERSIKT AV INTERNATIONELLT PUBLICERAD LITTERATUR

När en form av föräldrastöd ska värderas är kunskaper om effekterna avgörande. Ett skäl är att alla former av föräldrastöd i någon mån inskränker på föräldrarnas autonomi, även om föräldrarnas deltagande är frivilligt, se kapitel 2. En förutsättning för att legitimera föräldrastöd är att det bidrar till barnens välfärd. Effekterna av varje enskild form av föräldrastöd behöver därför analyseras.

Den säkraste kunskapen om att en viss insats har effekt går att få i kontrollerade experiment. Det innebär att en grupp föräldrar får tillgång till en viss insats, medan en annan jämförbar grupp av föräldrar inte får del av insatsen. Föräldrar och barn i de båda grupperna följs sedan. Om barnen i den grupp där föräldrarna har fått ta del av insatsen klarar sig bättre, är detta ett starkt argument för att insatsen är till nytta för barnen. Särskilt starkt blir argumentet om samma resultat har framkommit i flera studier och om fördelningen av föräldrar i försöks- och kontrollgrupper har skett slumpmässigt.

Mot denna bakgrund analyseras i detta kapitel den internationella vetenskapliga litteratur som behandlar föräldrastöd. Kapitlet sammanfattar en mer omfattande rapport som ingår som bilaga 1 och som även har publicerats separat [1]. Kapitlet beskriver dessutom senare tillkommen litteratur. Endast studier med hög kvalitet inkluderas. Det innebär att över-

sikten enbart behandlar kontrollerade experiment med slumpvis fördelning mellan försöks- och kontrollgrupper.

Analysen är systematiskt genomförd. Det betyder att de studier som rapporteras har identifierats i databaser över vetenskaplig litteratur på ett sätt som går att kontrollera av en oberoende person. Litteratur inom ett område kan behandlas på olika sätt. Före tillkomsten av moderna databaser var det vanligt att en ledande forskare inom ett område valde ut artiklar som hon eller han uppfattade vara representativa. Det hände då att detta urval avspeglade forskarens egen förståelse av området och att denna bild kunde skilja sig från den samlade litteraturen inom fältet. Databaser som indexerar vetenskaplig litteratur gör det numera möjligt att mer objektivt analysera vetenskapliga arbeten inom ett område. I denna översikt används en sådan metod.

En omfattande översikt av kontrollerade studier av insatser riktade främst till föräldrar med spädbarn har publicerats år 2003 [2]. Översikten refereras i kapitel 6. Ytterligare översikter av insatser riktade till spädbarnsföräldrar har publicerats under de senaste åren [3, 4]. Mot denna bakgrund har detta kapitel avgränsats till att endast behandla insatser som är riktade till föräldrar med barn som är äldre än 18 månader.

Syfte

Avsikten har varit att besvara 3 frågor: 1) Gynnas barns psykiska hälsa av stöd till föräldrar? 2) Gynnas barns psykiska hälsa oavsett formen för stöd, det vill säga om det erbjuds i grupp, enskilt till varje förälder/föräldrapar för sig eller på distans utan kontakt mellan ledare och deltagare? 3) Gynnas barns psykiska hälsa oavsett barnens ålder?

Metod

Först uppställdes ett antal kriterier för vilka studier som skulle inkluderas. Sedan gjordes litteratursökningar i databaser, varefter arbeten som uppfyllde kriterierna analyserades.

Kriterier för val av insatser som analyseras

Insatserna riktar sig till föräldrarna och fokuserar föräldrarollen

Stödet gäller föräldrarollen, såsom föräldrarnas tankar, känslor, beteenden och kunskap rörande barnen. Stöd i form av ekonomiska bidrag, lagstadgade rättigheter eller tillgång till barnomsorg och skola ingår inte. I detta kapitel ingår stöd givet till föräldrar antingen som en avgränsad insats eller som en del där andra avsnitt riktas till barnen eller andra aktörer i samhället.

Insatserna riktas preventivt till breda grupper av föräldrar med barn i åldern 18 månader till 18 år. De insatser som analyseras innefattar både stöd som sätts in innan några problem har uppstått och stöd som sätts in i ett tidigt skede med avsikt att förebygga en ogynnsam utveckling [5]. Insatser riktade till alla föräldrar ingår liksom insatser för föräldrar ur sociala riskgrupper, föräldrar bosatta i socialt utsatta områden samt föräldrar till barn som redan har uppvisat problem. Översikten innefattar däremot inte behandlande insatser som enbart vänder sig till föräldrar där barnen eller föräldrarna har diagnostiserad kronisk sjukdom eller betydande sociala problem där tvingande insatser krävs från sociala myndigheter. Åldern på barnen har i översikten bedömts efter barnens medelålder då en insats börjar.

Utvärderingarna mäter effekter på barns psykiska hälsa

Hos barn är det ofta otydligt var gränsen går mellan psykisk hälsa och ohälsa. Det finns dessutom ett flertal risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, vilka är förknippade med ett sämre eller bättre hälsoutfall utan att man vet den exakta kopplingen. I denna översikt används därför en bred definition av psykisk hälsa, nämligen att det innefattar såväl känslomässiga, kognitiva som sociala komponenter hos barn samt risk- och skyddsfaktorer hos föräldrar som har direkt betydelse för barns psykiska hälsa [4, 6, 7].

Utvärderingarna är gjorda som kontrollerade randomiserade försök

Med detta menas att effekterna av en insats jämförs mellan en grupp som får stöd och en kontrollgrupp som inte får stödet i fråga samt att fördelningen av deltagare till dessa grupper skett slumpvis. Denna utformning bidrar till att minska risken för att resultatet ska kunna förklaras av något annat än själva insatsen. Den slumpvisa fördelningen till grupperna kan antingen ske på individnivå, det vill säga enskilda personer eller familjer

fördelas till grupperna, eller genom att större enheter av deltagare, såsom skolklasser, fördelas till grupperna.

Utvärderingarna är publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter

Vetenskapliga tidskrifter har vanligen ett system för granskning innan ett arbete publiceras. Det innebär att andra forskare har bedömt att utvärderingen är välgjord och ökar således tilltron till att slutsatserna är välgrundade.

Insatserna ingår oavsett stödform

Insatser för att stödja föräldrar kan ges i grupp, enskilt eller på distans. När formen är i grupp träffar en eller ett par ledare flera föräldrar samtidigt. Ett exempel är att en grupp inbjudna föräldrar träffas i skolans lokaler. När den är enskild genomförs insatsen för varje förälder eller enskild familj för sig, till exempel kommer ett föräldrapar till en terapilikhande session. När insatsen genomförs på distans träffar föräldrarna aldrig ledaren utan de har kontakt på andra sätt. Ett exempel är att skriftligt material skickas hem till föräldrarna.

Insatserna ingår oavsett i vilket land de är gjorda

Utvärderingar ingår om de är publicerade på svenska, engelska, norska eller danska.

Litteratursökning

För att täcka studier med skilda ämnestillhörigheter, bland annat psykologi, pedagogik, medicin och sociologi, utfördes sökningen i databaserna Cochrane, ERIC (fr.o.m. 1966), PsychINFO (fr.o.m. 1872), PubMed (fr.o.m. 1963) och Sociological Abstracts (fr.o.m. 1963). I den tidigare publicerade rapporten [1] gjordes sökningarna fram till och med maj 2002. I detta kapitel har sökningarna kompletterats för perioden från juni 2002 till och med maj 2004. Sökningarna gjordes med följande breda kombinationer av sökord (i olika böjningsformer och varianter): "*parent, child och randomised/zed*", "*parent, child och experimental*", "*parent, adolescent och randomised/zed*" samt "*parent, adolescent och experimental*". Förfrågan om referenser har även gått ut till personer som är aktiva inom området och 4 årgångar av tidskriften Journal of Consulting and Clinical Psychology har granskats manuellt.

En person (filosofie doktor i psykologi) granskade samtliga artiklar och i de fall där det var oklart om insatsen uppfyllde kriterierna för att ingå har ytterligare en person (professor i psykologi) bedömt studierna. Bedömningarna skiljde sig inte åt mellan dessa personer. Tio av de studier som identifierades bedömdes inte, eftersom de inte var tillgängliga genom Uppsala universitets beställningstjänster.

Bedömning av effekt

Slutsatser om att en enskild studie har gett en önskad effekt grundas på att minst ett relevant mått på barns psykiska hälsa eller för risk- och skyddsfaktorer för deras psykiska hälsa har visats ge en önskvärd effekt. En statistisk prövning ska då visa att man med minst 95 procents säkerhet kan säga att den uppmätta effekten inte beror på slumpen. Om många mått används i en studie kan en sådan effekt slumpmässigt uppstå för ett enskilt mått (masssignifikans). I sådana studier har kraven anpassats till antalet mått som ingått i studien. Slutsatser om effekter för en viss form av stöd, eller för en viss ålder på barnen, grundas på att minst 2 skilda studier påvisar önskade effekter.

Resultat

Sjuttiotvå studier uppfyllde de kvalitetsmässiga och innehållsmässiga kraven för att ingå. Av dessa ingick 63 i den tidigare publicerade rapporten och 9 studier tillkom vid den kompletterande sökningen [8–16].

I huvuddelen av insatserna har ledaren använt en handbok som beskriver hur insatsen ska genomföras (strukturerad insats). Det innebär att alla deltagare får ta del av ungefär samma innehåll. Ibland kombineras detta med mer ostrukturerade inslag. Vid insatser i grupp finns ledare. Stödet syftar bland annat till att hjälpa föräldrarna med hur de kan fostra och stimulera barnen, få insyn i vad barnen gör och tänker, få kunskap om barn i olika åldrar, få en väl fungerande kommunikation inom familjen, få ett bra samspel med skolan, få en ökad tillgång till informellt stöd och till att föräldrarna själva ska må bra i sin föräldraroll. Dessa insatser leder till att barnen bland annat får ett bättre samspel med föräldrarna och med andra personer, tar mindre risker och presterar bättre i skolan. I de flesta studier har

barn och föräldrar endast följts under året efter insatsen. Det är därför ofta svårt att uttala sig om långtidseffekter. I några undersökningar har dock familjerna följts 15–20 år efter insatsen. Fler kvinnor än män har deltagit. Därför är kunskapen om effekter på män sämre.

Effekter av föräldrastöd på barns psykiska hälsa

Gynnsam effekt på ett eller flera mått på barnens psykiska hälsa, eller på risk- och skyddsfaktorer för denna hälsa, påvisades i 69 av de 72 studierna.

I tabell 4:1 redovisas andel insatser med gynnsam effekt efter stödets form, barnens ålder och hur utfallet uppmätts. Om flera former av stöd analyseras i en studie redovisas samtliga former i tabellen. Om en form av stöd givits till föräldrar med barn i mer än en ålderskategori redovisas analysen endast i den ålder som dominerar. I 3 studier kunde formen inte klassificeras i tabellens kategorier. Dessa studier hade alla gynnsamma effekter men kunde inte redovisas i tabellen.

Form	Förskolebarn (1,5–5 år)		Skolbarn (6–12 år)		Tonåringar (13–18 år)	
	Barn- utfall	Föräldra- utfall	Barn- utfall	Föräldra- utfall	Barn- utfall	Föräldra- utfall
Grupp	10/10	8/9	10/10	8/8	2/3	3/3
Grupp och enskilt	3/3	1/2	3/3	1/1	-	-
Enskilt	13/13	6/8	4/6	2/3	3/3	2/3
Distans	2/3	3/3	3/4	3/4	-	-
Summa	28/29	18/22	20/23	14/16	5/6	5/6

Tabell 4:1. Andel insatser med gynnsam effekt på barn och/jeller föräldrar efter föräldrastödets form, barnens ålder och hur utfallet har uppmätts

En del effekter analyseras direkt på *barnen*, exempelvis i form av förekomst av beteendeproblem eller som självrapporterad psykisk hälsa. Tabellen redovisar 58 sådana analyser där 53 visar på positiva effekter. I andra analyser studeras *föräldrarnas* förhållningssätt och andra föräldraegenskaper som påverkar barnens psykiska hälsa. Om både utfall på barnen och

på föräldrarna presenteras i en enskild studie, redovisas båda i tabellen. Tabellen redovisar 44 analyser av föräldrautfall där 37 visar på positiva effekter.

Föräldrastöd i *grupp* är en vanlig form som redovisas i 23 analyser med utfall studerat på barnen. Analyser av stöd som erbjuds *enskilda* föräldrar är ungefär lika vanligt och redovisas med utfall studerat på barnen i 22 undersökningar. Effekterna förefaller vara tydligare om stödet erbjuds i gruppform, jämfört med enskilda kontakter. Detta framgår från den fullständiga rapporten i bilaga 1 men redovisas inte i tabell 4:1. Stöd på distans, det vill säga genom media, TV, video eller tryckt material, redovisas endast i 7 analyser med utfall studerat på barnen.

De flesta analyser har genomförts av insatser för föräldrar med barn i förskoleåldern, 29 med utfall studerade på barnen. Nästan lika många sådana analyser har gjorts av barn i ålder 6–12 år. Dock redovisas endast 6 analyser av insatser för föräldrar med tonåringar. I *förskoleåldern* är det vanligt att insatserna erbjuds föräldrar där man upplever att det är problem med barnen. Stödet är då ofta inriktat på metoder för att fostra/hantera barnen, så att de beter sig på socialt önskvärda sätt. Insatser för *barn i ålder 6–12 år* erbjuds i stället ofta till breda grupper av föräldrar eller till socioekonomiskt missgynnade grupper (exempelvis frånskilda eller boende i områden där en stor andel av familjerna räknas som fattiga). Även dessa insatser fokuserar ofta uppfostran, men det är dessutom vanligt att ge stöd för att förbättra kommunikationen mellan föräldrar och barn. Liksom var fallet för skolbarn, så riktas insatser till *tonårsföräldrar* ofta till breda grupper av föräldrar och till socioekonomiskt missgynnade grupper. Flertalet insatser är inriktade på att förbättra kommunikationen mellan föräldrar och ungdomar, bland annat för att öka föräldrarnas insyn i ungdomarnas liv och underlätta gemensam problemlösning inom familjen.

Diskussion

Litteraturgenomgången tyder på att barns psykiska hälsa gynnas av stöd till föräldrarna, att stödet både kan genomföras i grupp, enskilt och på distans och att effekter är särskilt väl dokumenterade för insatser som genomförs för yngre barn. Ett flertal insatser kombinerar metoder som

främjar föräldrars samspel med barnen så att föräldrarna både kan ge barnen värme och ramar.

De beskrivna insatserna representerar ett brett fält av olika arbetssätt, både vad gäller hur insatserna läggs upp, vilka åldersgrupper man riktar sig till, vad man önskar stödja föräldrarna med och hur insatserna utvärderas. I de flesta studier kan författarna ändå påvisa gynnsamma effekter. Detta resultat är i linje med tidigare genomförda, men mindre omfattande, översikter [4, 7, 17, 18]. Denna forskning har till stor del publicerats sedan år 1990. I en omfattande översikt av förebyggande insatser publicerad så sent som år 1997 konstateras att det är tveksamt om stöd till föräldrar har påvisbar effekt [19]. I dag förefaller den internationella forskningen tydligt visa att föräldrastöd är ett effektivt sätt att förbättra barns psykiska hälsa.

Samtliga utvärderingar har genomförts som kontrollerade randomiserade försök. Det gör att det är relativt säkert att det är just insatserna i fråga som har lett till de förbättringar som påvisats. Slutsatsen stärks av att utfall påvisats både på barnen och på föräldrarna med ett flertal olika metoder. I många studier har forskarna använt väl utprovade frågeformulär där det redan är känt att formuläret mäter det som avsikten har varit att mäta (validitet) och att den person som svarar gör det på samma sätt vid upprepade tillfällen (reliabilitet). I ett flertal studier har barnens beteenden direkt registrerats av oberoende observatörer som inte känt till om barnens föräldrar fått ta del av en insats eller ej. Slutsatsernas säkerhet styrks av att flera olika metoder använts för att påvisa de gynnsamma effekterna.

Det är vanligast att insatserna har getts före tonåren. Detta innebär att slutsatserna är säkrare när det gäller yngre barn än när det gäller tonåringar. En trolig förklaring till skillnaden i antalet utvärderingar är att det har funnits ett större intresse för att erbjuda stöd till yngre barn än till äldre, till exempel för att tidigt bryta negativa mönster [3, 4, 7].

Det finns några förhållanden, som skulle kunna minska tilltron till slutsatserna i denna översikt. En risk är att föräldrarna och barnen ändrar sig på grund av vetskapen om att de deltar i en studie, trots att stödet i sig inte har någon betydelse [20]. Det som talar emot att detta skulle ha påverkat slutsatserna är att föräldrarna i flera fall även i kontrollgrupper tagit del av en insats, men då en insats som man inte förväntade skulle ha effekt. En annan risk är att man ibland kombinerar föräldrastöd med stöd till barnen vilket försvårar slutsatser om effekter av just föräldrastödet. Utvärderingar

visar dock att enbart stöd till barnen ger mindre gynnsamma effekter än insatser som även innehåller föräldrastöd [21, 22]. Det finns också risk för att studier som inte visar på effekt är svåra att få publicerade. Det innebär att den bild som översikten ger skulle bli överdrivet positiv. Det är dock svårt att se att detta skulle vara en huvudförklaring eftersom litteraturen från början av 1990-talet inte gav stöd för uppfattningen att insatser för föräldrarna ger effekt. Det är däremot troligt att de metoder som har börjat prövas under de senaste 10–15 åren är avsevärt effektivare än de som har använts tidigare. Förändringen kan hänga samman med att de redovisade metoderna ofta är inriktade på att praktiskt träna föräldrarna i olika färdigheter. Tidigare var det däremot vanligt att endast diskutera olika förhållningssätt, vilket gav föräldrarna insikter som dock var svåra att omsätta till vardagspraktik.

Flera utvärderingar har relativt stora bortfall och detta minskar tillförlitligheten. I några utvärderingar har författarna dock sökt ta hänsyn till detta problem genom att jämföra föräldrar i försöks- och kontrollgrupper som var lika före försöket. Dessa analyser talar för att slutsatserna är hållbara.

Denna rapport är inriktad på att ge förslag till breda insatser för föräldrar i Sverige. De studier som detta kapitel redovisar är dock ofta genomförda i Nordamerika, inte sällan i socialt mindre gynnade grupper. En viktig fråga är därför om denna internationella forskning är relevant för det aktuella svenska sammanhanget. Det som talar för en sådan möjlighet är att insatserna ofta bygger på allmänna principer för hur föräldrar samspelar med sina barn, som gäller i olika kulturer och för människor som lever under olika förhållanden. Man kan dock anta att effekterna blir mindre om de används brett i Sverige, jämfört med om de används i socialt mindre gynnade grupper i Nordamerika. Metoderna kan också behöva anpassas till svenska förhållanden, eftersom synen på lämpligt föräldraskap inte alltid är densamma i Sverige som i USA. Likafullt ger denna översikt stöd för uppfattningen att det är möjligt att förbättra barns hälsa och välfärd med hjälp av insatser för föräldrar. Generaliseringen till olika grupper av föräldrar i Sverige behöver dock ändå prövas.

Medverkande

Ingrid Olsson har planerat och genomfört litteratursökningar, sammanställt litteraturen och varit huvudförfattare. Sven Bremberg och Berit Hagekull har medverkat i planering och genomförande av studien.

Referenser

En mer omfattande version av denna text ingår som bilaga 1 och har tidigare publicerats separat [1].

1. Olsson I, Hagekull B, Bremberg S. Stöd till föräldrar för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa – en systematisk kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
2. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn M, Juffer F. Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
3. Hwang P, Wickberg B. Spädbarnets psykiska hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
4. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prev Sci* 2001;2(3):165-92.
5. Wenar C, Kerig P. *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence*. Mass: McGraw Hill; 2000.
6. Stöd i föräldraskapet. Kartläggning av föräldrautbildningen. Ds 1997:6. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
7. Barlow J, Stewart-Brown S. Behavior problems and group-based parent education programs. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21(5):356-70.

8. Brotman LM, Klein RG, Kamboukos D, Brown EJ, Coard SI, Sosinsky LS. Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32(2):246-57.
9. Jackson C, Dickinson D. Can parents who smoke socialise their children against smoking? Results from the Smoke-free Kids intervention trial. *Tob Control* 2003;12(1):52-9.
10. Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Haggerty KP, Spoth RL. Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prev Sci* 2003;4(3):203-12.
11. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2002;87(6):472-7.
12. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29(2):221-40.
13. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1984;52(4):666-78.
14. Webster-Stratton C, Kolpacoff M, Hollinsworth T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(4):558-66.
15. Werch CE, Owen DM, Carlson JM, DiClemente CC, Edgemon P, Moore M. One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Educ Res* 2003;18(1):74-87.
16. Wu Y, Stanton BF, Galbraith J, Kaljee L, Cottrell L, Li X, et al. Sustaining and broadening intervention impact: a longitudinal randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches. *Pediatrics* 2003;111(1):e32-8.

17. Bremberg S. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
18. Ferrer-Wreder L, Stattin H. Vad kan man göra i familjen för att förhindra ungdomsvåld och kriminalitet? Stockholm: BRÅ; 2001.
19. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum; 1997.
20. Zimmerman TS, Jacobsen RB, MacIntyre M, Watson C. Solution-focused parenting groups: An empirical study. *Journal of Systematic Therapies* 1996;15(4):12-25.
21. Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(4):538-48.
22. Blake SM, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Calabrese JM. Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspectives* 2001;33(2):52-61.

5.

FÖRÄLDRARS INTRESSE
FÖR OLIKA FORMER
AV FÖRÄLDRASTÖD

5.

FÖRÄLDRARS INTRESSE FÖR OLIKA FORMER AV FÖRÄLDRASTÖD

Föräldrastöd kan erbjudas i olika former. Ska det komma till nytta för barnen räcker det inte med påvisade effekter – föräldrar måste också vara intresserade. Ett representativt urval av föräldrar har därför tillfrågats om intresse för olika insatser av föräldrastöd. Undersökningen har utformats så att det går att särskilja intresset i olika grupper, exempelvis kvinnor och män, föräldrar med kort och lång utbildning samt föräldrar som upplever tydliga påfrestningar i föräldrarollen. Detta kapitel sammanfattar undersökningen som i sin helhet finns tillgänglig på Statens folkhälsoinstituts webbplats [1].

Metod

Urval och procedur

I april 2003 skickades enkäter ut till vårdnadshavare till 4 000 barn i ålder 0–17 år. Ett slumpmässigt urval av barn drogs från registret över totalbefolkningen i Sverige. Endast en vårdnadshavare per barn, lika många mödrar som fäder, fick förfrågan om att delta. De som inte svarat på enkäten fick påminnelser 2 gånger under den följande månaden.

Enkät

Enkäten innefattade 5 delar, frågor som utgick från vinjetter som beskrev 6 olika former av stöd, frågor om tretton andra insatser, frågor om föräldrastress, frågor om informellt socialt stöd samt frågor om föräldrarnas bakgrund.

Sex vinjetter

I 6 jämförbara vinjetter som konstruerats av författarna beskrevs följande stödformer:

- 1) *Strukturerat stöd i grupp* där ledare upprepade gånger träffar flera föräldrar samtidigt och man följer ett i förväg bestämt program.
- 2) *Ostrukturerat stöd i grupp* där ledare och föräldrar träffas upprepade gånger och träffarna har ett innehåll som inte är bestämt i förväg.
- 3) *Strukturerat enskilt stöd* där en förälder blir inbjuden att ensam eller tillsammans med sin partner upprepade gånger träffa en expert vid möten som har ett innehåll som är bestämt i förväg.
- 4) *Ostrukturerat enskilt stöd* där en förälder får råd per telefon av en expert kring de frågor som föräldern själv tar upp.
- 5) *Strukturerat stöd på distans* där föräldern deltar i en internetbaserad kurs med ett i förväg bestämt innehåll.
- 6) *Ostrukturerat stöd på distans* där föräldern kan diskutera valfria ämnen med andra medlemmar på en internetplats.

Strukturerade föräldragrupper beskrevs enligt följande: ”Tänk dig att du blir inbjuden att vara med i en föräldragrupp. Gruppen har en erfaren ledare och syftet är att ni ska lära er mer om föräldrar och barn. Gruppen följer ett program som är bestämt i förväg. Programmet tar upp områden som känns aktuella för dig, till exempel att hantera konflikter och att få bra kontakt med barn. Vid träffarna får ni bland annat se och diskutera videoinslag som visar vanliga situationer med barn. Alla föräldrar tränar hemma mellan träffarna, till exempel på hantering av konflikter. Gruppen träffas 6 gånger på kvällstid, varannan vecka, cirka 2 timmar per gång. Fika ingår.” Övriga vinjetter hade liknande formuleringar.

Föräldrarna fick markera sitt intresse för formen genom att ta ställning till 3 positiva påståenden om insatsen: *Jag är intresserad av att delta i en sådan föräldragrupp*, *Jag skulle kunna lära mig viktiga saker om barn i en sådan föräldragrupp* och *Det skulle vara värdefullt för mig att delta i en sådan föräldragrupp*. Formuleringarna slutade alternativt med ... *vara medlem i en sådan sajt*, ... *ringa en sådan rådgivning* och ... *delta i en sådan verksamhet*. Föräldrarna markerade på en femgradig skala om påståendet *inte stämmer alls*, *stämmer inte så bra*, *stämmer delvis*, *stämmer ganska bra* eller *stämmer helt*. *Stämmer inte alls* fick värdet 1 och *stämmer helt* värdet 5.

Om det genomsnittliga värdet för svaren på de 3 frågorna om intresse var minst 4, det vill säga att påståendena stämmer ganska bra, ansågs föräldern ha intresse för formen.

För att ytterligare klargöra intresset för insatsen fick föräldrarna ta ställning till påståenden om sina avsikt att delta, sina praktiska möjlighet att delta och vad deras anhöriga tycker om stödinsatserna. Frågorna formulerades enligt följande: *Jag kommer att försöka delta i en sådan föräldragrupp, Jag skulle ha svårt att delta på grund av att det är svårt att få barnpassning, Jag skulle ha svårt att delta på grund av andra praktiska hinder till exempel tidsbrist, Jag kan tänka mig att betala 200 kr för att delta i en sådan föräldragrupp, Föräldrar jag känner skulle delta i en sådan föräldragrupp samt Personer som är viktiga för mig skulle vara positiva till att jag deltar i en sådan föräldragrupp.* Formuleringarna slutade alternativt med ... *vara medlem i en sådan sajt, ... ringa en sådan rådgivning, ... delta i en sådan verksamhet, ... saknar tillgång till dator eller internet och ... inte kan tala ostört i telefon.* Svartalternativen var liknande som för de 3 första påståendena om formen.

Föräldrarna fick även ange om de själva hade deltagit i en verksamhet med ja eller nej samt, om de hade deltagit, vilken nytta de tyckte att de hade haft av att delta.

Intresse för 13 andra insatser

Föräldrarna angav sitt intresse för 13 andra former av stöd genom att svara på frågor som inleddes med formuleringen *Jag är intresserad av stöd genom ...* Formerna presenteras i tabell 5:5. Föräldrarna angav intresset genom markeringar på en femgradig skala liknande den som användes för de 6 vinjetterna. Markeringar att påståendet om intresset för stöd *stämmer ganska bra* eller *stämmer helt* räknas som intresse.

Upplevelse av föräldrastress

Föräldrarna besvarade 15 tidigare utprovade frågor om föräldrastress [2, 3] som handlade om känsla av inkompetens, rollbegränsning och problem i relationen med partnern. Föräldrarna fick ange om de instämde i olika påståenden på samma femgradiga skala som beskrivs ovan för de 6 vinjetterna. Föräldrar med ett medelvärde på de 15 frågorna som ligger över mittvärdet på svars-skalan angavs ha hög stress, och föräldrar med ett värde under mittvärdet angavs ha låg stress.

Informellt socialt stöd

Föräldrarna besvarade 10 tidigare utprovade frågor om informellt socialt stöd [3] som handlade om tillgången till emotionellt och praktiskt stöd från släkt, vänner och bekanta. Vid 6 frågor angav föräldrarna antalet personer de hade att vända sig till (femgradig skala från *0 personer* till *fler än 6*) och vid resterande 4 frågor hur ofta de upplevde sig få stöd (femgradig skala från *inte alls* till *väldigt ofta*). Baserat på svaren på de 10 frågorna beräknades ett index för föräldrastöd.

Bakgrundsinformation

I slutet av enkäten fanns frågor om deltagarnas boende, utbildningsnivå, familjeekonomi, civilstånd, antal personer i hushållet i olika åldrar samt om barnet/barnen har någon diagnostiserad sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar det dagliga livet.

Uppgifterna i enkäten kompletterades med uppgifter om deltagarnas kön, ålder och födelseland som hämtades från Statistiska centralbyråns register över totalbefolkningen.

Statistiska metoder

För att räknas som statistiskt säkerställda skulle skillnader mellan grupper med minst 95 procents säkerhet inte kunna förklaras av slumpen. Vid färre än 50 svar för en fråga görs inga uttalanden om skillnader. Vid 50–100 svar användes Kolmogorov-Smirnovs test för att pröva om erhållna värden var normalfördelade. Om värdena ej var normalfördelade prövades skillnader icke-parametriskt med Mann Whitney U-test. Vid normalfördelning och vid mer än 100 svar ansågs skillnader säkerställda om de 95-procentiga konfidensintervallen (osäkerhetsintervallen) för respektive medelvärden inte överlappade varandra.

Resultat

Deltagare

Enkäten besvarades av 2 077 föräldrar av totalt 4 000 tillfrågade (52 %). Tabell 5:1 visar hur deltagarna fördelar sig efter olika bakgrundsfaktorer. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de föräldrar som svarat och urvalet med avseende på föräldrarnas ålder, medborgarskap, civilstånd samt barnens ålder. Däremot besvarades enkäten av färre män än förväntat (44 procent mot förväntat 50), färre utlandsfödda (13 procent mot förväntat 17) och färre personer ur den lägsta inkomstgruppen (11 procent mot förväntat 13) samt av fler personer än förväntat ur den högsta inkomstgruppen (17 procent mot förväntat 15).

Uppgift	Grupp	Andel i procent
Kön	Man	44
	Kvinna	56
Ålder	–24 år	1
	25–29 år	6
	30–39 år	41
	40–49 år	39
	50–59 år	12
	60– år	1
Civilstånd	Gift eller sammanboende	85
	Ensamstående	15
Födelseland	Sverige	87
	Norden utom Sverige	3
	Utanför Norden	10
Medborgarskap	Svenskt	95
	Ej svenskt	5
Högsta utbildning	Folkskola/grundskola	9
	Realskola/folkhögskola	1

	Gymnasium 1–2 år	16
	Gymnasium 3–4 år	16
	Högskola –3 år	24
	Högskola mer än 3 år	22
Egen inkomst	–84 999 kr	11
	85 000–159 999 kr	19
	160 000–234 999 kr	33
	235 000–309 999 kr	20
	310 000– kr	17
Boendeort	Storstad: Stockholm, Göteborg, Malmö	25
	Mellanstor tätort	35
	Mindre tätorter samt glesbygd	40
Bostadsform	Hyreslägenhet	22
	Bostadsrättslägenhet	9
	Hus (villa, radhus, kedjehus, lantgård)	67
Barnens ålder	0–5 år	37
	6–12 år	38
	13–18 år	25
Barnens hälsa	Svår allergi/astma	12
	DAMP/ADHD	2
	Övrig sjukdom/ funktionsnedsättning	11

Tabell 5:1 Deltagare i undersökningen

*Intresse för de 6 insatser som beskrivs med vinjetter**Samtliga föräldrar*

Intresset var störst för strukturerade föräldragrupper och för telefonrådgivning, se tabell 5:2. Strukturerade föräldragrupper är också den insats flest föräldrar säger sig ha haft erfarenhet av, följt av diskussionsgrupper på internet.

Insats	Grad av intresse	Andel med erfarenhet, procent	
	Andel intresserade, procent	Medelvärde för intresse – högt värde = stort intresse (konfidensintervall)	
Strukturerad föräldragrupp	42	3,17 (3,12–3,22)	16
Ostrukturerad föräldragrupp	34	2,97 (2,92–3,01)	9
Enskild strukturerad rådgivning	26	2,74 (2,70–2,79)	3
Telefonrådgivning (enskild och ostrukturerad)	41	3,13 (3,08–3,19)	9
Föräldrakurs på internet	15	2,33 (2,28–2,37)	1
Diskussionsgrupper på internet	17	2,34 (2,29–2,39)	13

Tabell 5:2. Föräldrars intresse för stöd beskrivet i form av vinjetter samt andel föräldrar med erfarenhet av dessa former.

Något färre föräldrar anger att de kommer att försöka delta, än andelen som har angivit ett intresse. Rangordningen mellan olika stödformer är ungefär densamma som för rapporterat intresse. Det gäller även för föräldrarnas syn på deras möjligheter att delta och för vad de tror att deras anhöriga tycker om stödinsatserna. Detta talar för att informationen om intresse ger ganska säkra slutsatser om huruvida föräldrar verkligen skulle använda sig av insatsen i fråga.

Det är betydligt fler föräldrar som är intresserade av stöd i grupp och vid enskilda kontakter än andelen som har haft egen erfarenhet av insatserna, se tabell 5:2. Exempelvis är andelen intresserade av strukturerade föräldragrupper nästan 3 gånger högre än andelen föräldrar som har haft faktisk erfarenhet av sådana grupper. Detta talar för att det finns ett behov av stöd som inte är tillgodosett.

Strukturerade föräldragrupper hör till de insatser som flest föräldrar har erfarenhet av. Det är också en av de mer eftertraktade stödformerna. Detta talar för att erfarenhet av en insats ger ett ökat intresse för just den formen. De föräldrar som redan har tagit del av en viss insats av stöd är mer intresserade av formen än andra föräldrar (data presenteras i den fullständiga rapporten). Även detta talar för att egen erfarenhet ökar intresset för insatsen.

Föräldrarna tillfrågades också om de upplever att de har haft nytta av det stöd som de har tagit del av. Omkring 60 procent av de föräldrar som har deltagit i strukturerade och ostrukturerade föräldragrupper angav att de har haft nytta av denna verksamhet. Något fler, 73 procent, angav nytta av telefonrådgivning, och färre, 38 procent, av diskussionsgrupper på internet. Resultaten för övriga insatser är osäkra eftersom endast ett fåtal föräldrar har erfarenhet av dessa former.

Olika grupper av föräldrar

Den rangordning i intresse mellan olika insatser som beskrevs i tabell 5:2 återkommer i stora drag hos alla studerade grupper av föräldrar. Kvinnor, högutbildade och föräldrar som upplever mycket stress i föräldrarollen är allmänt mer intresserade än de flesta former av stöd, jämfört med män, lågutbildade och föräldrar som upplever lite stress, se tabell 5:3.

Insats	Kvoter mellan andelen intresserade i olika grupper av föräldrar		
	Kvinnor/män	Högutbildade/ lågutbildade	Mycket stress/ lite stress
Strukturerad föräldragrupp	1,6	1,2	1,4
Ostrukturerad föräldragrupp	1,6	1,3	1,3
Enskild strukturerad rådgivning	1,3	1,6	1,5
Telefonrådgivning (enskild och ostrukturerad)	1,3	1,3	1,5
Föräldrakurs på internet	1,2	1,5	1,5
Diskussionsgrupper på internet	1,3	1,2	1,7

Tabell 5:3. Skillnader mellan olika grupper av föräldrar i intresse för stöd beskrivet i form av vinjetter. Statistiskt säkerställda skillnader är markerade med kursiv stil

Efter barnens ålder

Intresset för de flesta former av stöd är störst när barnen är små, se tabell 5:4. Telefonrådgivning utgör ett undantag, där intresset är nästan lika stort bland föräldrar med tonåringar som bland föräldrar med spädbarn.

Insats	Andel av alla föräldrar som har något barn i angivna åldrar och som är intresserade av insatsen, procent			
	0–17 mån	18 mån–5 år	6–12 år	13–17 år
Strukturerad föräldragrupp	49	49	43	36
Ostrukturerad föräldragrupp	41	38	33	29
Enskild strukturerad rådgivning	31	29	27	22
Telefonrådgivning (enskild och ostrukturerad)	48	42	41	47
Föräldrakurs på internet	14	17	15	12
Diskussionsgrupper på internet	22	20	14	14

Tabell 5:4. Föräldrars intresse för stöd beskrivet i form av vinjetter efter barnens ålder

*Intresse för 13 andra former av föräldrastöd**Samtliga föräldrar*

Ytterligare 13 former av stöd har analyserats, se tabell 5:5. Intresset är störst för information genom böcker, tidskrifter, TV och radio. Därefter följer 4 former som är ungefär lika efterfrågade, öppen förskola, föräldragrupper på barnavårdcentral, samtal med personal inom daghem/förskola samt enskilda kontakter med specialister. Då barnen är i åldern 6–12 år är intresset för samtal med personal på skola/fritidshem ungefär lika stort som intresset för samtal med personal inom daghem/förskola (34 procent intresserade, framgår ej från tabell).

Insats		Grad av intresse	Andel som upplevt nytta av insatsen, procent	
		Andel intresserade, procent	Medelvärde för intresse – högt värde = stort intresse (konfidensintervall)	
Media	Böcker/tidskrifter	45	3,20 (3,14–3,26)	51
	TV/radio	41	3,14 (3,08–3,20)	31
	Information genom internet	22	2,33 (2,27–2,39)	10
Mötesplatser och föräldragrupper på BVC	Öppen förskola ^A	39	2,92 (2,82–3,03)	30
	Föräldragrupper på BVC ^A	37	2,86 (2,75–2,97)	43
Informella kontakter	Samtal med personal på daghem/förskola utöver ordinarie kontakter ^A	36	2,92 (2,82–3,01)	34
	Samtal med personal på skola/fritis utöver ordinarie kontakter ^B	24	2,60 (2,54–2,67)	28
Enskild rådgivning	Kontakt med specialist, t.ex. läkare, psykolog, jurist	39	2,92 (2,85–2,98)	27
	Individuell rådgivning på BVC/primärvård/familjecentral	33	2,65 (2,59–2,72)	42
	Rådgivning inom barn- och ungdomspsykiatri	24	2,37 (2,30–2,43)	9
	Individuell rådgivning av BVC/primärvård i ditt hem	21	2,22 (2,16–2,28)	21
	Samtal med expert/erfaren person där du är anonym (t.ex. BRIS, Anonyma föräldrar)	17	2,08 (2,02–2,14)	1
	Rådgivning inom socialtjänst	10	1,72 (1,67–1,77)	3

Tabell 5:5. Föräldrars intresse för stöd genom 13 befintliga insatser (ju högre värde, desto större intresse). Stödformerna presenteras i fallande ordning, utifrån andel intresserade

A: Endast föräldrar med barn i åldrarna 0–5 år.

B: Endast föräldrar med barn i åldrarna 6–17 år.

Olika grupper av föräldrar

Den rangordning i intresse mellan olika former som beskrevs i tabell 5:5 återkommer i stora drag hos alla studerade grupper av föräldrar. Kvinnor, högutbildade och föräldrar som upplever mycket stress i föräldrarollen är mer intresserade av de flesta former av stöd, se tabell 5:6. De som bor i storstäder är mer intresserade av stöd än de som bor i mindre orter.

Skillnaderna mellan kvinnor och män är särskilt påtaglig för föräldragrupperna på BVC medan skillnaderna mellan könen är små för informella kontakter med personal inom förskola och skola. Högutbildade är påtagligt mer intresserade av skrivet material i form av böcker, tidskrifter och information genom internet.

Insats		Kvoter mellan andelen intresserade i olika grupper av föräldrar		
		Kvinnor/ män	Högutbildade/ lågutbildade	Mycket stress/ lite stress
Media	Böcker/tidskrifter	1,5	1,9	1,4
	TV/radio	1,5	1,4	1,3
	Information genom internet	1,0	1,7	1,5
Mötesplatser och föräldragrupper på BVC	Öppen förskola	1,4	1,6	1,2A
	Föräldragrupper på BVC	1,8	1,8	1,6A
Informella kontakter	Samtal med personal på daghem/förskola utöver ordinarie kontakter ^A	1,2	-	1,3
	Samtal med personal på skola/fritis utöver ordinarie kontakter ^B	1,1	1,2	1,2
Enskild rådgivning	Kontakt med specialist i annat sammanhang (t.ex. läkare, psykolog, jurist)	1,3	1,6	1,4
	Individuell rådgivning på	1,5	1,8	1,6

BVC/primärvård/ familjecentral			
Rådgivning inom barn- och ungdomspsykiatri	1,4	1,2	1,5
Individuell rådgivning av BVC/primärvård i Ditt hem	1,2	1,2	1,5
Samtal med expert/erfaren person där Du är anonym (t.ex. BRIS, Anonyma föräldrar)	1,4	1,1	1,5
Rådgivning inom socialtjänst	1,4	1,0	1,5

Tabell 5:6. Skillnader mellan olika grupper av föräldrar i andel intresserade av stöd genom 13 befintliga instanser. Statistiskt säkerställda skillnader är markerade med kursiv stil

A: Endast föräldrar till barn i åldrarna 0–5 år.

B: Endast föräldrar till barn i åldrarna 6–17 år.

Efter barnens ålder

Intresset för stöd var i allmänhet störst bland föräldrar med små barn. Stöd genom böcker och tidskrifter intresserade till exempel 64 procent av föräldrarna med något barn som var yngre än 18 månader, 52 procent av de med barn i åldern 18 månader till 5 år, 43 procent med barn i åldern 6–12 år och 37 procent med barn som var äldre än 12 år.

Tillgång till informellt socialt stöd

Föräldrars tillgång till informellt stöd skattades med hjälp av 10 frågor. Resultaten redovisas i kapitel 3. Baserat på svaren av dessa frågor går det att särskilja en grupp föräldrar med mindre informellt stöd än genomsnittligt. De utgör 7 procent av samtliga föräldrar. Denna grupp är i stort intresserade av samma former av stöd som föräldrar i allmänhet. Dessa uppgifter presenteras i den fullständiga rapporten. En analys av samband mellan tillgång till öppna förskolor och informellt socialt stöd presenteras i kapitel 6.

Diskussion

Huvudsakliga slutsatser

Tre former av stöd intresserar mer än 40 procent av alla föräldrar: information via media, strukturerade föräldragrupper samt telefonrådgivning.

- 1) Intresset för information via *media* är påtagligt. Intresset för TV och radio är socialt relativt jämnt fördelat, medan intresset för böcker och tidskrifter främst tilltalar föräldrar med lång utbildning.
- 2) Intresset för *strukturerade föräldragrupper* är ungefär lika stort som intresset för media. Även denna form tilltalar föräldrar med olika utbildningsbakgrund på ett relativt likvärdigt sätt. Intresset för ostrukturerade föräldragrupper är däremot avsevärt mindre än för grupper som har en i förväg bestämd struktur.
- 3) Intresset för *telefonrådgivning* är också ungefär lika stort som intresset för media. Det tilltalar både män och kvinnor och både föräldrar med kort och lång utbildning.

Föräldragrupper på BVC är den form av stöd flest föräldrar haft erfarenhet av, undantaget böcker och tidskrifter. Verksamheten förefaller dock påtagligt missgynna föräldrar med kort utbildning. Även män förefaller missgynnade.

Slutsatsernas tillförlitlighet

Bortfallet i studien var relativt stort eftersom endast 52 procent av de tillfrågade föräldrarna besvarade enkäten. Män, utlandsfödda och föräldrar med låg inkomst var underrepresenterade. För flertalet andra uppgifter om bakgrund fanns dock inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de som svarat och urvalet som helhet. Det talar för att resultatet går att generalisera till föräldrar i Sverige i stort. Ett ytterligare stöd för möjligheten att generalisera resultaten utgörs av att uppgifter om föräldrastress i denna undersökning var jämförbara med uppgifterna i en tidigare befolkningsrepresentativ studie där bortfallet var mindre (72 procents deltagande) [4].

En begränsning är att frågorna om olika former av stöd inte hade använts tidigare. Frågorna prövades dock först i en mindre förstudie som gav liknande resultat som huvudstudien. Vidare har formuleringar av påståenden använts i ett flertal tidigare studier. En annan begränsning är att alla deltagare fick frågorna i samma ordningsföljd. Ordningsföljden skulle

kunna påverka resultaten, exempelvis genom att föräldrar blir mer positiva eller negativa efterhand som de besvarar enkäten. Dock påvisades inget systematiskt samband mellan plats i enkäten och intresse för olika stödsatser. Ordningsföljden verkar således inte ha påverkat resultatet. Ytterligare diskussion om tillförlitlighet finns i den fullständiga rapporten. Sammantaget föreligger stöd för de huvudsakliga slutsatsernas tillförlitlighet.

Medverkande

Ingrid Olsson har planerat och genomfört undersökningen, sammanställt resultatet och varit huvudförfattare. Sven Bremberg och Berit Hagekull har medverkat i planering och genomförande av studien. Statistiska centralbyrån i Örebro har ansvarat för urval, enkätutskick och datainsamling. Lena Andersson Andalibi, Anton Lager och Monica Östberg (Akademiska sjukhuset i Uppsala) har bidragit till studien.

Referenser

En fullständig version av studien finns tillgänglig över internet [1].

1. Olsson I, Hagekull B, Bremberg S. Föräldrars intresse för olika former av föräldrastöd. En empirisk kartläggning av föräldrar i Sverige – fullständig version. Statens folkhälsoinstitut. URL: <http://www.fhi.se>.
2. Östberg M, Hagekull B, Wettergren S. A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology* 1997;38:199-208.
3. Östberg M. Parenting stress: Conceptual and methodological issues. Uppsala: Uppsala universitet; 1999.
4. Östberg M, Hagekull B. A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *J Clin Child Psychol* 2000;29(4):615-25.

6.

INSATSER UNDER GRAVIDITET OCH SPÄDBARNSTID

6.

INSATSER UNDER GRAVIDITET OCH SPÄDBARNSTID

Den första tiden av livet är troligen det viktigaste. Därför är det särskilt önskvärt att erbjuda föräldrar stöd under denna period. Mödra- och barnhälsovård samt öppna förskolor har till uppgift att ge sådant stöd. Familjecentraler är en form för att organisera dessa verksamheter.

Effekt

Effekter redovisas uppdelade efter insatser inriktade på barns behov och på föräldrars behov. Bakgrunden till uppdelningen framgår från kapitel 2 och 3.

Föräldrastöd inriktade på barns behov

Studier av föräldrastöd i under denna period har identifierats med hjälp av Cochranebiblioteket, en översikt av kliniska förebyggande insatser [1], ett state of the art-dokument som behandlar mödrahälsovård [2], ett state of the art-dokument som behandlar barnhälsovård [3], genom sökningar i litteraturdatabasen Medline samt genom uppgifter om litteratur från forskare inom området.

Strukturerade föräldragrupper

När ett barn föds börjar ett intensivt samspel med de närmaste vårdgivarna. Den första uppgiften för vårdgivarna är att lära sig att tyda barnets signaler och att svara på dem [4]. Spädbarnet är programmerat till att knyta an till vårdgivarna. Kvaliteten på anknytningen kan dock variera. Studier från en rad länder, inklusive Sverige, visar att omkring 40 procent av alla barn inte spontant utvecklar en så kallad trygg anknytning [5, 6]. Detta kan

hänga samman med att barnens signaler är svåra att förstå eller med föräldrarnas svårigheter att tolka barnets signaler och svara på dem.

Mönstret för anknytning har väsentligen stabiliserats när barnet blivit 18 månader gammalt. Den individ som formar en trygg anknytning som spädbarn behåller denna trygghet genom livet [7]. Detta mönster påverkar sedan individens samspel med andra människor, både under uppväxten och senare i vuxen ålder [7, 8]. Barn som vid ett par års ålder klassificerades som tryggt anknutna visade sig vara mer sociala, mer uppmärksamma och ha lättare att engagera sig i interaktioner med andra barn jämfört med barn med otrygg anknytning [9, 10].

En otrygg anknytning leder vare sig under uppväxten eller senare till psykisk ohälsa. Skillnader mellan individer med och utan trygg anknytning märks främst när individen utsätts för påfrestningar [11]. Risken för olika psykiska och sociala problem ökar dock om individen vuxit upp med otrygg anknytning. Trygg anknytning är således en skyddsfaktor. Därför är det önskvärt att fler spädbarn utvecklar en sådan trygg anknytning.

Eftersom svårigheter i samspelet mellan barn och vårdgivare är vanliga, är breda insatser motiverade. I en översikt publicerad år 2003 analyserades 73 vetenskapliga studier av försök som syftat till att förbättra samspelet mellan barn och vårdgivare [12]. Huvuddelen av studierna (51) hade slumpvis fördelning mellan försöks- och kontrollgrupperna, se tabell 6:1. Genomgången visade tydligt att det är möjligt att påverka föräldrarnas känslighet för barnens signaler och även förekomsten av trygg anknytning. Studierna hade genomförts bland föräldrar både med och utan särskilda problem. De studier som uppvisade effekter var genomgående inriktade på att påverka föräldrarnas beteende, medan allmänt stödjade insatser inte föreföll ha effekt. I de studier där effekten på känslighet var särskilt påtaglig var effekterna på anknytning också framträdande.

Utfall	Delgrupp	Antal studier	Antal barn	Effekt storlek (SD)
Anknytning	Alla	23	1 255	0,20
Känslighet	Alla	51	6 282	0,33
	< 5 sessioner	14	1 146	0,42
	5–16 sessioner	18	1 274	0,38
	> 16 sessioner	19	3 862	0,21
	SES hög/medel	16	1 842	0,25
	SES låg	35	4 440	0,35
	Klinisk grupp	8	541	0,46
	Ej klinisk grupp	43	5 741	0,31
	Video: ja	8	375	0,44
Video: nej	43	5 907	0,31	

Tabell 6:1 Insatser som syftar till att öka andelen tryggt anknutna barn genom att förbättra vårdgivarens känslighet för barnets signaler. Randomiserade kontrollerade försök, efter Bakermans-Kranenburg et al, 2003 [12]. Samtliga effekter är statistiskt säkerställda ($p < 0,05$)

Något oväntat visade det sig att insatser med ett fåtal sessioner var effektivare än insatser som pågick under lång tid. En förklaring kan vara att det finns goda biologiska förutsättningar för att barnet och vårdgivaren ska utveckla ett gott samspel. Ett spädbarn ler ofta spontant mot ett ansikte och en vuxen som ser ett leende svarar också lika spontant med ett leende. Det anmärkningsvärda är kanske inte att 60 procent utvecklar en trygg anknytning, utan att stora grupper inte gör det. Med denna tolkning skulle det endast krävas små insatser för att understödja en utveckling mot det biologiskt programmerade mönstret, det vill säga ett gott samspel. Det förefaller således vara möjligt att relativt brett erbjuda metoder som stödjer ett gott samspel och nå goda effekter.

Effekter påvisas både i familjer med socialt mindre gynnad ställning och i grupper med mer gynnad ställning. Effekten är större i de mindre gynnade grupperna. Detta är inte oväntat eftersom otrygg anknytning är påtaligt vanligare i mindre gynnade grupper [7]. Effekter påvisas både i grupper som redan har problem, i tabellen angivet som ”klinisk grupp”, och insat-

ser som erbjuds förebyggande. Detta ger stöd för möjligheten att erbjuda dessa metoder brett. Effekterna förefaller också vara större om videoinspelningar används för att visa på olika beteenden. Detta fynd ligger i linje med studier inom andra områden som tyder på att beteendeförändringar främjas av att de metoder som används är konkreta.

Mindre oväntat visar översikten att effekterna var mest påtagliga om insatsen påbörjats tidigt, före 6 månaders ålder. Ett flertal försök hade genomförts i grupper av föräldrar. I översikten presenteras dock inte resultaten så att det är möjligt att avgöra om det finns några skillnader mellan individuella kontakter och föräldragrupper.

Öppna föräldragrupper

Kontrollerade studier av öppna ostrukturerade föräldragrupper inriktade på barns behov har inte identifierats.

Strukturerad individuell rådgivning

Strukturerad rådgivning till gravida med syfte att underlätta rökslut har analyserats i 34 kontrollerade studier [13]. I genomsnitt leder sådana råd till att 6 procent färre kvinnor fortsätter att röka. Rådgivning till föräldrar om tobaksbruk efter det att barnet fötts har också effekt [14]. Sådana resultat har även påvisats i studier av en svensk version, Rökfria Barn [15, 16]. Bruk av alkohol under graviditeten förfaller också gå att påverka med hjälp av rådgivning, men endast en kontrollerad studie har publicerats som visat detta [17].

Stöd till amning ger avsedd effekt, både när stödet påbörjas under graviditeten och senare när barnet fötts [18]. Det finns även ett visst stöd för effekt av rådgivning som syftar till att minska risken för olycksfallsskador [19].

Depressiva symtom är vanliga under tiden närmast efter förlossningen. Strukturerad rådgivning till mödrarna har i ett flertal studier visats ha effekt [20]. Metoden har även studerats i Sverige [21].

Öppen individuell rådgivning

ARONENS OCH CULLENS FÖRSÖK MED GENERELL RÅDGIVNING TILL FÖRÄLDRAR
Effekter av öppen individuell rådgivning har analyserats i 2 försök med slumpvis fördelning av föräldrar mellan försöks- och kontrollgrupper [22,

23]. Det första försöket genomfördes i Finland. Ett slumpmässigt urval av föräldrar i en stadsdel i Helsingfors inbjöds år 1975 att delta. Försöksgruppen fick besök i hemmet av en barnpsykiatriskt utbildad sjuksköterska en gång i månaden under barnets första 5 år från det att barnen var 6 månader gamla. Kontrollgruppen fick endast tillgång till vanlig BVC-verksamhet. Tre studier av barnen i de 2 grupperna har publicerats av Aronen och medarbetare [22, 24, 25]. Vid den senaste undersökningen hade barnen nått 20–21 års ålder.

Rådgivningen reducerade både förekomsten av utagerande och inåtvända psykiska problem. Effekter påvisas både i familjer med ökad risk för problem och i familjer med låg risk. Vid den senaste uppföljningen beskrivs effekten på depressiva symptom med det statistiska måttet SD. Den effekt som påvisades ($SD = 0,38$) motsvarar en reduktion av betydande depressiva problem i försöksgruppen med 60 procent [26]. Eftersom försöket var utformat med slumpmässig fördelning mellan försöks- och kontrollgrupper, går det att förklara de gynnsamma effekterna av att föräldrarna fått ta del av insatsen.

Ett jämförbart försök har redovisats från Australien där föräldrar (mödrar) fick 20–30 minuters rådgivning av en barnpsykiatriskt intresserad allmänläkare vid 20–30 tillfällen under barnens första 5 år. Effekter redovisas av Cullen och medarbetare i försöks- och kontrollgrupperna vid 2 tillfällen då barnen är omkring 6 år och 28 år gamla [23, 27]. Effekter både på utagerande och inåtvända psykiska problem påvisas vid 6 års ålder. I vuxen ålder var förekomst av depressiva symptom 37 procent lägre bland kvinnorna i försöksgruppen. Dessutom redovisas mindre rökning, mindre förekomst av övervikt samt bättre studieframgångar i försöksgruppen.

I de 2 försöken påvisas effekter 15–22 år efter insatsen. Normalt brukar effekter av olika insatser minska med tiden. I de 2 försöken är det troligt att rådgivningen lett till att samspelet mellan barn och föräldrar förändrats på ett sätt som lett till goda cirklar. Tyvärr har utformningen av insatserna dokumenterats dåligt. Det är därför svårt att direkt överföra erfarenheterna till praktisk verksamhet i Sverige utan att ytterligare studier genomförs.

AMERIKANSKA FÖRSÖK MED HEMBESÖK I SOCIALT BELASTADE FAMILJER

Kvinnor som lever med sociala och psykologiska belastningar föder oftare barn med låg födelsevikt. Det har därför gjorts flera försök att motverka

detta problem genom att gravida kvinnor erbjudits extra stöd, ofta i form av hembesök. Tyvärr förefaller dock inte sådant stöd ge avsedd effekt [28].

I USA lever också många barn under socialt svåra villkor och där saknas motsvarighet till den barnhälsovård som finns i Sverige och som når praktiskt taget alla föräldrar. Som ett led i att förbättra de utsatta barnens situation har mödra- och barnhälsovård utvecklats för denna grupp av familjer. En form som används är att erbjuda familjerna besök i hemmet, totalt vanligen 30–50 besök, ofta med början under graviditeten. Tidiga försök genomförda på 1980-talet tydde på gynnsamma effekter i form av förbättrat samspel mellan föräldrar och barn, bättre utveckling av barnen och minskad förekomst av barnmisshandel [29].

De lovande effekterna i de första försöken visade sig dock vara svåra att upprepa [30]. I ett brittiskt försök påvisades till och med negativa effekter [31]. Enligt en systematisk översikt publicerad år 2001 var effekterna tillräckligt goda för att motivera verksamheten [32], men denna översikt har år 2004 dragits tillbaka i avvaktan på att resultat från ytterligare studier har bearbetats. En förklaring till de oklara effekterna kan vara rådgivningens öppna karaktär. De personer (vanligen sjuksköterskor) som genomför hembesöken tolkar sitt uppdrag på olika sätt. Innehållet kan därför variera påtagligt. Det har inte heller funnits någon utvecklad teoretisk förståelse för vad hembesöken ska uträtta, även om försök gjorts till att beskriva en sådan grund [33]. Inte oväntat påverkas effekten av hembesök av vilken utbildning den person har som genomför besöken. I ett försök jämfördes hembesök utförda av sjuksköterskor med besök utförda av frivilliga. I de familjer som fått besök av frivilliga kunde inga effekter säkerställas, medan vissa effekter påvisades i gruppen som fått besök av sjuksköterskor [34].

SKILLNADEN MELLAN ARONENS OCH CULLENS FÖRSÖK OCH DE AMERIKANSKA HEMBESÖKEN

Både Aronens och Cullens studier och de amerikanska försöken innefattar upprepade kontakter med familjerna under barnens första år. Skillnaderna är dock påtagliga. Aronen och Cullen har fokus på barnens psykiska hälsa och visar på tydliga effekter medan de amerikanska har oklart fokus och oklara effekter. I Aronens och Cullens studier har rådgivarna särskild barnpsykologisk träning medan rådgivarnas bakgrund i de amerikanska hembesökstudierna varierar. Vidare är föräldrarnas situation påtagligt olika.

I Aronens och Cullens studier har familjerna genomsnittliga levnadsvillkor. Deras deltagande är helt självvalt – vilket bör medföra att rådgivningen måste utformas med full respekt för föräldrarnas egna val. I de amerikanska försöken med hembesök, däremot, har familjen genomgående kontakt med socialtjänsten och är ofta ekonomiskt beroende av socialbidrag. Även om deltagandet i studien var frivilligt kan man förvänta att föräldrarna upplevde begränsade möjligheter att påverka sitt deltagande. Det kan i sin tur ha påverkat utformningen av den rådgivning de fick ta del av.

Det räcker således inte med att erbjuda hembesök. För att nå de resultat som Aronen och Cullens redovisar krävs särskilda metoder.

Stöd inriktat på föräldrarnas behov

Mötesplatser

Hösten 2003 fanns 550 öppna förskolor i Sverige [35]. Verksamheten är avsedd för barn och föräldrar i familjer där barnen inte är inskriva i annan förskoleverksamhet. Vid samma tillfälle saknades öppna förskolor i 138 kommuner. Det finns således en variation i landet.

Öppna förskolor kan främja föräldraskap på flera sätt. En möjlighet är att kontakter med andra föräldrar och med personalen erbjuder tillfälle till öppen individuell rådgivning. Effekterna av sådana samtal diskuteras nedan. En annan möjlighet är att föräldrar får tillfälle att observera hur andra föräldrar bemöter sina barn. På detta sätt erbjuder den öppna förskolan tillfälle till social modellinläring, se kapitel 3. I Kanada byggs för närvarande (år 2004) upp Family Resource Centres. De har en liknande funktion som den öppna förskolan. Där betonas möjligheten för föräldrar att lära av varandra då de är tillsammans med sina barn, liksom möjligheten för dem att lära av personalen. Några studier som visat att detta också är fallet i praktiken föreligger dock inte.

En tredje möjlig funktion för de öppna förskolorna är att de stärker familjernas informella sociala nätverk. Om tillgång till öppna förskolor är väsentlig för att utveckla föräldrarnas informella sociala stöd, då kan man förvänta sig att finna ett samband mellan tillgång till öppen förskola och tillgång till stöd. I den enkätundersökning som presenteras i kapitel 5 prövades denna hypotes. Svaren bearbetades från de föräldrar som hade barn i åldern 0–5 år, det vill säga föräldrar med barn i de åldrar då föräldrar använder sig av öppen förskola. Totalt hade 30 procent av föräldrarna

besökt en öppen förskola och upplevt sig ha haft nytta av formen. Vidare framgick att totalt 92 procent av föräldrarna hade god tillgång till informellt stöd. I den grupp som angav nytta av öppen förskola var det 92 procent som uppgav gott socialt stöd, vilket kan jämföras med 91 procent i den grupp som *inte* angav nytta av öppen förskola. En analys enbart av kvinnor visar på liknande bild. Detta tyder således på att det inte finns någon skillnad i tillgång till informellt socialt stöd mellan de föräldrar som haft tillgång till öppen förskola och de som inte har haft det. Materialet är dock i minsta laget för att kunna statistiskt säkerställa skillnader. Frågan prövades därför också i analyser av statistisk korrelation mellan upplevd nytta av öppen förskola och omfattningen av föräldrarnas informella sociala nätverket. Inte heller denna analys påvisade några statistiskt säkerställda samband. Studien ger således inte stöd för uppfattningen att öppen förskola kan förbättra föräldrars informella nätverk. Ytterligare studier krävs dock.

Verksamheten erbjuds sannolikt mer i socialt missgynnade områden, jämfört med mer gynnande. I en pågående undersökning rapporteras inom de socialt belastade försöksområdena att två tredjedelar av mammor med barn i 18-månadersåldern deltagit i verksamheten [36]. Socialt mindre gynnade grupper var underrepresenterade men ingen grupp har en lägre utnyttjandegrad än 50 procent. Även mödrar som upplevt sig nedstämde efter barnets födelse har i hög utsträckning (cirka 50 procent) deltagit i den öppna förskolans verksamhet. Cirka 70 procent av samtliga säger sig ha blivit närmare bekanta med andra föräldrar på öppna förskolan. Detta innebär att nytta av öppen förskola i socialt belastade områden kan vara betydande även om värdet är mer begränsat för föräldrar i allmänhet.

Familjecentraler är en verksamhet som kombinerar MVC och BVC med en öppen förskola och tillgång till socialsekreterare. Denna kombination ökar tillgängligheten till öppen förskola och därigenom de tänkbara effekterna på föräldrarnas sociala nätverk. Enkätstudie medgav dock inte någon separat analys av familjecentralernas effekter på informella sociala nätverk. Uppenbart medför dock tillgång till en socialsekreterare ökade möjligheter till individuell rådgivning.

Det finns många andra offentliga platser där föräldrar spontant kan mötas och knyta kontakt med varandra: lekplatser, parker, torg, affärer med flera. Föräldrar möts också i andra sammanhang, exempelvis då barn lämnas och hämtas på förskolan, då föräldrar medverkar vid barnens fri-

tidsaktiviteter och vid föräldramöten. Människors sätt att utforma och använda sig av sådana mötesplatser är en stor fråga som rör samhället som helhet. Det är därför knappast meningsfullt att särskilja en specifik del, kontakter föräldrar emellan. Ett flertal sociologer har analyserat frågan, exempelvis Sennett [37] och Bauman [38]. En samlad analys av mötesplatserns betydelse i ett modernt samhälle faller utom ramen för detta arbete.

Strukturerade föräldragrupper

I kapitel 9 beskrivs metoder som syftar till att förbättra relationen mellan föräldrarna, att minska förekomst av familjekonflikter och minska förekomst av skilsmässor. Effekter har främst påvisats för en metod kallad PREP som är inriktad på att förbättra relationer mellan föräldrarna.

Öppna föräldragrupper

Inom mödrahälsovården är det vanligt att alla föräldrar erbjuds delta i öppna föräldragrupper. Verksamheten är öppen eftersom den utformas på olika sätt beroende av barnmorska och föräldrar. En genomgång av kontrollerade studier av sådan verksamhet med slumpvis fördelning av föräldrarna mellan försöks- och kontrollgrupper har publicerats år 2004. Totalt identifierades 6 studier som uppfyllde uppställda krav [39]. Effekter kunde inte påvisas i någon av dessa studier.

Helena Fabian har i Sverige studerat effekter av den föräldrautbildning som erbjuds inom mödrahälsovården. Fabian jämför kvinnor som deltagit i föräldrautbildning med de som inte deltagit och tar hänsyn till skillnader i deras bakgrund. Hon finner ingen skillnad mellan grupperna i upplevelse av förlossning, förekomst av amning och i olika föräldrafärdigheter [40]. Fabian finner också att kvinnor som är ensamstående, har kort utbildning och kvinnor som röker upplever undervisningen som mindre värdefull.

Inom barnhälsovården erbjuds föräldrar också att delta i öppna föräldragrupper. Några studier av denna verksamhets effekter har inte redovisats, vare sig internationellt eller i Sverige.

Öppna diskussionsgrupper kan förbättra föräldrars situation om deltagarna har ett gemensamt problem, se kapitel 3. Negativa effekter av öppna diskussionsgrupper har också redovisats.

Strukturerad individuell rådgivning

Föräldrarådgivning med strukturerade program är vanligen inriktad på att förbättra barnets situation. I de utvärderingar som gjorts har därför effekterna studerats på barnet eller på föräldrars beteende gentemot barnet. Studierna redovisas därför som inriktade på barns behov.

Öppen individuell rådgivning

Kontrollerade studier av de former av öppen individuell rådgivning som erbjuds föräldrar under denna period har inte identifierats. Dock är det möjligt att generalisera resultat från studier av sådan rådgivning som erbjuds i andra sammanhang. Sådana studier diskuteras i kapitel 3. Genomgången tyder på att öppen individuell rådgivning kan förbättra föräldrars situation, *förutsatt* att föräldrarna har ett problem. Det är tveksamt om öppen rådgivning till föräldrar i allmänhet har någon effekt.

Negativa effekter av samtal i belastade familjer har påvisats inom barnhälsovård då föräldrar får råd av personal som arbetar för barn [41–43]. De negativa effekterna kan hänga samman med sjuksköterskans uppdrag att tillgodose både barns och föräldrars behov. Dessa behov kan komma i konflikt med varandra. En sådan konflikt kan exempelvis gälla amning. En sjuksköterska vet att barn mår bäst av att ammas. Hon kan å andra sidan också leva sig in i att en mamma kan uppleva amning som betungande. Om sjuksköterskan har svårt att hantera konflikten, kan mamman känna sig underkänd av sjuksköterskan.

Evidens för effekt av olika former av stöd – sammanfattning

Strukturerade föräldragrupper som PREP kan förbättra relationen mellan föräldrarna. Strukturerade metoder enskilt och i grupp som syftar till att förbättra samspel mellan föräldrar och spädbarn samt anknytningsmönster har tydliga positiva effekter. Strukturerad individuell rådgivning kring bruk av tobak, amning och olyckfall samt vid depression har likaledes påvisade positiva effekter.

Två kontrollerade försök av *regelbunden öppen individuell rådgivning till alla familjer* under barnens första 5 levnadsår visar på tydliga effekter på barnen, både under uppväxten och senare i vuxen ålder. Denna insats kräver sannolikt särskild barnpsykologisk utbildning av de personer som genomför rådgivningen.

När en familj har ett *problem* kan situationen förbättras av öppen individuell rådgivning och av deltagande i öppna diskussionsgrupper tillsammans med andra föräldrar som har samma problem.

Det är oklart om mötesplatser, av den typ som erbjuds inom den öppna förskolan, kan förbättra föräldrarnas informella sociala nätverk. Det är också oklart om de öppna föräldragrupper som anordnas inom mödra- och barnhälsovården har effekt. I den mån de är inriktade på att behandla problem deltagarna tar upp kan de förväntas förbättra föräldrarnas situation. I de direktiv som styr verksamheten anges dock att grupperna ska ge deltagarna kunskap och information. Däremot anges inte att utgångspunkten ska vara de problem föräldrarna själva tar upp. Det är därför oklart om en sådan inriktning dominerar verksamheten. Därigenom är det också oklart vilken effekt föräldragrupperna kan ha.

Situationen i Sverige

I Sverige erbjuds föräldrar stöd under graviditet och spädbarnstid inom mödrahälsovård, barnhälsovård, på öppna förskolor och vid familjecentraler. Inom mödrahälsovården har en utvärderad strukturerad metod börjat prövas, PREP. Två utvärderade strukturerade metoder används inom barnhälsovården, på öppna förskolor, på familjecentraler och i andra sammanhang. Båda metoderna bygger på principer som i vetenskapliga studier har påvisbara effekter. Evidensen för olika metoder varierar. Därför har en uppdelning gjorts mellan rekommenderade och lovande program där evidensen är bäst för de rekommenderade programmen. En ny organisatorisk modell för föräldrastöd har utvecklats i Leksand.

Mödrahälsovård

I Sverige tar 99 procent av alla gravida del av mödrahälsovård. Där har kvinnorna i genomsnitt 11 individuella kontakter, främst med barnmorskor. Föräldrautbildning i grupp erbjuds förstagsföräldrar vid 98 procent av alla mödravårdscentraler och flerbarnsföräldrar vid 60 procent av alla mödravårdscentraler [44].

En enkät genomförd år 1994 redovisar verksamhetens utformning [45]. Föräldrarna träffas vanligen cirka 6 gånger. Varje grupptillfälle tar omkring

2 timmar i anspråk och gruppstorleken är 6–7 par eller i medeltal 13 personer (personligt meddelande, Madeleine Kilsbeck, 2003). Syftet med föräldrastöd inom mödrahälsovården är att erbjuda kunskap, möjligheter till kontakt, gemenskap och diskussion föräldrar emellan samt möjligheter för föräldrar att påverka den egna situationen [46]. En stor del av tiden används till information, exempelvis om graviditet, förlossning, smärtlindring, näring, tobak, alkohol och om det nyfödda barnet. Temaföreläsningar är vanliga. Tid avsätts också för diskussion. En utvärdering av 71 föräldragrupper med gravida kvinnor och deras män visade att det föräldrarna mest uppskattade med gruppverksamheten var att få träffa andra som befann sig i samma situation [47].

Det förekommer särskilda grupper för unga mödrar, för ensamstående mödrar och för mödrar som väntar tvillingar. Barnmorskorna uppger att 8–10 procent av deras arbetstid används för föräldrautbildning. Sextiofem procent av barnmorskorna uppgav att de får fortlöpande utbildning inom området. Sjuttiofem procent får handledning av psykolog.

I flera landsting behandlas barnkonventionen i föräldragrupperna. I Gävleborgs läns landsting har projektledaren för implementering av barnkonventionen tagit fram en särskild handledning för hur denna kan användas i föräldrautbildningen.

Vid barnmorskans individuella kontakter används den typ av strukturerad rådgivning om tobaksbruk som påvisats ha effekt. Några mödravårdscentraler har också börjat pröva ett strukturerat program avsett att förbättra relationen mellan föräldrarna (PREP).

På flera platser är mödrahälsovården integrerad i en familjecentral. En organisatorisk modell för föräldragrupper som fortsätter efter det att barnet har fötts har utvecklats i Leksand och spritts till flera kommuner. Med denna modell har flera problem med de nuvarande verksamheterna med föräldragrupper kunnat lösas.

Barnhälsovård

I Sverige tar 99 procent av alla familjer del av barnhälsovård. Där har de i genomsnitt 20 individuella kontakter, främst med sjuksköterskor. Föräldrar inbjuds till föräldragrupper när barnen är 1–2 månader gamla. I Stockholms län deltog år 61 procent av alla förstagångsföräldrar vid minst 5 träffar 2002 [48]. Arton procent av flerbarnsföräldrarna deltog i verksam-

heten. I Örebro län redovisas andel barn med förälder som deltagit i föräldrargrupp, utan angivande om det är första eller andra barn. År 2003 var andelen deltagare 51 procent [49]. Det är troligt att uppgifterna är representativa för Sverige i dess helhet. Variationer enskilda vårdcentraler emellan är dock stor där enstaka centraler har 100 procents deltagande och andra helt saknat föräldrargrupsverksamhet [49].

Syftet med föräldrastöd inom barnhälsovård är att ge kunskap och information, bidra till att förstärka föräldrarna i deras föräldraroll, ge föräldrarna möjlighet till kontakt och gemenskap med andra föräldrar, bryta isolering och öka gemenskapen i bostadsområdet [46]. I föräldrargrupporna behandlas vanliga hälsoproblem, erfarenhet av föräldraskapet och relationer mellan syskon. Troligen har innehållet inte väsentligt förändrats sedan föräldrargrupporns tillkomst på 1970-talet. En intervjuundersökning visar att de sjuksköterskor som leder verksamheten upplever det svårt att nå det mål som anges [50]. En annan intervjustudie visar att föräldrar och sjuksköterskor har olika uppfattningar om föräldrargrupporns syfte [51]. Föräldrarna framhöll att det viktiga var att få utbyta erfarenheter med andra föräldrar medan sjuksköterskorna uppfattade att deras uppgift i första hand var att ge föräldrarna information.

Vid individuell rådgivning används 2 strukturerade metoder, som i utvärdering visats ha effekt, en metod som syftar till att minska risken för att spädbarn utsätts för tobaksrök, Rökfria Barn [15], samt en metod för samtal med nedstämnda mödrar [21]. Båda metoderna är allmänt spridda i landet. Allmänt erbjuds även individuella samtal som syftar till att främja amning och åtgärder som förebygger olycksfallsskador.

En viktig del av sjuksköterskornas arbete är att ge råd när föräldrar har någon form av problem. Enkäten i kapitel 5 visar att det är en uppskattad verksamhet. För att sjuksköterskorna ska kunna ge råd som föräldrar kan ha nytta av krävs att hon eller han har kunskaper och erfarenheter av frågor som rör små barn. Flera studier visar att föräldrar är mer tillfredsställda med de råd de får från sjuksköterskor som har minst halva sin verksamhet inriktad på barn [52, 53] (Claes Sundelin, personligt meddelande, 2004). Detta beror sannolikt på att de därigenom tillägnar sig mer erfarenheter inom området.

Vid kontakten med föräldrarna söker sjuksköterskorna också identifiera enskilda riskfamiljer för att ge dem extra stöd [4]. Dessa insatser

behandlas inte i denna rapport eftersom framställningen avgränsats till att endast gälla åtgärder som är aktuella för minst 5 procent av befolkningen, se kapitel 2. Ett av skälen till denna avgränsning är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten redan utvecklat metoder för att erbjuda dessa grupper särskilt stöd. Ett annat skäl är att det förefaller vara svårt att nå effekter på befolkningsnivå med hjälp av insatser för sådana mindre riskgrupper, se kapitel 2, samt ett state of the art-dokument om barnhälsovård [3]. Motivet för insatser för mindre riskgrupper är i första hand uppfattningen att barnen och familjerna har stora behov, snarare än kunskap om att tidiga insatser för denna grupp ger långsiktiga förebyggande effekter.

I föräldragrupperna har 2 strukturerade metoder börjat användas: Från första början samt Vägledande samspel. Båda syftar till att förbättra samspelet mellan vårdgivare och barn. Vägledande samspel är mest spritt.

På flera platser är barnhälsovården integrerad i en familjecentral, se nedan. Den modell för föräldragrupper som utvecklats i Leksand används inom barnhälsovården i flera kommuner.

Öppna förskolor

Hösten 2003 fanns 550 *öppna förskolor* i Sverige vilket kan jämföras med drygt 700 året innan [35]. I slutet av 1990-talet fanns det närmare 1 000 öppna förskolor runt om i landet. Sedan dess har nästan varannan lagts ner. I dag har 138 kommuner ingen öppen förskola alls. Ett tiotal kommuner, däribland Stockholm och Malmö, rapporterar dock fler öppna förskolor 2003 än 2002. Om varje förskola i första hand används av familjer i närområdet, och närområdet uppskattas ha 5 000 invånare, kan 30 procent av befolkningen uppskattas ha tillgång till en öppen förskola. Uppgiften är förenlig med det som framkommer i den enkät som presenteras i kapitel 5, där 30 procent av alla föräldrar anger att de haft nytta av öppen förskola.

Verksamheten erbjuds sannolikt mer i socialt missgynnade områden, jämfört med mer gynnade. I en pågående undersökning i Uppsala rapporteras inom försöksområdena att två tredjedelar av mammor med barn i 18-månadersåldern deltagit i verksamheten [36]. Socialt mindre gynnade grupper var underrepresenterade, men ingen grupp har en lägre utnyttjandegrad än 50 procent. Även mödrar som upplevt sig nedstämnda efter barnets födelse har i hög utsträckning (cirka 50 procent) deltagit i den öppna

förskolans verksamhet. Cirka 70 procent av samtliga säger sig ha blivit närmare bekanta med andra föräldrar på öppna förskolan.

Femtiosju procent av de öppna förskolorna har öppet upp till 15 timmar i veckan och 19 procent 15–21 timmar i veckan [54]. Den öppna förskolan har till uppgift att erbjuda pedagogisk verksamhet för barn som står utanför förskolan. Samtidigt fungerar den öppna förskolan som mötesplats för föräldrarna. Andelen barn som är inskrivna i förskolan har ökat. Behovet av pedagogisk verksamhet för barn som är hemma med sina föräldrar har därför minskat. Därför finns det färre öppna förskolor i dag än i början av 1990-talet.

Familjecentraler och ytterligare mötesplatser

Det förekommer olika former för samverkan mellan organisationer som ger stöd till familjer med små barn. En viktig form är familjecentralen [55–57]. År 2003 fanns cirka 200 familjecentraler i landet varav 120 organiserade i Föreningen för familjecentraler (Bing, personligt meddelande 2003). Flera familjecentraler finns upptagna i inventeringen i bilaga 2. En familjecentral består vanligen av mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och en socialsekreterare med råd och stödfunktioner. Det finns flera fördelar med denna form. Familjernas kontakter med öppen förskola och socialtjänsten underlättas eftersom praktiskt taget alla familjer har kontakt med mödra- och barnhälsovården. Samverkan mellan olika organisationer gynnas också.

Andra verksamheter som också fungerar som mötesplatser finns upptagna i bilaga 2. Ett exempel är den mötesplats som Linköpings kommun tillsammans med landstinget ordnat i stadsdelen Ekholmen. Föräldrar träffas där ett par gånger i veckan. Föräldrar och barn kan exempelvis sjunga tillsammans. Bakgrunden till insatsen var problem bland barn som personal inom förskolan uppmärksammat. Verksamheten har nått två femtedelar av alla familjer i stadsdelen. De föräldrar som deltagit har varit mycket nöjda. Ytterligare exempel är de så kallade baby-kaféer som flera barnavårdscentraler har ordnat.

Socialtjänst

Socialtjänsten är främst inriktad på att ge stöd till familjer med betydande problem. Dessa insatser faller utanför ramen för denna framställning. Socialtjänsten erbjuder även insatser avsedda för bredare grupper. Det är exem-

pelvis vanligt att socialtjänsten organiserar särskilda föräldragrupper för unga ensamstående mödrar. En insats som bedrivs av socialtjänsten i Luleå utgör ett exempel. Där har man kombinerat öppen rådgivning på mottagning med hembesök. Syftet med insatsen är att ge praktiskt vardagsstöd. En behandlingsassistent (socionom) står för kontakten med ungefär 300 familjer. Ett annat exempel utgörs av familjecentralen i Jordbro där man kombinerat öppen rådgivning med hembesök. Insatsen organiseras av kommunen i samarbete med landstinget, storstadssatsningen och Rädda barnen. Utbildade föräldrar står för hembesök som erbjuds föräldrar 2 gånger i månaden under ett år. Förebilden har varit ett projekt i Dublin kallat Community Mothers [58].

I en del fall erbjuds tjänster under en kortare tid, utan att detta har för-
anletts av en specifik fråga. En vanlig form är öppen rådgivning på mottagning. Den insats som Munkedals kommun organiserat utgör ett exempel. Föräldrarna kommer till resursteamets lokaler efter ett erbjudande eller efter att själva ha ringt. Beroende på de aktuella problemen kan de tala med en socionom eller med en specialpedagog. Insatsen tillkom genom ett initiativ från anställda inom kommunen.

Leksandsmodellen

I flera kommuner organiseras föräldrastöd av kommunen i samarbete med landsting och studieförbund. Modellen utvecklades först i Leksand [59, 60]. Föräldragrupper startar där, liksom i andra delar av landet, inom mödrahälsovården under moderns graviditet. Grupperna leds av barnmorskan. Det som skiljer verksamheten i Leksand från den gängse modellen är att samma grupper av föräldrar sedan fortsätter att träffas sedan barnet fötts. Ambitioner i denna riktning har funnits under lång tid på många platser i landet, men det har sällan i praktiken kunnat genomföras. Skälet till att man lyckas i Leksand är sannolikt att kommunen tagit ett samlat ansvar för föräldragrupperna. I den gängse verksamheten ligger ansvaret för föräldragrupper sedan barnet fötts helt på sjuksköterskorna inom barnhälsovården. De har då organiserat grupperna i enighet med barnhälsovårdens organisation, vilken skiljer sig från mödrahälsovårdens organisation. Därför har det varit svårt att behålla de grupper som bildats under moderns graviditet. I Leksand, däremot, har kommunen tagit det samlade ansvaret vilket gjort det möjligt att behålla grupperna. Samma grupper fortsätter att

träffas efterhand som barnen blir äldre och eventuella syskon tillkommer. Ett studieförbund organiserar då verksamheten i samarbete med föräldrarna.

Det finns ett flertal fördelar med denna modell. Den första är att kontakterna föräldrarna emellan förstärks. Detta är en intention med nuvarande föräldrautbildning som dock allvarligt störs av att föräldragruppernas sammansättning ändras. Den andra fördelen är att fäder deltar i verksamheten i ungefär samma omfattning som mödrarna. Detta förekommer sällan i andra kommuner i landet. Den tredje fördelen är att föräldrarna enkelt kan fortsätta att träffas kring teman de själva väljer, även efter spädbarnstiden.

Det finns uppgifter från Leksand om de föräldragrupper som startade där då modern var gravid med familjens första barn (Thomas Johansson, personligt meddelande 2004-02-18). Åren 1999–2000 hade ett första barn fötts i 96 familjer i kommunen. Under graviditeten deltog föräldrar från 91 familjer i föräldragrupperverksamhet. Grupperna fortsatte under spädbarnstiden och småbarnsåren. I februari 2004, då barnen var mellan 3 och 5 år gamla, hade ungefär hälften av föräldrarna fortsatt, 46 kvinnor och 46 män.

Modellen har spritts i Sverige, helt eller delvis, till Fagersta, Orsa, Rättvik, Söderköping [61], Söderhamn och Vaxholm samt till några kommuner i Värmland. Dessutom är det flera som använder delar av konceptet och skapat lokala modeller. Modellen har även spritts i Finland där Ekenäs, Hangö, Karis, Pojo, Ingå och Sjundeå, St Karins samt vissa stadsdelar av Esbo och Helsingfors använder metoden. Boken som beskriver modellen är översatt till finska.

Strukturerade metoder för mödrahälsovård: rekommenderat program

The Prevention and Relationship Enhancement Program, (PREP)

PREP är ett manualbaserat grupprogram för par. Programmet omfattar totalt 10–15 timmar utspridda över 5–6 veckor på kvällstid eller under en helg. De viktigaste målen för programmet är: 1) att förbättra kommunikationen och öva konstruktiva sätt att hantera konflikter, 2) att klargöra de förväntningar och grundprinciper man har när det gäller parförhållandet, 3) att bevara och utveckla det roliga, vänskapen och den spirituella gemenskapen i ett förhållande, 4) att hjälpa paren att utarbeta en gemensam ”regelbok” för hur man hanterar konflikter, och 5) att ge verktyg för att öka och bevara engagemanget. Deltagarna diskuterar samt övar färdighe-

ter praktiskt. Deltagarna övar med sin vanliga partner, medan vissa diskussioner kan föras i hela gruppen. Man använder sig av ett arbetshäfte och paren får arbeta med hemuppgifter. Ledarna kan även tillämpa rollspel eller berättelser för att illustrera ett beteende eller visa på mönster. Den amerikanska förlagan är utvecklad av Howard J. Markman, Susan L. Blumberg och Scott M. Stanley.

Vetenskapliga utvärderingar med kontrollgrupp

Det finns 4 vetenskapliga studier med kontrollgrupp av PREP [62–65]. I samtliga 4 studier påvisas mer gynnsamma kommunikationsmönster i den grupp som tagit del av insatsen, antingen i hela gruppen, eller endast bland män eller en högriskgrupp. I tre av studierna påvisas också effekter i form av att relationen upplevs som mer tillfredställande. I en studie påvisas dock i en lågriskgrupp en försämrad relation. Statistiskt säkerställda effekter på separationen påvisas bland ogifta i en studie. Antalet deltagare i studierna är dock så begränsat att det är svårt att påvisa statistiskt säkerställda effekter på förekomst av separationer.

Metodens användning i Sverige

PREP har funnits i Sverige sedan år 1999. Hösten 2004 fanns cirka 200 utbildade gruppledare.

Information, praktiska erfarenheter och utbildning

Information om metoden och dess teoretiska bakgrund finns tillgänglig på internet på engelska [66]. För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts hemsida [67].

Strukturerade metoder för barnhälsovård: rekommenderade program

De 2 program som rekommenderas hör till en familj av metoder som bygger på anknytningsteori och som syftar till att stärka föräldrarnas förmåga att tolka och svara på spädbarnets signaler.

Från första början

Från första början är ett manualbaserat föräldragrupsprogram för föräldrar med spädbarn. Programmet är videobaserat och innefattar 8 möten.

Vid det första mötet får föräldrarna se en kort videoinspelning som är utgångspunkt för en diskussion om anknytningens betydelse. Vid det andra mötet får föräldrarna, med utgångspunkt från videoinspelningar, diskutera lämpliga förhållningssätt som de sedan får öva. Vid det tredje mötet diskuteras barns olika temperament. Vid de fjärde och femte mötena ligger fokus vid att känna igen signaler som visar på att barnet vill vara i fred, alternativt att barnet tycker om en situation. Vid det sjätte mötet inriktas uppmärksamheten på hur föräldern kan låta barnet styra en lek. De 2 sista mötena behandlar samlat relationen mellan barn och föräldern. Några av de förhållningssätt som diskuteras rollspelas. Den kanadensiska förlagan *Right From the Start* är utvecklad av Alison Niccols.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det finns en mindre kontrollerad randomiserad studie av den kanadensiska förlagan med påvisade effekter [68, 69]. I denna studie påvisas tydliga effekter på förekomst av trygg anknytning. En större randomiserad kontrollerad studie pågår i Kanada.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Från första början har använts i Sverige år 2003. Den 1 januari 2004 fanns det cirka 30 föräldragruppleddare och cirka 100 föräldrar hade gått igenom programmet.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden och dess teoretiska bakgrund finns tillgänglig på internet på engelska [68, 70]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [71].

Vägledande samspel, ICDP

Vägledande samspel är ett grupprogram för föräldrar med spädbarn. Programmet finns också i förskole- och skolbarnsvarianter. Syftet är att utveckla ett positivt samspel mellan vuxna och barn. Utbildningen i programmet är uppbyggt kring 8 samspelsteman. Föräldrarna diskuterar utifrån samspelssituationer inspelade på video. Då programmet använts på en del platser i Sverige har videosekvenserna ersatts av annat bildmaterial.

Åtta teman ingår. De utgår från forskning om samspelets möjligheter och den känslomässiga kommunikationens betydelse för den sociala och kognitiva utvecklingen. Det finns en utförlig handledning på svenska [72] och en text på engelska som beskriver den teoretiska bakgrunden [73]. Handledningen lägger tonvikt vid lämpliga förhållningssätt. Den beskriver inte enskilda moment i detalj. ICDP, International Child Development Programmes, har utvecklats av professorerna Henning Rye, Universitetet i Oslo, Karsten Hundeide, Universitetet i Oslo och Phnina Klein, Bar-Ilan University, Israel.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det finns 2 kontrollerade utvärderingar gjorda i Norge [72] (personligt meddelande, Karsten Hundeide, Universitetet i Oslo, 2004). I dessa studier påvisas effekter på föräldrarnas känslighet för barnens signaler. Förekomst av trygg anknytning har inte analyserats i dessa studier. Dokumentation finns också från arbete med ICDP i Ryssland och Etiopien (personligt meddelande, Gunilla Niss, 2004). En svensk kontrollerad studie inleddes hösten 2004 i Stockholms läns landstings regi.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Vägledande samspel har använts i Sverige sedan 2000. Den 1 januari 2004 fanns det cirka 500 grundutbildade föräldragruppledare varav 127 diplomerade. Drygt 5 000 föräldrar hade gått igenom programmet.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [74] och engelska [75]. För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [71]. .

Strukturerat föräldrastöd inriktat på barns behov: andra program

Marte Meo

Marte Meo är en konsultations- och behandlingsmodell som spridits i Sverige under de senaste 10 åren [76]. Programmet bygger delvis på samspeletsprogrammets principer. Dock har effekterna inte utvärderats i någon kontrollerad studie. En svensk undersökning utan kontrollgrupp visar dock på gynnsamma effekter [77]. Metoden används i familjer där barnen

har manifesta problem. Den är mer personalkrävande än de 2 rekommenderade programmen eftersom varje enskilt barn videofilmas. Förenklade versioner av Marte Meo används på några barnavårdscentraler i landet. Effekten av denna verksamhet är inte studerad.

Aktiva småbarnsföräldrar

Aktiva Småbarnsföräldrar är ett manualbaserat förebyggande föräldrastödsprogram för föräldrar som har barn i åldern 9 månader till 4 år. Programmet beskrivs i kapitel 7.

Föräldrarnas intresse

I föräldragrupper inom *mödravård* deltar 81 procent av föräldrar med sitt första barn i mer än hälften av föräldragrupptillfällena och 14 procent av flerbarnsföräldrarna [44]. I föräldragrupper inom *barnhälsovård* deltar 79 procent förstagångsföräldrar vid något tillfälle och 61 procent vid minst 5 tillfällen [48]. Tjugosex procent flerbarnsföräldrarna deltar i denna verksamhet. Enligt enkäten som redovisas i kapitel 5 anger 47 procent av alla föräldrar, kvinnor och män, att de upplevt nytta av föräldragrupperna inom barnhälsovården. Om enbart kvinnor tillfrågas anger 82 procent av förstagångsföräldrarna att de deltagit i en föräldragrupp och 79 procent av dem att de var nöjda med sitt deltagande [78]. Uppgifterna är förenliga med varandra eftersom män vanligen inte deltar i barnhälsovårdens föräldragrupper.

En intervjuundersökning visar att föräldrar efterfrågar en tydligare struktur för barnhälsovårdens föräldragrupper [79]. De efterfrågar också mer betoning på samspelet mellan föräldrar och barn [79].

Kön

Vid *mödravård* deltar 46 procent av deltagarna män [44]. Pappagrupper, alternativt temaföreläsningar särskilt riktade till män, förekommer på 35 procent av mödravårdscentralerna. Vid föräldragrupperna inom *barnhälsovård* deltar 20 procent av fäderna vid något tillfälle, ofta ett enda tillfälle [80]. Det innebär att uppskattningsvis 10–15 procent av deltagarna vid varje tillfälle utgörs av män (Gunnel Widlund, personligt

meddelande, 2003). Intresset bland kvinnor för dessa föräldragrupper är 80 procent högre än bland män. Intresset bland kvinnor för öppen förskola är 40 procent högre än bland män.

Socioekonomiska grupper

Vid *mödrhälsovårdens* föräldragrupper har Fabian och medarbetare visat att kvinnor som har kort utbildning, är ensamstående och som röker upplever verksamheten som mindre värdefull [40].

Vid *barnhälsovårdens* föräldragrupper är kvinnor från arbetarklass mindre nöjda med verksamheten än kvinnor från medelklass [53]. Ensamstående är underrepresenterade [80]. Den enkät som redovisas i kapitel 5 visar att intresset för föräldragrupper inom barnhälsovård är 80 procent högre bland högtbildade än bland lågtbildade.

De flesta föräldrar är nöjda med de *individuella kontakter* som mödra- och barnhälsovården erbjuder [78]. Intresset för individuell rådgivning inom barnhälsovård är även det 80 procent högre bland högtbildade än bland lågtbildade. Vid intervjuer av mödrar som lever under påfrestningar framkommer att dessa mödrar inte sällan kan känna sig nedvärderade i kontakter med barnhälsovården [42]. Detta kan hänga samman med att mödra- och barnhälsovården har uppgifter som kan komma i konflikt med varandra. En roll är uppenbart att ge föräldrar stöd. En annan roll är att förmedla vissa uppfattningar om hur det är lämpligt att ta hand om barn.

Födelseland

Intresset för föräldragrupper inom barnhälsovård, individuell rådgivning inom barnhälsovård och för öppen förskola är ungefär lika stort bland föräldrar födda utom Norden som bland föräldrar födda i Sverige.

Kostnader

Kostnaderna för mödra- och barnhälsovård kan sammantaget uppskattas till cirka 15 000 kr i 2004 års penningvärde [81]. Uppskattningsvis 15 procent av denna kostnad kan tillskrivas föräldrastöd i grupp. Det innebär att kostnaden är cirka 2 000 kr per barn.

Tre strukturerade metoder med utvärdering som påvisat effekt finns tillgängliga i Sverige: Från första början, PREP samt Vägledande samspel. De direkta kostnaderna för utbildning av en person i någon av dessa metoder kan skattas till 10 000 kr. Denna kostnad motsvarar cirka 3 procent av ett års lön för en BVC-sjuksköterska. Om metoderna integreras i befintlig verksamhet tillkommer inga kostnader, utöver kostnaderna för utbildning i metoderna.

Kostnaden per barn för öppen förskola kan skattas till 800 kr per barn. Beräkningen bygger på kommunernas totala kostnader för öppna förskolor år 2002 som var 291 451 000 kr. Totalt fanns det samma år 648 öppna förskolor i kommunal regi [54]. Det ger en kostnad på cirka 450 000 kr per öppen förskola och år. Om en öppen förskola har öppet 220 dagar per år och har 25 besökande föräldrar per dag blir det totala antalet besök omkring 5 500 per år. Kostnaden per besök blir då ungefär 80 kr.

Spridning

För de strukturerade metoderna för föräldrastöd finns organisationer som utbildar gruppleddare, se ovan, samt uppdaterade informationsblad på Statens folkhälsoinstituts webbplats [71].

Diskussion

Föräldragrupper

Föräldrastöd i grupp för denna åldersperiod har funnits under flera decennier och når i dag en stor del av alla föräldrar. När denna verksamhet ska utvecklas är det lämpligt att söka lösa 5 problem som finns i dagens verksamhet.

Det *första problemet* rör möjligheterna att nå uppställda *mål*. Det officiella syftet med föräldrastöd inom mödra- och barnhälsovård är att ge kunskap och information, att förstärka föräldrarna i deras föräldraroll och att erbjuda kontakter föräldrar emellan [46]. Sjuksköterskor inom barnhälsovård anger att de har svårt att nå dessa mål [50]. Vidare har Hallberg och medarbetare visat att sjuksköterskorna framhåller de 2 första syftena men

inte det tredje, kontakt föräldrar emellan [51]. Föräldrarna, däremot, anger att föräldragruppernas främsta värde består i möjligheten att utbyta information med andra föräldrar.

Föräldrar får information om föräldraskap på flera sätt, genom släkt och vänner, via media och vid individuella kontakter med sjuksköterskan på BVC. Om förmedling av information varit en viktig aspekt av föräldragrupperna skulle man förvänta att föräldrarna framhållit detta. Så var dock inte fallet. En förklaring skulle kunna vara att den information som sjuksköterskan förmedlar vid gruppsammankomsterna inte har formen av avgränsande inlägg. Det är i stället vanligt att informationen är integrerad i den dialog som sjuksköterskan för med gruppdeltagarna kring ämnen som föräldrarna själva aktualiserar, exempelvis frågor om kost, sömn och utveckling. Det är möjligt att föräldrar inte uppfattar dessa dialoger som förmedling av information och därför inte kan framhålla värdet av denna aspekt. Det är dock också möjligt att de individuella samtalen med sjuksköterskan upplevs vara bättre lämpade för att ge svar på de specifika frågor en förälder har, eftersom svaren då kan anpassas till den enskilda föräldern. I den enkätundersökning som redovisas i kapitel 5 anger föräldrarna att de uppfattar de individuella samtalen med sjuksköterskan på BVC som mer värdefulla än sammankomsterna i grupp. Detta fynd talar emot uppfattningen att sjuksköterskans förmedling av information i föräldragrupperna skulle vara central för föräldrarna. Kunskapsläget är således oklart. Det finns inget entydigt stöd för uppfattningen att sjuksköterskans förmedling av information i föräldragrupperna är betydelsefull för föräldrarna, men inte heller för motsatsen.

Föräldrarna framhåller inte att deltagande i föräldragrupper leder till att de upplever sig stärkta i föräldrarollen. Detta syfte framhålls inte heller av sjuksköterskorna och de klagor inte heller hur detta mål ska förverkligas. Det är tänkvärt att de föräldrar som har minst utbildning visar minst intresse för föräldragrupperna. Inom ett flertal områden har individer med kort utbildning mindre tilltro till den egna förmågan. Det är sannolikt att detta även gäller för tilltro till den egna förmåga som förälder. Om föräldragrupperna på BVC inte attraherar denna grupp talar det emot att åtminstone denna grupp uppfattar att grupperna upplever att verksamheten stärker dem i deras tilltro till den egna förmågan. Ytterligare studier av frågan är dock motiverade.

Föräldrarna uppskattar möjligheten att få tala med andra föräldrar och att få ta del av deras erfarenheter. Denna aspekt ingår i det officiella syftet. Med tanke på att sjuksköterskorna inte lyfter fram detta syfte kan det dock ifrågasättas om sjuksköterskorna utvecklat metoder för att främja sådant erfarenhetsutbyte. Denna uppgift har annan karaktär än de uppgifter som dominerar sjuksköterskans arbete där sjuksköterskan själv förväntas ge svar på olika frågor alternativt själv lyfter fram en fråga hon eller han uppfattar som viktig. Att underlätta kommunikation mellan deltagarna i en grupp är en mindre vanlig uppgift för sjuksköterskor. De som har en äldre grundutbildning saknar inte sällan helt utbildning i metodik på detta område.

Det *andra problemet* gäller övergången av grupper från mödra- till barnhälsovård. Vanligen bryts de grupp som bildats inom mödrahälsovård upp för att ersättas av nya grupper inom barnhälsovård. Skälet är organisatoriskt. Grupperna är knutna till den barnmorska respektive BVC-sjuksköterska som är ansvarig för en familj. Distrikten för dessa båda organisationer skiljer sig åt. Detta är inte ändamålsenligt sett utifrån avsikten att stärka kontakterna föräldrarna emellan. Trots att problemet varit känt sedan tillkomsten av dagens föräldragrupper har problemet vanligen inte lösts.

Det *tredje problemet* gäller oklarheter kring om verksamheten kan ge *effekter* på barns hälsa och välfärd. Genomgångarna av olika metoder i kapitel 2 och 3 ger inte tydligt stöd för uppfattningen att den öppna gruppverksamhet, som vanligen bedrivs inom barnhälsovården, skulle ha sådana *effekter*. Om deltagarna har problem, och utgångspunkten för föräldragrupperna är dessa problem, då kan dock föräldragrupperna förväntas ha positiv effekt.

Det *fjärde problemet* är att barnhälsovårdens föräldragrupper i första hand är utformade av kvinnor för kvinnor. Föräldrastöd attraherar i allmänhet fler kvinnor än män. Barnhälsovårdens verksamhet är dock den minst jämställda av de former av föräldrastöd som har analyserats i kapitel 5.

I flera delar av landet har man organiserat särskilda pappagrupper. Enkäten tyder dock på att dessa pappagrupper som helhet har relativt ringa volym. Detta kan delvis bero på att pappagrupperna kräver särskild finansiering. Liknande problem vidlåder det försök med att utbilda män som gruppleddare som genomförts i Värmland åren 2002–2004 eftersom modellen kräver särskild finansiering för den löpande driften. Barnmorskor på

MVC och sjuksköterskor på BVC har också framfört kritik av att pappor utan professionell utbildning är utsedda att leda föräldragrupper [82].

Det femte problemet är föräldrastödets *sociala profil*. Enkäten som presenteras i kapitel 5 visar att verksamheten är bättre avpassad för välutbildade föräldrar än för föräldrar med kort utbildning. Liknande tendens finns för föräldragrupper i allmänhet men skillnaderna är särskilt påtagliga för grupperna inom barnhälsovård. En möjlig förklaring kan vara att föräldrar med kort utbildning kan känna sig oroade för att bli ifrågasatta av andra föräldrar och av gruppledaren.

De 5 problemen går delvis att lösa genom fortbildning av barnmorskor och sjuksköterskor. Genom fortbildning kan nya metoder med påvisad effekt introduceras, exempelvis Vägledande samspel. Fortbildning i gruppmetodik kan också förbättra gruppledarnas bidrag till ett gott erfarenhetsutbyte i gruppen och bidra till att grupperna blir attraktiva även för föräldrar med kort utbildning. Fortbildning räcker dock inte för att åstadkomma kontinuitet för grupperna från graviditet till spädbarnstid. Inte heller är fortbildning tillräckligt för att grupperna även ska tilltala män. Därför är det motiverat att överväga ytterligare åtgärder.

Den verksamhet som utvecklats i Leksand och sedan spritts till andra delar av landet har flera intressanta drag [59]. Verksamheten där har åstadkommit kontinuitet för deltagarna från graviditet upp till 5 års ålder. Ungefär lika många kvinnor som män delar i grupperna under graviditeten. Genom att samma grupper fortsätter träffas blir könsfördelningen jämn, även sedan barnen fötts. Deltagandet är högt vilket talar för att olika sociala grupper rekryterats på ett likvärdigt sätt. Det förefaller således möjligt att modellen kommit till rätta med tre av de angivna problemen. Det är också möjligt att införa de utvärderade metoder som påvisats ha effekt i dessa grupper, liksom i traditionellt organiserad verksamhet. Leksandsmodellen utgör således ett intressant alternativt sätt för att organisera verksamheten.

En avgörande faktor i modellen förefaller vara att kommunen går in som aktör. Barnmorskor från mödrahälsovården och sjuksköterskor från barnhälsovården medverkar men de har inte huvudansvaret för verksamheten. I stället är det föräldrarna som inbjuder olika yrkesgrupper. Föräldrarna själva "äger" grupperna. Ett ytterligare argument för Leksandsmodellen är att föräldragrupper som fortsätter efter spädbarnsåret erbjuder en utmärkt plattform för de metoder som presenteras i kapitel 7.

Ett förslag till ökat kommunalt ansvar för föräldrastöd presterades redan av 1997 års utredning om föräldrastöd [46]. Där föreslogs ”en förnyad överenskommelse med Landstingsförbundet om utbildningen för blivande föräldrar och föräldrar med spädbarn samt ett tydligare kommunalt ansvar för information och samordning av föräldrastödjande verksamheter”.

Det finns dock även risker med förändringar i riktning mot Leksandsmodellen. Det är möjligt att den är mindre lämplig i större kommuner. Det är en viktig begränsning eftersom en stor del av alla barnfamiljer i landet bor i medelstora och stora kommuner. Modellen innebär en förskjutning av ansvar från landsting mot kommun. Om flera aktörer är involverade finns risk för att ingen tar ansvar fullt ut. Därför förefaller det angeläget att på sikt se en enda aktör med huvudansvar för allt föräldrastöd. Kommunen kan förefalla vara mer lämpad för detta eftersom det i första hand är kommunen som svarar för breda insatser avsedda för barnfamiljer. Den ansvarsutredning som för närvarande pågår pekar också mot en utveckling mot minskat ansvar för landstingen inom sektorer av den typ som MVC och BVC representerar [83].

Mot denna bakgrund är det motiverat med försök där Leksandsmodellen prövas, liksom andra modeller som söker komma tillrätta med de problem som vidlåder dagens verksamhet.

Föräldragrupper för särskilda grupper

Separat verksamhet för föräldrar som inte är födda i Sverige förefaller inte vara motiverad, förutsatt att gruppen, med eller utan tolk, kan samtala på samma språk. Föräldrar med utländsk bakgrund framhåller själva värdet att delta i grupper där majoriteten är födda i Sverige. Föräldraenkäten tyder inte på att intresset för föräldrastöd i denna grupp väsentligt skiljer sig från svenskfödda föräldrars intresse.

Diskussionen kring stöd inriktat på föräldrars behov i kapitel 3 tyder på att gruppverksamhet ofta kan ha särskilt värde om deltagarna har ett gemensamt problem. Detta kan exempelvis gälla för unga ensamstående föräldrar. Grupper med tydliga problem har vanligen redan kontakt med socialtjänst eller barn- och ungdomspsykiatri. Synpunkter på utformningen av sådan gruppverksamhet ligger därför utanför ramen för denna rapport, se kapitel 2.

Individuella kontakter

De flesta föräldrar är nöjda med de *individuella kontakter* som mödra- och barnhälsovården erbjuder. Föräldraenkäten visar dock att föräldrar med kort utbildning är mindre intresserade av de individuella råd som barnhälsovården erbjuder jämfört med välutbildade föräldrar. Detta kan förklaras av att mödrar som lever under påfrestningar inte sällan anger att de känner sig nedvärderade av BVC-sjuksköterskan [41, 42]. Utbildning av barnmorskor och sjuksköterskor som syftar till att tydliggöra och hantera denna konflikt kan förbättra situationen för socialt utsatta föräldrar.

Öppen förskola och familjecentraler

Det är motiverat att samlokalisera öppen förskola med MVC och BVC i en familjecentral. Detta underlättar för alla föräldrar att komma i kontakt med den öppna förskolan eftersom de flesta besöker mödra- och barnhälsovården.

Organisation

Kommunen föreslås som primär huvudman för föräldrastöd i de aktuella åldrarna. Insatserna inom mödra- och barnhälsovården genomförs i samarbete med landstinget. Samarbete mellan kommun och landsting föreslås reglerat av ett avtal mellan Kommun- och Landstingsförbunden.

Föräldrastöd berör flera olika kommunala förvaltningar. Det kan därför vara ändamålsenligt att kommunen utser en person som har till huvuduppdrag att samordna allt föräldrastöd, inklusive det föräldrastöd som föreslås för andra åldrar. Ett alternativ är att den samordnare för alkohol- och drogförebyggande arbete som finns i många kommuner får ansvar för uppgiften. Ytterligare alternativ är lokala brottsförebyggare anställda inom kommunen samt folkhälsoplanerare.

Forskningsbehov

Fyra frågor är särskilt motiverade att studera.

De försök *med regelbunden individuell rådgivning i hemmet* som bland annat har redovisats av Aronen och medarbetare är mycket lovande eftersom det endast finns ett fåtal andra försök som visat så påtalig reduktion av psykisk ohälsa. Informationen som finns om dessa försök är dock inte tillräcklig för att försöken ska kunna omsättas i reguljär verksamhet. Därför

behöver nya kontrollerade försök genomföras där insatsen för föräldrarna utformas så att metoden går att sprida.

Ett syfte med föräldragrupper, öppna förskolor och familjecentraler är att förstärka familjernas *informella sociala nätverk*. Det saknas dock undersökningar som visar att verksamhet av detta slag kan ha sådan effekt. Därför bör frågan studeras.

Under spädbarnsperioden etableras barnets mönster för anknytning till vårdgivaren. En trygg anknytning skyddar mot psykisk ohälsa. Två metoder, Från första början samt Vägledande samspel, rekommenderas för allmänt bruk inom barnhälsovården. Det är troligt att insatserna främjar utveckling av trygg anknytning. Effekter på förekomst av trygg anknytning behöver dock studeras även i Sverige.

Det är oklart om de officiella syftena med de öppna föräldragrupperna inom mödra- och barnhälsovårdverksamheterna realiseras. Därför är studier av frågan motiverade.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar försök med nya organisatoriska modeller för föräldrastöd under graviditet och spädbarnstid, särskilt försök där primärkommunen påtar sig ett samlat ansvar för allt föräldrastöd. Den verksamhet som utvecklats bland annat i Leksand kan tjäna som modell där föräldrastödet utformas av kommunen i samarbete med landsting, studieförbund och andra frivilligorganisationer.

Statens folkhälsoinstitut föreslås få till uppdrag att under åren 2005 och 2006 ge stöd till aktörerna i förändringar av föräldragrupsverksamheten på MVC och BVC där de kunskaper som presenteras i denna översikt omvandlas till praktisk verksamhet.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar primärkommunerna att försöksvis samordna allt föräldrastöd, inklusive den verksamhet som i dag bedrivs inom mödra- och barnhälsovård. Landstingets personal förväntas dock även i fortsättningen medverka.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar Kommun- och Landstingsförbunden att år 2007 teckna en överenskommelse om föräldrastöd grundat på erfarenheterna från försöksverksamhet.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar bred användning inom befintlig verksamhet av metoder där effekten är känd. Två exempel på sådana metoder är Från första början och Vägledande samspel.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge stöd till utvecklingsarbete och forskning angående strukturerade program under graviditet och spädbarnstid.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag. Ingrid Olsson och Berit Hagekull har lämnat underlag som beskriver samband mellan tillgång till öppen förskola och socialt stöd.

Referenser

1. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2 ed. Baltimore, MD: Williams & Williams; 1996.
2. Berglund A, Lindmark G. Ett förändrat mödravårdsprogram. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
3. Medicinska forskningsrådet. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. State of the art-konferens i Stockholm 23–25 september 1999.
4. Hwang P, Wickberg B. Spädbarnets psykiska hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
5. Bohlin G. Tidig anknytning – betydelse för utveckling och hälsa. I: Socialdepartementet, red. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkade av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
6. Cederblad M. Från barndom till vuxenliv: en översikt av longitudinell forskning. Stockholm: Gothia och Centrum för utvärdering av socialt arbete; 2003.

7. Fogany P. Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. I: Blane D, Brunner E, Wilkinsson R, red. Health and social organization. London: Routledge; 1996, s. 125-51.
8. Thompson RA. Early attachment and later development. I: Cassidy J, Shaver PR, red. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York, NY: Guilford Press; 1999, s. 265-86.
9. Easterbrook M, Lamb M. The relationship between quality of infant-mother attachment and infant competence in initial encounters with peers. *Child Development* 1979;50:380-7.
10. Waters E, Wippman J, Sroufe L. Attachment positive affect and competence in the peer group: two studies in construct validation. *Child Development* 1979;50:821-9.
11. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. I: Cassidy J, Shaver PR, red. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York, NY: Guilford Press; 1999, s. 469-96.
12. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn M, Juffer F. Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
13. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software. 2003(3).
14. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software. 2003(3).
15. Arborelius E, Bremberg S. Child health centre based promotion of a tobacco-free environment in children's homes – a Swedish case study. *Health Promotion* 2001;16(3):245.
16. Fossum B, Arborelius E, Bremberg S. Evaluation of a counselling method for child health nurses: An example of patient-centred communication. *Prev Med* 2004;38(3):295-301.

17. Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, Gayoso E. Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict* 1995;30(4):427-43.
18. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2003.
19. Roberts H. What works in reducing inequalities in child health. London: Barnados; 2000.
20. Ray K, Hodnett E. Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). I. Oxford: Update Software; 2003.
21. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
22. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(2):223-32.
23. Cullen KJ, Cullen AM. Long-term follow-up of the Busselton six-year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *J Pediatr* 1996;129(1):136-9.
24. Aronen E. The effect of family counselling on the mental health of 10–11-year-old children in low- and high-risk families: a longitudinal approach. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34(2):155-65.
25. Aronen E, Kurkela S. Long-term effects of an early home-based intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1665-72.
26. Carr A, red. What works for children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London and NY: Routledge; 2000.
27. Cullen KJ. A six-year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *J Pediatr* 1976;88:662-6.
28. Hodnett E, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2003.

29. Olds DL, Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 1990;86(1):108-16.
30. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home Visiting: Recent Program Evaluations – Analysis and Recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):4-26.
31. Oakley A, Rigby AS, Hickey D. Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. *Europ J Public Health* 1993;3(4):220-6.
32. Hodnett E, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2.
33. Olds D, Kitzman H, Cole R, Robinson J. Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology* 1997;25(1):9-26.
34. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, Jr., et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-96.
35. Barn, elever, personal och utbildningsresultat. Kommunal nivå – avseende år 2003. Stockholm: Skolverket; 2004.
36. Sundelin C, Lagerberg D, Magnusson M. Öppna förskolan – värdefull för alla. *Uppsala Nya Tidning* 2004-00-00.
37. Sennett R. *The fall of public man*. New York: Vintage; 1978.
38. Bauman Z. *The individualized society*. Cambridge: Polity Press; 2001.
39. Gagnon A. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software. 2004(2).
40. Fabian HM. Childbirth and parenthood education classes in Sweden – Women's opinion and possible effects. (manuscript) 2004.
41. Heritage J, Sefi S. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. I: Drew P, Heritage J, red. *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

42. Arborelius E, Bremberg S. Supportive and non-supportive qualities of child health nurses contacts with strained infant mothers. *Scand J Caring Sciences* 2003;17:1-7.
43. Fagerskiold A, Timpka T, Ek AC. The view of the child health nurse among mothers. *Scand J Caring Sci* 2003;17(2):160-8.
44. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Nationell sammanställning av årsrapporter för mödrahälsovård 2001. URL: <http://www.sfog.se/>; 2002.
45. Kliniska riktlinjer – Riktlinjer för hälsovård under graviditet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
46. Stöd i föräldraskapet: betänkande av Utredning av föräldrautbildning. SOU 1997:161. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
47. Rydén B. Föräldragrupp i förändring. Göteborg: Folkhälsosekretariatets skriftserie; 1995.
48. Barnhälsovården i Stockholms län. Årsrapport 2002. Stockholms läns landsting. URL: http://www.sll.se/docs/L_BHV/Rapporter/VB_BHV_SLL_2002.doc.
49. Barnhälsovårdsenheten i Örebro län. BHV statistik 2003. URL: <http://www.orebroll.se/upload/Prim/Kansli/BHV/Dokument/Statistik%202003%20webb.PDF>.
50. Petersson K, Hakansson A, Petersson C. Parental education as viewed by nurses. An interview study. *Scand J Caring Sci* 1997;11(4):199-206.
51. Hallberg AC, Lindblad E, Rastam L, Hakansson A. Parents: the best experts in child health care? Viewpoints from parents and staff concerning child health services. *Patient Educ Couns* 2001;44(2):151-9.
52. Magnusson M, Garrett MJ, Sundelin C. Impact of child health centre organization on parental satisfaction. *Scand J Caring Sci* 2000;14(4): 232-8.
53. Gralvik E, Bremberg S. Vad tycker föräldrarna om barnavårdscentralen? *Socialmedicinsk Tidskr* 1980;77:448-52.

54. Beskrivande data om barnomsorg, skola och vuxenutbildning 2003. Stockholm: Skolverket; 2003.
55. Bak M, Gunnarsson L. Familjecentraler – framtidens stöd till föräldrar och barn? Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
56. Familjecentraler. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
57. Vad är en familjecentral? Föreningen för familjecentraler. URL: <http://www.familjecentraler.org.se/main.htm>.
58. Johnson Z, Howell F, Molloy B. Community mothers' programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ* 1993;306:1449.
59. Johansson T, Jons I. Föräldragrupper i praktiken. Gothia; 2002.
60. Leksands kommun. Familjecentrum. URL: http://www.leksand.se/kominfo/kultur/barn_ungdom/familjecentrum.html.
61. Söderköpings kommun. Delrapport Barn och Ungdomsprogram. URL: <http://www.soderkoping.se/we/main.nsf/SearchView/C1256C590024163DC1256E14004C683E>.
62. Halford W, Sanders M, Behrens B. Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *J Fam Psychol* 2001;15(4):750-68.
63. Stanley S, Markman H, Prado L, Olmos-Gallo A, Tonelli L, St Peters M, et al. Community-based premarital prevention: Clergy and lay leaders on the front lines. *Fam Relations* 2001;50(1):67-76.
64. Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T. The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(5):753-60.
65. Markman H, Renick M, Floyd F, Stanley S, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(1):70-7.
66. PREP. URL: <http://www.prepinc.com/>.

67. Insatser för barn och unga. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
68. Niccols A. "Right from the start" and other attachment-focused parenting programs (Alison Niccols). URL: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/Alison%20Niccols.ppt>.
69. Niccols A, Mohammed S. Parent-child interaction skills training in groups: Pilot study with parents of infants with developmental delay. *Journal of Early Intervention* 2000;23:59-69.
70. Niccols A. Right from the Start: An Attachment-based course for parents. URL: <http://www.fhi.se>.
71. Statens folkhälsoinstitut. URL: <http://www.fhi.se/>.
72. Hundeide K. Vägledande samspel: handbok till ICDP, International Child Development Programmes. Stockholm: Rädda Barnen; 2001.
73. Hundeide K. An outline of the ICDP Programme and its theoretical background. URL: <http://www.fhi.se>.
74. ICDP-Sweden. URL: <http://www.icdp.se>.
75. ICDP, International Child Development Programmes. URL: <http://www.icdp.info/>.
76. Hedenbro M, Wirtberg I. Samspelets kraft. Marte meo – möjlighet till utveckling. Stockholm: Liber; 2000.
77. Hansson K, Wirtberg I, Axberg U. Preventiva insatser vid antisocialt beteende hos barn med hjälp av Marte Meo. *Socionomen* 2004 (i press).
78. Widlund G. Föräldrars tillfredsställelse med barnhälsovården 1989–1998. Enkätstudier i sydvästra produktionsområdet, Stockholms läns landsting åren 1989–1998. Huddinge: Samhällsmedicin; 2000.
79. Petersson K, Petersson C, Hakansson A. What is good parental education? *Scand J Caring Sci* 2004;18(1):82-9.
80. Petersson C, Petersson K, Hakansson A. General parental education in Sweden: participants and non-participants. *Scand J Prim Health Care* 2003;21(1):43-6.

81. Dalman C, Bremberg S. Hur satsar vi på barnen? Insatser för barn och ungdom i Stockholms län mätt i kronor. Huddinge: Centrum för Barn- & ungdomshälsa; 1999.
82. Sveriges Radio. Pappakurser för nyblivna fäder blev ingen succé. Nyheter 12:00 P3, 2004-09-14.
83. Nuder P. Pröva om landstingen behövs. Dagens Nyheter 2004-06-28.

7.

INSATSER UNDER FÖRSKOLETIDEN
OCH DE TIDIGA SKOLÅREN
(2–9 ÅR)

som George Patterson och medarbetare bedrivit vid Oregon Social Learning Center i USA sedan 1960-talet [2, 3]. Forskargruppen kunde tidigt visa att negativa samspel mellan förälder och barn utvecklar och förstärker barns beteendeproblem. Grundat på denna kunskap utvecklades först pedagogiska program för föräldrar som hade barn med beteendeproblem. Principerna har sedan börjat användas för att hjälpa alla föräldrar att samspela med barnen innan problem har uppstått.

Syftet med programmen är att utveckla en relation mellan förälder och barn som präglas av värme och emotionell närhet. Tre centrala moment är gemensamma i programmen: stöd till föräldern att ge barnet positiv uppmärksamhet, stöd till klar kommunikation samt stöd till genomtänkta sätt att möta barnet då konflikter uppstår. Det första momentet, att ge positiv uppmärksamhet, är särskilt viktigt. Exempelvis kan föräldrarna få diskutera om det finns vardagliga situationer när de kan ge barnet beröm och situationer när de kan delta i barnets lek. Det andra momentet handlar om klar kommunikation mellan förälder och barn. Om föräldrarna är tydliga, och om de förbereder barnet på övergångar mellan olika aktiviteter, då går det att förebygga konflikter. Föräldrarna får diskutera vardagssituationer när klar kommunikation har särskilt stor betydelse, exempelvis när barnet tittar på TV och det är dags att äta middag. Det tredje momentet handlar om genomtänkta sätt att möta barnen på då konflikter uppstår. Föräldrarna kan till exempel diskutera alternativa sätt att bemöta barnet när barnet inte gör vad föräldern bett om. Det är viktigt att föräldrarna kan klara av situationerna utan att tillgripa våld. Det är också viktigt att föräldrarna är konsekventa.

Samspelsprogrammen genomförs ofta i grupper om 10 till 15 föräldrar som träffas i 2–3 timmar per vecka under 10 till 15 veckor. Gruppdiskussionerna utgår från vardagliga situationer med föräldrar och barn, vanligen genom att korta avsnitt med en förälder och ett barn visas på video. Föräldrarna diskuterar olika lösningar på en aktuell situation. Därefter får föräldrarna genom rollspel öva lösningarna med varandra. De får också i uppgift att öva sina färdigheter hemma.

Programmen kan även innehålla moment som behandlar barns utveckling. De hjälper föräldrar till realistiska förväntningar på barnet. Andra delar syftar till att skapa ett gott samtalsklimat i hemmet och ett bra samarbete mellan hem och förskola/skola. Vissa avsnitt ger föräldrar handfast träning i att bemöta barns aggressivitet.

I programmen ingår hemuppgifter där föräldrarna får anteckna hur ofta de har behövt en viss färdighet och om den har varit verksam. De uppmanas även att göra noteringar om barnet. Detta kan hjälpa föräldern att bli medveten om hur han eller hon själv reagerar i olika situationer med barnet. Det kan också hjälpa föräldern att tydligare se hur barnet utvecklas.

Samspelsprogrammen ifrågasätter således inte föräldrarnas egen kompetens utan söker i stället ta tillvara och utveckla föräldragruppens samlade erfarenheter. Det är ofta föräldrarna själva som föreslår och sedan diskuterar olika alternativa förhållningssätt. Programmen innehåller vanligen inte färdiga lösningar som framhålls som pekpinningar. Olika varianter av programmen varierar dock i detta avseende.

Ett exempel på ett samspelsprogram är De otroliga åren, som finns i 2 varianter, en för föräldrar till barn mellan 2 och 7 år och en för föräldrar med barn mellan 4 och 10 år. Programmet riktat till de yngre barnen kallas Basic och genomförs vid 12–14 träffar. Fyra större avsnitt ingår: lek, beröm och belöning, effektiv gränssättning, och bemötande av dåligt uppförande. Vanligen deltar 10–14 föräldrar. Grupperna bör ha 2 ledare, en man och en kvinna.

I avsnittet om lek är målet att utveckla föräldrarnas färdigheter i att leka med barnet så att barnets självförtroende stärks. Leken kan också öka barnets förmåga att lösa problem. Ett annat avsnitt är inriktat på att stärka föräldrarna i deras förmåga att ge barnet beröm och i att bemöta barnet när det stöter ifrån sig beröm. Avsnittet om effektiv gränssättning handlar om tydlig kommunikation och förmedling av positiva alternativ till barnens önskemål. Det sista avsnittet handlar om effektiva metoder för bemötande av dåligt uppförande där föräldern inte använder våld.

I programmet ingår 10 videofilmer och en manual som beskriver de uppgifter, rollspel och hemuppgifter som ingår. Manualen lyfter också fram de viktigaste delarna i varje moment. Det finns dessutom lästips för ledaren att förmedla till gruppen. Deltagarna förses med varsin egen arbetsbok. Programmet finns även tillgängligt i en bok översatt till svenska [4].

Ett annat exempel på samspelsprogram är Community Parent Education Program, förkortat COPE, som är utvecklat i Kanada. Programmet genomförs vid omkring 15 tillfällen i grupper som kan bestå av upp till 30 föräldrar med en eller 2 gruppleddare. Gruppträffarna syftar till att stärka färdigheter hos föräldrarna som hjälper dem att utveckla barnens positiva

beteenden, att sätta gränser och att undvika konflikter. Programmet syftar även till att förbättra samarbetet mellan föräldrar och förskola/skola [5].

Många moment öppnas med en videosekvens som återger en situation med en förälder och ett barn där föräldern behöver bemöta barnet. I COPE får föräldrarna i små grupper diskutera olika förslag på hur detta kan ske. Ledaren eller ledarna rollspelar sedan en lämplig lösning som sedan föräldrarna får öva på i de mindre grupperna. Där fortsätter de med att diskutera i vilka andra situationer metoden kan vara användbar. De kommer därefter överens om en hemuppgift som de genomför till veckan efter. Även i COPE finns det en detaljerad manual, videofilmer och lästips. Föräldrarna följer själva sina egna framsteg med enkla kryssformulär.

Flera översikter av samspelsprogram finns publicerade på svenska [6, 7].

Evidens för effekt av samspelsprogram som används i föräldragrupper

Totalt har 11 studier av samspelsprogram i grupp för föräldrar med barn i åldern 2–9 år identifierats [8–18]. Av de 11 studierna presenteras 8 i sammanställningen i bilaga 1 och 3 har tillkommit genom kompletterande sökningar i Medline och PsycINFO genomförda år 2003 [12, 13, 16]. I sammanställningen i bilaga 1 ingår ytterligare 3 studier av samspelsprogram som inte redovisas här, eftersom barnen i dessa studier fått ta del av särskilda moment. Därför går det inte att särskilja den specifika effekten av insatserna för föräldrarna i dessa undersökningar.

Sju av studierna gällde samspelsprogram som erbjöds under förskoleåren [10, 12–17]. I dessa studier har effekter påvisats både på föräldrar och på barn. Uppgifterna kommer både från föräldrarna och från oberoende observatörer som inte känt till om föräldrarna deltagit i ett program. Effekten är således väl säkerställd.

I några studier har effekten av samspelsprogram i grupp under förskoleåren jämförts med individuell rådgivning som följt samma principer [10, 13, 16]. Insatser i grupp förefaller ge bättre effekt än sådan individuell rådgivning.

I 4 av de 11 utvärderingarna har samspelsprogram för barn i yngre skolåldern utvärderats [8, 9, 11, 18]. I 3 av studierna har effekter på barnens psykiska problem säkerställts [8, 11, 18]. I den fjärde har bara effekter på föräldrarnas beteende påvisats [9].

Barn och föräldrar har vanligen följts något eller några år efter insatsen. Därefter har det av etiska skäl varit nödvändigt att erbjuda föräldrarna i

kontrollgruppen samma program. Detta medför att det inte längre är möjligt att jämföra effekter i försöksgruppen med kontrollgruppen och därigenom visa om effekten är bestående. Effekter av motsvarande ovan nämnda individuella program har dock påvisats vara över längre tid, se nedan. Det finns även teoretiska skäl till att anta att effekten av programmen är bestående. Föräldrarnas och barnens beteenden interagerar med varandra. Om barnet beter sig som föräldrarna önskar blir det lättare för föräldrarna att ge barnen positiv uppmärksamhet vilket i sin tur förstärker barnets tendens att bete sig som föräldrarna vill. Det finns studier som visat att sådana positiva cirklar verkligen utvecklas sedan föräldrar tagit del av samspelsprogram [19].

Samspelsprogrammen har utvecklats för att ge stöd till föräldrar med barn som har utagerande beteendeproblem. En stor del av de studier som genomförts har också gällt familjer där barnen i varierande omfattning haft tendens till sådana problem. I denna rapport behandlas dock främst insatser som riktas till föräldrar i allmänhet. Argument för en sådan inriktning presenteras i kapitel 2. En central fråga är hur berättigat det är att brett sprida program som primärt utvecklats för en mindre grupp av föräldrar där barnen har problem. Det finns 2 skäl som talar för att en bred spridning är lämplig.

Det första skälet är kopplat till programmens teoretiska grund. Utgångspunkten är att barn både behöver värme och ramar, se kapitel 2. Dessa behov gäller barn i allmänhet och är inte begränsat till barn med problem.

Det andra skälet utgår från att barns tendenser till utagerande beteende, och till psykiska problem i allmänhet, utgör ett kontinuum som sträcker sig från avsaknad av tendenser till sådana problem, vidare till en stor grupp med genomsnittliga tendenser och slutligen till en extremgrupp med uttalade problem. Barn med utagerande beteendeproblem utgör således ingen väl avgränsbar grupp. Detta gäller även för psykiska problem i allmänhet [20]. De samspelsprogram som redovisas här har prövats i familjer som antingen utgörs av en mellangrupp [12: Tucker, 1998 #84, 14] eller i grupper med lätt ökad risk för beteendeproblem. Grupper som kräver behandling är helt exkluderade från översikten.

Det är därför berättigat att använda den omfattade erfarenhet som utvecklats inom området för att erbjuda breda grupper av familjer samspelsprogram. Samspelsprogrammen har framgångsrikt prövats för föräld-

rar med barn ned till 1 års ålder [21]. Bäst dokumenterad är effekten då barnen blivit 2 år eller äldre.

De påvisade effekterna på barnen gäller i första hand utagerande beteendeproblem. I Sverige får inte sällan denna typ av svårigheter medicinska beteckningar som ADHD (tidigare DAMP). Resultaten i de refererade försöken tyder på att ADHD till en del går att förebygga med hjälp av samspelsprogram. Sådana effekter kan te sig som anmärkningsvärda eftersom de biologiska orsakerna till ADHD har lyfts fram i debatten. Uppenbart kan samspelsprogram inte påverka biologiska faktorer. De viktigaste biologiska faktorerna som diskuterats är ärftlighet och förändringar av nervsystemet. Aktuella studier inom området tyder på att genetiska faktorer har betydelse för ADHD, men inte på att de är avgörande [22, 23]. Likaså finns det studier som tyder på att det förekommer organiska förändringar, men inte på att de isolerat avgör förloppet [24]. Det innebär att det finns betydande möjligheter till prevention.

Beteendeproblem i förskoleåldern fortsätter ofta i tonåren. Då finns en markant ökad risk för missbruk av alkohol och droger och ökad risk för kriminalitet. Det positiva samspel mellan föräldrar och barn som dessa metoder främjar kan därför även förebygga sådana problem.

Sett från barnets perspektiv är inåtvända psykiska problem, som nedstämdhet och ångslan, betydelsefulla. Samspelsprogrammen kan förväntas förebygga även denna typ av svårigheter. Två skäl gör detta antagande rimligt. Det ena är att programmen innehåller ett flertal moment som stärker barnens självbild. Dålig självbild är en viktig bestämningsfaktor för inåtvända problem som nedstämdhet och ångslan. Det andra skälet är förekomsten av inåtvända problem analyserats i flera av de redovisade studierna. Gynnsamma effekter har påvisats även för denna typ av problem.

Storleken av samspelsprogrammets effekt då de används i föräldragrupper

De studier av samspelsprogram som har redovisats gör det möjligt att beräkna effektens storlek. Förekomst av beteendeproblem beskrivs vanligen som en poängsumma. Skillnaderna mellan försöks- och kontrollgrupperna för denna poängsumma anges med det statistiska måttet standardavvikelse (SD). I de refererade studierna är det vanligt att påvisa effekter ett år efter insatsen motsvarande 0,7 SD. För att kunna bedöma det praktiska värdet av en sådan effekt är det nödvändigt att göra ytterligare beräkning-

ar. Sådana beräkningar bygger på ett antagande om att poängsumman har en statistisk så kallad normalfördelning. Från ett praktiskt perspektiv är det mest angeläget att påverka förekomsten av betydande beteendeprogram. Därför är det lämpligt att omvandla effekt uttryckt i SD till reduktion av den grupp som har betydande problem. En passande nivå är den tjugondel av alla barn som har högst poängsumma. Dessa barn har så påtagliga problem att omgivningen ofta ser dem som tydligt belastande. Tekniken för att göra denna omvandling av effektmått har tidigare beskrivits [25]. Sådana beräkningar tyder på att en effekt om 0,7 SD motsvarar en reduktion av den mest problematiska gruppen barn med 80 procent.

I 3 av de 4 utvärderingar av samspelsprogram för barn i yngre skolåldern som nämns ovan anges samlade mått på barnens utagerande beteenden. Effekterna förefaller vara mindre än då samspelsprogrammen genomförs under förskoleåren.

En stor del av de studerade samspelsinsatserna har utvärderats i USA och har riktats till föräldrar med barn som har högre risk för beteendeproblem än genomsnittligt i Sverige. Barn i USA har troligen också generellt mer beteendeproblem än svenska barn [26]. Dessa förhållanden bidrar till att effekten av samspelsprogrammen kan förväntas bli mindre när de erbjuds brett i Sverige.

Evidens för effekt av samspelsprogram som föräldrar tar del av vid individuella kontakter

Sex utvärderingar av samspelsprogram, som föräldrar fått ta del av vid individuella kontakter, påvisades vid litteratursökningarna [10, 16, 27–30]. I studierna påvisades effekter både på föräldrarnas och på barnens beteenden. Föräldrarna har dels själva rapporterat om sig eller sina barn. Dels har personer, som inte vet vilken grupp föräldrarna tillhört, observerat föräldrarna eller barnen.

Alla insatser var riktade till föräldrar med barn i förskoleåldern som har någon form av beteendeproblem. Rådgivningen genomfördes vanligen en gång i veckan i cirka 10–12 veckor. Rådgivarna var professionella. I regel deltog bara föräldrar men det finns också exempel på insatser där barnen deltagit [28, 29]. Den vanliga formen var rådgivning på mottagning. Hembesök förekom också [28].

I en av studierna har barnen (alla pojkar) följts från det att insatsen genomfördes då barnen var 7–8 år till dess de blivit 15 år gamla [31]. Även vid 15 års ålder kunde effekt påvisas. Pojkarna klarade skolan bättre och hade mindre normbrytande beteenden. I denna insats kombinerades rådgivningen till föräldrarna med vissa insatser direkt för pojkarna. Effekten kan därför inte helt tillskrivas rådgivningen. Studier tyder dock på att effekter av individuell rådgivning som syftar till att förbättra samspelet mellan barn och föräldrar har effekt lång tid efter det att rådgivningen upphört.

Vid litteratursökningarna påvisades ytterligare 2 kontrollerade utvärderingar av individuell rådgivning med metodik som är nära relaterad till de metoder som används i samspelsprogrammen. I ett program omfattade insatsen endast ett par timmar. Den syftade till att förebygga gnäll och olydnad hos förskolebarn och positiva effekter påvisades [32]. I det andra programmet riktades insatsen till föräldrar som bedömdes kunna riskera att misshandla sitt barn. Insatsen syftade till att lära föräldern handskas med egen ilska. Effekter påvisades i den grupp som fick den mest omfattande insatsen [33].

En kanadensisk studie tyder på att det är svårare att nå socialt utsatta grupper med individuell rådgivning på mottagning, jämfört med rådgivning i grupp [10]. En förklaring kan vara att föräldrar kan känna sig mer utpekade om de kommer individuellt, trots att praktiska arrangemang, exempelvis med tider, lättare går att anpassa vid individuella besök.

Evidens för effekt av samspelsprogram som föräldrar får ta del av via media (tryckt material eller video/TV)

I 4 kontrollerade randomiserade studier har föräldrar fått ta del av samspelsprogram enbart i form av video kompletterad med studiehäften [30, 34], som TV-program [35] eller som tryckt material kompletterat med telefonkontakter [36]. Studierna ingår i den översikt som presenteras i kapitel 4 med undantag av en studie som påvisades först vid en kompletterande sökning [34]. Positiva effekter på barnens beteende påvisas i samtliga undersökningar. Resultaten från den studie som använder tryckt material är dock osäkra, eftersom uppgifter om barnens beteende endast har rapporterats av mödrarna själva och ej av oberoende observatörer.

En systematisk översikt av denna typ av insatser har också publicerats. Där drar författaren slutsatsen att insatser enbart med hjälp av video/TV alternativt tryckt material ger effekt [37].

Effekterna är bäst dokumenterade för program där föräldrarna tar del av materialet via *video* [30, 34]. I dessa försök har barnen redan tydliga beteendeproblem. Föräldrarna får ta del av 10 videofilmer. Varje film är trettio minuter lång och föräldrarna ser på ett eller 2 avsnitt i veckan. I programmen kan föräldrarna ta del av olika sätt att bemöta barn i vardagliga situationer. I programmen ingår även moment där föräldrarna fortlöpande får notera hur barnet beter sig och vilka metoder de använder. De uppmanas också formulera mål och delmål. I de 2 försöken jämfördes effekten av den videobaserade insatsen med effekten av samma insatser erbjuden individuellt av en terapeut [30] alternativt i form av en föräldragrupp [34]. Effekterna var ungefär lika stora, oberoende av form. I försöken reducerades således förekomsten av barn med betydande beteendeproblem med uppemot 70 procent, beräknat med samma metoder som ovan anges för samspelsprogram för föräldrar i grupp.

I det *TV-baserade* försöket vävdes samspelsprogrammet in i ett underhållningsprogram [35]. Programmen riktades till breda grupper av föräldrar. I detta försök redovisas effekter på måttliga och svåra beteendeproblem sammantaget. Även här redovisas en 70-procentig reduktion.

I 2 andra försök fick föräldrarna *arbetsböcker* via posten kompletterat med telefonkontakter [28, 36]. Båda insatserna gav önskvärda effekter på barnens beteenden. Eftersom föräldrar inte bara fick tillgång till tryckt material utan även fick kontakter per telefon är det oklart om enbart tryckt material skulle ge avsedd effekt.

Föräldrastöd inriktade på barns behov: andra strukturerade program

Ytterligare 6 studier av strukturerade kontrollerade insatser påvisades vid litteratursökningarna. Insatserna har olika karaktär. Två rörde kognitiv utveckling och behandlas därför i kapitel 13. Av de återstående 4 innehöll en liknande moment som samspelsprogrammen [38]. Därutöver fanns delar som syftade till att stärka föräldrarnas självkänsla, minska deras stress och utveckla deras sociala nätverk. Programmet gav positiva effekter på föräldrarnas beteende gentemot barnen, men det går inte att avgöra om effekterna hänger samman med de delar som var inriktade på att utveckla föräldrarnas samspel med barnen eller om de bör tillskrivas de moment som var inriktade på föräldrarna själva.

Två av utvärderingarna behandlade ett program kallat Systematic Training for Effective Parenting [39, 40]. Programmet fokuseras på föräldrarnas attityder mot barnet. Effekter påvisades i båda studierna, dock inga på barnens beteende.

Den fjärde insatsen syftade till att få föräldrar att diskutera risken för sexuellt utnyttjande med sina barn [41]. Vid en gruppträff visades en videofilm som sedan diskuterades. Insatsen ledde till fler samtal mellan föräldrar och barn om den aktuella frågan.

Stöd inriktat på föräldrarnas behov

I kapitel 3 diskuteras evidens för effekt av stöd inriktat på föräldrarnas behov i form av öppen och strukturerad individuell rådgivning, öppna och strukturerade föräldragrupper samt av mötesplatser. Det framgår där att *strukturerade föräldragrupper* som PREP (Prevention and Relationship Enhancement Program, se kapitel 9) kan förbättra relationen mellan föräldrarna. Det framgår också att om en familj har ett *problem* kan situationen förbättras både av öppen individuell rådgivning och av deltagande i öppna diskussionsgrupper tillsammans med andra föräldrar som har samma problem. Detta gäller även för föräldrar med barn i åldrarna 2–9 år.

Det är oklart om mötesplatser, av den typ som erbjuds inom den öppna förskolan, förbättrar föräldrarnas informella sociala nätverk, se kapitel 6. Det är också oklart om de öppna föräldragrupper, avsedda för föräldrar utan något gemensamt problem, påverkar föräldrarnas välfärd.

Situationen i Sverige

När barnen är i åldern 2–9 år saknas brett täckande förebyggande verksamhet avsedd för föräldrar motsvarande den verksamhet som erbjuds under spädbarnstiden. Det finns dock flera olika organisationer som erbjuder föräldrar stöd i olika former och i varierande omfattning. De viktigaste formerna är individuella kontakter med personal inom barnhälsovård, förskola och skola, strukturerade diskussionsgrupper inriktade på barnens behov och öppna diskussionsgrupper.

Individuella kontakter med personal inom barnhälsovård, förskola och skola

I den enkät som presenteras i kapitel 5 anger 60 procent av alla föräldrar att de haft nytta av de individuella samtalen på BVC och inom primärvården i övrigt. Ungefär lika många anger intresse för sådana samtal. Det innebär att det behov som finns förefaller att täckas av befintliga insatser.

I enkäten anger 40 procent att de haft nytta av individuella samtal med personal inom förskolan, utöver ordinarie utvecklingssamtal. Ungefär lika många anger intresse för sådana samtal. Det innebär att det behov som finns förefaller täckas av befintliga insatser. Situationen är liknande för samtal med personal inom skola och fritidsverksamhet, där 37 procent anger att de haft nytta av samtalen och ungefär lika många anger intresse.

Samtal med personal inom förskola, skola och fritidsverksamhet är således en källa till stöd för föräldrar. Gällande skollag (2004) anger att skolan har skyldighet att informera vårdnadshavare om verksamheten i skolan och barnens utveckling i skolan. Dock anger lagen ingen skyldighet för personalen att ge föräldrar stöd i deras roll som föräldrar.

Strukturerat föräldrastöd inriktat på barns behov: rekommenderade samspelsprogram

Metoder för strukturerade föräldrastöd, som är inriktat på barns behov och som används i Sverige, domineras av olika varianter av samspelsprogram. Programmen har utvärderats i utländska kontrollerade studier men vanligen ännu ej i Sverige då denna sammanställning skrivs (oktober 2004). Utvecklingen inom området är dock snabb med flera pågående randomiserade kontrollerade vetenskapliga studier och omfattande utbildningsverksamhet. Information om det aktuella utbudet i Sverige uppdateras fortlöpande på Statens folkhälsoinstituts webbplats [42]. I sammanställningen har en uppdelning gjorts mellan rekommenderade och lovande program. De rekommenderade programmen har alla utvärderats i kontrollerade studier och det finns en svensk organisation för utbildning av gruppledare. De lovande programmen uppfyller inte fullt ut båda dessa krav.

I enkäten som beskrivs i kapitel 5 anges att 16 procent av alla föräldrar skulle ha deltagit i en verksamhet med strukturerat gruppbaserat föräldrastöd. Troligen är detta en kraftig överskattning eftersom strukturerade metoder för föräldrar med barn i dessa åldrar införts i Sverige först under

de senaste åren. Strukturerade metoder förutsätter att gruppleddaren använder en handbok där varje moment beskrivs relativt detaljerat. De som svarat på enkäten kan ha förväxlat detta krav med kännedom om att ledaren på förhand bestämt vilka ämnen som skulle tas upp. Uppgifterna om de enskilda metoder som används tyder i stället på att mindre än 1 procent av alla föräldrar kan ha tagit del av en sådan metod år 2004.

De rekommenderade programmen är manualbaserade. Föräldrarna tittar på en kort skådespelad videovinjett där en förälder gör ett överdrivet fel i en vardaglig föräldra-barnsituation. Föräldrarna identifierar misstag, diskuterar möjliga konsekvenser, finner alternativa sätt att hantera de vardagliga föräldra-barnsituationerna och reflekterar över varför andra strategier kan vara bättre. Föräldrarna diskuterar också om det finns andra vardagliga situationer där de nya strategierna kan användas och vad detta skulle innebära. Strategierna rollspelas och föräldrarna får till uppgift att pröva metoderna hemma. Programmet ger stöd till föräldern att ge barnet positiv uppmärksamhet, klar kommunikation samt till struktur och genomtänkta sätt att hantera konflikter.

COPE (The Community Parent Education Program)

COPE är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år. Föräldragrupperna består av 15–25 föräldrar som träffas 8–14 gånger omkring 2 timmar vid varje tillfälle. Under träffarna delas föräldrarna in sig i mindre grupper om 6–8 föräldrar. Programmet lämnar stor frihet för föräldrar att själva föreslå lämpliga förhållningssätt. COPE innehåller även lektioner om problemlösning och om samarbete med skolan. Programmet har utvecklats för bred användning, därav ordet Community i titeln. Den kanadensiska förlagan är utvecklad av Charles Cunningham.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det finns en randomiserad kontrollerad studie av den kanadensiska förlagan [10]. En svensk utvärdering med kontrollgrupp pågår ledd från Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

COPE har använts i Sverige sedan år 2000. En svensk manual och svenska videovinjetter har tagits fram av barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,

Malmö. Ett extramoment som behandlar problemlösning samt ett moment som knyter an till program som inte finns i Sverige har utgått. Den 1 januari 2004 fanns det uppskattningsvis omkring 500 utbildade föräldragruppleddare. Uppskattningsvis 1 000–2 000 föräldrar har gått igenom programmet. Programmen har vanligen erbjudits brett.

I Malmö har barn- och ungdomspsykiatriska kliniken bjudit in personal bland annat från skolan till gruppleddarutbildning och handledning. Under 2003 har programmet erbjudits till alla föräldrar i Malmös 10 stadsdelar. Det finns betydande erfarenhet av att erbjuda metoden till invandrargrupper. Exempelvis har man i en stadsdel spelat in videoscenerna på arabiska.

I Linköping genomfördes de första försöken i stadsdelen Ryd år 2000. Nio gruppleddare utbildades: 4 förskollärare, 2 lågstadielärare, en speciallärare, en skolsjuksköterska och en distriktssköterska. Övrig personal i förskola och skola i Ryd fick en halvdagskurs med genomgång av metodiken. I detta första försök erbjöds programmet till samtliga 140 föräldrar med barn i ålder 3–9 år inom en mindre del av stadsdelen (Solhaga). Nittiofem föräldrar anmälde sitt intresse. Dock kunde endast 62 erbjudas plats i en av de 4 föräldragrupper som bildades. Föräldrarna fördelades efter barnens ålder. Grupperna träffades på kvällstid i lokaler inom området, förskolor, lärarrum, öppen förskola och fritidshem. Ledarna bjöd på smörgås och varm dryck och med hjälp av eleverna i en gymnasieklass ordnades barnvakt under de kvällar då grupperna träffades. Gruppleddarna fick ett par timmars handledning efter varje gruppträff.

Till det första grupptillfället kom 35 föräldrar, det vill säga drygt hälften av de som hade erbjudits plats. Detta innebär att 38 procent i målgruppen deltog (95/140 ≈ 35/62). Vid det sista, 14:e tillfället, deltog 23 föräldrar. De flesta föräldrar var mycket nöjda med såväl innehållet i programmet, med gruppleddarna som med diskussionerna. De flesta uppfattade också att de fått hjälp i sin föräldraroll och att de förändrat sitt bemötande av barnet [43]. Verksamheten erbjuds nu i ett flertal stadsdelar. När insatsen upprepas har anslutningen blivit högre än i det första redovisade försöket i Ryd.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [44–47]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

De otroliga åren

De otroliga åren finns i 2 varianter, en första avsedd för föräldrar med barn i åldern 2–7 år och en andra för föräldrar med barn i åldern 4–10 år. I den första varianten träffas föräldragrupperna 12–14 gånger om 2 timmar vardera och i den andra 8–10 gånger om 2 timmar vardera. Liksom övriga program utgör videoinspelade problemsituationer en viktig del av programmet. De lösningar som föreslås är relativt styrda av handledningen. I den första varianten (2–7 år) ingår också ett särskilt moment om barnens lek och i den andra (4–10 år) 2 moment om problemlösning. Den amerikanska förlagan *The Incredible Years: Basic Parent Training* är utvecklad av Carolyn Webster-Stratton.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det finns 7 randomiserade kontrollerade utvärderingar av den amerikanska förlagan. En svensk randomiserad kontrollerad studie pågår år 2004 och leds av Socialhögskolan, Lunds universitet.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

De otroliga åren har använts i Sverige sedan 2002, bland annat i Skövde och inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm. Videovinjetterna är textade på svenska. Den 1 januari 2004 fanns cirka 200 grundutbildade föräldragrupsledare och cirka 30 ledare som snart förväntas bli certifierade. Över 200 föräldrar har gått igenom programmet. Programmet har vanligen erbjudits riktat till mindre grupper med risker för problem eller redan manifesterade problem.

Exempelvis har Skövde kommun erbjudit programmet till föräldrar i 2 rektorsområden. De 2 gruppledarna, en förskollärare och en socionom, utbildades under 3 dagar av en medarbetare till Webster-Stratton. Gruppledarna samarbetar med flera barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Till grupperna har förutom föräldrarna också andra personer, som mor- och farföräldrar, inbjudits. Kaffe och barnvakt har ordnats. Intresset från föräldrar har varit stort. Man räknar med att efterhand kunna erbjuda föräldrar i hela kommunen programmet.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på engelska [48]. Metoden finns

beskriven i en bok översatt till svenska [4]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Komet

Komet är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år med utagerande beteenden, barn som är svåra att få kontakt med, som inte kan koncentrera sig eller som har dåliga kamratrelationer. Föräldragrupperna består av föräldrar till 6 barn och träffas 11 gånger om 2,5 timmar vardera. Programmet är utvecklat av Precens Preventionscentrum i Stockholm i samarbete med FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad, och bygger till viss del på ett program utvecklat av Barkley och medarbetare.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

En mindre randomiserad kontrollerad studie med 22 deltagare har genomförts. Där påvisas statistiskt säkerställda effekter på barnens beteende [6]. En större kontrollerad studier pågår år 2004 ledd av FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad [49].

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Komet har använts i Sverige sedan år 2003. Precens och Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad har tagit fram en manual och videovinjetter som utvecklats tillsammans med svenska föräldrar. I juni 2004 fanns 60 utbildade föräldragruppleddare. Omkring 200 föräldrar hade gått igenom programmet. Programmet erbjuds både brett och för grupper med ökad risk för beteendeproblem.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [49]. Kontaktpersoner för utbildning av gruppleddare samt information om programmet och dess tillämpning, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Strukturerat föräldrastöd inriktat på barns behov: lovande samspelsprogram

De lovande programmen är uppbyggda på liknande sätt som de rekommenderade. I motsats till de rekommenderade programmen saknas dock

kontrollerade randomiserade studier, alternativt är programmen utvärderade på detta sätt, men är inte rutinmässigt spridda i Sverige.

Aktiva Småbarnsföräldrar

Aktiva Småbarnsföräldrar är ett manualbaserat förebyggande föräldrastödsprogram för föräldrar som har barn i åldern 9 månader till 4 år. Videovinjetterna används också för att träna föräldrarna att tolka barns behov och känslor, träna kommunikationsfärdigheter samt förtydliga teorier. Aktiva Småbarnsföräldrar tar bland annat upp olika ledarstilar och förhållningssätt, barnets olika utvecklingsstadier, hur man förebygger problem, frustrationsutbrott, metoder för att bygga självkänsla, självförtroende och mod hos barnet, metoder för gränssättning på ett respektfullt sätt samt sätt att involvera barnet och metoder som uppmuntrar barnets självständighetsutveckling. Den amerikanska förlagan är utvecklad av Dr Michael Popkin, PhD.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPPER

Det saknas kontrollerade utvärderingar. Metoden har dock stora likheter med samspelsprogrammen och har därför inkluderats som en lovande metod.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Aktiva Småbarnsföräldrar har nyligen introducerats i Sverige, men har funnits i USA sedan 1996. Videovinjetterna är textade på svenska. De finns också på engelska och spanska. I Sverige lägger man större vikt vid process och reflektion än i den amerikanska förlagan och utbildningstiden är längre (9 timmar) än i förlagan (4,5 timmar). I januari 2004 fanns över 100 gruppleddare i Sverige. Programmet har erbjudits både brett och till grupper med problem.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [50]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Aktivt föräldraskap i dag 2–12

Aktivt föräldraskap i dag 2–12 är avsett för föräldrar med barn i åldern 2–12 år. Föräldragrupperna träffas 6 gånger om 3 timmar vardera. I programmet ingår en skriftlig deltagarhandledning. Videovinjetterna används även för att träna föräldrarna att tolka barns behov och känslor, träna kommunikationsfärdigheter samt för att förtydliga teorier. Aktivt föräldraskap i dag 2–12 tar även upp olika ledarstilar och förhållningssätt, problemlösning, kommunikationsfärdigheter samt metoder som uppmuntrar barnets självständighetsutveckling. Den amerikanska förlagan Active Parenting är utvecklad av Michael Popkin.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det saknas kontrollerade utvärderingar. Metoden har dock stora likheter med samspelesprogrammen och har därför inkluderats som en lovande metod.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Aktivt föräldraskap i dag 2–12 har använts i Sverige sedan 1997. Videovinjetterna är textade på svenska. Aktivt föräldraskap i dag 2–12 lägger mer fokus på process och reflektion än den amerikanska förlagan och träffarna är längre (3 timmar) än i förlagan (2 timmar). Den 1 januari 2004 fanns det över 100 föräldragruppledare och cirka 3 500 föräldrar hade gått igenom programmet. Programmet har använts bland annat inom förskola, öppen förskola, grundskola, vid behandlingshem och inom kriminalvård samt riktat till den breda allmänheten.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [50]. För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Föräldrakraft

Programmet Föräldrakraft är i ett första steg avsett för föräldrar med barn i åldern 2–5 år och i ett andra steg för föräldrar med barn i åldern 6–10 år. Grupperna består av upp till 30 föräldrar som träffas under 7–12 veckor, 2 timmar varje gång. Det första steget innehåller även moment om lek. Det

andra steget innehåller moment som rör gemensam tid tillsammans och i skolan. Programmet bygger på en amerikansk förlaga, Strengthening Families Program [51].

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det saknas kontrollerade utvärderingar. Metoden har dock stora likheter med de utvärderade samspelsprogrammen och har därför inkluderats som en lovande metod.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Föräldrakraft har börjat prövas i Eskilstuna under år 2004. Svenska video-vinjetter är inspelade. Programmet är avsett för bred användning.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [52]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Mellow Parenting

Mellow Parenting är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år. Programmet har utvecklats i Storbritannien och utgår från det arbete som bedrivits vid Oregon Social Learning Center i USA.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR

En mindre okontrollerad studie med 21 deltagare har genomförts i Storbritannien. Där påvisas effekter på föräldrarnas beteende [53]. En större kontrollerad studie pågår i Storbritannien år 2004. En mindre svensk okontrollerad studie har också genomförts. Där kunde inga effekter säkerställas [54].

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Metoden har använts inom 10 olika verksamheter i Sverige, främst för grupper med problem. I Botkyrka har programmet erbjudits till alla föräldrar på en förskola. Förskollärare utbildades till gruppleddare. Programmet har för närvarande ingen företrädare i Sverige.

Parent Management Training – Oregon (PMT-O)

Den metod för samspelsträning som används vid Oregon Social Learning Center i USA [3] sprids för närvarande brett i Norge [55, 56]. Metoden används enbart i familjer där barnen har tydliga beteendeproblem. En randomiserad kontrollerad studie pågår i Norge. Enstaka personer, som är verksamma i Sverige, har utbildats i PMT-O i Norge men löpande verksamhet baserad på PMT-O pågår för närvarande (oktober 2004) ej i Sverige.

Tripple P

Trippel P är ett samspelsprogram som utvecklats i Australien och nu används i 8 länder, bland andra Storbritannien och Tyskland [57]. Metoden används främst i föräldragrupper. Trippel P används för närvarande (oktober 2004) ej i Sverige.

Öppna diskussionsgrupper

I inventeringen av svenska föräldrastödsinsatser, se bilaga 2, utgörs mer än hälften (34 insatser) av gruppverksamhet som är helt eller delvis riktad till föräldrar med barn 2–9 år. Av dessa gäller 4 insatser öppen förskola. Sex av de återstående insatserna utgörs av samspelsprogram. De övriga 26 kan karakteriseras som öppna diskussionsgrupper.

I några få av de 26 insatserna erbjöds föräldrar helt öppna diskussionsgrupper, det vill säga innehållet bestämdes helt av deltagarna. Den insats som Socialförvaltningen i Järfälla kommun organiserar (Föräldradiolog) kan tjäna som exempel. Insatsen kom till åren 1998–2001 som resultat av en kommunal utredningen om stöd i föräldraskapet. Projektledaren, diakonissa och socionom, var utbildad att leda grupper i en metod kallad Vuxendialog. Deltagarna kommer överens om vissa ramar för hur gruppen ska fungera, som till exempel att man inte avbryter varandra och att tala i tur och ordning. Grupperna träffas 6 gånger under en termin. Efter det tar gruppen ställning till om de vill fortsätta med en ny omgång. De föräldrar som deltagit är i allmänhet mycket positiva och insatsen har också fortsatt efter projekttidens slut. Projektledaren har varit anställd 26 timmar i veckan och då parallellt kunnat leda 7 grupper med vardera 4–7 föräldrar.

I 14 av de 26 insatserna som beskrivs i bilaga 2 erbjöds föräldrar diskussionsgrupper med förutbestämda teman. I en del fall användes ett förutbe-

stämt arbetsmaterial, i andra fall bestämde ledaren själv vilka ämnen som skulle behandlas.

Det var vanligt att organisera diskussionsgrupper som studiecirklar. Det gäller både grupper som var helt öppna, det vill säga då deltagarna fritt bestämde vilka ämnen som skulle behandlas, och grupper där teman var bestämda på förhand.

Diskussionsgrupper med givna teman har likheter med de strukturerade metoder som beskrivits ovan. Det finns dock 2 väsentliga skillnader mellan metoderna. Sättet att behandla materialet bestäms vanligen fritt i diskussionsgrupperna, medan de strukturerade grupperna följer en given manual. Vidare innehåller de strukturerade metoderna genomgående konkreta övningar, ofta med rollspel. Detta är ovanligt i diskussionsgrupper med givna teman. De strukturerade metoderna lägger således stor vikt vid att deltagarna ska tillägna sig vissa färdigheter medan diskussionsgrupperna i stället främst utvecklar föräldrarnas förståelse. Skillnaden kan illustreras av exempel från skolan där alla elever får undervisning i svenska. En del moment ägnas åt att orientera eleverna i litteratur skriven på svenska som de får diskutera i klassen. Andra moment ägnas åt praktisk träning i att själv skriva. Om eleverna ska bli bra på att själva skriva går det inte att ersätta den praktiska träningen med orientering i svensk litteratur. Likaledes kan praktisk träning i förhållningssätt gentemot barn inte ersättas av diskussioner om föräldraskap.

Enkäten som beskrivs i kapitel 5 tyder på att uppskattningsvis 10 procent av alla föräldrar deltagit i en öppen diskussionsgrupp. Skattningen är dock osäker eftersom föräldrar förefaller ha haft svårigheter att tolka beskrivningarna av olika former av gruppbaserat föräldrastöd.

I diskussionsgrupper med teman används ett flertal olika material. Nedan beskrivs kortfattat 3 allmänt spridda material. De är utformade för att stimulera föräldrar till att diskutera olika aspekter av föräldraskap med varandra. Ett ytterligare material har tagits fram av Blåbandsrörelsen Barn i farozonen som vill uppmuntra föräldragrupper att prata om alkohol liksom andra levnadsvanor. Inget av materialen innehåller moment där föräldrar får stöd i att träna olika färdigheter. Därför är det tveksamt om de kan påverka barnens välfärd och hälsa. Diskussioner om föräldraskap har dock självfallet ett värde i sig, se vidare kapitel 3.

Människans barn

Försäkringsbolaget Skandias Idéer för livet och Folkhälsoinstitutet har gett ut 5 videokassetter, *Människans barn* [58]. Materialet är tänkt att ge en bild av barns utveckling och behov från födseln till och med tonåren. Vissa inslag handlar om hur föräldrar upplever olika situationer och händelser genom att föräldrar själva berättar, till exempel om hur det är att vara pappaledig. I andra inslag berättar barn själva om hur de ser på olika händelser eller företeelser. I varje avsnitt intervjuas en eller flera läkare, psykologer eller andra experter. Dessa inslag handlar ofta om barns fysiologiska, psykologiska och sociala utveckling och om hur viktiga föräldrarna är för barnen. Till varje kassett finns en handledning bestående av en sammanfattning av varje film och förslag på diskussionsfrågor.

Om barn

Utbildningsradion (UR) har producerat programserien *Om barn* [59]. Serien har tagits fram i samarbete med barna- och mödravårdscentraler, pap-pagrunder och invandrarförbund. UR skriver att avsikten varit att ge föräldrar av båda könen, inte minst unga förstagångsföräldrar, stöd och vägledning i mängder av ämnen, allt ifrån påtagligt praktiska frågor som matlagning och amning, till hur föräldraskap och små barn påverkar familjeekonomin, äldre syskon och sexlivet. Adoption, barnmisshandel, funktionshinder och olika pedagogikalternativ är ytterligare exempel på ämnesområden som behandlades. I *Om barn* behandlas även frågor som endast är aktuella för mindre grupper av föräldrar, exempelvis för tidigt födda barn, om att mista sitt spädbarn, barn med CP och Downs syndrom och om fäder som misshandlar mödrar.

I många inslag följs en förälder som själv får berätta om händelser som hon eller han varit med om, till exempel om hur det är att föda hemma eller att adoptera ett barn. I andra inslag berättar barn om sina upplevelser, till exempel av att börja skolan. Ibland intervjuas experter inom olika områden. Reportagen varvas med korta humoristiska inslag. Till många av inslagen finns artiklar på UR:s hemsida med mer information.

De programserier som UR hittills har sänt har handlat om föräldrar och spädbarn, om barn i förskoleåldern och om yngre skolbarn. De program som sänts finns tillgängliga som temakassetter som kan användas i diskussionsgrupper. I juli 2004 hade 22 olika temakassetter getts ut. Till varje tema-

kassett tillhandahåller UR en studiehandledning. I studiehandledningen lämnas råd till föräldragruppledaren, exempelvis om vad som går att göra för att få med pappor, föräldrar med utländsk bakgrund och unga föräldrar.

Växa tillsammans

Studiefrämjandet och Riksförbundet Hem och Skola har gett ut 4 böcker i en serie kallad Växa tillsammans. Böckerna är tänkta som underlag till diskussioner mellan föräldrar och personal inom förskola och skola. I serien ingår: Växa tillsammans: förskola, Växa tillsammans: årskurs 1–3 [61] och Växa tillsammans: årskurs 4–6 [62].

Författarnas avsikt är att stärka föräldrarna i deras föräldraroll och att främja samarbetet mellan föräldrar och personal inom förskola och skola. I alla 4 böckerna ingår kapitel om förskola eller skola. Några avsnitt handlar om föräldrars upplevelser. Kapitlet ”Vad händer när det lilla barnet gör entré?” i Växa tillsammans: förskola är ett exempel på ett sådant avsnitt. Andra avsnitt tar upp frågor som är aktuella i vissa åldrar, till exempel kapitlet ”Bästisar och polare” i Växa tillsammans: årskurs 1–3.

Författarna betonar värdet av föräldrarnas egna erfarenheter och deras frihet att fritt välja vilka texter som ska diskuteras. Diskussionsfrågorna i materialet utgår från de teman som texten behandlar. Exempelvis, i kapitlet ”Vad händer när det lilla barnet gör entré?”, föreslås föräldrarna diskutera ”Hur förändrades livet för dig när du blev mamma/pappa när det gäller umgänget, fritiden, och förhållandet till din partner?”. I kapitlet ”Från barn till tonåring”, som handlar om föräldrars relation till fostran av barn föreslås frågan ”Hur gör vi när vi misstänker att tonåringarnas ’sjukdomar’ inte är så allvarliga?”.

Modeller för att organisera föräldrastöd i grupp

Det finns olika sätt att organisera stöd i grupp för föräldrar med barn i dessa åldrar, oavsett vilken metod som används. Initiativ kan utgå från kommunen, främst socialtjänsten, från en öppen förskola, från förskolan och från skolan. Det förekommer också grupper organiserade av landstinget (BVC) och vid familjecentraler. Frivilligorganisationer, särskilt studieförbundet, kan organisera verksamheten liksom privata företag, antingen för de anställda inom ett företag [63] eller för föräldrar i allmänhet. Det går inte att särskilja någon form som dominerar.

Föräldragrupper kan genomföras i olika lokaler. Val av lokal kan förmedla olika innebörder. Exempelvis kan en del föräldrar uppleva att barnhälsovårdens och skolans lokaler anknyter till de kontrollerade funktioner som dessa organisationer har. Därför kan det vara en fördel att välja lokaler som är mer neutrala, exempelvis öppen förskola, familjecentraler, medborgarkontor, lokaler i stadsdelskontor, församlingshem och lokaler som studieförbund disponerar.

Den modell som utvecklats i Leksand, och som beskrivs i kapitel 6, har särskilt intresse eftersom den erbjuder god kontinuitet, högt deltagande och jämn fördelning mellan könen. Innehållet har hittills varit öppet. Föräldrarna i gruppen har inbjudit personer som fått inleda, föräldrarna formulerar en fråga som sedan diskuteras i grupper med mammor och pappor var för sig. Under år 2004 har även en strukturerad samspelmetod (COPE) börjat prövas i dessa grupper.

Föräldrars intresse

I den enkät som skickats ut till ett representativt urval av föräldrar, se kapitel 5, angav 46 procent av föräldrarna med barn i åldern 1,5–5 år att de var intresserade av att delta i en strukturerad föräldragrupp och 37 procent angav intresse för öppna diskussionsgrupper. Det fanns således ett betydande intresse för föräldragrupper.

Lokala erfarenheterna av strukturerade metoder tyder också på ett betydande intresse. Redan vid första försöket i Linköping med COPE-metoden deltog 38 procent av föräldrarna. Erfarenheterna från försöken i Malmö och Botkyrka visar på jämförbar hög anslutning, men exakta uppgifter om deltagande saknas. Erfarenheterna från Linköping pekar på att andelen deltagare ökar när metodiken blivit känd inom ett mindre område. Lokal marknadsföring med hjälp av förskolelärare och lärare kan också öka föräldrarnas intresse. Det förefaller därför möjligt att nå ett deltagande som är jämförbart med deltagande i de föräldragrupper som i dag erbjuds inom mödra- och barnhälsovården.

Erfarenheter av öppna diskussionsgrupper visar också på ett betydande intresse. Exempelvis har Borås kommun, i samarbete med landsting, försäkringskassa och polis erbjudit diskussionsgrupper med tema för alla för-

äldrar med barn med 2, 4 respektive 6 år gamla barn. Ungefär 25 procent av alla föräldrar har deltagit.

Mötesplatser kan också vara populära. I Knivsta besöktes en öppen verksamhet av ungefär 100 familjer under ett år. I kommunen finns cirka 500 familjer med barn i åldern 0–5 år, vilket talar för att 20 procent av familjerna besökt verksamheten.

Det som begränsar deltagande förefaller således inte i första hand vara bristande intresse från föräldrarnas sida. Snarare rör det sig om tillgång till verksamhet som är allmänt känd.

Kön

För de flesta former av föräldrastöd är intresset större från kvinnor än från män. Föräldraenkäten visar att 70 procent fler kvinnor är intresserade av strukturerade föräldragrupper, jämfört med män. Könsskillnaderna är större för ostrukturerade former, där 100 procent fler kvinnor än män anger intresse.

I olika typer av föräldragrupper, både öppna och strukturerade, har vanligen fler kvinnor än män deltagit. Det finns dock exempel på verksamhet som nått könen på ett likvärdigt sätt. Ett sådant exempel är arbetet i Skövde med De otroliga åren. Där lyckades man få fler män att delta genom att ledarna träffade alla fäder innan föräldragrupperna startade. Gruppledarnas kön har också betydelse. Om ledaren är man tenderar fler män att delta.

En annan väg till större jämställdhet mellan könen är att erbjuda män särskild verksamhet. I flera delar av landet finns öppna diskussionsgrupper med manliga gruppledare enbart avsedda för fäder. Ett exempel är Jobbcoaching för pappor som erbjuds av ABF i Stockholm i samarbete med arbetsgivare. De flesta teman som berörs behandlar relationer. Mellan träffarna får deltagarna göra olika övningar. Ett annat exempel är klubben Kids & Dads i Leksand där fäder träffas tillsammans med sin barn 3 timmar varje lördag.

Det som begränsar mäns deltagande förefaller således inte vara bristande intresse utan i stället utformningen av verksamheten. Föräldrastöd har traditionellt dominerats av kvinnor och utformas därför normalt för detta kön. Om insatserna utformas så att de också passar män, då deltar även papporna.

Socioekonomiska grupper

Föräldraenkäten visar att 20 procent fler föräldrar med lång utbildning är intresserade av strukturerade föräldragrupper, jämfört med föräldrar med kort utbildning. Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är något större för öppna diskussionsgrupper. Skillnaderna mellan olika sociala skikt förefaller således vara betydligt mindre än skillnaderna mellan könen. Skillnaderna i intresse olika sociala grupper emellan verkar också vara mindre under förskole- och skolåren jämfört med spädbarnstiden.

Flera iakttagelser tyder på att denna typ av insatser kan nå olika sociala grupper på ett relativt likvärdigt sätt. I en brittisk studie jämfördes de föräldrar som deltog i gruppverksamheten med övriga föräldrar i närområdet [12]. Inga skillnader påvisades med avseende på social klass, etnicitet eller familjetyp (en/två föräldrar). Kanadensiska erfarenheter tyder på att det går bättre att rekrytera socialt mindre gynnade familjer till verksamhet i grupp jämfört med rådgivning individuellt [10]. De svenska erfarenheterna i Botkyrka, Linköping och Malmö talar även de för att insatserna kan intressera olika sociala grupper på ett relativt likvärdigt sätt. En förutsättning förefaller vara att verksamheten finns i det omedelbara närområdet. Tillgång till barnvakt har också betydelse.

Breda erbjudanden kan dock inte helt tillgodose de behov som finns i grupper som har betydande problem. För dem kan krävas individuella lösningar. Dessa grupper utgör dock mindre än 5 procent av befolkningen och faller därför utanför ramen för denna framställning.

Födelseland

Föräldraenkäten visar att intresset för strukturerade föräldragrupper är relativt likvärdigt för föräldrar oberoende av födelseland. Däremot framgår att intresset för öppna föräldragrupper är betydligt mindre bland föräldrar födda i andra länder än Sverige. En förklaring kan vara att öppna föräldragrupper kräver en god språklig färdighet. Detta talar för att strukturerade metoder är att föredra om föräldrastöd ska erbjudas föräldrar likvärdigt, oberoende av föräldrarnas födelseland.

Kostnader

Samspelsmetoder

Kostnaderna för att genomföra föräldragrupper med samspelsmetoder har beräknats i en skrift som behandlar samhällsekonomiska modeller för prioriteringar som rör barns psykiska hälsa [64]. Den totala kostnaden beräknat per barn kan skattas till 1 600 kr. Beräkningen bygger på bedömningen att kostnaden för öppna och strukturerade föräldragrupsprogram främst utgörs av lön för gruppleddare. Med antagandet att gruppleddaren är en förskolelärare med en månadslön om 18 000 kr och ett lönekostnadspåslag om 42 procent blir kostnaden per arbetstimme 190 kr. Den arbetstid som går åt per barn (förälder) kan skattas till $6 \text{ \textyen} 0,75 \text{ \textyen} 12/8 = 6,75$ timmar om man antar att en förälder per barn deltar 2 $\text{\textyen} 45$ minuter vid 12 tillfällen i grupper om 8 deltagare och varje tillfälle kräver 6 $\text{\textyen} 45$ minuters total arbetstid för förskoleläraren inklusive tid för förberedelser. Kostnaden per barn blir då $6,75 \text{ \textyen} 0,19 = 1\,300$ kr. Kostnader för utbildning och handledning samt kostnader för lokal och material tillkommer och har skattats till 25 procent av bruttolönekostnaden.

Kostnader i relation till effekt

De strukturerade samspelsmetoderna har i utländska försök reducerat förekomsten av utagerande beteendeproblem med upp till 70–80 procent. Som diskuterats ovan är det inte rimligt att förvänta så stora effekter om metoderna använts brett i Sverige. Antagandet i det följande har i stället varit att förekomsten reduceras med 30 procent. Vidare har antagandet varit att förekomsten av tydliga utagerande beteendeproblem är 50/1 000, vilket motsvarar ungefär ett barn per skolklass.

Om samspelsmetoder började användas så att alla föräldrar fick ta del av metodiken skulle med detta antagande förekomsten av utagerande beteendeproblem reduceras från 50/1 000 till 35/1 000. På lång sikt innebär det avsevärda möjligheter till kommunala besparingar. Det kommunalekonomiska värdet av en reduktion har beräknas grundat på uppgifter om kommunens utgifter för barn med utagerande beteendeproblem. Kostnader är främst knutna till socialtjänst och skola. Socialtjänstens årliga kostnader för barn med utagerande psykiska problem har beräknats baserat på uppgifter från Stockholms län [65]. Kostnaderna uppgick till 2,64 mnkr/

1 000 barn för placeringar i fosterhem och 1 mnkr/1 000 barn för övriga insatser, totalt 3,6 mnkr/1 000 barn. Enligt Socialstyrelsens statistik är 25 procent av all vård enligt LVU föranledd av barnens beteende [66]. Kostnaderna för socialtjänstens vård av barn med utagerande beteenden kan därför skattas till 25 procent av 3,6 mnkr/1 000 barn, vilket ger 0,9 mnkr/1 000 barn och år.

Skolans årliga kostnader för barn med utagerande psykiska problem har baseras på en uppgift från Linköpings kommun, där man anger att 4 procent av alla utgifter för elever i grundskolan direkt går till elever med behov av särskilt stöd [67]. Uppgiften är rimligen en överskattning av de direkta kostnaderna för utagerande problem, eftersom elever med behov av särskilt stöd kan ha andra problem än utagerande. Samtidigt kan andelen 4 procent vara en underskattning, eftersom skolan har andra merkostnader, exempelvis i form av speciallärare. Uppgiften 4 procent är således ungefärlig. De ökade skolkostnaderna för denna grupp av elever har skattats till 4 procent av en årsstudieplats, vilket motsvarar cirka 2,1 mnkr/1 000 barn år 2000 [68]. Kommunens totala kostnader för barn med utagerande beteendeproblem har således skattats till 3 mnkr/1 000 barn och år.

Kostnaden för barn med utagerande beteendeproblem gäller inte bara under ett år. Ett rimligt antagande är att kostnaderna gäller hela perioden 3–17 år. Det innebär att kostnaderna kumuleras. Kostnaden för utagerande beteendeproblem i åldern 3–17 år kan därför skattas till $15 \text{ \textyen} 3 = 45$ mnkr/1 000 barn. Värdet av en reduktion om 30 procent blir då $0,3 \text{ \textyen} 45 = 13,5$ mnkr. Kostnaden av den föräldrastödande insats som förväntas ge denna reduktion är $1\ 000 \text{ \textyen} 1\ 600 \text{ kr} = 1,6$ mnkr. Det ekonomiska värdet överstiger således kostnaden mångfalt.

I praktiken är det betydelsefullt att reduktionen av kostnader inte dröjer 10–15 år. Det är inte heller realistiskt att tänka sig att alla föräldrar kommer att ta del av insatsen, även om kommunen börjar mer att erbjuda föräldrar samspelsprogram. Därför är det meningsfullt att skissera ett tänkbart scenario där metodiken införs gradvis. Scenariot utgår från en kommun med ett total invånarantal om 75 000 vilket motsvarar 1 000 barn i varje årskull. Första året insatsen erbjuds antas 10 procent av föräldrar med 3 år gamla barn delta, andra året 15 procent, tredje året 20 procent och femte året 30 procent. Reduktionen av kommunens kostnader för barn med utagerande beteendeproblem relateras direkt till hur stor del av föräld-

rarna till en årskull barn som fått ta del av samspelsmetodikern. Den tänkta utvecklingen presenteras i tabell 7:1. Som framgår kan insatsen redan efter 3 år förväntas leda till en kommunal besparing.

År	Andel föräldrar med 3 år gamla barn som deltar	Kostnad för insatsen	Förväntad reduktion av den totala förekomsten av beteendeproblem i åldern 3–17 år (15 årskullar)	Det ekonomiska värdet av reduktionen	Nettokostnad
1	10%	160 tkr	0,2%	-	160 tkr
2	15%	240 tkr	0,5%	225 tkr	15 tkr
3	20%	320 tkr	0,9%	405 tkr	-85 tkr
4	25%	400 tkr	1,4%	630 tkr	-230 tkr
5	30%	480 tkr	2,0%	900 tkr	-420 tkr
6	30%	480 tkr	2,6%	1170 tkr	-690 tkr
7	30%	480 tkr	3,2%	1440 tkr	-960 tkr
8	30%	480 tkr	3,8%	1710 tkr	-1230 tkr
9	30%	480 tkr	4,4%	1980 tkr	-1500 tkr
10	30%	480 tkr	5,0%	2250 tkr	-1770 tkr

Tabell 7:1. Hypotetisk utveckling av kostnader och besparingar i en kommun med 1 000 barn i varje årskull som börjar erbjuda föräldrar stöd i form av samspelsmetoder

I den refererade skrift som behandlar prioriteringar som rör barns psykiska hälsa presenteras även samhällsekonomiska beräkningar av kostnader för den typ av problem för samspelsmetoder kan förväntas förebygga [64]. Där framgår som exempel att samhällets reala kostnader för ett liv som missbrukare uppgår till 11,9 mnkr med antagande om 5 procents diskonteringsränta. Denna kostnad motsvarar utgiften för stöd till föräldrar i grupp för 6 900 barn. Det innebär att föräldragruppsinsatsen ekonomiskt kan motiveras om föräldrastödet leder till att ett enda fall av missbruk förebyggs bland de 6 900 barnen. Ett sådant antagande är mycket försiktigt med tanke på den avsevärt större effekt som har påvisats.

Kostnader för individuella kontakter med samspelsmetodik

Tio tillfällen eller något mer är vanligt i de individuella samspelsprogrammen. Räknat på 15 timmars effektiv rådgivningstid à 600 kr per timme blir kostnaden per barn 9 000 kr.

Kostnader för samspelsmetodik som erbjuds via video/DVD

Kostnaderna för att ta fram en svensk version av ett samspelsprogram om 5 timmar som erbjuds i form av video kan skattas till 2 mnkr. Till detta tillkommer kostnader för utvärdering om cirka 1 mnkr. Om kostnaderna fördelas på en upplaga om förslagsvis 30 000 blir kostnaderna för programmet som sådant per användare 100 kr. Till detta kommer kostnader för kopiering och distribution av videokassetter/DVD, uppskattningsvis 100 kr per användare. Kostnaderna blir således avsevärt lägre med denna metod för distribution jämfört med om föräldragrupper arrangeras med anställd personal.

Spridning

För de strukturerade metoderna för föräldrastöd finns organisationer som utbildar gruppleddare, se ovan, samt uppdaterade informationsblad som finns på Statens folkhälsoinstituts webbplats [42].

Gynnar insatsen barns delaktighet?

Målet med samspelsprogrammen är att utveckla samspelet mellan föräldrar och barn genom att stärka föräldrarnas färdigheter. Fokus ligger på föräldrarna och barnen är inte delaktiga i själva insatsen. Metodiken främjar dock barnens möjligheter att delta i framtida beslut som rör dem själva. Det sker bland annat genom att metodiken utvecklar föräldrarnas kommunikation med barnen.

I de öppna diskussionsgrupperna deltar vanligen inte barnen. Eftersom innehållet varierar går det heller inte att uttala sig om formen i stort gynnar barnens delaktighet. När föräldrar och barn gemensamt träffar andra på en mötesplats, exempelvis öppen förskola, kan dock barn bli direkt delaktiga.

Diskussion

Föräldragrupper

Endast mindre grupper av föräldrar, uppskattningsvis mindre än 10 procent, tar i dag del av föräldrastöd i grupp under denna åldersperiod. Ett flertal olika modeller används i Sverige men endast strukturerade samspelsprogram samt PREP har påvisade effekter. Bred användning av samspelsprogram utgör den främsta möjligheten till att förbättra barns välfärd och hälsa under denna åldersperiod. Effekterna av dessa program är påtagliga och väl dokumenterade. Redan efter ett par år kan insatsen förväntas leda till kommunala besparingar. Vidare finns flera centra i Sverige som erbjuder utbildning av handledare. Det finns således ett flertal argument för bred spridning av samspelsprogram. Det skulle också vara möjligt att erbjuda föräldrar PREP under denna åldersperiod. Från barnets perspektiv är det dock bättre göra detta tidigare, helst före barnets födelse.

Samspelsprogram

Flera varianter av samspelsprogram används i Sverige. I presentationen ovan har en gradering gjorts i rekommenderade och lovande program. Graderingen grundas på hur väl varianterna är dokumenterade och på hur spridda de är i Sverige.

Samspelsprogrammen erbjuds vanligen av kommunens social-, barn- och ungdoms- eller skolförvaltning. Ofta arrangeras insatsen i samarbete med landstingets barn- och ungdomspsykiatri eller andra enheter inom landstinget. Kommunen är ofta huvudaktör. Det är också rimligt eftersom kommunen har ett samlat ansvar för barns och ungdomars välfärd. Ett ytterligare skäl är att kommunen har det ekonomiska ansvaret för en stor del av de insatser som krävs då barn utvecklar utagerande beteendeproblem. De besparingar som de föräldrastödjande insatserna kan förväntas medföra tillfaller därför kommunen.

De samspelsprogram som används i Sverige har riktats både till föräldrar i allmänhet, till föräldrar i socialt belastade bostadsområden och till föräldrar vars barn redan har så tydliga problem att föräldrarna sökt hjälp. Programmen är uppenbart väl lämpade för föräldrar vars barn har manifesterade problem. I kapitel 2 presenteras argument för att breda insatser också är befogade. Effekten av programmen är bäst dokumenterade för föräld-

rars med barn som är 2 år eller äldre. Den samlade effekten blir mest påtaglig om insatsen erbjuds så tidigt som möjligt, förslagsvis vid 2–3 års ålder. Det är då svårt att förutsäga vilka barn som kommer att utveckla betydande beteendeproblem. Insatser i denna ålder bör därför erbjudas brett för att kunna ge effekter på befolkningsnivå. En inriktning på att nå 30–50 procent kan vara rimlig.

Ett ytterligare skäl till att erbjuda programmen brett är att socialt belastade föräldrar kan vara mer tilltalade av att delta i en verksamhet som riktas till alla föräldrar, jämfört med om erbjudandet enbart riktas till familjer med problem. I det senare fallet kan föräldrarna med rätta känna sig negativt utpekade. Vidare, kunskaperna om sätt att bemöta barn sprids inte endast genom att föräldrar deltar i samspelsprogram. Diskussioner föräldrar emellan har också betydelse. Det innebär att om många föräldrar haft möjlighet att delta i en föräldragrupp, kan de sedan sprida sina erfarenheter till andra föräldrar som inte har deltagit i en grupp.

En bred spridning förutsätter organisationer som kan utbilda ett stort antal gruppleddare. Sådana organisationer saknas i dag. Det krävs därför stöd till de strukturer som i dag erbjuder utbildning för att dessa ska kunna utöka sin verksamhet.

Samspelsprogrammen kan även erbjudas föräldrar vid individuella kontakter. De utländska studierna tyder inte på att effekten blir bättre vid sådana kontakter jämfört med då föräldrar träffas i grupp. Eftersom kostnaderna är högre är det inte motiverat att erbjuda sådan verksamhet i förebyggande syfte. Däremot kan individuella kontakter vara motiverade inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst.

Video-/DVD-version av samspelsprogram

De utländska refererade försöken tyder på att föräldrar kan tillägna sig innehållet i samspelsprogram enbart genom att ta del av material visat på TV/video. Kostnaden för sådan spridning är avsevärt lägre än kostnaden för att arrangera grupper. Det talar för värdet av att göra metodiken tillgänglig på video/DVD. Ett sådant material skulle både kunna användas individuellt och i grupp utan särskilt utbildade och arvoderad ledare. Kostnaden kan skattas till 200 kr per användare, det vill säga avsevärt mindre än kostnaden för kontakt i en föräldragrupp. Föräldragrupper tillför dock kvaliteter, utöver träning i samspelsmetodik. Det är därför troligt att

många föräldrar föredrar att ta del av materialet i gruppform. Tillgång till material som video/DVD medger dock en större flexibilitet eftersom föräldrar kan ta till sig materialet på det sätt som bäst passar den enskilda familjen. Den främsta fördelen med att göra materialet tillgängligt som video/DVD är därför att fler föräldrar kommer att kunna ta del av metoden och att kunskaperna därigenom bättre sprids bland föräldrar i stort.

Former utöver samspelsprogram

Föräldrastöd i grupp där formen är öppen förefaller ha effekt om deltagarna har ett *gemensamt problem*, se kapitel 3. Flertalet av de svenska verksamheter som beskrivs i bilaga 2 utgörs av sådan gruppverksamhet. Det är exempelvis vanligt att socialförvaltningen i en kommun arrangerar särskilda grupper för unga ensamstående mödrar. Ett annat exempel utgörs av de diskussionsgrupper för invandrare som väntar på uppehållstillstånd, som den lokala Barnombudsmannen i Uppsala har organiserat. Ett ytterligare exempel är de diskussionsgrupper för föräldrar vars barn har dyslexi, som Studieförbundet Småland-Gotland har anordnat.

Samtliga insatser av denna karaktär, som redovisas i bilaga 2, är riktade till grupper som utgör mindre än 5 procent av befolkningen. Deltagarna har vanligen kontakt med någon instans som har till uppgift att ge stöd till familjer med problem, främst socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Det faller därför utanför ramen för denna genomgång att ta ställning till hur ändamålsenliga dessa insatser är, se vidare kapitel 2.

I genomgången av svenska erfarenheter i bilaga 2 redovisas även öppna föräldragrupper där verksamheten riktas till föräldrar i allmänhet, utan krav på ett gemensamt problem. Sådan verksamhet kan ha värde för de föräldrar som deltar. Eftersom kontrollerade studier av sådana insatser saknas går det dock inte att avgöra om barnens hälsa och välfärd gynnas av att föräldrar deltar. Inte heller på teoretisk grund går det att finna tydliga argument för att barnens situation skulle förbättras. En komponent som är avgörande för att samspelsprogrammen har effekt är troligen den pedagogik som används. Samspelsprogrammen utvecklar föräldrarnas färdigheter att bemöta barnen genom moment där de i rollspel får träna lämpliga sätt. Föräldrarna får sedan öva samma moment hemma. De material som används i de öppna diskussionsgrupperna tyder inte på att sådana moment ingår. Där ligger i stället tonvikten vid att ge föräldrar möjlighet att reflek-

tera det egna föräldraskapet. Detta har ett uppenbart värde i sig, men det finns inga enkla samband mellan sådan reflektion och föräldrars sätt att bemöta barn.

Föräldragrupper för föräldrar som är födda utanför Norden

Flera av de insatser som redovisas i bilaga 2 utgörs av öppna föräldragrupper riktade till föräldrar födda utanför Norden. Det som talar för sådan verksamhet är de studier som visar att om deltagarna har ett gemensamt problem kan de ha nytta av att träffas i grupp. Det går dock att resa argument mot sådan verksamhet. Ett skäl är att föräldrar i denna grupp ofta själva anger att de vill delta i grupper tillsammans med svenskfödda föräldrar. Det kan hänga samman med att deltagarnas gemensamma ”problem” är att de inte är förtrogna med svensk tradition. Det är då tveksamt att erbjuda dem en verksamhet där svenskfödda föräldrar inte deltar.

De samspelesprogram som här rekommenderats har i de utländska försöken visats ha goda effekter, även i etniska minoriteter. Vidare visar föräldraenkäten att intresset för strukturerade program väsentligen inte påverkas av föräldrarnas födelseland. Detta talar för att dessa program också kan erbjudas föräldrar som är födda utanför Norden. Om föräldrarna behärskar svenska dåligt krävs tolk.

Öppen förskola och familjecentraler

På flera platser har öppna förskolor och familjecentraler framgångsrikt arrangerat samspelesprogram för föräldrar. Arrangemanget har bland annat den fördelen att föräldrarna vanligen redan känner personalen. I övrigt har öppna förskolor och familjecentraler mindre betydelse för föräldrar då barnen är i åldern 2–9 år, eftersom de flesta yrkesarbetar då och dessa verksamheter normalt inte är tillgängliga utöver ordinarie arbetstid.

Individuella kontakter

Föräldraenkäten visar att individuella kontakter med personal inom primärvård, förskola, skola och fritidsverksamhet är en källa till stöd för ett stort antal föräldrar. Detta behov förefaller dock till stor del kunna tillgodoses av befintlig verksamhet. Därför är ytterligare åtgärder inte motiverade.

Organisation

Kommunen föreslås som huvudman för föräldrastöd i de aktuella åldrarna. Föräldrastöd berör flera olika kommunala förvaltningar. Det kan därför vara ändamålsenligt att kommunen utser en person som har till uppgift att samordna allt föräldrastöd, inklusive det föräldrastöd som föreslås för andra åldrar. Denna person kan ha föräldrastöd som huvuduppgift. Ett alternativ är att den samordnare för alkohol och drogförebyggande arbete som finns i många kommuner får ansvar för uppgiften. Ytterligare alternativ är lokala brottsförebyggare anställda inom kommunen samt folkhälsoplanerare.

Forskningsbehov

De tydliga effekterna av samspelsprogrammen pekar på en stor potential för att förbättra barns hälsa och välfärd. Tre frågor är särskilt motiverade att studera.

De föreslagna programmen har sin grund i insatser utvecklade i Nordamerika för föräldrar med barn med utagerande beteendeproblem. Programmen har i varierande omfattning omformats för bred användning i Sverige. Det är därför motiverat att ytterligare utveckla program för sådan användning och att studera dessa programs effekter. Det är också motiverat att studera de långsiktiga effekterna.

En förutsättning för samspelsprogrammets effekt är att föräldrar kan utveckla sin förmåga att ge barnen en lämplig kombination av värme och ramar. Det saknas dock befolkningsrepresentativa studier av svenska föräldrars färdigheter i dessa avseenden. Det saknas också studier av bestämningsfaktorer för dessa färdigheter. Vidare, om samspelsprogrammen införs brett, kan förbättringar över tid på befolkningsnivå förväntas. Även denna fråga behöver analyseras.

Samspelsprogrammen utvecklades för behandling av barn med beteendeproblem. De har efterhand börjat användas förebyggande, vilket bland annat förordas i denna rapport. Vid en bred användning är kostnaderna mer avgörande än då metoderna används för att behandla barn med manifesta problem. Kostnaderna blir avsevärt lägre om metodiken sprids via video/DVD i studiecirklar utan särskilt utbildad gruppleddare. Kunskapen om hur metodiken bäst kan användas i ett sådant sammanhang är dock mycket begränsad. Detta motiverar studier av frågan.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar kommunerna att brett erbjuda föräldrar samspelsprogram, i första hand då barnen nått 2–3 års ålder, men även senare under förskoleåren.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge ekonomiskt stöd till frivilliga organisationer, kommuner, landsting och forskningsinstitutioner som arbetar med spridning av samspelsprogram.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att finansiera utveckling och spridning av en svensk video-/DVD-version av samspelsprogram för användning individuellt och i studiecirkelar.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att stödja forskning av samspelsprogram.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag. Ingrid Olsson har gjort grundläggande litteratursökningar och Lena Andersson Andalibi har sammanställt svenska erfarenheter. Knut Sundell har granskat en tidig version av texten och lämnat värdefulla synpunkter.

Referenser

1. Inhelder B, Piaget J. The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: Basic Books; 1958.
2. Patterson GR, Littman RA, Bricker W. Assertive behavior in children: a step toward a theory of aggression. *Monogr Soc Res Child Dev* 1967;32(5):1-43.
3. Oregon Social Learning Centre. URL: <http://www.oslc.org/>.
4. Webster-Stratton C. De otroliga åren. Lund: Palmkrons förlag; 2003.

5. Silverberg G, Nilsson L. COPE föräldrautbildning: BUP-kliniken i Malmö; 2002.
6. Hassler M, Havbring L. Föräldracirklar – en metod för att utveckla sitt föräldraskap. Socialförvaltningens FoU-enhet. URL: <http://www.sot.stockholm.se/fou/rapporter/pdf/fou0308.pdf>.
7. Hellström A. Föräldrautbildning för föräldrar med barn med beteendeproblem. Psykisk Hälsa 2004;2.
8. Barrera M, Jr., Biglan A, Taylor TK, Gunn BK, Smolkowski K, Black C, et al. Early elementary school intervention to reduce conduct problems: a randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prev Sci* 2002;3(2):83-94.
9. Csapo M. The effect of self-recording and social reinforcement components of parent training programs. *Journal of Experimental Child Psychology* 1979;27(3):479-88.
10. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36(7):1141-59.
11. Martinez CR, Jr., Forgatch MS. Preventing problems with boys' non-compliance: effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(3):416-28.
12. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2002;87(6):472-7.
13. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29(2):221-40.
14. Tucker S, Gross D, Fogg L, Delaney K, Lapporte R. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Res Nurs Health* 1998;21(3):199-210.

15. Webster-Stratton C. Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behavior. *J Pediatr Psychol* 1982;7(3):279-94.
16. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1984;52(4):666-78.
17. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):93-109.
18. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(15):1874-81.
19. DeGarmo DS, Patterson GR, Forgatch MS. How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prev Sci* 2004;5(2):73-89.
20. Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén, SOU 1998:31. Stockholm: Socialdepartementet; 1998.
21. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0–3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(1):CD003680.
22. Yeh M, Morley KI, Hall WD. The policy and ethical implications of genetic research on attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(1-2):10-9.
23. Comings DE. Clinical and molecular genetics of ADHD and Tourette syndrome. Two related polygenic disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:50-83.
24. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 12:3-9.

25. Bremberg S. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
26. Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry* 1999;156(4):569-74.
27. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-50.
28. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):624-40.
29. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *J Clin Child Psychol* 1998;27(1):34-45.
30. Webster-Stratton C. Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18(5):479-92.
31. Tremblay RE, Pagani-Kurtz L, Masse LC, Vitaro F, Pihl RO. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(4):560-8.
32. Forgatch MS, Toobert DJ. A Cost-Effective Parent Training Program for Use with Normal Preschool Children. *Journal of Pediatric Psychology* 1979;4(2):129-45.
33. Whiteman M, Fanshel D, Grundy JF. Cognitive-behavioral interventions aimed at anger of parents at risk of child abuse. *Social Work* 1987;32(6):469-74.
34. Webster-Stratton C, Kolpacoff M, Hollinsworth T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(4):558-66.

35. Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The mass media and the prevention of child behavior problems: the evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(7):939-48.
36. Connell S, Sanders MR, Markie-Dadds C. Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behav Modif* 1997;21(4):379-408.
37. Montgomery P. Media-based behavioural treatments for behavioural disorders in children (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2004;2.
38. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz JJ. DARE to be you: A family-support, early prevention program. *Journal of Primary Prevention* 1998;18(3):257-85.
39. McKay GD, Hillman BW. An Adlerian multimedia approach to parent education. *Elementary School Guidance and Counseling* 1979;14(1): 28–35.
40. Summerlin ML, Ward GR. The effect of parent group participation on attitudes. *Elementary school guidance and counselling* 1981;16(2):133–6.
41. Burgess ES, Wurtele SK. Enhancing parent–child communication about sexual abuse: a pilot study. *Child Abuse Negl* 1998;22(11):1167-75.
42. Statens folkhälsoinstitut. URL: <http://www.fhi.se>.
43. Carlsson U, Thunström P. Föräldragrupper: föräldrautbildning enligt COPE-metodiken. Linköpings kommun. URL: http://www.linköping.se/utbildningRyd/slutrappport_barn_o_ung_basta.htm.
44. Jakstrand M. Föräldrar lär sig undvika bråk. *Sydsvenskan*. URL: <http://w1.sydsvenskan.se/Article.jsp?article=10004876>.
45. Eriksen J. Stor framgång för stöd till föräldrar. *Östgöta Correspondenten*. URL: http://www3.linköping.se/bub/Corren_seCOPE2-filer/hbk74o7c350j0n8.htm.

46. Sinus ab. Mer information om COPE. URL: http://www.sinus.se/cope/mer_om_cope.asp.
47. Barn- och ungdomspsykiatri i Västmanland. COPE – föräldrautbildning i grupp. URL: <http://www.ltvastmanland.se/COPE>.
48. The Incredible Years. URL: <http://www.incredibleyears.com/>.
49. PMT-projektet. URL: <http://www.pmt-projektet.se/info.html>.
50. Active Parenting. URL: <http://www.activeparenting.se/>.
51. Kumpfer K-L, Molgaard V, Spoth R. The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. I: Peters RD, McMahon RJ, red. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Banff international behavioral science series, Vol. 3; 1996, s. 241-67.
52. Eskilstuna kommun. Föräldrakraft. URL: http://www.eskilstuna.se/templates/Page___18717.aspx.
53. Puckering C, Rogers J, Mills M, Cox AD, Mattsson-Graf M. Process and evaluation of a group intervention for mothers with parenting difficulties. Child Abuse Review 1994;3(4):299-310.
54. Nyberg L, Lindberg L. Utagerande förskolebarn – hur kan de hjälpas? Stockholm: Samhällsmedicin; 2003.
55. Ogden T, Askeland E, Forgatch M, Bullock B, Petterson G. Large scale implementation of parental management training at the national level: the case of Norway. I: Stattin H, red. Familjeprogram – föräldraträning inriktade på att minska beteendeproblem bland barn. Örebro: Örebro universitet, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap; 2003.
56. Modellutviklingsprogram for PMTO i barnevernet. Överføring og tilpasning av Parent Management Training – Oregonmodellen til det norske barnevernet. URL: http://www.atferd.uio.no/f_prosjekt.htm.
57. The University of Queensland. Parenting and Family Support Centre. URL: <http://www.pfsc.uq.edu.au/>.

58. Skandia. Idéer för livet. Människans Barn:Handledning och fem videokassetter. URL: <http://www.skandia.se/ideer/material/bestall.jsp>.
59. Utbildningsradion. Om barn. URL: <http://www.ur.se/ombarn>.
60. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Sjöberg NO, Marsal K. Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants? *Am J Public Health* 1998;88(10):1523-7.
61. Rosslind E, Sterner J. Växa tillsammans: årskurs 1–3. 2. uppl. Stockholm: Liber utbildning; 1995.
62. Lund K. Växa tillsammans: årskurs 4–6. 1. uppl. Stockholm: Liber utbildning; 1996.
63. Mentor. URL: <http://www.mentorsverige.org/>.
64. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut; 2004.
65. Dalman C, Bremberg S. Hur satsar vi på barnen? Insatser för barn och ungdom i Stockholms län mätt i kronor. Huddinge: Centrum för Barn- & Ungdomshälsa; 1999.
66. Insatser för barn och unga 1999. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
67. Kommunal budget 2000. Linköping: Linköpings kommun; 2000.
68. Beskrivande data om barnomsorg och skola. Stockholm: Skolverket; 2000.

8.

INSATSER UNDER SKOLÅREN
(10–15 ÅR)

8.

INSATSER UNDER SKOLÅREN (10–15 ÅR)

Under uppväxten blir barn mer självständiga. En viktig förändring sker i 10–12-årsåldern då barn börjar kunna tänka abstrakt [1]. Det ökar deras möjligheter att agera på egen hand. Under tonåren börjar ungdomar pröva tobak, alkohol och droger. Det är heller inte ovanligt att tonåringar begår brott. Därför är stöd till föräldrar under denna åldersperiod ofta inriktat på att förebygga dessa problem. Effekterna är tydligare av insatser som påbörjas tidigt under perioden. Det är även möjligt att ge föräldrar stöd under senare delen av tonåren. Sådana insatser är dock mindre vanliga och de är mindre väl studerade. I denna rapport begränsas därför framställningen till stöd till föräldrar med barn i åldern 10–15 år.

Effekt

Studier av föräldrastöd under denna period har identifierats med hjälp av Cochranebiblioteket, den översikt som presenteras i kapitel 4, samt genom kompletterande sökningar i litteraturlösningsdatabaserna Medline och PsycINFO.

Liksom i tidigare kapitel redovisas effekter uppdelat efter insatser inriktade på barns behov och på föräldrars behov. Bakgrunden till uppdelningen framgår från kapitel 2 och 3.

Föräldrastöd inriktade på barns behov: kommunikationsprogram

Den vetenskapliga litteraturen domineras av program som syftar till att utveckla en god kommunikation mellan barn och föräldrar, speciellt för att minska risken för att ungdomarna ska börja använda tobak, alkohol och droger och för att de ska begå brott. Programmen kallas därför i det följande

de för *kommunikationsprogram*. Programmen är vanligen inriktade på att föräldrar och ungdomar ska komma överens om normer och regler som ungdomarna sedan följer. För att sådana överenskommelser ska betyda något förutsätter de att barn och föräldrar har förtroende för varandra. Ett sådant förtroende byggs upp av att föräldrarna ger barnet positiv uppmärksamhet och av att föräldrar och barn gör saker tillsammans. Programmen innehåller därför delar som syftar till att främja ett sådant positivt samspel. Programmen ger också stöd till föräldrarna att använda genomtänkta sätt för att bemöta ungdomar då konflikter uppstår. Kommunikationsprogrammen har således stora likheter med innehållet i de samspelsprogram som beskrivs i kapitel 7. De främsta skillnaderna är att kommunikationsprogrammen är avpassade till att ungdomar i ålder 10–15 år är mer självständiga än yngre barn och till riskerna för ungdomar att utveckla bruk av tobak, alkohol och droger samt för kriminalitet.

Kommunikationsprogrammen genomförs ofta i grupper om 10–15 föräldrar som träffas mellan 5 och 10 gånger en gång i veckan i 2 timmar. Det är vanligt att barnen parallellt erbjuds en liknande insats i skolan. Ett exempel på ett kommunikationsprogram är Guiding Good Choices, tidigare kallat Preparing For the Drug Free Years [2]. Det har fokus på att förebygga bruk av alkohol, tobak och narkotika under uppväxtåren.

I början av programmet får föräldrarna diskutera riskerna med att ungdomar använder alkohol, tobak och narkotika. I nästa steg diskuterar föräldrarna vilka förväntningar som är rimliga och de får gemensamt komma överens om vilka regler som ska gälla. Föräldrar får stöd i att lösa konflikter med barnen på ett konstruktivt sätt. Programmet tar också upp hur föräldrar och barn kan göra olika positiva saker tillsammans.

I programmet ingår uppgifter. Ett exempel är då föräldrarna får notera personer som har varit viktiga för dem själva när de var i barnens ålder. De får sedan reflektera över vad dessa personer gjorde. I programmet ingår rollspel där en förälder får spela barn och en annan öva de olika färdigheter som programmet tar upp. Manualen beskriver mycket specifikt de olika momenten. Det finns tidsangivelser för hur länge ett visst moment ska pågå och mallar för vad ledaren bör säga när hon eller han presenterar dem. Material i form av färdiga overheadbilder ingår i programmet, liksom videofilmer att visa för föräldrarna.

Evidens för effekt av kommunikationsprogram som används i föräldragrupper

Fjorton analyser av kommunikationsprogram har presenterats. Utvärdering har gjorts av program kallade Guiding Good Choices (f.d. Preparing for the Drug Free Years) [3–5], Iowa Strengthening Families Program [5–7], Linking the Interest of Families and Teachers [8] och av ytterligare program [9–15]. I 10 av dessa studier har föräldraprogrammet kombinerats med en parallell insats för barnen, alternativt har programmet genomförts med barn och föräldrar tillsammans. I dessa utvärderingar går det därför inte att avgöra om det är insatsen för barnen eller insatsen för föräldrarna som givit effekt. I 3 studier har dock effekter påvisats där kommunikationsprogrammet genomförts utan att barnen tagit del av någon särskild insats. Detta är fallet i en studie av programmet Guiding Good Choices där effekter på barnens beteende påvisats [4]. Två andra studier redovisar effekter på barnens självuppfattning [10] och på kommunikationen i familjen [9].

Långtidseffekter på rökning och bruk av alkohol har påvisats i 2 program, Guiding Good Choices samt Iowa Strengthening Families Program [5]. Insatserna genomfördes då barnen var omkring 11 år gamla och effekter påvisades 4 år senare.

Storleken av kommunikationsprogrammets effekt då de används i föräldragrupper

I 2 analyser är det möjligt att uppskatta effekten vid omkring 15 års ålder av insatser som genomfördes från det att barnen var omkring 11 år gamla [5]. Den ena analysen gällde Guiding Good Choices. Där påvisas en reduktion om 10–20 procent av andelen ungdomar som vid 15 års ålder anger att de någon gång druckit alkohol eller rökt. Denna insats var främst riktad till föräldrarna men vid ett tillfälle deltog också barnen. Den andra analysen gällde Iowa Strengthening Families Program. Där påvisas minskning av bruk av alkohol och tobak med 20–40 procent. Den större effekten för Iowa Strengthening Families Program kan förklaras av den komponent som ingår där barn och föräldrar lär sig saker tillsammans. Programmet genomförs ofta på kvällstid. Under den första timmen träffas barn och föräldrar separat för att under den andra timmen gå igenom aktiviteter tillsammans.

Evidens för effekt av samspelsprogram som föräldrar får ta del av via media (tryckt material)

Kommunikationsprogram kan också erbjudas föräldrar som tryckt material. Tre försök i familjer med 10–14 år gamla barn har presenterats. Tryck material har sänts hem per post vid 4–5 tillfällen.

I 2 försök låg fokus på barnens bruk av tobak och alkohol. I det mest omfattande försöket fick familjerna också kontakt med en hälsoupplysare som ringde hem [16]. I genomsnitt fick varje familj 7 samtal som sammanlagt varade 1 timme. Föräldrarna var inte alltid hemma när hälsoupplysaren ringde. Därför behövde hälsoupplysaren ringa i genomsnitt ytterligare 37 gånger till varje familj. Sextiotvå procent av alla familjer använde de 4 häften som utgjorde materialet. Utvärderingar efter 3 månader och 1 år visade att barnen i försöksgruppen i mindre omfattning hade använt tobak och alkohol. I det andra försöket fick familjerna endast häften tillsända, utan någon kontakt per telefon [17]. Häftena innehöll historier om föräldrar och barn, som var avsedda att tjäna som rollmodeller för föräldrarna. Utvärderingen 1 vecka efter det att familjen fått sista häftet visade att föräldrar i försöksgruppen frågade mer om vad barnen tänkte göra. Föräldrarna hade också oftare tagit kontakt per telefon med kamraternas föräldrar. Barnens beteende undersöktes dock inte.

I ett tredje försök fick barnen under en period sex- och samlevnadsundervisning i skolan [18]. Under denna tid fick barnen 5 hemläxor som de skulle göra tillsammans med föräldrarna. Studien visade att föräldrarna i försöksgruppen, efter försöket, oftare talade med barnen om hur det går att förebygga olika riskbeteenden. Barnens beteende undersöktes inte.

De 3 studierna tyder således på att tryckt material kan ha värde. Det finns dock inte stöd för att enbart tryckt material avsett för föräldrarna kan påverka barnens beteenden.

Evidens för effekt av strukturerade program utöver kommunikationsprogram

I kapitel 4 identifierades 2 studier av strukturerade program som skilde sig från kommunikationsprogrammen. I en studie hade föräldrarna fått ta del av lösningsfokuserad terapi. Effekter på samspelet i familjen kunde inte påvisas [19]. Den andra insatsen syftade till att förändra föräldrarnas sätt att diskutera sex och aids med sina barn. Insatsen gav effekter på hur ofta föräldern och barnet förde sådana diskussioner [20].

Stöd inriktat på föräldrarnas behov

I kapitel 3 diskuteras evidens för effekt av stöd inriktat på föräldrarnas behov i form av öppen och strukturerad individuell rådgivning, öppna och strukturerade föräldragrupper samt av mötesplatser. Det framgår där att *strukturerade föräldragrupper* som PREP (se kapitel 9) kan förbättra relationen mellan föräldrarna. Det framgår också att om en familj har ett problem kan situationen förbättras både av öppen individuell rådgivning och av deltagande i öppna diskussionsgrupper tillsammans med andra föräldrar som har samma problem. Detta gäller även för föräldrar med barn i åldrarna 10–15 år. Effekten av öppna föräldragrupper riktade till föräldrar i allmänhet är dock oklar.

Situationen i Sverige

När barnen är i åldern 10–15 år saknas brett täckande förebyggande verksamhet avsedd för föräldrar motsvarande de individuella kontakter och de grupper som erbjuds under spädbarnstiden. Det finns dock ett flertal olika verksamheter som erbjuder föräldrar stöd i olika former och i varierande omfattning. De viktigaste formerna är individuella kontakter med personal inom skola och fritidsverksamhet, strukturerade diskussionsgrupper inriktade på barnens behov, öppna diskussionsgrupper, diskussionsgrupper med teman samt spridning av tryckt material. Det finns flera organisatoriska former för att erbjuda föräldrar stöd i grupp. Dessa former presenteras nedan.

Individuella kontakter med personal inom skolan

I den enkät som presenteras i kapitel 5 anger 37 procent att de haft nytta av individuella samtal med personal inom skola och fritidsverksamhet, utöver ordinarie utvecklingssamtal. Ungefär lika många anger intresse för sådana samtal. Det innebär att det behov som finns förefaller täckas av befintliga insatser.

Samtal med personal inom skola och fritidsverksamhet är således en källa till stöd för föräldrar. Gällande skollag (2004) anger att skolan har skyldighet att informera vårdnadshavare om verksamheten och barnens utveckling i skolan. Dock anger lagen ingen skyldighet för personalen att ge föräldrar stöd i deras roll som föräldrar.

Strukturerat föräldrastöd inriktat på barns behov: rekommenderat kommunikationsprogram

De metoder för strukturerade föräldrastöd som är inriktade på barns behov och som används i Sverige domineras av olika varianter av kommunikationsprogram. Några andra former av strukturerade program avsett för föräldrar med barn i de aktuella åldrarna har inte påvisats i den inventering som redovisas i bilaga 2. Utvecklingen inom området är snabb med flera pågående kontrollerade vetenskapliga studier och omfattande utbildningsverksamhet. Information om det aktuella utbudet i Sverige uppdateras fortlöpande på Statens folkhälsoinstituts webbplats [21]. I sammanställningen har en uppdelning gjorts mellan rekommenderade och lovande program. De rekommenderade programmen har alla utvärderats i kontrollerade studier och det finns en svensk organisation för utbildning av gruppleddare. De lovande programmen uppfyller inte fullt ut båda dessa krav.

Steg för steg

Steg för steg är ett manualbaserat föräldragrupsprogram för föräldrar med barn i skolans år 5–7 (barnen 11–13 år gamla). Föräldrarna får diskutera olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Diskussionerna utgår från korta skådespelade videovinjetter. Föräldrarna får samtala om fördelar och nackdelar med skilda sätt att bemöta barnen. De får sedan diskutera om förhållningssätten går att använda i andra situationer än de som visats på videovinjetterna. Några av de sätt att möta barnen, som har diskuterats, prövas därefter i rollspel. Föräldrarna uppmanas sedan pröva några av dessa förhållningssätt hemma. I Steg för steg ingår också att planera för gemensam tid tillsammans.

Programmet omfattar 2 delar. I den första delen träffas föräldrarna 6 gånger och vid ett sjunde tillfälle träffas föräldrar och barn tillsammans. I den andra delen träffas föräldrarna 4 gånger och vid ett femte tillfälle träffas föräldrar och barn tillsammans. I programmet ingår också undervisning för barnen vid lika många tillfällen med anknytande teman. Därutöver träffas familjerna med föräldrar och barn tillsammans 2 gånger. Programmet bygger på en amerikansk förlaga, Iowa Strengthening Families Program [22]. I den amerikanska förlagan genomför barnens aktiviteter tillsammans med föräldrarna vid varje tillfälle medan endast 2 sådana träf-

far genomförs i den svenska versionen. Socialdepartementet har delvis finansierat utvecklingen Steg för steg.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Effekter har påvisats i en randomiserad kontrollerad studie av den amerikanska förlagan Iowa Strengthening Families Program med uppföljning upp till 4 år efter de första insatserna [5–7]. En svensk kontrollerad studie pågår år 2004 vid ett tjugotal skolor i Stockholm, ledd av organisationen Stockholm förebygger alkohol- & drogproblem (STAD).

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Steg för steg har använts i Sverige sedan 2002. STAD har tagit fram manualer och videofilmer som är avpassade till svenska förhållanden. Den 1 januari 2004 fanns det cirka 40 grundutbildade föräldragruppleddare och 9 certifierade. Cirka 400 föräldrar hade gått igenom programmet. I det första försöket, genomfört i Stockholms stad, deltog någon av föräldrarna till 47 procent av barnen i den första delen av programmet och 27 procent i den andra.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [23] och på engelska av den amerikanska förlagan [24]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstitutets webbplats [21].

Örebro Prevention Program

Örebro Prevention Program är utvecklat vid Örebro universitet. Programmet är inriktat på att förebygga berusningsdrickande och kriminalitet. Korta föräldraträffar genomfördes i skolår 6–8 (barnen 12–14 år gamla) en gång per termin i anslutning till ordinarie föräldramöten. Träffarna varade 5–10 minuter och genomfördes av särskilt anställda personer, i det första försöket av studerande i psykologi. Dessa möten har 2 syften. Det ena är att föräldrarna gemensamt ska komma överens om hur de ska förhålla sig till att ungdomar dricker sig berusade och till andra normbrott. Föräldrarna i varje klass formulerar en skriftlig överenskommelse som alla sedan undertecknar. Det andra syftet är att stimulera föräldrar till att klargöra den egna inställningen till berusningsdrickande och att samtala med barnen om frå-

gan. De föräldrar som inte deltar på ett föräldramöte får minnesanteckningar hemskickade. Föräldrarna får även ett regelbundet nyhetsbrev.

Programmet är således i tid avsevärt mindre omfattande än kommunikationsprogrammen, det innehåller inga moment som främjar positiv uppmärksamhet och inte heller avsnitt där föräldrar får öva sig olika förhållningssätt. Likheten består i betoningen av klar kommunikation kring normer för bruk av alkohol och andra riskbeteenden.

Programmet påminner om verksamhet som redan bedrivs vid många skolor. Det är vanligt att föräldrar och lärare diskuterar alkohol- och drogfrågor vid ett föräldramöte någon gång vid övergången mellan skolår 6 och 7. Örebro Prevention Program skiljer sig dock i flera avseenden från dessa föräldramöten. En viktig skillnad är att programmet fokuserar berusningsdrickande och inte bruk av alkohol i allmänhet. De flesta föräldrar är överens om att det inte är önskvärt att en 15-åring dricker sig berusad. Inställningen till bruk av alkohol i allmänhet är dock varierande. Alla föräldrar vet visserligen att det är förbjudet att sälja alkohol till minderåriga, men de vet också att tre fjärdedelar av 15-åringarna använder alkohol. Därför kan det svara svårt att komma överens om gemensamma normer kring bruk av alkohol i allmänhet. Ett annat särdrag vid försöket i Örebro var att en särskilt anställd person ledde diskussionen vid föräldramötena och denna person utgick ifrån ett antal tydliga principer. Samma person följde klassernas föräldrar över de 3 åren. Det är möjligt att en lärare skulle kunna fylla denna roll. En sådan modell måste dock först prövas innan en sådan utformning kan rekommenderas.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Effekter har påvisats i ett svenskt kontrollerat försök som är under publikation år 2004 (personligt meddelande, Nikolaus Koutakis, Örebro universitet). I försöksgruppen ingick 4 skolor i vardera försöks- och kontrollgrupperna. I kontrollskolorna uppgav 40 procent av eleverna i årskurs 9 att de varit berusade minst en gång under den senaste månaden. I försöksskolorna hade denna andel reducerats till 25 procent. Liknande effekter kunde påvisas på förekomst av normbrytande beteenden. Föräldrarnas attityder till berusningsdrickande följdes också. Här var skillnaderna ännu tydligare mellan kontroll- och försöksskolorna. Det är därför mycket troligt att det gynnsamma resultatet var en följd av den insats föräldrarna fått ta del av.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Metoden har prövats i Örebro län, i Umeå, Kalmar, Laholm, Solna, Älmhult, Ragunda och på Gotland. Alkoholkommittén har utbildat utbildare i så kallade modellskolor och försökskommuner. Såväl lärare som kuratorer och socialarbetare har åtagit sig att genomföra programmet med start hösten 2004.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [25]. Material och utbildning kommer att kunna erbjudas 2004–2005. För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [21].

Strukturerat föräldrastöd inriktat på barns behov: lovande kommunikationsprogram

Aktivt föräldraskap i dag för tonårsföräldrar

Programmet utgår från en skriftlig handledning som alla deltagare använder. Föräldrarna får diskutera olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Diskussionerna utgår från korta skådespelade videovinjetter. Föräldrarna får samtala om fördelar och nackdelar med skilda sätt att bemöta barnen. De får sedan diskutera om förhållningssätten går att använda i andra situationer än de som visats på videovinjetterna. Några av de sätt att möta barnen, som har diskuterats, prövas sedan i rollspel. Föräldrarna uppmanas sedan pröva några av dessa förhållningssätt hemma. Programmet tar också upp olika ledarstilar och förhållningssätt, problemlösning, kommunikationsfärdigheter, hur man hanterar sin egen och tonåringens ilska och metoder för att uppmuntra tonåringars självständighetsutveckling. Föräldrarna diskuterar också sexualitet och våld samt strategier för att förebygga användande av droger. Föräldrarna får även tillfälle att reflektera över samband mellan egna tankar, känslor och handlingar. Föräldragrupperna (8–12 personer) träffas 6–12 gånger om 2–3 timmar vardera. Programmet har utvecklats grundat på en amerikanska förlaga, Active Parenting och har anpassats till svenska förhållanden.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Det saknas kontrollerade utvärderingar. Metoden har dock stora likheter

med de utvärderade kommunikationsprogrammen och har därför inkluderats som en lovande metod.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Aktivt föräldraskap i dag för tonårsföräldrar har använts i Sverige sedan 1998. Videovinjetterna är textade på svenska. Programmet lägger mer fokus på process och reflektion än den amerikanska förlagan och träffarna är längre (3 timmar) än i förlagan (2 timmar). I januari 2004 fanns det över 100 föräldrargruppledare och cirka 500 föräldrar hade gått igenom programmet. Utbildningsprogrammet har använts inom grundskola, av socialförvaltningar, i olika drogförebyggande projekt samt för den breda allmänheten.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [26]. För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [21]. .

Föräldrakraft

Föräldrakraft är ett manualbaserat föräldrargrupsprogram som har en del som riktar sig till föräldrar vars barn ska börja skolår 6. Föräldrarna får diskutera olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Diskussionerna utgår från rollspel av olika händelser. Föräldrarna får samtala om fördelar och nackdelar med skilda sätt att bemöta barnen. De får sedan diskutera om förhållningssätten går att använda i andra situationer än de som visats på videovinjetterna. Några av de sätt att möta barnen, som har diskuterats, prövas sedan i rollspel. Föräldrarna uppmanas sedan pröva några av dessa förhållningssätt hemma. Metoden innehåller även moment om tobak, droger och alkohol. Grupperna består av upp till 30 föräldrar som träffas under 7–12 veckor per kurs, 2 timmar per gång. Programmet bygger på en amerikansk förlaga, Iowa Strengthening Families Program [22]. Programmet har således likheter med Steg för steg. Föräldrakraft innefattar dock endast 7 träffar, jämfört med 14 i Steg för steg. Vidare utgår man delvis från rollspel av olika scener i stället för videospelade situationer. Slutligen genomförs i Föräldrakraft alla möten med föräldrar och barn tillsammans i motsats till Steg för steg där möten för för-

äldrarna vanligen genomförs separat från möten med barnen. Socialdepartementet har finansierat utvecklingen Föräldrakraft.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Effekter har påvisats i en randomiserad kontrollerad studie av den amerikanska förlagan Iowa Strengthening Families Program [5–7].

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Föräldrakraft har börjat prövas i Eskilstuna under år 2004. Svenska videovinjetter har spelats in år 2004.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

Information om metoden finns på internet på svenska [27] och på engelska av den amerikanska förlagan [24]. För information om utbildning av gruppleddare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [21].

Tonårs COPE

Tonårs COPE är ett föräldragrupsprogram som styrs av en manual. Föräldrarna får diskutera olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Diskussionerna utgår från korta skådespelade videovinjetter. Föräldrarna får samtala om fördelar och nackdelar med skilda sätt att bemöta barnen. Några av de sätt att möta barnen, som har diskuterats, prövas sedan i rollspel. Metoden innehåller även moment om tobak, droger och alkohol. Grupperna består av upp till 30 föräldrar som träffas under 7–12 veckor per kurs, 2 timmar per gång. Programmet bygger på en kanadensisk förlaga som tagits fram av Ted Ridley.

VETENSKAPLIGA UTVÄRDERINGAR MED KONTROLLGRUPP

Kontrollerade studier av effekt på tonåringars beteende saknas. Principen i programmet liknar dock den som används i program där effekt har påvisats.

METODENS ANVÄNDNING I SVERIGE

Tonårs COPE prövas bland annat i Malmö sedan år 2003. Metoden har anpassats till svenska förhållanden.

INFORMATION, PRAKTISKA ERFARENHETER OCH UTBILDNING

För information om utbildning av gruppledare och om praktiska erfarenheter av metoden, se Statens folkhälsoinstituts webbplats [21].

Öppna diskussionsgrupper

I inventeringen av svenska föräldrastödsinsatser som genomfördes år 2002, se bilaga 2, ingår 12 insatser i form av öppna gruppdiskussioner som erbjöds föräldrar med barn i tonåren. I 2 av de 12 insatserna erbjöds föräldrar helt öppna diskussionsgrupper, det vill säga innehållet bestämdes helt av deltagarna.

Den insats som Mölndals kommun organiserar utgör ett exempel på en helt öppen föräldragrupp, med syftet att skapa ett forum för föräldrar som är oroliga för sin tonåring. Insatsen kom till som ett svar på att flera föräldrar kontaktat socialtjänsten på grund av oro för döttrarnas kontakter med äldre missbrukande och kriminella killar. Socialtjänsten ansvarar för lokal och inbjudningar.

Det andra exemplet är de grupper Göteborgs kommun anordnar riktade till invandrarföräldrar, bland annat i stadsdelen Angered. Insatsen kom till eftersom socialförvaltningens individ- och familjeomsorg upplevde att tonårsföräldrar med invandrarbakgrund hade behov av stöd. Grupperna med 8–10 deltagare träffas 10 gånger. Grupperna sätts samman efter deltagarnas modersmål. Träffarna inleds av en föreläsning. Tolk används ibland.

Ytterligare ett exempel utgörs av de familjegrupper som skolpsykologen Barbro Goldinger introducerade på en skola i Solna på 1970-talet och som sedan följts av liknande initiativ på andra platser i landet [28]. Med familjegrupper, även kallade femgrupper, menas att barnen är indelade i mindre grupper, vanligen med 5 barn, och att dessa grupper består under en längre tid. Genom tillhörigheten i den lilla fasta gruppen får varje barn en trygg plats i en grupp. Föräldrarna till barnen i en sådan familjegrupp träffas regelbundet i någon av familjernas hem.

IOGT har översatt och spritt ett norskt program kallat Stark och Klar. En svensk kontrollerad studie av programmet kommer att vara färdigställd år 2006. Ung och Kung är ett program för tonårsföräldrar och som är mycket spritt i Sverige. Det är dock inte utvärderat.

I 10 av de 12 insatserna som beskrivs i bilaga 2 erbjöds föräldrar diskussionsgrupper med teman. I en del fall användes ett förutbestämt arbetsmaterial, i vissa fall var föreläsningar utgångspunkten för diskussion och i

andra fall var verksamheten organiserad som studiecirkel och gruppen bestämde själv vilket material som skulle behandlas. Den verksamhet som bedrivs i Upplands Väsby kan utgöra exempel. Verksamheten påbörjades under år 2000/2001 med föräldragrupperna på en skola (Odenslunda) och har sedan fortsatt på andra skolor i kommunen i samarbete med 2 studieförbund, Vuxenskolan samt ABF. Vid de skolor som deltagit har alla föräldrar inbjudits till studiecirkel vid höstens första föräldramöte i förskola och skola. I grupperna tar en av de deltagande föräldrarna på sig ansvar att vara cirkelledare. Under det första året vid Odenslundaskolan genomfördes cirklar i ungefär hälften av skolans klasser. Föräldrarna träffades i genomsnitt 6 gånger under läsåret. Materialet Växa tillsammans har använts.

Ett ytterligare exempel är de Familjecirklar som genomförs på Viksjöskolan i Järfälla kommun. Initiativet till dessa cirklar kom från föräldrarna i skolans mycket aktiva föräldraförening. Mötena syftar till att stärka kontakterna mellan föräldrarna och mellan föräldrarna och skolans personal. Grupperna träffas 3 gånger per termin under 2 terminer, 2 timmar eller mer per gång. Vanligen inleds varje möte av en inbjuden föreläsare. Cirklarna avslutas med ett gemensamt större möte där föräldrarna får diplom, elever uppträder och rektor håller ett kort tal. Föräldrarna betalar 100 kr för att delta. Klassföreståndarna är cirkelledare.

Det är inte ovanligt att skolsköterskan tar initiativ till att föräldragrupper startar. Även lärare, skolkurator och skolpsykolog kan ta sådana initiativ. När verksamheten inriktas på särskilda grupper av föräldrar, exempelvis föräldrar som inte är födda i Sverige, är det vanligare att socialtjänsten initierar verksamheten.

Enkäten som beskrivs i kapitel 5 tyder på att uppskattningsvis 10 procent av alla föräldrar deltagit i en öppen diskussionsgrupp. Skattningen är dock osäker eftersom föräldrar förefaller ha haft svårigheter att tolka beskrivningarna av olika former av gruppbaserat föräldrastöd.

I diskussionsgrupper med teman används ett flertal olika material. Nedan beskrivs kortfattat 3 allmänt spridda material. De är utformade för att stimulera föräldrar till att diskutera olika aspekter av föräldraskap med varandra. Inget av materialen innehåller moment där föräldrar får stöd till att träna olika färdigheter. Därför är det tveksamt om de kan påverka barnens välfärd och hälsa, se kapitel 7. Diskussioner om föräldraskap har dock självfallet ett värde i sig.

Människans barn – Tonåringar

Skandias Idéer för livet och Folkhälsoinstitutet har givit ut videokassetter avsedda för grupper med föräldrar till barn i olika åldrar. En serie om 3 videokassetter Människans Barn – Tonåringar ingår [29]. Vissa inslag handlar om hur föräldrar upplever olika situationer. I andra inslag berättar barn själva om hur de ser på olika händelser eller företeelser. I varje avsnitt intervjuas en eller flera läkare, psykologer och andra experter. Till varje kassett finns en handledning bestående av en sammanfattning av varje film och förslag på diskussionsfrågor.

Om barn

Utbildningsradion (UR) har producerat programserien Om barn [30]. UR skriver att avsikten varit att ge föräldrar av båda könen, inte minst unga förstagångsföräldrar, stöd och vägledning i mängder av ämnen, allt ifrån påtagligt praktiska frågor som matlagning till olika pedagogikalternativ. De programserier som UR hittills (juli 2004) har sänt har främst handlat om föräldrar och små barn men program om föräldrar och tonåringar planeras. De program som sänts finns tillgängliga som temakassetter som kan användas i diskussionsgrupper.

Växa tillsammans

Studiefrämjandet och Riksförbundet Hem och skola har gett ut 4 böcker i en serie kallad Växa tillsammans. Böckerna är tänkta som underlag till diskussioner mellan föräldrar och personal inom förskola och skola. I serien ingår Växa tillsammans: årskurs 4–6 [31] och Växa tillsammans: årskurs 7–9 [32].

Författarnas avsikt är att stärka föräldrarna i deras föräldraroll och att stärka samarbetet mellan föräldrar och personal inom förskola och skola. Författarna betonar värdet av föräldrarnas egna erfarenheter och deras frihet att fritt välja vilka texter som ska diskuteras. Diskussionsfrågorna i materialet utgår från de teman som texten behandlar. Exempelvis, i kapitlet ”Från barn till tonåring”, som handlar om föräldrars fostran, föreslås frågan: ”Hur gör vi när vi misstänker att tonåringarnas ’sjukdomar’ inte är så allvarliga?” Det finns också kapitel om alkohol, tobak och narkotika.

Spridning av tryckt material

Alkoholkommittén har utarbetat en skrift för tonårsföräldrar, Tonårsparlören, som skickats ut i 240 000 ex till föräldrar som har barn som börjar år 7 i grundskolan. Tonårsparlören är en inbunden bok på 128 sidor som innehåller tips på hur föräldrar kan förhålla sig till tonåringar och alkohol. Några exempel på avsnittet är ”Fasta tider?”, ”Bjuda hemma?”, ”Föräldrafritt”, ”Om tonåringen kommer hem full” och ”Straff & konsekvenser”. Faktaavsnitt ingår. Alkoholkommittén har även tagit fram synpunkter på hur materialet kan användas. En enkätundersökning visar att 57 procent av föräldrarna som fått skriften har tagit del av de tips som presenteras och 45 procent har diskuterat innehållet med dottern/sonen [33]. Undersökningen var dock inte utformad så att det går att klargöra om skriften lett till förändrade beteenden.

Modeller för att organisera föräldrastöd i grupp

Det finns olika sätt att organisera stöd i grupp för barn i dessa åldrar, oavsett om metoden är strukturerad eller öppen. Initiativ kan utgå från kommunen, främst socialtjänst, skola och fritidsverksamhet. Frivilligorganisationer, särskilt studieförbund, kan organisera verksamheten liksom privata företag, antingen för de anställda inom ett företag [34] eller för föräldrar i allmänhet. Troligen dominerar insatser organiserade av skola och av studieförbund, ofta i samverkan.

Skolan har skyldighet att informera föräldrarna om verksamheten i skolan, vilket sker vid föräldramöten och enskilda utvecklingssamtal. Båda dessa former kan utvecklas till att ge föräldrar stöd i föräldrarollen. Föräldramöten öppnar särskilt stora möjligheter eftersom de flesta föräldrar kommer till dessa möten. En väg är att låta dessa möten utvecklas till öppna diskussionsgrupper där föräldrarna utbyter erfarenheter kring rollen som förälder. Lärarens roll förändras då från att vara en person som förmedlar information om skolan till att i stället ha till uppgift att underlätta diskussion föräldrar emellan. Alkoholkommittén har tagit fram ett material som ger stöd för lärare att föra sådana diskussioner [35]. En liknande modell används bland annat i skolorna i Kramfors. Skolorna i Kramfors samarbetar med landstingets hälsoplanerare som tagit fram det material som används. En ytterligare väg är att presentera komponenter i kommunikationsprogrammen vid dessa möten. Så är fallet i Örebro Prevention Program som beskrivs ovan.

Det är dock långt ifrån regel att föräldramöten utvecklats på detta sätt. Ett viktigt skäl är troligen att stöd till föräldrar inte är en uppgift för skolan enligt gällande skollag. Det innebär bland annat att lärarna i sin grundutbildning vanligen inte fått utbildning i metodik att leda samtalsgrupper för vuxna.

Intresse från föräldrar

I den enkät som skickats ut till ett representativt urval av föräldrar, se kapitel 5, angav 32 procent av föräldrarna med barn i åldern 13–18 år att de var intresserade av att delta i en strukturerad föräldragrupp och att 27 procent angav intresse för ostrukturerade insatser. Det fanns således ett betydande intresse för föräldragrupper.

Lokala erfarenheter av strukturerade metoder tyder också på ett stort intresse. I försöket med Steg för steg var i genomsnitt 47 procent av föräldrarna representerade. Andelen föräldrar som deltog varierade påtagligt olika klasser emellan med deltagande från 28 till 70 procent. I Örebro Prevention Program ingick programmet som en del av ordinarie föräldramöten varför en större andel föräldrar deltog. Vid mötena under skolår 7 varierade föräldrarnas deltagande olika klasser emellan. Allt ifrån 50 till 95 procent av barnen hade minst en förälder som deltog vid dessa möten.

Erfarenheter av öppna diskussionsgrupper visar också på stort intresse. Familjecirklarna på Viksjöskolan i Järfälla utgör ett exempel. Verksamheten där når ungefär hälften av alla föräldrar med barn i skolår 7.

Det som begränsar deltagande förefaller således inte i första hand vara bristande intresse från föräldrarnas sida. Snarare rör det sig om tillgång till verksamhet som är allmänt känd.

Kön, socioekonomiska grupper och födelseland

Enkäten, se kapitel 5, visar att intresset för de flesta former av föräldrastöd är större bland kvinnor än bland män och är något större bland högutbildade jämfört med lågutbildade. Däremot påverkas inte intresset av om föräldrarna är födda inom eller utom Norden. Detta mönster gäller även för föräldrar med barn i åldern 10–15 år.

Kostnader

Kommunikationsprogram

Kostnaderna per barn kan beräknas på liknande sätt som för samspelsprogrammen, se kapitel 7. Metoderna skiljer sig dock åt varför kostnaderna blir olika för de 2 rekommenderade metoderna Steg för Steg och Örebro Prevention Program.

Steg för Steg innehåller både en föräldradel och en barndel. Barndelen antas genomföras inom ramen för skolans allmänna uppdrag. Insatsen för föräldrarna omfattar 10 träffar som uppskattats vara 2 ¥ 45 minuter. Vidare antas att Steg för Steg genomförs vid möten för alla föräldrar i en hel klass med 25 barn representerade vid varje möte. Ledarens lön beräknas som för samspelsmetoderna inkluderade påslag för utbildning, handledning, lokal och material. Den totala kostnaden för insatsen kan då skattas till 425 kr per barn.

Kostnaderna för Örebro Prevention Program är avsevärt lägre. Insatsen antas ta 2 betalda arbetstimmar i anspråk per möte och klass, inkluderande förberedelser. Vid varje möte antas barn till 25 föräldrar närvara. Påslag för lokal och utbildning beräknas enligt ovan. Kostnaderna per barn blir då 85 kr.

Kostnader i relation till effekt

Effekterna av kommunikationsprogrammen har främst studerats på bruk av alkohol och tobak samt i form av normbrott. Det är möjligt att programmen också främjar barnens psykiska hälsa i stort. Effekterna kan dock antas bli mindre än då samspelsprogram genomförs under förskoleåren. Skälet är främst att effekten generellt blir större av tidiga insatser. Således, de studier av kommunikationsprogram som genomförts ger främst underlag för analys av effekt på bruk av alkohol och tobak. Dessa effekter går att ställa i relation till kostnaderna.

Enligt CAN:s undersökningar av ungdomar år 9 i skolan dricker 4 av 100 ungdomar i denna ålder alkohol motsvarande 4 burkar starköl minst en gång i veckan [36]. Det studier som genomförts antyder att kommunikationsprogrammen kan reducera denna andel till 3 ungdomar per 100. För att nå denna effekt krävs insatser för 100 ungdomar, en insats som enligt ovanstående beräkning kostar mellan $100 \text{ ¥ } 85 = 8\,500$ kr respektive 100 ¥

435 = 43 500 kr för de 2 rekommenderade metoderna. Eftersom insatser även har effekt på tobaksbruk kan beräkningarna därför ha överskattat kostnaderna i relation till effekten. Å andra sidan är effekter vid 15 år endast påvisade i 2 studier. Det är möjligt att insatsen vid rutinbruk är mindre och att kostnaderna i förhållande till effekt därför underskattas. Storleksordningen på kostnaden för att förebygga ett fall av högkonsumtion av alkohol vid 15 års ålder bör rimligen ligga i storleksordningen 20 000 kr.

I kapitel 7 refereras en skrift som behandlar prioriteringar som rör barns psykiska hälsa [37]. Där framgår som exempel att samhällets reala kostnader för ett liv som missbrukare uppgår till 11,9 mnkr med antagande om 5 procents diskonteringsränta. Denna kostnad motsvarar utgiften för kommunikationsmetoder för föräldrar till 60 000 barn. Effekten av kommunikationsprogram har inte studerats för drogmissbruk. Det är dock väl känt att missbruk av droger ofta börjar med missbruk av alkohol under tonåren. Det innebär att föräldragrupsinsatsen ekonomiskt kan motiveras om föräldrastödet leder till att ett enda fall av missbruk förebyggs bland dessa 60 000 barn. Det är troligt att effekten av kommunikationsprogrammen är avsevärt större.

Kostnader för kommunikationsprogram som erbjuds via video/DVD

Kostnaderna för att ta fram en svensk version av ett kommunikationsprogram om 5 timmar som erbjuds i form av video kan skattas till 2 mnkr. Till detta tillkommer kostnader för utvärdering om cirka 1 mnkr. Om kostnaderna fördelas på en upplaga om förslagsvis 30 000 blir kostnaderna per användare 100 kr. Till detta kommer kostnader för kopiering och distribution av videokassetter/DVD, uppskattningsvis 100 kr per användare. Kostnaderna blir således lägre med denna distributionsmetod jämfört med om föräldragrupper arrangeras med anställd personal.

Gynnar insatsen barns delaktighet?

I kommunikationsprogrammen bli barnen delaktiga eftersom det ingår delar i programmen som riktar sig direkt till barnen och delar där föräldrar och barn deltar tillsammans. Vidare är ett syfte med kommunikationsprogrammen att stödja utveckling av samspelet mellan föräldrar och barn. Barnens möjligheter att delta i framtida beslut som rör dem själva kan därigenom förväntas bli bättre.

I program med öppna samtalsgrupper varierar innehållet. Barnen är vanligen inte delaktiga men det förekommer att vissa moment genomförs med föräldrar och barn tillsammans, på liknande sätt som i kommunikationsprogrammen.

Spridning

För de strukturerade metoderna för föräldrastöd finns organisationer som utbildar gruppleddare, se ovan, samt uppdaterade informationsblad på Statens folkhälsoinstituts webbplats [21].

Diskussion

Föräldragrupper

Endast mindre grupper av föräldrar, uppskattningsvis mindre än 10 procent, tar i dag del av föräldrastöd i grupp under denna åldersperiod. Ett flertal olika modeller används i Sverige men endast kommunikationsprogram har påvisad effekt. Bred användning av kommunikationsprogram utgör därför den främsta möjligheten till att förbättra barns välfärd och hälsa under denna åldersperiod. Effekterna av dessa program är dokumenterade och utbildning av gruppleddare erbjuds i Sverige.

Kommunikationsprogram

Flera varianter av kommunikationsprogram används i Sverige. Två program rekommenderas, Steg för Steg samt Örebro Prevention Program. Det är också troligt att ytterligare program av denna typ kommer att vara tillgängliga i Sverige under de närmaste åren. Dessa 2 program har dock nu (2004) de bästa förutsättningarna, grundat på värdering av de utvärderingar som gjorts och programmets tillgänglighet. De 2 programmen är olika omfattande.

Båda försöken är inriktade på att förebygga utagerande beteendeproblem. Där ingår berusningsdrickande, aggressiva beteenden och kriminalitet. Berusningsdrickande uppfattas således som en del av ett samlat mönster av utagerande beteenden [38]. Det är möjligt att det mer omfattande

kommunikationsprogrammet Steg för Steg också kan påverka förekomst av inåtvända psykiska problem, liksom är fallet för samspelsprogram. Sådana effekter har dock inte studerats.

Steg för steg, är mer omfattande och mer komplicerat att genomföra eftersom det både inbegriper insatser för föräldrar och barn. Å andra sidan är dokumentationen för effekt avsevärt bättre eftersom kontrollerade försök genomförts med påvisad effekt för ett flertal liknande program. Effekten av Örebro Prevention Program är visserligen dokumenterat i ett svenskt kontrollerat försök men det är den enda kontrollerade studien av denna reducerade variant.

Det är möjligt att särskilja en variant av Steg för steg som endast innefattar en föräldradel. Det är då möjligt att gradera de 3 varianterna med Steg för steg inkluderande en elevdel, som den variant som har bäst dokumenterad effekt, men också den variant som är mest krävande att genomföra. Den följts av Steg för steg enbart riktat till föräldrarna. Örebro Prevention Program är den enklaste, och samtidigt den sämst dokumenterade varianten.

Kommunikationsprogrammen har erbjudits till alla föräldrar. De argument som förs fram i kapitel 2 talar för att en sådan inriktning är motiverad, även om insatser enbart för en tänkt riskgrupp skulle kunna genomföras till en lägre kostnad. En bred spridning förutsätter utbildning av ett stort antal gruppledare. Yrkesutbildning som lärare, folkhälsovetare, socionom och sjuksköterska kan vara lämplig för de personer som ska ta ansvar för att leda föräldragrupper.

Video-/DVD-version av kommunikationsprogram

Utländska försök tyder på att föräldrar kan tillägna sig innehållet i samspelsprogram enbart genom att ta del av material på TV/video, se kapitel 7. Framgångsrika försök med att sprida kommunikationsprogram på detta sätt har dock inte presenterats. Det finns visserligen några försök redovisade där föräldrar fått tillgång till tryckt material. I dessa studier har dock inte effekter på barnens beteende påvisats.

Kostnaden för att sprida metoden via video/DVD är lägre än kostnaden för att arrangera grupper. Den ekonomiska vinsten av att erbjuda kommunikationsprogram på detta sätt, jämfört med samspelsprogram, är dock mindre eftersom kommunikationsprogrammen kostar mindre att genomföra. Sammantaget finns således argument för att pröva spridning av kom-

munikationsprogram via video/DVD, men argumenten är svagare än för samspelsprogram eftersom färre studier har genomförts och den ekonomiska vinsten blir mindre.

Former utöver kommunikationsprogram

Föräldrastöd i grupp där formen är öppen förefaller ha effekt om deltagarna har ett *gemensamt problem*, se kapitel 3. Några av de svenska verksamheter som beskrivs i bilaga 2 utgörs av sådan gruppverksamhet.

De flesta öppna diskussionsgrupper som erbjuds föräldrar med barn i dessa åldrar är riktade till alla föräldrar. Sådan verksamhet kan ha värde för de föräldrar som deltar. Eftersom kontrollerade studier av sådana insatser saknas går det dock inte att avgöra om barnens hälsa och välfärd gynnas av föräldrarnas deltagande. Inte heller på teoretisk grund går det att finna tydliga argument för att barnens situation skulle förbättras. En komponent som är avgörande för att samspelsprogrammets effekt är troligen den pedagogik som används. Kommunikationsprogrammen utvecklar föräldrarnas färdigheter att bemöta barnen genom moment där de i rollspel får träna lämpliga sätt. De material som används i de öppna diskussionsgrupperna tyder inte på att sådana moment ingår. Där ligger i stället tonvikten vid att föräldrar får reflektera över olika delar av det egna föräldraskapet. Det har ett uppenbart värde i sig, men det finns inga enkla samband mellan sådan reflektion och föräldrars sätt att bemöta barn.

Ett syfte med öppna diskussionsgrupper är att stärka kontakterna mellan föräldrar med barn i samma klass eller samma skola. En tanke är att föräldrar enkelt ska kunna ta kontakt med varandra om något barn börjar bete sig problematiskt, utan att barnets egen förälder känner till det. Det är särskilt betydelsefullt i tonåren då barnen exempelvis börjar pröva att dricka alkohol tillsammans med kamrater. Kontakten mellan föräldrarna innebär att den sociala kontrollen stärks. Det är möjligt att öppna föräldragrupper kan öka föräldrarnas möjligheter till att ta kontakt med varandra i sådana situationer. Det är dock också möjligt att kontakterna föräldrar emellan vid ordinarie klassmöten i skolan är tillräckliga för att nå detta syfte.

Det är också oklart om mötesplatser förbättrar föräldrarnas informella sociala nätverk, se kapitel 6. Det är också oklart om de öppna föräldragrupperna, avsedda för föräldrar utan något gemensamt problem, påverkar föräldrarnas välfärd.

Föräldragrupper för föräldrar som är födda utanför Norden

Flera av de insatser som redovisas i bilaga 2 utgörs av öppna föräldragrupper riktade till föräldrar som födda utanför Norden. Det som talar för sådan verksamhet är de studier som visar att om deltagarna har ett gemensamt problem, kan de ha nytta av att träffas i grupp. Det går dock att resa argument mot sådan verksamhet. Ett skäl är att föräldrar i denna grupp ofta själva anger att de vill delta i grupper tillsammans med svenskfödda föräldrar. Det kan hänga samman med att deltagarnas gemensamma ”problem” är att de inte är förtrogna med svensk tradition. Det är då tveksamt att erbjuda dem en verksamhet där svenskfödda föräldrar inte deltar.

Flera av de utländska framgångsrika försöken med kommunikationsprogram har inkluderat etniska minoriteter. Det talar för att programmen även är lämpade för sådana grupper. Vidare visar föräldraenkäten att intresset för strukturerade program väsentligen inte påverkas av föräldrarnas födelseland. Det talar för att dessa program också kan erbjudas föräldrar födda utanför Norden. Om föräldrarna behärskar svenska dåligt krävs tolk.

Individuella kontakter

Föräldraenkäten visar att individuella kontakter med personal inom skola och fritidsverksamhet är en källa till stöd för ett stort antal föräldrar. Detta behov förefaller dock till stor del kunna tillgodoses av befintlig verksamhet. Därför är ytterligare åtgärder inte motiverade.

Organisation

Kommunen föreslås som huvudman för föräldrastöd i de aktuella åldrarna. Föräldrastöd berör flera olika kommunala förvaltningar. Det kan därför vara ändamålsenligt att kommunen utser en person som har till uppgift att samordna allt föräldrastöd, inklusive det föräldrastöd som föreslås för andra åldrar. Denna person kan ha föräldrastöd som huvuduppgift. Ett alternativ är att den samordnare för alkohol- och drogförebyggande arbete som finns i många kommuner får ansvar för uppgiften. Ytterligare alternativ är lokala brottsförebyggare anställda inom kommunen samt folkhälsoplanerare.

Forskningsbehov

Effekterna av kommunikationsprogrammen pekar på en potential för att förbättra barns hälsa och välfärd. Två frågor är särskilt motiverade att studera.

Effekterna har i de utländska studierna endast följts upp något eller några år efter insatsen. Det finns anledning att förvänta effekter under längre tid. Denna fråga behöver analyseras longitudinellt.

En förutsättning för kommunikationsprogrammets effekt är att föräldrar kan utveckla sin förmåga att ge barnen en lämplig kombination av värme och ramar. Det saknas dock befolkningsrepresentativa studier av svenska föräldrars färdigheter i dessa avseenden. Det saknas också studier av bestämningsfaktorer för dessa färdigheter. Vidare, om samspelsprogrammen införs brett, kan förbättringar över tid på befolkningsnivå förväntas. Även denna fråga behöver studeras.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar kommunerna att brett erbjuda föräldrar kommunikationsprogram som i första hand börjar erbjudas då barnen går år 5 i grundskolan.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge ekonomiskt stöd till frivilliga organisationer, kommuner, landsting och forskningsinstitutioner som arbetar med spridning av kommunikationsprogram.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag. Ingrid Olsson har gjort grundläggande litteratursökningar och Lena Andersson Andalibi har sammanställt svenska erfarenheter. Gunborg Brännström (Alkoholkommittén) har granskat texten och lämnat värdefulla synpunkter.

Referenser

1. Inhelder B, Piaget J. The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: Basic Books; 1958.
2. Families That Care – Guiding Good Choices: Sample Lesson. Channing Bete Company, Inc. URL: http://www.channing-bete.com/positiveyouth/pages/FTC/FTC_GGC_popups/501182A_FTC_ses1.pdf.
3. Spoth R, Redmond C, Haggerty K, Ward T. A controlled parenting skills outcome study examining individual difference and attendance effects. *Journal of Marriage & the Family* 1995;57(2):449-64.
4. Kosterman R, Hawkins JD, Haggerty KP, Spoth R, Redmond C. Preparing for the drug free years: session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *J Drug Educ* 2001;31(1):47-68.
5. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(4):627-42.
6. Redmond C, Spoth R, Shin C, Lepper HS. Modeling long-term parent outcomes of two universal family-focused preventive interventions: one-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(6):975-84.
7. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors: randomized trial effects of a brief family intervention 4 years past baseline. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(12):1248-57.
8. Eddy JM, Reid JB, Fetrow RA. An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT). I: Walker HM, Epstein MH, red. (2001) *Making schools safer and violence free: Critical issues, solutions, and recommended practices*. Austin, TX, US: PRO-ED, Inc; 2000, s. 128-39.
9. Reiter GF, Kilmann PR. Mothers as family change agents. *Journal of Counselling Psychology* 1975;22(1):61-5.

10. Omizo MM, Omizo SA. Effects of parental divorce group participation on hildrearing attitudes and children's self-concept. *Journal of Humanistic Education and Development* 1987;25(4):171-9.
11. Johnson CA, Pentz MA, Weber MD, Dwyer JH, Baer N, MacKinnon DP, et al. Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(4):447-56.
12. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF, Jr. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(2):208-17.
13. Rollin SA, Rubin R, Hardy-Blake B, Allen P. Project K.I.C.K., a school-based drug education research project: peers, parents and kids. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1994;39(3):75–86.
14. Dishion TJ, Kavanagh K. A multilevel approach to family-centered prevention in schools: process and outcome. *Addict Behav* 2000;25(6): 899-911.
15. Litrownik AJ, Elder JP, Campbell NR, Ayala GX, Slymen DJ, Parra-Medina D, et al. Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: promoting the protective factor of parent–child communication. *Prev Med* 2000;31(2 Pt 1): 124-33.
16. Bauman KE, Ennett ST, Foshee VA, Pemberton M, King TS, Koch GG. Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prev Sci* 2002;3(1):35-42.
17. Murray NG, Kelder SH, Parcel GS, Frankowski R, Orpinas P. Padres Trabajando por la Paz: a randomized trial of a parent education intervention to prevent violence among middle school children. *Health Educ Res* 1999;14(3):421-6.
18. Blake SM, Simkin L, Ledsy R, Perkins C, Calabrese JM. Effects of a parent–child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Fam Plann Perspect* 2001;33(2):52-61.

19. Zimmerman TS, Jacobsen RB, MacIntyre M, Watson C. Solution-focused parenting groups: an empirical study. *Journal of Systematic Therapies* 1996;15(4):12-25.
20. Lefkowitz ES, Sigman M, Au TK. Helping mothers discuss sexuality and AIDS with adolescents. *Child Dev* 2000;71(5):1383-94.
21. Statens folkhälsoinstitut. URL: <http://www.fhi.se>.
22. Kumpfer K-L, Molgaard V, Spoth R. The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. I: Peters RD, McMahon RJ, red. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Banff international behavioral science series, Vol. 3; 1996, s. 241-67.
23. Stad projektet. Steg för Steg. URL: <http://www.stad.org/>.
24. Iowa State University. Strengthening Families Program For Parents and Youth 10–14. URL: <http://www.extension.iastate.edu/sfp/>.
25. Mobilisering mot narkotika. Information om alkohol och narkotika på föräldramöten. URL: <http://www.mobilisera.nu>.
26. Active Parenting. URL: <http://www.activeparenting.se/>.
27. Eskilstuna kommun. Föräldrakraft. URL: http://www.eskilstuna.se/templates/Page___18717.aspx.
28. Goldinger B. Familjegrupper i skolan: skolklassen som mötesplats för barn, föräldrar och lärare. 1 uppl. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1984.
29. Skandia. Idéer för livet. Människans Barn Tonåringar:Handledning och tre videokassetter. URL: <http://www.skandia.se/ideer/material/bestall.jsp>.
30. Utbildningsradion. Om barn. URL: <http://www.ur.se/ombarn>.
31. Lund K. Växa tillsammans: årskurs 4–6. 1 uppl. Stockholm: Liber utbildning; 1996.
32. Lund K, Nilsson N-E. Växa tillsammans: årskurs 7–9. 4 uppl. Stockholm: Liber utbildning; 1998.

33. USK Stockholms stad. En effektmätning av Alkoholkommittens information till föräldrar med barn i årskurs 7. Stockholm: Utrednings- och statistikkontoret; 2003.
34. Mentor. URL: <http://www.mentorsverige.org/>.
35. Samtal om alkohol i skolan. Ett material för högstadielärare. Stockholm: Alkoholkommittén; 2004.
36. Hvitfeldt T. Skolelevs drogvanor 2002. Sammanfattande kommentarer och tabeller. Resultat från riksundersökningen i årskurs 9. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. URL: <http://www.can.se/>.
37. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut; 2004.
38. Farrington D. The challenge of teenage antisocial behavior. I: Rutter M, red. Psychosocial Disturbances in Young People. Cambridge University Press; 1995:83.

9.

FRÅN PARTNERSKAP
TILL FÖRÄLDRASKAP

9.

FRÅN PARTNERSKAP TILL FÖRÄLDRASKAP

”Så har det hänt. Jag har inga känslor kvar för honom, mer än som en älskad storebror. Jag känner mig inte det minsta sexuellt attraherad till honom och vi har bara haft sex runt 5 gånger på 2,5 år. Och förförre gången resulterade i vår 11 månaders pojke ... Alla försök att hitta tillbaks och umgås förstörs av barnen som vaknar stup i kvarten.” Så skriver en trebarnsmamma på en svensk webbplats för föräldrar [1].

Kvaliteten i ett parrelation sjunker ofta efter första barnets födelse och 10 procent av relationerna överlever inte barnets ettårsdag. Barn i sin tur mår sämre om deras föräldrar känner sig missnöjda med sin relation och bråkar med varandra. Det är därför angeläget att söka minska risken för sådana konflikter. Det finns lovande metoder på området som har börjat användas i Sverige. En sådan metod är PREP (Preparation and Relationship Enhancement Program) där par får träna sig i kommunikation och konflikthantering. Positiva effekter har påvisats upp till 5 år efter utbildningen. Kursen skulle kunna erbjudas redan under graviditeten, exempelvis inom mödrahälsovården.

Från partnerskap till föräldraskap

När ett barn föds upplever ofta både mödrar och fäder starka positiva känslor för varandra. Samtidigt kan föräldrarna kämpa med motstridiga känslor av utanförskap och förlust av kontroll över det egna livet [2]. Många nyblivna mammor får uttalade humörsvingningar och flera blir nedstämda. Åtta till 15 procent av alla kvinnor drabbas av postnatal depression [3]. Även männen drabbas av liknande problem [4].

Under barnets första levnadsår blir konflikter mellan makarna vanligare, kvaliteten i relationen försämras ofta och tillfredsställelsen med den sexuella relationen minskar [5–8]. Kvinnor upplever en negativ förändring främst under de första 6 månaderna efter barnets födelse medan männen särskilt upplever försämringen under året som följer [5, 9]. Även om försämring förefaller vara vanligast upplever 20–30 procent av paren en förbättring av relationen efter det att barnet har fötts [6, 8].

Flertalet par är oförberedda på de förändringar som föräldraskapet innebär för deras relation [5]. Förväntningar och värderingar får en nyckelroll och kan leda till svåra schismer om paret inte tidigare har reflekterat över dem.

Barnets födelse medför därför ofta en förskjutning mot traditionella könsroller, även när paret dessförinnan haft andra avsikter [10]. Detta ökar risken för konflikter kring arbetsfördelningen i familjen. Riskerna minskar om mannen deltar i vardagssysslor med barnet [5, 11]. När barnet är 18 månader gammalt minskar både mäns och kvinnors upplevelse av stress i föräldrarollen liksom förekomsten av depressioner om pappan engagerar sig i vardagsrutinerna [5].

Föräldrarnas relation och barns hälsa och välbefinnande

Föräldrarnas sätt att ta sig genom övergången mellan partnerskap och föräldraskap påverkar deras föräldrastil. Föräldrar med mindre äktenskapskonflikt efter barnets födelse har bättre förmåga att stödja sina barns självständighet samtidigt som de klarar att ge barnen tydliga ramar för hur man betar sig [12]. Om konflikter däremot är vanliga i familjen förefaller barnen få större svårigheter att klara förändringar, exempelvis vid övergång från förskola till skola [12]. Barnet kan också få svårt att knyta goda sociala relationer med andra barn och med vuxna [13]. I flera studier har samband påvisats mellan föräldrars uppfattning av kvalitet i parrelationen under barnets första levnadsår och risken för inåtvända och utagerande psykiska problem senare under uppväxten [14–18].

Fäders engagemang i ett barn är betydelsefullt för barnets sociala utveckling och psykiska välbefinnande [19]. Faderns engagemang i barnet är i sin tur beroende av kvaliteten i relationen till partnern. Ju nöjdare mannen är med sitt äktenskap, desto mer ägnar han sig åt barnen, desto nöjdare är han med sitt föräldraskap och desto mer kompetent känner han sig som

förälder [9, 20–23]. Det motsatta gäller också. Ju mer konflikter, desto mindre värme och närhet ger fadern barnet och desto mer kontrollerande blir han [24]. I familjer där modern uppfattade att pappan hade dålig förmåga att kommunicera visade sig barnen senare utveckla sämre social förmåga [13].

Separationer

Drygt en fjärdedel av alla barn och ungdomar födda i Sverige bodde år 2002 inte med båda sina biologiska föräldrar [25]. Fram till år 1999 ökade andelen par i Sverige som separerar medan ökningen därefter förefaller att ha avstannat [26]. Risken att separera är störst under barnets första levnadsår då 7–10 procent separerar för att därefter minska till en genomsnittlig årlig frekvens om 3–4 procent [27]. Störst är risken att gå isär för relativt nyetablerade sambopar där mamman är yngre än 24 år och mannen har låg inkomst. Av dessa par separerar 19 procent under barnets första levnadsår [27]. Högutbildade föräldrar separerar hälften så ofta som par med högst gymnasial utbildning. Den lägsta risken att separera finns hos adoptivföräldrar [26].

Det är vanligt att barn reagerar negativt på en skilsmässa, exempelvis med beteendeproblem, uppmärksamhetsstörning eller nedstämdhet [28, 29]. Efterhand försvinner emellertid en stor del av dessa reaktioner. Ungefär 2 år efter en skilsmässa förefaller både barn och föräldrar vanligen ha återhämtat sig. En avgörande fråga är därför om skilsmässa leder till långsiktiga skadeverkningar.

Sammanställningar av amerikansk litteratur visar att barn till separerade föräldrar ofta får sämre utbildningsresultat, sämre självbild, sämre sociala relationer och fler beteendeproblem [30, 31]. I en stor del av dessa studier har man dock inte tagit hänsyn till familjernas sociala villkor. I en familj med socialt mindre gynnade villkor får barnen oftare problem och skilsmässor är också vanligare i dessa familjer. De långsiktiga effekterna av en skilsmässa kan därför oriktigt ha tillskrivits skilsmässan i stället för de sociala levnadsvillkoren eller de konflikter i hemmet som ledde till en skilsmässa [32].

En svensk studie har visat på tydliga samband mellan förekomst av konflikter i hemmet under uppväxten och sjuklighet och dödlighet i vuxen ålder [33]. Det är troligt att de långsiktiga negativa effekterna av en skils-

mässa i första hand orsakas av konflikterna i hemmet, inte av skilsmässan i sig [34]. En studie från Nya Zeeland ger stöd för denna uppfattning. Där fann man en 70-procentig ökning av beteendeproblem bland pojkar i förskoleåldern som varit med om en skilsmässa med utdragna konflikter [35]. Barn som hade varit med om skilsmässa utan konflikter mellan föräldrarna uppvisade dock ingen ökning av beteendeproblem. Det finns också svenska studier som visar på liknande resultat [36].

Förebyggande insatser

Således är det önskvärt att söka förebygga konflikter mellan föräldrarna. Flera studier visar att detta är möjligt [37]. En sådan studie har genomförts av forskarparet Philip och Caroline Cowan som låtit par träffas i grupper och diskutera sina förväntningar och farhågor under moderns graviditet [38]. Paren kunde ta upp viktiga frågor om värderingar och förväntningar. Föräldrarna kunde även ge stöd till varandra efter det att barnet hade fötts eftersom gruppen fortsatte att träffas. Det visade sig att separationer var mindre vanliga bland de par som deltagit i grupperna jämfört med en kontrollgrupp.

I många kulturer har seden länge varit att par som ska gifta sig får råd och förhållningsregler inför äktenskapet från en religiös ledare. I Ungern måste exempelvis par som vill gifta sig i den katolska kyrkan genomgå ”utbildningen för förlovade” där paret diskuterar förväntningar och moral kring äktenskapet med prästen som ska viga dem. Av alla par som ska gifta sig i USA, Australien och England går 25–30 procent igenom någon form av förebyggande relationsutbildning (relationship education) innan de gifter sig.

I USA har intresset för relationsutbildning ökat under de senaste decennierna. Ett viktigt skäl är att skilsmässor blivit vanligare. De flesta program genomförs i gruppform och syftar till att ge paret ökade färdigheter att bibehålla en god relation. Vissa program betonar konflikthantering och andra utveckling av empati. Flera program lägger tonvikt vid att utveckla parets förmåga till positiv kommunikation.

Effekt av förebyggande insatser

I ett översiktsarbete publicerat år 2003 analyseras effekter av olika modeller för förebyggande relationsutbildning [39]. Totalt påvisades 12 studier som var genomförda med kontroll- och experimentgrupper och med uppföljningstider om minst 6 månader. I 4 program påvisas positiva korttids-effekter i form av bättre kommunikationsförmåga. Dessa program var Relationship Enhancement, Couples Communication [40], Minnesota Couples Communication Program [39] samt Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP). Effekter efter 12 månader har endast studerats för PREP. Den fortsatta framställningen avgränsas därför till detta program.

The Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP)

PREP är ett manualbaserat gruppprogram som har utarbetats för par som inte har påtagliga problem. Syftet är att förebygga framtida svårigheter i parrelationen [41]. Programmet omfattar totalt 10–15 timmar och genomförs antingen på kvällstid utspritt över 5–6 veckor eller över en helg. De viktigaste målen för programmet är 1) att förbättra kommunikation och öva konstruktiva sätt att hantera konflikter, 2) att klargöra de förväntningar och grundprinciper för parförhållandet, 3) att bevara och utveckla det roliga, vänskapen och den andliga gemenskapen i förhållandet, 4) att hjälpa paret att utarbeta en gemensam regelbok för hur man hanterar konflikter och 5) att ge verktyg för att öka och bevara engagemanget för varandra. Den amerikanska förlagan är utvecklad av Howard Markman, Susan Blumberg och Scott Stanley.

Deltagarna får diskutera frågorna och får även praktiskt träna olika färdigheter. Ett exempel på ett praktiskt moment är då paret övar sig i aktivt lyssnande enligt strikta regler. Övningarna genomförs alltid i de verkliga paret, medan vissa diskussioner genomförs i hela gruppen. Ledarna kan även använda rollspel eller berättelser för att illustrera ett beteende eller visa på ett mönster. De kan exempelvis visa hur viktiga varningssignaler, som hotar en relation, kan gestalta sig – upptrappning, nedvärdering, negativa tolkningar och tillbakadragande. Paret har ett arbetshäfte och arbetar även med hemuppgifter. Ett exempel på en hemuppgift är att diskutera de 4 varningssignalerna.

Det finns 4 vetenskapliga studier av PREP där de som förklarar sig villiga att delta har fördelas till jämförbara försöks- och kontrollgrupper, se tabell 9:1. En studie har genomförts i Tyskland, en i Australien och 2 i USA [42–45]. I 3 av studierna har paren följts ett till 5 år efter insatsen medan effekterna i en studie endast har analyserats vid ett tillfälle kort tid efteråt. I samtliga 4 studier påvisas mer gynnsamma kommunikationsmönster i den grupp som tagit del av insatsen, antingen i hela gruppen, eller endast bland män eller en högriskgrupp. I 3 av studierna påvisas också effekter i form av att relationen upplevs som mer tillfredsställande. I en av studierna påvisas dock en försämrad relation i en lågriskgrupp. Statistiskt säkerställda effekter på separationen påvisas bland ogifta i en studie. Antalet deltagare i studierna är dock så begränsat att det är svårt att statistiskt säkerställa effekter på förekomst av separationer.

Författare, år, land	Markman, 1993 [42], USA
Studiepopulation, rekrytering, antal och medelvärden	Rekrytering: Paren rekryterades via artiklar och affischer. De betalades 25 \$ vid varje mättillfälle. Antal: totalt 134 inbjudna, 43 avböjer, 41 i försöksgrupp varav 32 fullföljer programmet, 50 i kontrollgrupp. Metod för fördelning i grupper framgår ej. Medelålder: 24 år. Relation: längd 2,5 år, 39 % sammanboende, 60 % förlovade. Utbildningslängd: 5 år efter start 15,8 år. Ej skillnad mellan försöks- och kontrollgrupp.
Bortfall	Efter 3 år: uppgifter saknas Efter 4 år: information från 17/32 i försöksgrupp, 26/50 i kontrollgrupp. Efter 5 år: information från 20/32 i försöksgrupp, 32/50 i kontrollgrupp.
Intervention	Försöksgrupp: PREP 15 timmar, 3–5 par per grupp. Kontrollgrupp: ingen insats
Effekt: försöksgrupp jämfört med kontrollgrupp – endast statistiskt säkerställda skillnader	Efter 3 år: mindre negativ kommunikation. Enbart bland ogifta: färre separationer. Efter 4 år: bättre kommunikationsfärdigheter och mer positiv kommunikation. Efter 5 år: Mindre våld. Enbart bland män: bättre kommunikationsfärdigheter, mer positiv kommunikation, ökad tillfredsställelse med relationen.
Författare, år, land	Kaiser, 1998 [43], Tyskland
Studiepopulation, rekrytering, antal och medelvärden	Rekrytering: Paren rekryterades via annons. Antal: totalt 88 inbjudna, 21 avböjer, 31 i försöksgrupp, 36 i kontrollgrupp. Slumpvis fördelning till försöksgrupp och kontrollgrupp. Medelålder: 39 år. Relation: längd 10,9 år, 79 % gifta, 21 % sammanboende, 75 % har barn, 20 % tidigare skilda. Missnöjda med relationen: 70 %, enligt DAS [46]. Utbildningslängd: 60 % minst gymnasial utbildning.
Bortfall	Efter 4 månader: information från 67/67

	Efter 1 år: information från 48/67
Intervention	Försöksgrupp: EPL II baseras på PREP, 4 par per grupp. Kontrollgrupp: erbjuds EPL II efter ett år
Effekt: försöksgrupp jämfört med kontrollgrupp – endast statistiskt säkerställda skillnader	Efter 4 månader: färre relationsproblem och mer positiv verbal och icke-verbal kommunikation. Efter 1 år: färre relationsproblem.
Författare, år, land	Halford, 2001 [44], Australien
Studiepopulation, rekrytering, antal och medelvärden	Rekrytering: Paret rekryterades via artiklar och affischer. Antal: totalt 79 inbjudna som deltar, 42 i försöksgrupp varav 37 fullföljer, 37 i kontrollgrupp varav 32 fullföljer. Slumpvis fördelning till försöksgrupp och kontrollgrupp. Medelålder: 31 år. Relation: längd 27 mån, 59 % sammanboende, 28 % tidigare skilda, 24 % barn från tidigare; relation. Relationskvalitet enligt DAS [46] 117 i försöksgrupp, 115 i kontrollgrupp. Utbildningslängd: 1,4 års utbildning. Ej skillnad mellan försöks- och kontrollgrupp.
Bortfall	Efter 1 år: information från 61/67 Efter 4 år: information från 56/67
Intervention	Försöksgrupp: Self-PREP, som betonar självreglering, dvs. paret utvärderar, utvecklar och återkopplar information om beteende, 15 timmar, 3–5 par per grupp. Kontrollgrupp: insats i grupp med information, kursbok och diskussioner men utan färdighetsträning
Effekt: försöksgrupp jämfört med kontrollgrupp – endast statistiskt säkerställda skillnader	Separat analys i en högriskgrupp (skilda föräldrar och våld i ursprungsfamiljen) och en lågriskgrupp utan dessa egenskaper. Efter 1 år: högriskgrupp mindre negativ kommunikation. Efter 4 år: högriskgrupp bättre relationskvalité, lågriskgrupp sämre relationskvalité.
Författare, år, land	Stanley, 2001 [45] USA
Studiepopulation, rekrytering, antal och medelvärden	Rekrytering: Par som skulle gifta sig i kyrkan i 45 församlingar ombads av prästen att delta. Antal: totalt 138 inbjudna som deltar, 106 i försöksgrupp, 32 i kontrollgrupp. Slumpvis fördelning till försöksgrupp och kontrollgrupp. Medelålder: 26 år. Relation: längd 3 år, 88 % förlovade. Relationskvalitet enligt DAS [46] 124 i försöksgrupp, 125 i kontrollgrupp.
Bortfall	Ej rapporterat
Intervention	Försöksgrupp: PREP. Kontrollgrupp: naturligt förekommande samtal med religiösa ledare 1–4 timmer per par, 19 % inkluderande färdighetsträning.
Effekt: försöksgrupp jämfört med kontrollgrupp – endast statistiskt säkerställda skillnader	Direkt efter insatsen: mer positiv kommunikation, mindre negativ kommunikation, bättre problemlösningsförmåga.

Tabell 9:1. Kontrollerade studier av PREP

Studierna visar på lovande resultat, men det finns också begränsningar i de undersökningar som gjorts. Cirka hälften av alla par som erbjuds PREP tackar nej till att delta. Det gör att de par som deltar och sedan utvärderas systematiskt skiljer sig från dem som avböjt. Tidigare studier av PREP har visat att par som tackar nej till att delta visserligen har samma sociala bakgrund och lika goda kommunikationsfärdigheter som interventionsgruppen vid studiens start, men separerar oftare än deltagargruppen innan de ens hunnit gifta sig [42]. Männén i dessa icke-deltagande par uppgav också lägre äktenskapskvalitet och mindre hängivenhet [42]. I en av studierna är bortfallet påtagligt, vilket gör resultatet osäkert [42].

Deltagarna hade vanligen medelklassbakgrund och var inte sällan religiöst engagerade. Det innebär att resultaten inte enkelt kan överföras till breda grupper i Sverige.

Situationen i Sverige

I Sverige finns ingen kyrklig tradition av äktenskapsförberedande samtal eller kurser. Dock har Svenska kyrkan sedan år 1999 börjat pröva användning av PREP [47]. Valet av metod grundas på den vetenskapliga dokumentationen och goda erfarenheter av metoden vid Samlivscentret Modum Bad i Norge. Hösten 2004 har cirka 200 gruppledare utbildats i Svenska kyrkans regi. Gruppledarna är vanligen diakoner, präster, psykologer eller pedagoger. Ett material på svenska har tagits fram. Erfarenheterna är mycket positiva.

I Mora erbjuder familjerådgivarna PREP, i Sverige kallat Verktyg för varaktig kärlek [48]. Erfarenheterna där är att de flesta paren fullföljer utbildningen. Särskilt männén har uppskattat utbildningens konkreta och strukturerade upplägg. Betoningen på kommunikation tilltalar särskilt kvinnorna. Försöksvis kommer Familjecentrum i Mora (MVC och BVC) under hösten 2004 att erbjuda PREP till alla inskrivna par.

Parterapi

Par som har relationsproblem erbjuds i första hand kommunal familjerådgivning. Svenska kyrkan tillhandahåller familjerådgivning i vissa församlingar. I Sverige finns cirka 300 kommunala och cirka 100 kyrkliga famil-

jerådgivare. Privat arbetande parterapeuter finns i större städer men kostnaderna för behandling utestänger stora grupper. Familjerådgivningens behandlingsarbete bygger på systemiska, psykodynamiska, kognitiva, familjeterapeutiska, sexologiska och pedagogiska teorier och metoder. Det är vanligt med 1–5 samtal för varje par.

Kontrollerade studier av parterapi visar vanligen på gynnsamma effekter [40, 49]. Beteendeoriktrad parterapi är bäst dokumenterad, följt av kognitiv parterapi och insiktsorienterad parterapi. Ingen metod kan tydligt framhållas som mer effektiv än den andra. I de flesta studier har paren inte följts längre än 6–9 månader efter avslutad intervention, vilket gör det svårt att avgöra om behandlingen har långtidseffekter.

Föräldrars intresse

Den föräldrarenkät som presenteras i kapitel 5 saknar frågor om relationsutbildning. De svenska erfarenheterna visar dock på ett intresse för denna typ av insats. Det är möjligt att intresset är särskilt stort i grupper som kommer från länder där relationsutbildning är vanlig.

Kostnader

Kostnaden för PREP kan uppskattas till 1 600 kr per par. Uppskattningen bygger på de beräkningar för samspelsprogram som presenteras i kapitel 7. Antalet kurstimmar i PREP är ungefär hälften av de timmar som åtgår för samspelsprogrammen, vilket bör halvera kostnaden. Å andra sidan deltar genomgående båda föräldrarna vilket kräver mer ledare och därför fördubblar kostnaden. Slutresultaten blir en jämförbar kostnad.

Diskussion

Förekomst av konflikter i familjer är en väl dokumenterad riskfaktor för ohälsa under uppväxten och för sjuklighet och dödlighet senare i livet [32]. Förebyggande relationsutbildning förefaller därför kunna reducera före-

komsten av sådana konflikter, vilket därigenom kan förväntas gynna barnens välfärd och hälsa. Den metod som har börjat användas i Sverige, PREP, är den vars effekt är bäst dokumenterad. Metoden har börjat prövas inom mödrahälsovården.

Säkerheten för slutsatser om effekten i de genomförda studierna är dock måttlig eftersom studierna har flera brister. Vidare förefaller PREP vara väl ägnat för par från medelklassen, medan det är mer osäkert hur väl metoden passar för socialt mindre gynnade par. Mot denna bakgrund förefaller en svensk randomiserad kontrollerad effektstudie av PREP motiverad. De effekter som bör studeras är i första hand samspelet mellan föräldrarna och samspelet mellan barn och föräldrar. Samtidigt som denna studie genomförs är det lämpligt att praktiskt pröva metoden inom den ram som är mest lämpad för bred spridning, vilken förefaller vara mödrahälsovården.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar mödrahälsovården att pröva användning av PREP.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att stödja forskning av förebyggande relationsutbildning.

Medverkande

Anna Sarkadi har varit huvudförfattare. Sven Bremberg har utformat riktlinjer och bearbetat texten.

Referenser

1. Allt för föräldrar. URL: <http://www.alltforforaldrar.se>.
2. Nyström K, Öhrling K. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *J Adv Nurs* 2004;46(3):319-30.
3. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
4. Ballard C, Davies R. Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry* 1996;8:65-71.
5. Cowan C, Cowan P. What's happening to us? I: When partners become parents. The big life change for couples. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1992:91-113.
6. Belsky J, Rovine M. Patterns of marital change across the transition to parenthood. *J Marriage Fam* 1990;52:109-23.
7. Belsky J, Spanier G, Rovine M. Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *J Marriage Fam* 1983;45:567-77.
8. Shapiro A, Gottman J, Carrère S. The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *J Fam Psychol* 2000;14(1):59-70.
9. Belsky J, Pensky E. Marital change across the transition to parenthood. *Marriage Family Rev* 1988;12:133-56.
10. Holmberg C. Det kallas kärlek. En socialpsykologisk studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par. Göteborg: Anamma; 1993.
11. Cowan C, Cowan P. Who does what when partners become parents: Implications for men, women, and marriage. *Marriage Family Rev* 1988;13:105-32.
12. Cowan C, Cowan P. Parenting our children. I: When partners become parents. The big life change for couples. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1992.

13. Howes P, Markman H. Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development* 1989;60:1044-51.
14. Hay D, Sharp D, Pawlby S, Schmücker G, Mills A, Allen H, et al. Parents' judgements about young children's problems: Why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes. *J Child Psychiatr* 1999;40(8):1249-58.
15. Benzie KM, Harrison MJ, Magill-Evans J. Parenting Stress, Marital Quality, and Child Behavior Problems at Age 7 Years. *Public Health Nurs* 2004;21(2):111-21.
16. Soliday E, McCluskey-Fawcett K, O'Brien M. Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *Am J Orthopsych* 1999;69(1):30-8.
17. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;60(2):75-85.
18. Carro M, Grant K, Gotlib I, Compas B. Postpartum depression and child: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology* 1993;5:567-79.
19. Sarkadi A, Kristiansson R, Bremberg S. Fäders betydelse för barns hälsa och utveckling. En systematisk översikt av longitudinella studier. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
20. Kalmijn M. Father involvement in childrearing and the perceived stability of marriage. *J Marriage Fam* 1999;61(May):409-21.
21. Dickie J. Interrelationships within the mother-father-infant triad. I: Berman P, Pedersen F, red. *Men's transitions to parenthood. Longitudinal studies of early family experience*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers; 1987.
22. Nugent K. Cultural and Psychological Influences on the Father's Role in Infant Development. *J Marriage Fam* 1991;53(2):475-85.

23. Harris K, Furstenberg F, Marmer J. Paternal involvement with adolescents in intact families: The influence of fathers over the life course. *Demography* 1998;35(2):201-16.
24. Coiro M, Emery R. Do marriage problems affect fathering more than mothering? A qualitative and qualitative review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1998;1(1):23-38.
25. Levnadsförhållanden. Barn och deras familjer 2002. Report No.: Demografiska rapporter 2003:7. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2003.
26. Barn och deras familjer 2001. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2001.
27. Landgren Möller E. Att hålla ihop när barnen kommer. *Välfärds-Bulletinen* 1999(2):19-21.
28. Hetherington E, Stanley HM. Parenting in divorced and remarried families. I: Bornstein I, red. *Handbook of parenting. Status and social conditions of parenting, vol 3*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995.
29. Cederblad M. Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. *Nord Psychiatry* 1996;50(Suppl 36):55-66.
30. Amato P, Keith B. Parental divorce and the well-being of their children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1991;110:26-46.
31. Amato P. Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology* 2001;15(3):355-370.
32. Troxel WM, Matthews KA. What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004;7(1):29-57.
33. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1993;36:1047-52.
34. Schaffer H. *Social Development: An Introduction*. Oxford: Blackwell; 1996.

35. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Family change, parental discord and early offending. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33(6):1059-75.
36. Schaffer HR, Nilsson B. Beslut om barn: psykologiska frågor och svar. Lund: Studentlitteratur; 1995.
37. Dalgas-Pelish P. The impact of the first child on marital happiness. *J Adv Nurs* 1993;18:437-41.
38. Cowan C, Cowan P. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Fam Relations* 1995;44:412-23.
39. Halford W, Markman H, Kline G, Stanley S. Best practice in couple relationship education. *J Marital Fam Ther* 2003;29(3):385-406.
40. Christensen A, Heavey C. Interventions for couples. *Ann Rev Psychol* 1999;50:165-90.
41. Freedman C, Low S, Markman H, Stanley S. Equipping couples with the tools to cope with predictable and unpredictable crisis events: The PREP program. *Int J Emergency Mental Health* 2002;4(1):49-55.
42. Markman H, Renick M, Floyd F, Stanley S, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61(1):70-77.
43. Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf, Groth T. The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(5):753-60.
44. Halford W, Sanders M, Behrens B. Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? *J Fam Psychol* 2001;21:750-68.
45. Stanley S, Markman H, Prado L, Olmos-Gallo A, Tonelli L, St. Peters M, et al. Community-based premarital prevention: Clergy and lay leaders on the front lines. *Fam Relations* 2001;50:67-76.

46. Spanier G. Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Family* 1976;38:15-28.
47. Ersta diakonisällskap. Svenska kyrkans centrum för familjerådgivning, arbetshandledning, personalsjälvård och familjerelationsfrågor. URL: http://www.ersta.se/kyrka_diakoni/sv_kyrkans_centrum/prep.htm.
48. Mora kommun. Kurs för par som vill utveckla sin relation. URL: http://www.mora.se/ArticlePages/200303/04/20030304142016_UK929/20030304142016_UK929.dbp.html.
49. Lundblad A-M, Hansson K. Familjebehandling på goda grunder. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) och Förlagshuset Gothia; 2003.

10.

TELEFONRÅDGIVNING

10.

TELEFONRÅDGIVNING

I den föräldrakät som redovisas i kapitel 5 får föräldrar svara på frågor om intresse för rådgivning per telefon ” ... frågor Du har som förälder. Du kan fråga om vad som helst som är aktuellt för Dig, till exempel att hantera konflikter och att få bra kontakt med barn.” Påfallande många (41 procent) anger intresse för denna form av stöd. Det är 4 gånger fler än de som anger att de någonsin ringt en sådan telefonrådgivning (9 procent). Skillnaden mellan intresse och faktisk erfarenhet är större för telefonrådgivning än för de flesta andra former av föräldrastöd. Ett skäl till intresset kan vara att telefonrådgivning är lättillgänglig, ett annat att den som ringer kan vara anonym. Intresset för formen motiverar en särskild analys.

Effekt

I kapitel 3 diskuteras effekter av individuell öppen rådgivning. Rådgivning kan förmedla information, ge tillgång till resurser, erbjuda känslomässigt stöd och ge hjälp till den som tar kontakt att själv värdera sin egen situation. Effekter av rådgivning till personer som har någon form av problem har studerats experimentellt. I 7 av 8 kontrollerade studier förbättras den psykiska, alternativt den sociala, situationen av rådgivning. I ett försök redovisas dock en försämring av försöksgruppens hälsa. Motsvarande kontrollerade studier av rådgivning per telefon har inte redovisats. Det är dock sannolikt att telefonrådgivning också ger positiva effekter.

En studie av automatisk rådgivning per telefon med inspelade meddelanden för föräldrar kring barnmedicinska problem har redovisats [1]. Den visar att föräldrar var mycket nöjda med tjänsten. Vare sig barnens eller föräldrarnas hälsa studerades i detta försök.

Situationen i Sverige

I Sverige finns omfattande system för rådgivning per telefon som föräldrar använder sig av. Rådgivning kring medicinska frågor är mest utvecklad. Den erbjuds av den allmänna sjukvårdsupplysningen liksom av enskilda enheter inom barnhälsovård, övrig primärvård och specialistvård utom och inom sjukhus. Rådgivning per telefon erbjuds ofta som alternativ till mottagningsbesök. Dessa telefontjänster erbjuder dock relativt sällan stöd vid den typ av frågor som angavs i enkäten.

Kontakter per telefon är också vanliga inom socialtjänst och familjerådgivning. Här kan frågorna ligga närmare de som avses i föräldraenkäten. I allmänhet utgör dock telefonrådgivningen inom dessa organisationer främst delar av bokningssystemet, liksom är fallet inom sjukvården.

Föräldrar kan per telefon ta kontakt med förskolelärare och lärare kring frågor av den typ som enkäten avser. Kontakter sker vanligen med de lärare som har ansvar för det egna barnet. Dessa kontakter kan därför inte förväntas tillgodose behovet av telefonrådgivning.

På nationell nivå finns 3 organisationer som nationellt erbjuder telefonrådgivning specifikt för föräldrar, BRIS (Barnens rätt i samhället), Rädda Barnen och Svenska föreningen för psykisk hälsa. Andra nationella hjälplinjer kan också tillgodose en del av föräldrarnas behov.

Hälso- och sjukvård

Sjukvårdsupplysning

I de flesta landsting finns i dag sjukvårdsupplysning dit alla kan ringa. Fyrbodal är representativ. Rådgivningen där är öppen dygnet runt, ger service åt 270 000 invånare och tog år 2003 emot cirka 100 000 samtal. Verksamheten betjänas av sjuksköterskor motsvarande 14,5 helårsarbeten. Omkring 50 procent av alla frågor rör barn, främst barn i ålder 0–3 år, och främst infektioner. Barn i åldern 0–17 år utgör cirka 20 procent av befolkningen. Grundat på detta antagande har föräldrarna i Fyrbodal kontakter med sjukvårdsrådgivningen motsvarande 2 000 samtal per 1 000 barn och år.

Avsikten är att år 2006 samordna de regionala linjerna till ett nationellt nätverk med ett gemensamt nummer: 1177 Vårdråd per telefon. Rådgivarna kommer att ha tillgång till datoriserat beslutsstöd som integreras med den information till allmänheten som i dag finns tillgänglig på Infomedicas

webbplats [2]. Nätverket ska ge en hög tillgänglighet där 90 procent av alla samtal ska besvaras inom 3 minuter.

Barnhälsovård och familjecentraler

Föräldrar har täta kontakter med barnhälsovården, främst under spädbarnsåret och sällan efter 6 års ålder. Fördelat på hela perioden 0–17 år kan antalet telefonkontakter med barnsjuksköterskan uppskattas till 200 per 1 000 barn och år.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri i Västerås har under senare år utvecklat rådgivningen per telefon. Kliniken hade dessförinnan rutiner liknande de som finns inom många andra verksamheter. Inkomna remisser och förfrågningar resulterade rutinmässigt i att tid för konsultation bokades på en mottagning. Med nya rutinerna fick föräldrarna ett längre samtal per telefon, vanligen 20 minuter. Först därefter tar parterna gemensamt ställning till om ett besök på en mottagning är motiverat. Ofta hade frågan kunnat behandlas tillfredsställande under telefonsamtalet. Klinken genomför cirka 300 samtal per år för en totalbefolkning om 150 000 personer. Detta motsvarar 10 samtal per 1 000 barn och år.

Socialtjänst

Förfrågningar per telefon till socialtjänsten, från personer som inte tidigare är kända, leder ofta till att tid bokas på en mottagning. I delar av landet har dock socialtjänsten börjat pröva andra sätt att använda telefonen. Socialtjänsten i Falun kommun kan tjäna som exempel. Som förälder kan man ringa en särskild rådgivning som bemannas av socialrådgivare 3 dagar i veckan klockan 13–16 [3]. Verksamheten är skild från socialtjänstens myndighetsutövande delar och föräldrarna kan om de så önskar vara anonyma. I första hand erbjuds telefonrådgivning, som dock kan följas av ett besök på mottagning.

Familjerådgivning

Familjerådgivningen i Skövde har utvecklat rådgivning per telefon som till stor del används av föräldrar. Telefonen är öppen 2 timmar per vardag. Omkring 150 samtal tas emot varje år från en totalbefolkning om 50 000 innevanare. Varje samtal varar 10–15 minuter (personligt meddelande,

Benita Haals Stiernstedt, 2004). Om alla samtal antas komma från föräldrar motsvarar detta 15 samtal per 1 000 barn och år.

Nationella hjälplinjer för föräldrar

Sammanfattande information om de 3 föräldrarefoner som finns i Sverige presenteras i tabell 10:1.

Telefonens namn och land	Huvudman	Antal samtal per år	Antal samtal per 1000 barn och år	Andel män som ringer	Samtalens längd	Svararnas utbildning	Kostnade per samtal (SEK)
Sverige	Barnens rätt i samhället (BRIS)	2 239	1,2	25%	20 min.	Professionella	250 kr
Sverige	Rädda barnen	1 400	0,8	25%	15 min.	Frivilliga	350 kr ¹
Sverige	Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph)	1 262	0,7	20%	20–30 min.	Frivilliga	250 kr
Norge	Mental barnehjelp	1 500	1,7	25%	20–30 min.	Professionella och frivilliga	1 100 kr
Danmark	Børns Vilkår	2 500	2,3				
Finland	Mannerheims Barnskydds-förbund	1 000	1,0				
Nederländerna	15 samarbetande frivillig-organisationer	5 318	1,7		20–45 min.	Professionella	140 kr ²
Storbritannien	Parentline Plus	75 000	6,3		23 min.	Professionella och frivilliga	280 kr
Frankrike	Education de Parents	125 000	10				

Tabell 10:1. Nationella hjälptelefoner för föräldrar i Sverige och några andra europeiska länder. Uppgifter om antal samtal enligt senaste uppgift, vanligen år 2003. Uppgiften om kostnad per samtal grundas på information om budget för verksamheten, inklusive marknadsföring, och antal samtal per år.

1 Exklusive kostnad för marknadsföring.

2 Inkluderar en samtalsavgift om 0,2 ff per minut som föräldrarna själva betalar.

I BRIS vuxentelefon svarar personer som är anställda inom BRIS. Endast 18 procent av anropen i växeln tas emot [4]. Av samtalen kommer 59 procent från föräldrar medan övriga samtal kommer från andra vuxna, exempelvis far- och morföräldrar. De vanligaste frågorna är skilsmässa (34 procent), familjekonflikter (21 procent), problem i föräldrarollen (20 procent) och barns psykiska hälsa (16 procent). Ett exempel på en fråga som föranleder samtal är svartsjuka mellan syskon. Ett annat exempel gäller morföräldrars rätt att träffa sina barnbarn. Många frågor gäller information om vad socialtjänsten gör.

I Rädda Barnens föräldratelefon svarar omkring 150 oavlönade föräldrar som fått utbildning i uppgiften i cirkelform vid 6–7 tillfällen, samt under en heldag. Varje svarare medverkar som svarare minst 3 timmar per månad och deltar i ett möte per månad med andra svarare. Telefonrådgivningen är tillgänglig 3 timmar på vardagskvällar och mitt på dagen på helger. Ensamstående föräldrar dominerar bland de som ringer. De vanligaste frågorna gäller uppfostran (30 procent) och skilsmässa (30 procent).

I Sfphs föräldratelefon (Svenska föreningen för psykisk hälsa) svarar 18 oavlönade psykologer. De vanligaste frågorna är osäkerhet i föräldrarollen (50 procent), skilsmässa (24 procent) samt problem i relationen mellan föräldrar och barn (20 procent).

Andra lokala och nationella hjälplinjer

Det finns ett flertal hjälplinjer som är riktade till olika grupper. Några kan vara aktuella även för föräldrar. Utformningen av andra hjälplinjer pekar också på de möjligheter som finns att utveckla nationella hjälplinjer särskilt för föräldrar.

Svenska kyrkans jourtjänst i Göteborg tar emot 23 000 samtal per år. Där svarar 90 frivilliga dygnet runt. Fyrtiofem procent av samtalen kommer från kvinnor. Samtalen varar i genomsnitt 20 minuter. De vanligaste frågorna gäller psykiska problem (30 procent) och relationer (10 procent). Beräknat på en totalbefolkning om 1 miljon motsvarar insatsen 23 samtal per 1 000 invånare och år. Kostnaderna per samtal uppskattas vara 150 kr.

Nationella hjälplinjen drivs av 7 frivilligorganisationer (Riksföreningen Ananke, Föreningen Balans, Riksföreningen Autism, RSMH, SPES, ÅSS och RUS) med stöd från Allmänna arvsfonden. Telefonen erbjuder hjälp för människor i akut psykisk kris. De som svarar har utbildning som psykolog eller sjuksköterska. Telefonen tog emot 17 040 fullföljda samtal år 2003. Femtioåtta procent av samtalen kommer från kvinnor. Samtalen varar i genomsnitt 18 minuter. Beräknat på hela svenska befolkningen om 9 miljon motsvarar insatsen 1,9 samtal per 1 000 innevånare och år. Kostnaderna per samtal uppskattas vara 400 kr.

Föräldratelefoner i 7 andra länder i Europa

Uppgifterna bygger på information som erhållits från representanter för respektive telefonlinje, dock med ett undantag, Frankrike, där uppgifterna kommer från en nederländsk representant som besökt den franska hjälpföräldratelefonen i slutet av 1990-talet.

Norge

I den norska föräldratelefonen svarar 15 anställda samt samarbetspartners. De vanligaste frågorna är ungdomsproblem och problem med barn i förskolan. Telefonen är tillgänglig 35 timmar i veckan. Antalet samtal har minskat de senaste åren vilket antas bero på bristande marknadsföring. För att minska de höga kostnaderna söker man öka medverkan av obetalda frivilliga. Under det senaste året har organisationen prövat ett erbjudande med att svara via e-post. Organisationen erbjuder också utbildning av gruppleddare för samtalsgrupper för föräldrar.

Danmark

I den danska föräldratelefonen svarar 130 frivilliga som är verksamma inom barnområdet. De vanligaste frågorna gäller uppfostran och skilsmässa. Ungefär 30 samtal om året leder till att organisationen kontakter socialtjänsten.

Finland

I den finska föräldratelefonen svarar frivilliga som får handledning av pro-

fessionella. Organisationen utvecklar för närvarande en internettjänst för föräldrar med hjälp av ett anslag om 1,8 mnkr från en livsmedelskedja.

Nederländerna

I den nederländska föräldratelefonen svarar särskilt anställda. Telefonen drivs av 15 olika organisationer som samarbetar och använder ett gemensamt telefonnummer. Varje organisation svarar i telefonen under en halv dag. De vanligaste frågorna rör barns sömn, deras utveckling, uppfostran, bestraffning, olydnad, uppmärksamhetssökande beteende och matproblem.

Storbritannien

I den brittiska föräldratelefonen besvarar både frivilliga och anställda ungefär lika stor andel av alla samtal. De som svarar befinner sig på 9 olika centra. Storbritanniens föräldratelefon bildades genom att 12 små lokala organisationer upplöstes och gick ihop om ett gemensamt nummer och i en gemensam organisation. Telefonen är öppen dygnet runt. De vanligaste frågorna är konflikter inom familjen (73 procent), psykiska och känslomässiga problem hos barnen (54 procent) och barnens skolgång (20 procent). De som ringer önskar praktiska råd (40 procent), utrymme för att få tala om egna känslor (34 procent) samt stöd och uppmuntran (23 procent). Svaren har tillgång till listor med ett hundratal andra frivilligorganisationer som svararen kan hänvisa till. Organisationen erbjuder också föräldragrupper både på plats och i form av telefonkonferenser med 5–6 möten om 45 minuter.

Frankrike

Den franska föräldratelefonen erbjuder råd från professionella med olika yrkesbakgrund kring ett flertal olika frågor kring barnens hälsa, förskola och skola, juridik och fritidsverksamhet. ‘

Föräldrars intresse

Enkäten visar att en stor del av alla föräldrar (41 procent) är intresserad av stöd i denna form.

Kön

Den telefonrådgivning som erbjuds i Sverige är till stor del inriktad på kvinnor. Ungefär 3 gånger fler kvinnor än män använder sig av denna tjänst. I motsats till många andra former av föräldrastöd är dock intresset för telefonrådgivning relativt jämnt fördelat mellan könen. Endast 30 procent fler kvinnor än män anger intresse för denna form. Intresset bland män förefaller således tillgodoses dåligt. En möjlig förklaring till att föräldratelefonerna i Sverige endast används av ett fåtal män kan vara att de flesta som svarar är kvinnor. Män kan ha behov av att den som svarar är av samma kön

Socioekonomiska grupper

Enkäten visar att intresset för telefonrådgivning är ungefär lika stor i olika sociala skikt. Om de svenska föräldratelefonerna också tillgodoser detta intresse jämt är dock inte känt. Utländska studier av rådgivning per telefon i hälsofrågor tyder på att tjänsten i första hand används av högutbildade kvinnor om man inte gör särskilda ansträngningar för att nå andra grupper [5]. Det är möjligt att de svarandes sociala bakgrund också påverkar användningen av föräldratelefoner. Ofta är det en fördel att få tala med en person som har liknande social bakgrund. Detta innebär att det kan vara lämpligt att försöka tillgodose detta behov då personer rekryteras till svare.

Födelseland

Intresset för telefonrådgivning förefaller vara ungefär lika stort bland föräldrar födda utom som inom Norden.

Kostnader

Kostnaderna per samtal är i genomsnitt 200–300 kr. Det finns inga systematiska skillnader mellan samtalens längd och kostnaden. Kostnaden förefaller inte heller hänga samman med om det är obetalda frivilliga eller professionella som svarar. Detta kan bero på att det krävs utbildning och stöd till de frivilliga från avlönade professionella. Vinsten med att frivilliga deltar ligger således inte vid en möjlighet att reducera kostnaderna, utan i ta tillvara flera personers engagemang. En annan fördel med att frivilliga svarar är att de kan ha liknande social bakgrund som de som ringer.

Flera företrädare för föräldratelefoner framhåller att kostnaderna för marknadsföring är betydande. Det innebär att kostnaderna per samtal blir relativt höga om en telefonlinje endast har få samtal. De höga kostnaderna per samtal i Norge illustrerar detta förhållande.

För att det ska vara möjligt att jämföra kostnaderna för denna form med andra former av föräldrastöd krävs antaganden om hur ofta föräldrar kan förväntas använda en föräldratelefon. Ett möjligt antagande är att de 41 procent som svarat jakande på frågan önskar använda telefonen 2 gånger under barnens uppväxt från 0–17 år. Detta motsvarar omkring 0,8 samtal per barn under barnets hela uppväxt, vilket ger en kostnad om cirka 200 kr per barn.

Diskussion

Telefonrådgivning för föräldrar kan beröra många olika områden. Fokus i denna rapport ligger vid att främja psykisk hälsa. Det innebär att den rådgivning som erbjuds för fysiska hälsoproblem, exempelvis infektioner, inte är motiverat att behandla här. Det finns organisationer som förfogar över betydande resurser som har till uppgift att ansvara för sådan rådgivning.

Det finns indirekta belägg för att telefonrådgivning till föräldrar kan främja barns hälsa och välfärd. Sambanden mellan tillgång till sådan rådgivning och barns välfärd är dock betydligt osäkrare än för de bäst dokumenterade strukturerade metoderna, exempelvis samspeleprogrammen. Kostnaderna för telefonrådgivning är inte heller försumbara. Detta talar för att telefonrådgivning skulle ha begränsat intresse.

Det finns dock 3 skäl till att lyfta fram telefonrådgivning som metod. Det första skälet är att det är en tjänst föräldrar efterfrågar. Ett andra skäl är att telefonrådgivning går att integrera med befintliga tjänster så att dessa tjänster används mer rationellt. Ett exempel på en sådan integration utgör den telefonrådgivning som barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Västerås erbjuder. En telefonkontakt uppskattas kosta 250 kr, medan kostnaden för ett besök på en mottagning är flerdubbelt högre. En genomtänkt användning av telefonrådgivning kan öka utbytet för befolkningen av klinikens verksamhet. Fler föräldrar får tillgång till enkel rådgivning, samtidigt som verksamheten på mottagningen kan inriktas på de familjer som har störst utbyte av besök där. Liknande kan också gälla för kommunernas familjerådgivning och i viss mån även för socialtjänsten. De exempel som presenteras tyder på att sådan lokal föräldrarådgivning kan erbjuda i storleksordningen 10 kontakter per 1 000 barn och år inom befintlig ram, utan ny finansiering.

Det tredje skälet är att rådgivningen kan fungera som ingång till ett flertal andra former av föräldrastöd. De strukturerade gruppmetoder som presenteras i kapitel 6–8 förväntas kunna spridas i landet under de närmaste åren. Föräldrar kommer att ha varierande kännedom om vilka verksamheter som erbjuds lokalt. En rådgivare kan per telefon förmedla sådan information. Detta förutsätter att rådgivaren har kunskap om lokala insatser. Det smidigaste sättet är att sammanställa informationen i en databas som är tillgänglig både för rådgivare och allmänhet via internet, se kapitel 11. Nyttan av telefonrådgivning ökar således om en webbplats för föräldrar utvecklas där olika resurser för föräldrar presenteras.

Det är inte troligt att lokala telefoner jämnt kan täcka landet. Dessa behöver därför kompletteras av nationellt täckande telefonrådgivning. I dag bedriver BRIS, Rädda Barnen och sfph sådan rådgivning. Tillsammans erbjuder de 2,7 samtal per 1 000 barn och år. Företrädarna för dessa telefoner framhåller att det som i första hand begränsar telefonernas volym är kostnader för marknadsföring. Kostnaderna för marknadsföring minskar om flera samarbetar. Detta har också skett när de 3 organisationerna gått ut med gemensam information. De har dock behållit olika telefonnummer. Erfarenheterna från Nederländerna och Storbritannien tyder på att ett utökat samarbete mellan olika frivilligorganisationer är meningsfullt. I båda dessa länder erbjuds föräldrar ett gemensamt telefonnummer, vilket avse-

värt underlättar marknadsföringen. Föräldratelefonen volym i Storbritannien, 6,3 samtal per 1 000 barn och år, är 2,5 gånger högre än i Sverige. Uppgiften tyder på att fler föräldrar också i Sverige skulle kunna få stöd per telefon om samarbetet mellan de befintliga organisationerna utvecklas.

Föräldrtelefon har förutsättning att nå båda könen, olika sociala grupper och föräldrar födda i olika länder på ett relativt likvärdigt sätt. Detta fordrar dock sannolikt att rekrytering av de personer som ska ta emot samtalen görs så att båda könen, olika sociala grupper och olika födelseländer blir representerade ungefär motsvarar befolkningens sammansättning i stort.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar de barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna, den kommunala familjerådgivningen samt socialtjänsten att erbjuda rådgivning per telefon för föräldrar.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge ekonomiskt stöd till frivilliga organisationer som avser samarbete kring en nationell föräldrtelefon med ett gemensamt telefonnummer.

Medverkande

Utgångspunkten för beskrivning av svenska hjälptelefoner är material som presenterades vid en konferens arrangerad av Allmänna Barnhuset i april 2004. Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag.

Referenser

1. Kempe A, Dempsey C, Poole SR. Introduction of a recorded health information line into a pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(6):604-10.
2. Infomedica. Information om hälsa och sjukvård från Sveriges landsting och Apoteket. URL: <http://www.infomedica.se>.
3. Falu kommun. Dialogen. URL: <http://www.falun.se/dialogen>.
4. BRIS rapporten 2003. Stockholm: BRIS; 2004.
5. McBride CM, Rimer BK. Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education & Counseling* 1999;37(1):3-18.

11.

FÖRÄLDRASTÖD GENOM MEDIA

11.

FÖRÄLDRASTÖD GENOM MEDIA

I Sverige ägnar vuxna i genomsnitt 3 timmar per dag åt TV, radio och läsning [1]. Uppenbarligen har en så dominerande aktivitet betydelse för föräldrar då de ska forma sin bild av föräldraskap. Ett stort intresse för stöd via media framgår också från föräldraenkäten, kapitel 5, och från utländska studier. Föräldrar önskar information om barns utveckling, uppfostran och hälsa [2]. Särskilt söker föräldrar information kring specifika problem som exempelvis matvägran, aggressionsutbrott, sömnproblem, mycket videospel och TV-tittande. Informationen ska helst vara tillgänglig direkt när en specifik fråga blir aktuell. Det finns ofta olika uppfattningar om vad som är rätt, även experter emellan. Därför bör det vara möjligt för föräldrar att orientera sig, utan att bli förvirrade och utan att drunkna i mängder av information.

Effekt

I kapitel 2 diskuteras generellt vad som påverkar föräldrars relation till barn. Det framgår där att vi i första hand lär oss beteenden genom erfarenheter av vad andra människor gör, det vill säga andra människor utgör *rollmodeller*. Vi påverkas mer av människor som vi träffar i verkliga livet och kan interagera med än av människor som vi endast läser om eller ser på TV. Det talar för att media skulle ha underordnad betydelse. Media gör det dock möjligt att ta del av en större mångfald av sätt att leva, jämfört med de erfarenheter vi kan ta del av i verkliga livet. Därigenom kan media ha stor betydelse, trots att vi inte kan komma i direkt kontakt med de människor vi läser om eller ser på TV.

Media kan givetvis också förmedla *information*. Enkla beteenden kan direkt påverkas av information som presenteras i media. Föräldraskap är

dock så sammansatt att stora delar av uppgiften knappast går att tillägna sig genom läsning och TV-program. Innehållet kan dock ge underlag till reflektion.

Tillgång till information har särskild betydelse när föräldrar möter ett problem. Finns det svar på en specifik fråga i en text eller i ett TV-program, då kan information också påverka föräldrarnas beteende. Förutsättningen är dock att föräldrarna aktivt söker ett svar och att svaret finns tillgängligt just när frågan är aktuell.

Effekter av olika avgränsade insatser via media har i några fall studerats i kontrollerade experiment. Detta gäller effekter av samspelsprogram, se kapitel 7, och kommunikationsprogram, se kapitel 8. Effekter av media brukar dock vanligen inte analyseras på detta sätt. I stället stannar prövningen vid att söka svar på om den som tagit del av programmet eller läst artikeln upplevt materialet vara värdefullt. I den enkät som presenteras i kapitel 5 anger 51 procent av föräldrarna att haft nytta av böcker och tidskrifter och 31 procent att de haft nytta av TV och radio. I enkäten är det bara individuell rådgivning på BVC som fler föräldrar angett sig ha haft hjälp av. Detta innebär att stöd via media är en av de viktigaste formerna av föräldrastöd.

Situationen i Sverige

Böcker

Kungliga bibliotekets databas Libris omfattar alla svenska *boktitlar* från år 1866. En sökning i juni 2003 med sökordet "föräldrar" gav knappt 4 000 boktitlar. Föräldralitteraturen kan sorteras in i 4 kategorier. Den kategori som innehåller flest titlar behandlar olika specifika problem hos barn, exempelvis autism eller celiaki. En andra kategori behandlar relationen mellan föräldrar och barn samt uppfostran. Här ingår böcker om barns psykologiska utveckling samt böcker som ger konkreta uppfostringsråd. En tredje kategori behandlar specifika familjesituationer och familjeproblem, exempelvis skilsmässa. Den fjärde kategorin behandlar barn- och familjepolitik och offentligt finansierad verksamhet som rör barn och familj, exempelvis skola och föräldraledighet. I kategorin ingår också texter om barnkonventionen.

Under spädbarnsåret får alla föräldrar gratis boken *Leva med barn*: en bok om små barns hälsa och utveckling, som brett behandlar föräldraskap under de första åren.

Tidskrifter

Tryckt material som omfattar 16 sidor eller mer katalogiseras också i Libris. Sökning i Libris visade 45 titlar på svenska *tidskrifter* som riktar sig till föräldrar. Uppskattningsvis 30 av dessa titlar var aktuella år 2004. De flesta tidskrifter ges ut av frivilliga organisationer och berör främst deras eget område. Två exempel på sådana tidskrifter är *Oss föräldrar emellan*, som är utgiven av Hem och Skola, och *Unga föräldrar* som organisationen Unga föräldrars nätverk ger ut. Flera tidskrifter rör adoption. Kommersiella förlag och vetenskapliga organisationer ger också ut tidskrifter som rör föräldrar. Näringsdepartementet ger ut en tidskrift, *Nya livet*, som riktar sig till nyblivna föräldrar.

TV, video, radio och CD-ROM

Utbildningsradion (UR) är en viktig aktör som sedan ett par år har en särskild satsning avsedd för föräldrar. UR har sedan 2001 producerat cirka 60 *TV-program* eller programavsnitt riktade till föräldrar, och ungefär lika många *radioprogram*. Därtill kommer ett okänt antal inslag i andra TV- och radiokanaler. UR ansvarar även för en webbplats avsedd för föräldrar.

En sökning efter *videofilmer* med ordet föräldrar i Statens ljud- och bildarkiv gav 106 träffar i augusti 2003. Runt 80 av dessa har föräldrar som tydlig målgrupp. Det finns även CD-ROM på svenska avsedda för föräldrar, exempelvis en titel som *Barnet: allt för dig* som ska bli eller är förälder.

Folkbibliotek

Folkbiblioteken samlar och exponerar alla typer av medier. Ibland finns en särskild föräldrahylla för exponering av böcker, tidskrifter, videofilmer, broschyrer etc. I många kommuner tar biblioteket emot föräldrargrupper för visning och samtal om barns språkutveckling.

Internet

På internet finns omfattande material avsett för föräldrar. En sökning i Google på ordet "parents" gav 39 miljoner träffar. En sökning efter svens-

ka internetsidor med ordet "föräldrar" gav knappt 220 000 träffar i augusti 2004. "Föräldrar" kombinerat med "spädbarn" gav 11 500 träffar medan en kombination med "tonår" endast gav 3 670 träffar. En träff innebär endast att ordet förekommer på en sida. Därför ger träffar med ordet "föräldrar" i titeln på sidan en bättre uppfattning om omfånget av de texter som finns tillgängliga. En sådan sökning gav drygt 5 190 träffar från ungefär 600 webbplatser. En stor del av dessa sidor utgörs av information till föräldrar om aktuella händelser i en viss kommun, skola eller förening. En mindre del av sidorna utgörs av artiklar, rapporter eller svar på frågor.

Det finns uppskattningsvis ett femtiotal webbplatser som helt riktar sig till föräldrar. De flesta av dessa webbplatser är riktade till särskilda grupper, exempelvis ensamstående eller föräldrar vars barn har ett specifikt problem. Dessa sidor drivs av frivilliga organisationer. Ett tiotal sidor är till för föräldrar i allmänhet, främst föräldrar med spädbarn. Ungefär hälften av dessa sidor utgörs av olika tidskrifters nätupplagor. Många webbplatser innehåller nyheter, faktaartiklar och länkar.

Många av de frågor som behandlas rör barns hälsa. Sex webbplatser identifierades som brett behandlar hälsofrågor bland barn: Trygg-Hansas webbplats med drygt 200 rubriker som rör barns hälsa, Netdoktors med cirka 100 rubriker, Infomedicas (ägd av landstingen och Apoteksbolaget) med cirka 70 rubriker, Stockholms läns landstings Vårdguide med cirka 60 rubriker samt Growingpeople med cirka 600 rubriker. Användning av Growingpeople kräver abonnemang medan de övriga 5 webbplatserna är avgiftsfria. Barns psykiska hälsa och relationer i familjen behandlas brett endast på Trygg-Hansas och Growingpeoples webbplatser.

På samtliga webbplatser presenteras påståenden om orsaker till olika problem och användaren får förslag till åtgärder. På internet presenteras många uppgifter som är direkt missvisande. En användare kan därför behöva kontrollerade hur väl grundat ett påstående är. Denna möjlighet saknas på de angivna webbplatserna, inklusive den mest omfattande, Growingpeople. Sådana möjligheter erbjuds dock på en del webbplatser på engelska där användaren via länkar får tillgång till de studier som olika påståenden grundas på. Många användare kanske inte använder länkarna, men länkarna erbjuder en kontroll av kvaliteten på de påståenden som presenteras vilket gör att alla har nytta av dem.

Några webbplatser har diskussionsgrupper för föräldrar. Den största är Allt för föräldrar, tidigare kallad FöräldraNätet, som år 2004 har 150 000 besökare varje månad. En analys av FöräldraNätets diskussionsgrupper gjordes 2003 och presenteras som bilaga 3. På FöräldraNätet finns drygt 250 *snackgrupper* som behandlar olika ämnen där besökarna kan ställa frågor, kommentera och lämna svar till varandra. En enkätstudie genomfördes riktad till användarna av diskussionsgrupperna. Många (65 procent) använde FöräldraNätet som en första instans när de behöver råd eller information och majoriteten (73 procent) var nöjda med dessa råd. Det framkom vidare att FöräldraNätet också var en källa till gemenskap och umgänge. Inte sällan fortsatte kontakter som påbörjats på webbplatsen med fortsatta kontakter i verkliga livet. I studien skattades även det stöd deltagarna upplevde sig få genom FöräldraNätets diskussionsgrupper. Deltagare som hade kort utbildning var de som upplevde störst nytta av webbplatsens diskussionsgrupper.

Föräldrars intresse

Föräldraenkäten, kapitel 5, visar att det är ungefär lika många föräldrar som är intresserade av föräldrastöd i form av böcker och tidskrifter (45 procent) som andelen som upplevt nytta. Det talar för att behovet av stöd i denna form till stor del är tillgodosett. Däremot förefaller det vara en större andel som är intresserade av stöd genom TV och radio (41 procent) än andelen som anger att de haft nytta av dessa former (31 procent). Behovet av stöd genom TV och radio förefaller således inte vara tillgodosett. En möjlighet är att distribuera sådan information i form av videokassetter. Innehavet av videobandspelare bland barnfamiljer är högt. År 2001 hade i stort sett alla barnfamiljer (98 procent) videobandspelare (Statistiska centralbyrån, 2003).

Internet är den senast utvecklade kanalen för stöd. Därför är det anmärkningsvärt att nästan lika stor andel föräldrar anger att de haft erfarenhet av öppna diskussionsgrupper om föräldraskap på internet (16 procent) som andelen som deltagit i öppna eller strukturerade föräldragrupper (9 respektive 16 procent).

Det förefaller finnas ett betydande, icke tillgodosett behov av information via internet, där 22 procent anger intresse medan endast 10 procent rapporterar att de tagit del av material genom denna kanal och att de haft nytta av det. I en undersökning av hushåll i Sverige 2002 framgick att bland sammanboende med barn har 94 procent dator i hemmet och 76 procent använde internet där [3]. Knappt 50 procent använder internet dagligen, främst för informationssökning och för kommunikation. Internetanvändningen ökar snabbt. Detta talar för att de flesta föräldrar efterhand går att nå via denna kanal. Intresset är störst bland föräldrar i ålder 30–34 år (31 procent) och avtar sedan med föräldrarnas ålder. Exempelvis är endast 16 procent av föräldrar i ålder 45–49 år intresserade av denna form av stöd.

Kön

Intresset för föräldrastöd genom böcker och tidskrifter är 50 procent större bland kvinnor än bland män. Liknande gäller även för TV och radio. Intresset för information via internet är dock lika stort för båda könen. Av besökarna till en internetplats för föräldrar (FöräldraNätet) var dock 87 procent kvinnor och endast 13 procent män. Således förefaller intresset för olika former av föräldrastöd via media mer påverkas av den enskilda produktionen (boken, tidskriften, webbplatsen) än av mediet som sådant.

Socioekonomiska grupper

Det finns tydliga skillnaderna olika sociala grupper emellan i intresse för föräldrastöd via böcker och tidskrifter och 90 procent fler med lång utbildning anger intresse jämfört med föräldrar med kort utbildning. De minsta sociala skillnaderna uppvisar intresset för radio och TV med 40 procent större intresse bland högutbildade. Intresset för internet utgör ett mellanling med 70 procent större intresse bland högutbildade.

Födelseland

Skillnaderna i intresse för föräldrastöd via medier mellan föräldrar födda utom och inom Norden är små.

Kostnader

Kostnaderna för föräldrastöd via media har 2 komponenter. Den ena delen utgörs av kostnaderna för att producera en text eller ett bildmaterial och den andra kostnaden för att distribuera materialet.

Kostnaden för att producera ett material är densamma oavsett antalet användare. Det är därför användningen av media lämpar sig för massspridning. Om kostnaden för produktion av ett TV program är 500 000 kr och programmet ses av 100 000 föräldrar, då är kostnaden för produktionen per användare endast 5 kr, det vill säga nästan försumbar. Liknande gäller för produktion av text.

Kostnaden för distribution varierar med den kanal som används. För distribution via etermedia och internet dominerar fasta kostnaderna, medan de rörliga kostnaderna har mindre betydelse. Det innebär att om antalet användare är stort, blir kostnaderna per användare liten. De rörliga kostnaderna för tryckt material, videokassetter och DVD är däremot betydande. Produktion och distribution av varje fysisk enhet har en given kostnad, oavsett upplaga.

Etermedia erbjuder således de lägsta kostnaderna för distribution. Den stora nackdelen är att en användare inte har direkt tillgång till materialet när hon eller han önskar. Internet erbjuder här en möjlighet som kombinerar den låga kostnaden för distribution med tillgänglighet som användaren själv kontrollerar. Både texter, ljud och rörliga bilder (video) kan distribueras via detta medium. Därtill kommer att internet medger interaktivitet, det vill säga användare kan både ta emot information och själv dela med sig av egna erfarenheter. Ett exempel på det senare utgörs av de diskussionsgrupper på FöräldraNätet som behandlas i bilaga 3.

Gynnar insatsen barns delaktighet?

Barn kan ta del av insatser via media på ungefär samma sätt som föräldrarna. Detta gäller särskilt för bildbaserade medier som TV/video/DVD eftersom de inte kräver läskunnighet. Föräldrastöd via media ökar således möjligheterna för barn att vara delaktiga.

Diskussion

Tryckt material

Tryckt material i form av tidningar, tidskrifter och böcker produceras främst marknadsmässigt. Utbudet domineras av texter som rör små barn. Det kan vara en följd av efterfrågan eftersom föräldrar ägnar mer tid åt små barn än större barn. Det är även möjligt att kommersiella intressen inverkar. Under spädbarnstiden använder föräldrar ett antal produkter, alltifrån blöjor till särskild mat, som endast är aktuella under en kort period då barnen är små. Producenterna har behov av att nå föräldrar med annonser. Dessa annonser kan finansiera material för föräldrar inriktat på dessa åldrar.

Det finns 2 stora begränsningar med böcker, tidningar och tidskrifter. Den ena är att materialet ofta inte finns tillgängligt direkt när en fråga blivit aktuell. Den andra begränsningen är att tryckt material används betydligt mer av föräldrar med lång utbildning. Dessa begränsningar är svåra att åtgärda. Folkbiblioteken har dock en viktig roll både i att göra materialet mer tillgängligt och i att intressera föräldrar med kortare utbildning för dessa former.

Etermedia

TV och radio är viktiga källor för information om föräldraskap. Utbildningsradion (UR) är en viktig producent, som sedan ett par år har en särskild satsning avsedd för föräldrar. Intresset bland föräldrar för denna form är betydande. Intresset är också större än utbudet.

En fördel med TV och radio är att intresset är ungefär lika stort i olika sociala grupper. En nackdel är att inslagen främst är tillgängliga på särskilda sändningstider som föräldrar behöver passa. Det är visserligen möjligt även för privatpersoner att rekvirera temakassetter från UR och föräldrar kan också spela in program på video. Dock kan man knappast räkna med att en familj, när en fråga bli aktuella, just då kommer att ha tillgång till information som distribueras via etermedia. Tillgängligheten är således lägre för TV- och radioprogram jämfört med tryckt material.

Internet

Information via internet är en kanal som utvecklats först under de senaste åren. I enkäten är det 22 procent som anger intresset för föräldrastöd via

internet. Redan 2002 använde 76 procent av barnfamiljer med 2 föräldrar internet i hemmet och användningen ökar snabbt. Intresset är påtagligt större bland de yngsta föräldrarna som själva vuxit upp med tillgång till internet. Detta talar för att de flesta familjer relativt snart kommer att använda denna kanal regelbundet, på liknande sätt som i dag är fallet för TV, video och radio.

Det finns flera betydande fördelar med denna kanal, jämfört med alla andra medieformer. Den första är tillgängligheten. Föräldrar kan omgående nå all information som finns tillgänglig via mediet. Detta gäller inte för något annat massmedium, vilket är betydelsefullt eftersom undersökningar visar att föräldrar efterfrågar information just då en fråga är aktuell. Kräver kanalen att personen måste vänta flera dagar med svaret, som exempelvis är fallet då svaret går att söka i en bok, då bli kanalen mindre intressant.

Den andra fördelen är kostnaden. Kostnaden för distribution är försumbar. Det innebär att kostnaden begränsas till utgifterna för att ta fram material. Finns det många användare blir kostnaderna per användare ringa. På detta sätt liknar internet etermedia. Skillnaden gentemot etermedia är att internet är tillgängligt när användare själv önskar.

Den tredje fördelen är att mediet medger interaktivitet. Detta gäller inte för någon annan form av massmedium. Föräldrar kan inte bara ta emot information från andra, utan kan även dela med sig av egna erfarenheter. Ett exempel på detta utgör FöräldraNätet där föräldrar lägger ut frågor och andra föräldrar ger svar. På detta sätt kan experters synpunkter kompletteras av synpunkter från andra föräldrar.

En fjärde fördel är att användare kan få tillgång till information med olika djup. I många situationer vill föräldrar endast få bekräftat att den uppfattning de redan har är rimlig. Då räcker det med ett enkelt råd. I andra situationer har föräldrarna hört olika motstridiga uppfattningar kring en fråga, exempelvis kring vaccinationer. Då finns behov av att ta del av de olika sidornas argument. Via internet är det möjligt att tillgodose båda dessa behov, eftersom information via länkar kan presenteras med olika djup.

En femte fördel är att information i olika former kan presenteras via internet. I dag förmedlas i första hand texter och stillbilder. Rörliga bilder och ljud kan också distribueras via internet. I dag är dock kvaliteten avsevärt sämre jämfört med TV och videoband. Den tekniska utvecklingen går

dock snabbt. Detta innebär att föräldrar inom en överblickbar framtid kommer att via internet kunna ta del av film som rör föräldraskap.

En sjätte fördel är att skillnader i intresse är liten könen emellan, mellan föräldrar som är ensamstående och sammanboende och mellan föräldrar som är födda i olika länder. Enkäten visar att intresset generellt är större bland föräldrar med lång utbildning. Analysen av FöräldraNätets diskussionsgrupper visar dock att den upplevda nyttan är störst bland föräldrar med kort utbildning. Detta talar för att information på internet, som kompletteras med möjligheter för föräldrar att lämna synpunkter till varandra, kan tillgodose olika sociala gruppers intressen på ett relativt likvärdigt sätt. Endast ett fåtal andra former av föräldrastöd har motsvarande möjlighet att nå olika grupper på ett sådant sätt.

En svensk webbplats för föräldrar

Det utbud av webbplatser för föräldrar som i dag finns tillgängligt på svenska och erbjuder information om barn har flera begränsningar. De webbplatser som är kostnadsfria har maximalt cirka 200 rubriker. Det är många frågor som därför inte behandlas. En mer omfattande webbplats med 600 rubriker kräver abonnemang, vilket begränsar antalet användare. Vidare erbjuder ingen av de befintliga webbplatserna möjligheter för användare att kontrollera vad en författare grundar ett påstående på. De webbplatser som presenterar samlad information om barn erbjuder inte heller möjligheter för föräldrar att ge synpunkter till varandra, inklusive synpunkter på experternas texter.

Ett viktigt skäl till att en sådan webbplats inte har utvecklats är troligen svårigheter att finansiera den, särskilt på ett språk som svenska som endast talas av cirka 10 miljoner människor. Det har visats sig svårt att helt finansiera webbplatser med annonser. Ett kommersiellt företag som Trygg-Hansa kan erbjuda viss information på en webbplats men detta är inte företagets primära uppgift. Att avgiftsbelägga en webbplats för föräldrar är inte heller tillfredsställande, eftersom det reducerar antalet användare och särskilt påverkar föräldrar med låg inkomst.

På en webbplats är det relativt enkelt att ge läsaren tillgång till den information som ett påstående grundas på genom att i texten lägga in länkar. Med hjälp av sådan teknik kan den som vill ha ett snabbt svar få det, utan att störas av referenser. Den läsare som önskar kan få tillgång till samman-

ställningar av de vetenskapliga studier påståenden grundas på, alternativt få klargjort att ett påstående endast är uttryck för en vanlig uppfattning bland professionella inom ett visst område. Det främsta motivet för att erbjuda dessa länkar är att de bidrar till att vidmakthålla en hög kvalitet på den information som presenteras.

Ingen webbplats med fakta för föräldrar har kombinerat denna information med möjligheten för föräldrar att lämna synpunkter till varandra. Teknik för att göra detta är dock allmänt använt inom andra områden. En föregångare har varit internetbokhandeln Amazon. På denna bokhandels webbplats kan användarna lägga ut recensioner av de böcker som bokhandeln säljer. En läsare kan i sin tur ge synpunkter på hur användbar hon eller han uppfattat att en recension varit. Motsvarande interaktivitet går utmärkt att utveckla på en webbplats med information avsedd för föräldrar. På detta sätt kan experternas synpunkter balanseras av vanliga föräldrars erfarenheter och synpunkter.

De strukturerade gruppmetoder som presenteras i kapitel 6–8 förväntas kunna spridas i landet under de närmaste åren. Det är angeläget att föräldrar får kännedom om vilken verksamhet som finns lokalt vid en given tidpunkt. En metod är att lämna sådan information på en webbplats för föräldrar. Informationen kan också användas av personal inom hälso- och sjukvård, förskola och skola som har kontakt med föräldrar. Särskilt värdefull blir sådan information om telefonrådgivning för föräldrar utvecklas, se kapitel 10.

En möjlighet är också att på webbplatsen erbjuda föräldrar tillgång till enkla standardiserade frågeformulär som ger dem hjälp till att värdera situationen i den egna familjen. Ett exempel på ett sådant formulär är ”Styrkor och Svagheter” som innehåller 25 enkla frågor som ger en bild av ett barns psykiska hälsa [4]. En fördel med att låta föräldrar använda sådana formulär är att de då får tillgång till en bred referensram när de ska bedöma om att det är motiverat att söka hjälp eller ej. En risk är att föräldrar sätter alltför stor tillit till formulären. Denna risk går att motverka genom att tydligt framhålla att svaren på frågorna endast ger kompletterande vägledning.

Organisation och kostnader

Mot denna bakgrund är det önskvärt att utveckla en svenskspråkig webbplats för föräldrar då olika former av kunskap som rör barn och föräldrar

presenteras, där föräldrar kan förmedla egna erfarenheter till varandra och lämna synpunkter på experternas texter och där lokala utbud av föräldrastödande insatser presenteras. En lämplig värd för en sådan webbplats är en frivilligorganisation i samarbete med Statens folkhälsoinstitut. Frivilligorganisationen tillgodoser intresset av en bred förankring bland föräldrar medan Statens folkhälsoinstitut kan garantera en hög saklig kvalitet på det material som presenteras.

En webbplats för föräldrar medför 3 typer av kostnader, kostnader för att ta fram och granska faktatexter, kostnader för att underhålla diskussionsgrupper samt tekniska kostnader för plattformen. Arvoden för att ta fram, granska och uppdatera faktatexter kan uppskattas till cirka 4 mnkr per år, beroende på ambitionsnivå. Kostnaderna för att underhålla diskussionsgrupper för föräldrar kan skattas till 1 mnkr per år, under förutsättningen att föräldrar som själva använder webbplatsen åtar sig att utan ersättning moderera enskilda diskussionsgrupper. Kostnaderna för underhålla och uppdatera den tekniska plattformen kan skattas till 1 mnkr per år. Med antagandet att föräldrar alla barn använder systemet blir kostnaden 6 mnkr/1,8 mnkr · 3 kr per barn och år. De kumulerade kostnaderna för barnets hela uppväxt från 0 till 17 års ålder blir 60 kr per barn.

Video/DVD

Det finns fördelar med att göra en svensk version av ett samspelsprogram på video/DVD, se kapitel 7.

Forskningsbehov

Internet kan förväntas bli en alltmer betydelsefull kanal för distribution av information till föräldrar. Det är därför motiverat att studera hur föräldrar använder sådan information med syfte att avpassa utbudet till användarna.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge en frivilligorganisation uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut utveckla en webbplats för föräldrar som presenterar information som rör barn och föräldrar, där föräldrar kan lämna synpunkter till varandra och där aktuell information om lokala föräldragrupper och andra resurser för föräldrar presenteras.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag.

Referenser

1. Rydenstam K. Tid för vardagsliv – kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01. Levnadsförhållanden. Rapport 99. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2003.
2. Simpson R. The role of the mass media in parenting education. Boston: Harvard School of Public Health, Center for Health Communication; 1997.
3. Dator och Internet i hemmet. I: Statistiska centralbyrån, red. Fritid 1976–2002. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004:159.
4. Goodman R. Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires. URL: <http://www.sdqinfo.com/>.

12.

GYNNAR FÖRÄLDRARS
INFLYTANDE I SKOLAN
BARNES SKOLFRAMGÅNG?

12.

GYNNAR FÖRÄLDRARS INFLYTANDE I SKOLAN BARNES SKOLFRAMGÅNG?

I det regeringsuppdrag som ligger till grund för denna rapport framhålls: ”I ett vidare demokratiperspektiv är det intressant att studera hur barn och föräldrar kan få vara med och bestämma om åtgärder som berör barnen och familjen i barnomsorg, skola och andra verksamheter där barnen finns.” Sambandet mellan barns inflytande och hälsa analyseras i en separat rapport [1]. Betydelsen av föräldrars inflytande i skolan analyseras i detta kapitel.

I engelskspråkig forskningslitteratur används begreppet *parental involvement* [2, 3], vilket översatt till svenska är *föräldraengagemang*. Detta begrepp är mer omfattande än begreppet inflytande. Det inbegriper ett stort antal olika aktiviteter, exempelvis medlemskap i frivilliga organisationer som Hem och Skola, arbete med att samla in pengar till klassresor, hjälp till eleverna i klassrummet samt läxläsning i hemmet med det egna barnet. Det är detta mer omfattande begrepp som används i det följande.

Det skulle vara möjligt att studera samband mellan föräldraengagemang och barns välfärd och hälsa i stort. De studier som genomförts har dock vanligen begränsats till att analysera effekter på skolframgång. Därför har en sådan avgränsning gjorts.

I Sverige pågår en utveckling mot ökat föräldrainflytande i förskola och skola [4] och det genomförs försök med skolstyrelser som har föräldratoritet [5]. De argument som förs fram för ökat föräldrainflytande grundas i olika värderingar, främst i synen på demokrati. Diskussionen har inte haft ett tydligt fokus på vilka effekter ökat föräldrainflytande kan ha på barns hälsa och välfärd.

På teoretisk grund går det att argumentera för att ett högt föräldraengagemang skulle kunna främja barnens hälsa genom att detta skulle understödja deras skolprestationer. Barn påverkas både av föräldrarna i hemmet och av lärarna i skolan. Barnens utveckling främjas av att de får liknande budskap i båda dessa miljöer. Det skulle tala för att ett högt föräldraengagemang i skolan skulle vara gynnsamt. Detta kräver att lärarna i skolan närmar sig föräldrarna och låter dem delta både i beslutfattandet och i praktiska aktiviteter. Inom pedagogisk litteratur har ett sådant förhållningssätt beskrivits som att gränsen mellan hem och skola förtunnas (svag inramning) [6].

Det går dock även att argumentera för den motsatta ståndpunkten. Föräldrar kan ha olika uppfattning om värdet av att gå i skolan. Om en förälder själv har haft negativa erfarenheter av skolan kan denna inställning förmedlas till barnet. Om föräldrar med sådan inställning får inflytande i skolan kan detta få negativ inverkan på verksamheten, till exempel genom att betydelsen av att barn tillägnar sig färdigheter i olika skolämnen tonas ned. Om en skola öppnar sig mer mot föräldrarna är det också tänkbart att föräldrar från övre medelklassen engagerar sig mer än andra grupper. Denna grupps intressen kan då komma att dominera skolan, exempelvis genom att öka betoningen vid traditionella skolämnen. Detta kan i sin tur medföra att barn till föräldrar med mindre studiefärdighet känner sig ännu mer främmande för skolan.

För att klargöra effekterna på barnen av föräldrainflytande har en mängd studier genomförts. Huvuddelen av de publicerade arbetena är teoretiska alternativt kvalitativa. Det är svårt att dra generella slutsatser från sådan litteratur. Det finns dock även omfattande forskning som använt kvantitativa metoder som enklare går att analysera systematiskt. En aktuell sammanställning av sådan litteratur av Fan och Chen tyder på att ökat föräldraengagemang kan ha små eller måttliga positiva effekter på barnens skolprestationer [7]. Denna översikt har dock flera begränsningar. En är att studierna inte gör skillnad mellan det föräldrainflytande som skolan kan påverka och det som föräldrarna själva bestämmer över. Det är skillnad mellan att skolan organiserar skolstyrelser som har föräldramajoritet och att föräldrar läser läxor med de egna barnen. Från ett policyperspektiv har betydelsen av den första formen av föräldraengagemang stort intresse medan den andra formen är mindre intressant eftersom den är svårare att påverka.

Fans och Chens sammanställning har 2 andra viktiga begränsningar. En är att studierna har varierande kvalitet. När avsikten är att göra bedömningar av olika insatsers effekt har så kallade tvärsnittsstudier ringa värde. Sådana undersökningar har dock inkluderats i Fans och Chens översikt. Vidare påverkas barnens framgång i skolan av föräldrarnas sociala bakgrund. Föräldrarnas bakgrund påverkar också deras engagemang i skolan. Det är därför avgörande att studierna tagit hänsyn till denna samvariation, annars finns risk för att skensamband påvisas. Så var dock inte fallet i Fans och Chens översikt.

Mot denna bakgrund är det motiverat att analysera resultat från de vetenskapliga studier som uppfyller högt ställda krav på kvalitet. Syftet har således varit att med hjälp av en systematisk genomgång av vetenskapliga studier undersöka effekter på barns skolframgång av föräldrars engagemang i skolan.

Metod

I analysen studeras samband mellan en exponering och ett utfall. Exponeringen är föräldrars engagemang i skolan och utfallet är barnens framgång i skolan. Analysen har genomförts i 5 steg. I det första steget definieras exponering och utfall, det vill säga föräldrarnas engagemang och barnens framgång i skolan. I det andra steget genomförs sökningar i databaser som indexerar vetenskaplig litteratur. I det tredje steget görs ett urval av studier efter ett antal givna kriterier. I det fjärde steget kodas resultaten i de enskilda studierna på ett enhetligt sätt så att resultaten i enskilda studier går att jämföra med varandra. I det femte steget sammanställs och analyseras resultatet.

Definition av exponeringen föräldraengagemang i skolan

Föräldrar kan engagera sig i skolan på ett flertal olika sätt. En amerikansk forskare, Joyce Epstein, särskiljer 6 aspekter av föräldraengagemang [2, 3]. Två aspekter gäller aktiviteter som initieras av skolan. De är 1) *Beslutsfattande*, det vill säga föräldrars delaktighet i beslutsfattande som rör skolans styrning och organisation, exempelvis föräldrars medlemskap i organisationen Hem och Skola samt 2) *Stödarbete*, det vill säga föräldrars delaktig-

het i ideellt skolarbete, exempelvis försäljning av hembakat bröd för insamling till elevernas klassresa. Dessa aktiviteter förutsätter att skolan tar tillvara föräldrars intresse för att engagera sig i skolan. Dessa 2 aspekter är fokus för den fortsatta analysen.

Epstein särskiljer också 3 aspekter av inflytande som initieras av föräldrarna själva. 1) Föräldraskap, det vill säga föräldraaktiviteter som innebär att en positiv inlärningsmiljö etableras i hemmet, exempelvis att föräldrar begränsar barnets TV-tittande. 2) Inläring i hemmet, det vill säga kommunikation mellan föräldrar och skola angående inlärningsaktiviteter i hemmet, exempelvis kring föräldrarnas hjälp till barnen med deras hemläxor. 3) Tillgång till resurser i samhället som föräldrar använder och som gynnar barnets utveckling och inlärningsmöjligheter, såsom att föräldern besöker bibliotek, teaterföreställningar, idrottsaktiviteter och dylikt med barnet. Skolan kan naturligtvis uppmuntra föräldrarna till aktiviteter av denna typ, exempelvis till att begränsa barnets TV-tittande. Det är dock föräldrarna som själva måste ta initiativ. Det innebär att dessa aspekter är av mindre intresse från ett policyperspektiv. De ingår därför inte i analysen.

Epstein särskiljer en ytterligare sjätte aspekt av föräldraengagemang, kommunikation mellan föräldrar och skola, exempelvis om barnets prestationer i skolan, såsom att lärare ringer upp föräldrarna och påtalar eventuella problem barnet har i skolan. Denna typ av kommunikation uppstår främst när det finns problem med barnet i skolan. Detta gör det svårt att tolka samband mellan denna typ av föräldraengagemang och barnens prestationer i skolan. Tät kommunikation kan i första hand förväntas vara följd av elevens problem, snarare än det omvända, det vill säga att tät kommunikation leder till sämre skolprestationer. Denna typ av engagemang har därför inte heller analyserats i det följande.

Definition av utfallsmåttet barns skolframgång

Med begreppet skolframgång avses 2 möjliga utfall. 1) Utfall som gäller mått på *kognitiv* förmåga, exempelvis betyg i olika skolämnen och resultat vid prov. 2) Utfall som gäller barnets *beteende*, som skolk, avbrott av studier och krav på att gå om en eller flera årskurser. Mer utförliga beskrivningar av varje studies utfallsmått presenteras i bilaga 4.

Litteratursökningar

Sökningar efter vetenskapliga studier gjordes i maj och juni 2004 i databaserna PsychInfo (publikationer inom psykologi), Medline (medicin, omvårdnad, hälso- och sjukvård), Sociological Abstracts (samhällsvetenskap), ERIC (pedagogik), ISI Web of Science, Social Sciences Index och Arts & Humanities Citation Index från databasernas första till sista datering efter arbeten som beskrev det fenomen vi var ute efter, det vill säga föräldrars stöd och beslutsfattande i skolan. Följande sökord användes för att identifiera arbeten som behandlade dessa fenomen på alla de sätt som var logiskt möjliga, där en stjärna (*) indikerar att olika böjningsformer av ordet ska inkluderas: *child**, *adolesc**, *youth*, *student* (barn, ungdom, tonåring, ungdomstid, skolelev, studerande, student) och *parent** (förälder), *particip** (deltagande, delaktighet, medverkan, medbestämmande, demokrati, engagemang), *influen** (inflytande, inverkan, påverkan, influens, påverka, förmå), *engag** (förbindelse, förpliktelse, åtagande, engagemang, löfte, avtal, överenskommelse), *involv** (inblandning, engagemang), *decision* (avgörande, beslut, utslag), *power* (förmåga, makt, befogenhet, kraft, styrka), *empower** (bemyndiga, befullmäktiga, berättiga, sätta i stånd, göra det möjligt för), *democr** (demokrati, folkvälde) och *controlled* (kontrollerad), *cohort* (kohort), *longitudinal* (longitudinell), *prospective* (prospektiv) och *school* (skola).

Kriterier för urval av studier

För att en studie skulle inkluderas i analysen krävdes att studien uppfyllde följande 11 kriterier. 1) Studien undersökte samband mellan föräldraengagemang (exponering) och barns skolframgång (utfall). 2) Studien undersökte exponering och utfall med kvantitativa metoder. 3) Studien var endera utformad som en randomiserad kontrollerad studie (mycket hög evidens), kontrollerad studie utan randomisering (hög evidens) eller som en kohortstudie (måttlig evidens). 4) Föräldrarnas engagemang gällde skolan som deras barn gick i. 5) Studien var utformad så att det gick att avgöra om föräldrarnas engagemang gällde stödarbete och/eller beslutsfattande. 6) Studien var utformad så att det gick att klargöra barnens kognitiva och/eller beteendemässiga skolframgång. 7) Tiden mellan skattning av föräldrarnas engagemang och barnens skolframgång var minst 1 år. 8) Föräldrarna och barnen hörde till normalbefolkningen. Det innebar att exempel-

vis studier där alla familjer levde i fattigdom eller alla barn hade en tydlig funktionsnedsättning exkluderades. 9) I studien fanns uppgifter om familjernas socioekonomiska status och analyserna var utformade så att det var möjligt att särskilja samband mellan föräldraengagemang och barnens skolframgång med hänsyn tagen till föräldrarnas socioekonomiska status. 10) Bortfallet i studierna fick inte överstiga 30 procent. 11) Studierna var publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter där studien genomgått kvalitetsgranskning av andra forskare inom området.

Kodning av sambanden mellan föräldrars engagemang och barns skolframgång

Analysen omfattar samband mellan 2 typer av exponeringar, föräldrars stödarbete alternativt föräldrars beslutsfattande och 2 typer av utfall, barns kognitiva förmåga alternativt barns beteenden. Det innebär att totalt 4 typer av samband har analyserats, föräldrars stödarbete – kognitiv förmåga, föräldrars stödarbete – barns beteende etcetera. Varje enskilt samband kan ha analyserats med en eller flera variabler i en studie. När materialet bearbetats har analyser av varje enskild variabel betraktats som en enhet. Således, sambandet mellan föräldrars stödarbete och kognitiv förmåga kan i en publikation ha studerats som 2 samband, samband mellan deltagande i Hem och Skola-förening och betyg i engelska samt samband mellan deltagande i Hem och Skola-förening och betyg i matematik. Vart och ett av dessa 2 samband presenteras i denna översikt som en enhet.

Om en variabel visar på ett statistiskt säkerställt (95 procents säkerhet) positivt samband mot exponeringen klassificeras sambandet som positivt (värde +1). Likaså, om en variabel visar på negativt samband klassificeras sambandet som negativt (värde -1). Om det inte fanns något statistiskt säkerställt samband klassificerades det som inget samband (värde 0). Om författarna inte redovisar något analys av sambandet anges N/A (Not Applicable).

Om många analyser av samma fråga finns i en publikation finns risk för att något samband slumpmässigt ska påvisas med 95 procents säkerhet. Problemet brukar beskrivas som risk för masssignifikans. I sådana situationer höjdes kravet för statistisk signifikans till 99 procents säkerhet. Information om detta förfarande finns i bilaga 4.

Säkerheten i kontroll för skensamband

I kohortstudier finns risk för att påvisade samband är skenbara. Det finns ofta ett direkt samband mellan föräldrars engagemang och barnens skolframgång. Sambandet kan dock ofta förklaras av att både föräldrars engagemang och barnens skolframgång påverkas av familjens socioekonomiska status. Sambandet kan därför vara skenbart. Det finns olika statistiska metoder för att ta hänsyn till denna felkälla. Dessa metoder har varierande säkerhet.

En helt otillräcklig metod är att enbart presentera sambandet mellan föräldraengagemang och skolframgång, utan hänsyn till socioekonomisk status. Sådana studier ingår inte i denna översikt. En bättre, men mindre säker metod, är att endast genomföra en enda statistisk analys med mått på exponering och utfall och ett mått på socioekonomisk status. Ofta genomförs en så kallade multipel regressionsanalys. I en sådan analys finns både risk för att betydelsen av socioekonomisk status överskattas och att den underskattas. Sådana analyser betecknas i det följande som *medelkvalitativa*.

Det finns flera sätt att öka säkerheten i analyserna. En metod är att först undersöka vilka samband som finns mellan föräldrars engagemang och barnens skolframgång och sedan i ett nästa steg upprepa analysen med hänsyn tagen till socioekonomisk status. Förändringen av sambandets styrka klargör om socioekonomisk status påverkar sambandet. En annan åtgärd är att genomföra en så kallad faktoranalys. Med denna metod är det möjligt att klargöra om exempelvis föräldrars beslutsfattande är ett enhetligt självständigt fenomen och inte endast en aspekt av föräldrarnas socioekonomiska status [8]. Analyser som använt någon av dessa säkrare metoder betecknas i det följande som *högkvalitativa*.

Resultat

Totalt påträffades 410 studier, varav 24 i Sociological abstracts, 40 i ERIC, 267 i PsychInfo och Medline och 79 i ISI Web of Science. Sammanfattningarna i dessa arbeten tydde på att 69 artiklar kunde uppfylla de uppställda kriterierna. Dessa arbeten lästes i sin helhet. Det visade sig då att endast 9 arbeten uppfyllde samtliga kriterier. Dessa 9 undersökningar var alla utformade som kohortstudier. Tiden som förflutit mellan exponering och utfall

varierade mellan 1 och 10 år. Av de 9 studierna var 5 publicerade på 1990-talet och 4 på 2000-talet. Alla studierna var genomförda i USA. Barnens ålder varierar från 4 till 20 år. Studierna redovisas i bilaga 4.

I 4 studier fanns separata uppgifter om föräldrars engagemang i beslutsfattande som exponering [9–12] och likaledes i 7 studier fanns separata uppgifter om föräldrars stöd till skolan som exponering [10–16]. I 4 studier fanns ett samlat mått på exponeringen som både innefattade föräldrars engagemang i beslutsfattande och stöd till skolan [13, 15–17]. För att en exponering i form av ett samlat mått skulle inkluderas var ett krav att det huvudsakligen innefattade mått på stöd och på beslutsfattande och inte någon av de andra aspekterna av stöd som Epstein beskriver, se ovan under rubriken ”Definition av exponeringen föräldraengagemang i skolan”.

I 7 studier fanns uppgifter om barnens kognitiva förmåga som utfall [10–15, 17] och i 4 studier fanns uppgifter om barnens beteende som utfall [9, 10, 16, 17]. Det förekom inga studier med aggregerade mått på kognitiva och beteendemässiga utfall.

Studierna har använt olika säkra metoder för att kontrollera för skensamband. På denna grund klassificeras 5 studier som medelkvalitativa [9, 11, 12, 14, 16] och 4 som högkvalitativa [10, 13, 15, 17].

I tabell 12:1 redovisas analyser av samband mellan föräldrars engagemang i beslutsfattande och barnens framgång i skolan. Här finns ett tydligt mönster. Samtliga analyser visar på ett positivt samband mellan föräldrars deltagande i skolans beslutsfattande och barnens kognitiva förmåga. Detta gäller både för studier med medelhög och hög kvalitet. Ingen studie pekar på ett negativt samband. De positiva sambanden gäller enbart för barnens kognitiva förmåga.

Typ av samband	Andel analyser med påvisad typ av samband (endast högkvalitativa analyser)	
	Barnens kognitiva förmåga	Barnens beteende
Positivt	5/5 (3/3)	0/2 (0/1)
Noll	0/5 (0/3)	2/2 (1/1)

Tabell 12:1. Analyser av samband mellan föräldrars beslutsfattande och barns skolframgång, mätt som kognitiv förmåga och som beteende

I tabell 12:2 redovisas analyser av samband mellan föräldrars stöd till skolan och barnens framgång i skolan. Effekterna är blandade. Drygt hälften av analyserna visar att ökat stöd från föräldrarna till skolan har gynnsamma effekter på barnens beteende. Däremot visar ingen analys på gynnsamma effekter på barnens kognitiva förmåga och 2 analyser visar på det motsatta, det vill säga att barnens kognitiva förmåga försämras.

Typ av samband	Andel analyser med påvisad typ av samband, samtliga analyser (endast högkvalitativa analyser)	
	Barnens kognitiva förmåga	Barnens beteende
Positivt	0/13 (0/11)	7/11 (1/2)
Noll	11/13 (10/11)	4/11 (1/2)
Negativt	2/13 (1/11)	0/11 (1/2)

Tabell 12:2. Analyser av samband mellan föräldrars stöd till skolan och barns skolframgång, mätt som kognitiv förmåga och som beteende

I tabell 12:3 redovisas analyser av samband mellan föräldrars stöd och beslutsfattande som ett aggregerat mått och barnens framgång i skolan. I dessa studier går det således inte att särskilja effekten av föräldrars engagemang i beslutsfattande från föräldrars stöd till skolan. Även här finns ett

mönster. Alla analyserna visar på ett positivt samband mellan föräldrars engagemang och barns beteendemässiga skolframgång. Ingen analys visar på positiv effekt på kognitiv förmåga och en analys visar på en negativ effekt på denna förmåga.

Typ av samband	Andel analyser med påvisad typ av samband, samtliga analyser (endast högkvalitativa analyser)	
	Barnens kognitiva förmåga	Barnens beteende
Positivt	0/5	10/10 (7/7)
Noll	4/5	0/10 (0/7)
Negativt	1/5	0/10 (0/7)

Tabell 12.3. Analyser av samband mellan föräldrars stöd och beslutsfattande som ett aggregerat mått och barns skolframgång, mått som kognitiv förmåga och som beteende.

De flesta analyser bygger på antagandet att föräldrars socioekonomiska status och föräldrars engagemang, mått med de mått som redovisas, påverkar barnens skolgång, oberoende av varandra. Detta gäller för samtliga analyser som redovisas i tabellerna 12:1–3. I en studie av McNeal har dock betydelsen av föräldrars engagemang som aggregerat mått undersökts separat i olika sociala skikt [17]. Denna analys visar att det i familjer med medelhögt eller högt SES finns ett positivt samband mellan föräldrars engagemang och barnens skolframgång (både kognitiv och beteendemässig). En separat analys av familjer med *lågt SES* visar dock att det går *sämre* för barnen i skolan då föräldrarna från denna grupp engagerar sig i skolan.

I en studie av Trusty finns motsvarande analyser [15]. Trusty analyserar samband mellan föräldrars stöd till skolan och barnens skolframgång. I familjer med högt SES finns ingen effekt av föräldrars engagemang på barnens skolframgång. Däremot, i familjer med lågt SES går det *sämre* för barnen om föräldrarna ger stöd till skolan. Trusty analyserar också samband mellan föräldrars stöd och beslutsfattande som aggregerat mått och barnens skolframgång. Både i familjer med högt SES och lågt SES går det *bätt-*

re för barnen i skolan då föräldrar engagerar sig. Effekten är dock tydligast i familjer med högt SES.

Dessa resultat pekar på att föräldrars engagemang kan ha skilda effekter i olika sociala skikt. De flesta författare redovisar dock inte analyser av frågan.

Diskussion

Genomgången av studier med god vetenskaplig kvalitet ger tydligt stöd för uppfattningen att föräldrars engagemang i skolans beslutsfattande kan främja barnens skolframgång. Samtliga analyser visar på ett positivt samband mellan föräldrars engagemang i skolans beslutsfattande och barnens kognitiva förmåga och ingen analys pekar på det motsatta. Föräldraengagemang i beslutsfattande kan exempelvis ta sitt uttryck i aktiv medverkan i en Hem och Skola-förening.

Stöd från föräldrar till skolan på annat sätt, exempelvis genom att föräldrar medverka i olika aktiviteter, som klassresor, förefaller däremot ha blandade effekter. Hälften av analyserna visar på gynnsamma effekter på barnens beteende men ingen analys pekar dock på att barnens kognitiva förmågor förbättras och 2 analyser pekar på att dessa förmågor försämras.

Resultatet ligger i linje med det som framkommit i en tidigare publicerad översikt som inkluderar studier av varierande vetenskaplig kvalitet [7].

Litteraturen inom detta område är mångfacetterad där olika forskare använder olika begrepp och metoder för att analysera frågorna. För att komma till rätta med detta problem har en enhetlig begreppsram använts. Vidare har endast studier som uppfyller relativt högt ställda krav på metodik inkluderats. Sambandet mellan föräldrars engagemang i beslutsfattande och barnens skolframgång påvisas både i högkvalitativa och medelkvalitativa studier. Detta talar för resultatets tillförlitlighet.

De studier som har analyserats beskriver föräldrars engagemang med mått på olika skalor. Dock är föräldrars engagemang ett kvalitativt fenomen som inte enkelt går att beskriva med siffror. Omvandlingen till siffror är därför problematisk. De mått som används kan i varierande omfattning ha fångat de fenomen man vill beskriva. Brist på samband kan både bero på att de mått som använts har varit dåliga och på att samband verkligen sak-

nas. Därför är det svårt att uttala sig om uteblivna samband. Däremot, när samma samband genomgående påvisas i olika studier, då är det mindre troligt att resultatet kan förklaras av konstruktionen av de mått som har använts.

Föräldrarnas socioekonomiska status påverkar både föräldrarnas engagemang i skolan och barnens skolframgång. Ett centralt problem vid utformning av de aktuella studierna är att särskilja betydelsen av föräldrarnas socioekonomiska status från betydelsens av föräldrarnas engagemang. De analyserade studierna har uppfyllt högt ställda krav på kontroll för detta problem. Det är därför osannolikt att det påvisade sambandet mellan föräldrars engagemang i skolans beslutsfattande och barnens kognitiva förmåga är skenbart. Det skulle dock gå att nå ännu högre säkerhet om kontrollerade försök genomförs. Sådana försök är dock svåra att genomföra.

Föräldrarnas engagemang kan ha olika effekt i olika sociala skikt. I några studier har effekterna av föräldraengagemang analyserats separat i olika sociala grupper. Dessa studier visar att stöd från föräldrar till skolan kan ge negativa effekter om föräldrar med lågt socioekonomiskt status engagerar sig i skolan. Det är möjligt att en sådan negativ effekt främst uppkommer då föräldrar medverkar i praktiska former av stöd. Ingen analys har visat att ökat engagemang i skolans beslutsfattande leder till negativa effekter.

Samtliga studier är genomförda i USA. De sociala villkoren i USA och Sverige är annorlunda än i USA. Skolsystemen är dock så lika varandra att det är troligt att de påvisade sambanden även gäller i Sverige.

Förslag

Det är önskvärt att fortsätta den utveckling som pågår i Sverige mot ökad medverkar från föräldrar i förskolans och skolans beslutsfattande.

Medverkande

Pia Wennerholm Juslin, har gjort litteratursökningen och haft huvudansvar för utformningen av texten. Sven Bremberg, har varit ansvarig för utformningen av studien och medverkat vid bearbetning av texten.

Bilaga 4

Här presenteras i tabellform utformningen de enskilda studier som ingår i översikten, kodningen av studiernas resultat, samt konstruktionen av de mått på föräldrars engagemang som används i studierna.

Referenser

1. Wennerholm P, Bremberg S. När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
2. Epstein JL. School and family partnerships. I: Alkin M, red. Encyclopedia of educational research. 6 ed. New York: MacMillan; 1992:1139-51.
3. Epstein JL. School/family/community partnerships caring for the children we share. Phi Delta Kappan 1995;76:701-12.
4. Vardagsinflytande i förskola, skola och vuxenutbildning. DS 2003:46. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2003.
5. Fem års försöksverksamhet med lokala styrelser med föräldramajoritet. Stockholm: Skolverket; 2001.
6. Markham WA, Aveyard P. A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice. Soc Sci Med 2003;56(6):1209-20.
7. Fan X, Chen M. Parental involvement and students' academic achievement: A meta-analysis. Educational Psychology Review 2001;13(1):1-22.
8. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. 5 ed. 1998. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
9. Anguiano RPV. Families and Schools: The Effect of Parental Involvement on High School Completion. Journal of Family Issues 2004;25(1):61-85.

10. Catsambis S. Expanding knowledge of parental involvement in children's secondary education: Connections with high school seniors' academic success. *Social Psychology of Education* 2001;5(2):149-77.
11. Muller C. Gender differences in parental involvement and adolescents' mathematics achievement. *Sociology of Education* 1998;71(4):336-56.
12. Muller C. Maternal employment, parent involvement, and mathematics achievement among adolescents. *Journal of Marriage and the Family* 1995;57(1):85-100.
13. Fan X. Parental involvement and students' academic achievement: A growth modeling analysis. *Journal of Experimental Education* 2001;70(1):27-61.
14. Barnard WM. Parent involvement in elementary school and educational attainment. *Children and Youth Services Review* 2004;26:39-62.
15. Trusty J. Effects of eighth-grade parental involvement on late adolescents' educational expectations. *Journal of Research and Development in Education* 1999;32(4):224-33.
16. Reynolds AJ, Weissberg RP, Kaspro WJ. Prediction of early social and academic adjustment of children from the inner city. *Am J Community Psychol* 1992.
17. McNeal RB, Jr. Parental involvement as social capital: Differential effectiveness on science achievement, truancy, and dropping out. *Social Forces* 1999;78(1):117-44.

13.

INSATSER FÖR FÖRÄLDRAR UNDER
SPÄDBARNNS- OCH FÖRSKOLETIDEN
SOM FRÄMJAR BARNENS
FÖRSTÅNDSUTVECKLING

13.

INSATSER FÖR FÖRÄLDRAR UNDER SPÄDBARNNS- OCH FÖRSKOLETIDEN SOM FRÄMJAR BARNENS FÖRSTÅNDSUTVECKLING

Individens förmåga att ta emot intryck, tolka och namnge dem för att sedan göra bedömningar och fatta beslut har stor betydelse för hälsa och välfärd. I psykologisk litteratur betecknas dessa förmågor som ”kognitiva”. De utvecklas under barnets uppväxt i växelspelet mellan barnet och omgivningen. Föräldrarnas handlande gentemot barnet påverkar barnets utveckling liksom de påverkas av verksamheten inom förskola, skola och fritidsverksamhet.

I detta kapitel behandlas insatser för föräldrar före skolstart.

Effekt

Studier har identifierats vid litteratursökningar i databaserna Medline och PsycINFO. Effekter har främst analyserats i program där insatser för föräldrarna kombineras med insatser för barnen. Några studier av avgränsade insatser i form av individuell rådgivning till föräldrar har också påvisats.

Kombinerade program som syftar till att främja barns kognitiva utveckling
I USA påbörjades under 1960-talet flera omfattande försök med att erbjuda socialt utsatta familjer extra stöd. Programmen var särskilt inriktade på att främja barnens kognitiva utveckling. Genom att främja denna utveckling förbättrades barnens möjligheter i skolan, vilket i sin tur ökade deras

möjligheter på arbetsmarknaden. Programmen innehåller flera komponenter, en del riktade till föräldrarna och andra direkt till barnen. Denna utformning gör det svårt att avgöra om det är insatserna till just föräldrarna som varit avgörande. Det är dock motiverat att diskutera dessa studier eftersom forskningen på området i första hand genomförts inom ramen för dessa studier. Framställningen bygger huvudsakligen på översiktsarbeten inom området [1–5].

Teoretisk bakgrund

Individen utvecklas i samspel med andra människor. Olika personer i barnets omgivning påverkar barnet och barnet påverkar dem. Ett spädbarn, som uppfattar vårdnadshavaren som stimulerande, utvecklas av samspelet med henne eller honom, vilket i sin tur gör vårdnadshavaren mer motiverad att stimulera barnet och så vidare. Ramey och Ramey har identifierat 5 aspekter av det förhållningssätt som främjar barnets utveckling [6]: 1) vårdnadshavaren uppmuntrar barnet att undersöka den närliggande miljön, 2) vårdnadshavaren ger hjälp till barnet att förstå omgivningen, 3) vårdnadshavaren berömmar barnet när det lärt sig nya kognitiva färdigheter, 4) vårdnadshavaren hjälper barnet att träna på de nya färdigheterna, och 5) vårdnadshavaren stimulerar barnets språkliga utveckling.

Infant Health and Development Program – ett exempel

Ett exempel på ett program som studerats är *Infant Health and Development Program* [7, 8]. Det riktar sig till amerikanska familjer vars barn är födda för tidigt och har låg födelsevikt. Liknande program finns för socialt missgynnade familjer. Gruppen är ofta densamma eftersom risken för låg födelsevikt är avsevärt högre i familjer med sociala problem. Den aktuella studien är utformad som ett kontrollerat försök med slumpvis fördelning mellan försöks- och kontrollgrupperna. Insatsen påbörjades när barnet föddes och har sedan pågått till dess att barnet fyllt 3 år. I programmet ingår bland annat hembesök, regelbundna besök på öppen förskola avsedd för barn med risk för störd utveckling samt föräldragrupper.

Hembesöken gjordes varje vecka till dess att barnet var 12 månader gammalt och därefter 2 gånger i månaden. Hembesöken utgick från en handbok som beskrev 325 inlärningsaktiviteter anpassade för barn i olika utvecklingsstadier. Aktiviteterna strukturerades efter en läroplan som för-

äldrarna uppmuntrades att använda för att stimulera barnets kognitiva utveckling. Vid hembesöken fick föräldrarna också hjälp med att hantera sina egna personliga problem.

Barn och föräldrar började besöka den öppna förskolan avsedd för barn med risk för störd utveckling från det att barnen var 1–3 år gamla. Barnen fick undervisning i grupper om maximalt 6 barn av en lärare som använde sig av en läroplan. Varje barn fick totalt 17 leksaker i en särskild utvecklingsordning. Till 12 av leksakerna fick föräldrarna en broschyr om hur de bäst kunde använda leksaken för att stimulera barnets kognitiva utveckling i hemmet. Föräldrarna deltog också i föräldragrupper som träffades varannan månad från det att barnet var 1–3 år gamla. På mötena diskuterades bland annat hälsa och säkerhet, språkutveckling, stöd till föräldrarna i kommuner och familjerelationer.

Interventionseffekter

Infant Health and Development Program, liksom flera andra jämförbara försök, visar på tydliga gynnsamma effekter på barns kognitiva utveckling. Barn i de familjer som deltar utvecklas bättre språkligt, får högre skolbetyg och deras IQ höjs jämfört med barn i kontrollgrupperna. I ett försök påvisas även effekter under tonåren och i ung vuxen ålder i form av lägre förekomst av brott och arbetslöshet [1]. Eftersom man i försöken kombinerat insatser för föräldrar med insatser direkt till barnen går det inte att avgöra vilka delar som haft betydelse. Insatser direkt till barnen, som kombineras med insatser för föräldrar, är dock effektivare än insatser enbart för barnen. Det talar för att föräldradelen har effekt. Dock finns också studier som visar att program som riktas direkt till barnen, exempelvis i form av förskola, är effektivare än program som riktas till föräldrarna [9, 10]. Detta fynd har praktisk betydelse. Om det är nödvändigt att välja är det bättre att erbjuda barn insatser på en förskola än att göra indirekta insatser via föräldrarna.

I de studier som presenteras går det även att särskilja andra systematiska effekter som har betydelse [4]. Om insatsen påbörjas under spädbarnstiden blir effekten tydligare än om arbetet påbörjas senare. Effekterna ökar även med insatsernas intensitet. Detta gäller för antal hembesök i veckan och antal timmar vid öppen förskola. Långsiktiga effekter förutsätter vanligen att barnen även senare under uppväxten, särskilt i skolan, får tillgång till en

utvecklande miljö. En annan iakttagelse som också har praktisk betydelse är att insatserna har olika värde för olika barn. Barn med mycket låg födelsevikt (mindre än 2 000 g), drog större nytta av programmen än barn med måttligt låg födelsevikt (2 001–2 500 g) [8]. Vidare hade insatserna större värde för barn till utvecklingsstörda mammor (IQ under 70) än barn till normalbegåvade mammor [11]. Dessa förhållanden talar emot att brett erbjuda alla familjer denna typ av insatser.

Avgränsad individuell rådgivning till föräldrar i syfte att främja barns kognitiva utveckling

Tre amerikanska kontrollerade studier riktade till föräldrar med barn i skolåldern identifierades vid litteratursökningarna [12–14]. Samtliga försök riktades till socioekonomiskt utsatta föräldrar. Positiva effekter på barnens utveckling påvisades i alla 3 försöken.

I en svensk avhandling redovisas ett kontrollerat försök där syftet var att främja barnens språkliga utveckling [15]. Föräldrar fick besök i hemmet 2 gånger per år då barnen var 2,5–6,5 år gamla. Vid besöken diskuterades material föräldrarna själva kunde använda tillsammans med barnen. Vid försökets slut påvisades statistiskt säkerställda positiva effekter.

Situationen i Sverige

Insatser motsvarande de amerikanska utvärderade programmen används inte i Sverige. Mindre grupper av barn erbjuds dock vissa tjänster som ingår i dessa program. Detta gäller för barn med störd utveckling som får tillgång till lekotek med en verksamhet som motsvarar de speciella öppna förskolor som ingår i dessa program. Socialtjänsten erbjuder också en del familjer med sociala problem liknande instanser.

Barnhälsovård ger föräldrar råd som syftar till att främja barnens kognitiva utveckling. Råden gäller bland annat språklig stimulans och val av leksaker. Effekten av dessa råd har dock inte studerats. I syfte att uppmuntra till läsning och språkutveckling delar folkbiblioteken ut gratis böcker till föräldrar i samarbete med barnhälsovården. Detta sker i de allra flesta kommuner. Inom barnhälsovården i Uppsala län pågår ett specifikt sådant försök vars effekter kommer att analyseras.

Föräldrars intresse

Föräldrarnas intresse för stöd inom detta område har inte analyserats.

Diskussion

Föräldraprogram som syftar till att främja barns kognitiva utveckling visar på tydliga effekter. Trots detta har programmen begränsad relevans för barn och föräldrar i Sverige i allmänhet. Det finns flera skäl till denna bedömning. Ett är att de utländska studierna gjorts i socialt utsatta familjer, som lever under förhållanden som sällan förekommer i Sverige. Effekten av programmen var mest påtaglig i de familjer där förhållandena var minst gynnsamma. Detta talar för att programmen, brett använda i Sverige, skulle ha begränsad effekt.

Ett annat skäl till den begränsade relevansen är de fynd som gjorts där effekten av insatser riktade till föräldrarna visats vara mindre än om barnen direkt får del av en verksamhet. I Sverige kan alla barn ta del av förskola från 1 års ålder. Förskolans insats är således omfattande. Det är därför tveksamt om en ytterligare verksamhet riktad till föräldrar med syfte att påverka kognitiv utveckling kan ge påtagliga effekter.

Forskningsbehov

Barns kognitiva förmåga har väsentlig betydelse för barnens hälsa och välfärd. Detta motiverar forskning inom området trots att breda föräldrastödjande program inte förefaller vara motiverade. Kognitiv utveckling hänger nära samman med emotionella och sociala aspekter. Därför är det förväntat att de strukturerade program som syftar till att främja samspel mellan barn och föräldrar (se kapitel 6–8) även främjar kognitiv utveckling. Denna hypotes behöver prövas i studier.

Medverkande

Pia Wennerholm Juslin har gjort litteratursökningen och haft huvudansvar för texten. Sven Bremberg har medverkat.

Referenser

1. Haskins R. Beyond metaphor: The efficacy of early childhood education. *American Psychologist* 1989;44:274-82.
2. Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future of Children* 1995;5:25-50.
3. St Pierre RG, Layzer JI, Barnes HV. Two-generation programs: design, cost, and short-term effectiveness. *Future Child* 1995;5(3):76-93.
4. Ramey CT, Ramey SL. Early intervention and early experience. *American Psychologist* 1998;53:109-20.
5. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3 Suppl): 32-46.
6. Ramey SL, Ramey CT. Early educational intervention with disadvantaged children – To what effect? *Applied and Preventive Psychology* 1992; 1:131-40.
7. Ed. Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants. A multisite, randomized trial. The Infant Health and Development Program. *JAMA* 1990;263(22):3035-42.
8. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, LaVange LM. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992;89(3):454-65.
9. Scarr S, McCartney K. Far from home: An experimental evaluation of the mother-child home program in Bermuda. *Child Development* 1988;59:531-43.
10. Wasik BH, Ramey CT, Bryant DM, Sparling JJ. A longitudinal study of two early intervention strategies: Project CARE. *Child Dev* 1990;61(6):1682-96.

11. Martin SL, Ramey CT, Ramey S. The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families: findings of a randomized trial of educational day care. *Am J Public Health* 1990;80(7):844-7.
12. Coleman M, Ganong L, Brown GE. Effects of multimedia instruction on mother's ability to teach cognitive skills to preschool children. *Journal of Social Psychology* 1981;115(1):89-94.
13. Magwaza AS, Edwards SD. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. *South African Journal of Psychology* 1991;21(1):21-5.
14. Levenstein P, Levenstein S, Shiminski JA, Stolzberg JE. Long-term impact of a verbal interaction program for at-risk toddlers: An exploratory study of high school outcomes in a replication of the mother-child home program. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1998;19(2):267-86.
15. Svensson A-K. Tidig språkstimulering av barn. Avhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1993.

14.

OLIKA GRUPPERS BEHOV

14.

OLIKA GRUPPERS BEHOV

Det finns 2 motiv för att analysera behov av föräldrastöd sett från olika gruppers behov. Ett perspektiv är att föräldrar i allmänhet har utbyte av stöd i sitt föräldraskap. Då är det motiverat att diskutera i vilken omfattning olika grupper av föräldrar kan använda sig av de former som erbjuds. Det andra perspektivet tar sin utgångspunkt i att vissa grupper kan ha speciella behov. Dessa 2 perspektiv diskuteras separat.

Allmänt föräldrastöd

Ett allmänt föräldrastöd diskuteras efter föräldrarnas kön, socioekonomiska grupp och efter födelseland.

Kön

Det övergripande målet för den jämställdhetspolitik som riksdagen antagit är att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla väsentliga områden i livet. Det innebär bland annat delat ansvar för hem och barn. Detta mål är formulerat från ett vuxenperspektiv. I den genomgång av vetenskaplig litteratur som bifogas som bilaga 5 framgår att jämställdhet också är önskvärt sett från barnets perspektiv. Genomgången visar att en far som är engagerad i barnet främjar barnets psykiska hälsa och sociala anpassning. Ett sådant samband påvisas i 8 av de 9 analyser som behandlade effekter av faderns engagemang med kontroll för familjens sociala bakgrund.

Det föräldrastöd som erbjuds i dag riktas dock främst till kvinnor. Det är en följd av att kvinnor tidigare haft huvudansvaret för barnen. Ska föräldrastöd utformas så att det kommer män till del i liknande omfattning som kvinnor krävs därför väsentliga förändringar.

Stödet till fäderna bör komma redan från början. En far som är engagerad i ett barn under de första månaderna fortsätter sedan att vara engagerad under barnets uppväxt.

Föräldrars intresse

I den enkät som presenteras i kapitel 5 analyseras föräldrarnas intresse för olika former av stöd, bland annat efter kön. Intresset för några former är relativt lika för de 2 könen: hembesök från BVC, enskild rådgivning, telefonrådgivning, samtal med personal inom förskola och skola samt information via internet. En form som särskilt missgynnar män är öppna diskussionsgrupper, vilket är den form som används vid föräldragrupporna inom mödra- och barnhälsovården.

Män föredrar strukturerade former av föräldragrupper framför öppna. Ett skäl kan vara att kvinnor normalt ägnar med tid än män till att tala med varandra. Det är också möjligt att det är viktigare för män än för kvinnor att på förhand få veta vad de kommer att lära sig. Det förekommer att män jämför föräldrarådgivning med coachning och träning inom idrotten. Där förväntas deltagare tillägna sig vissa specifika färdigheter. Sådana moment är viktiga delar av strukturerade metoder, men förekommer mer sällan i öppna samtalsgrupper.

Svenska erfarenheter

Det finns flera försök att göra föräldrastöd mer tillgängligt för män. En väg är att undanröja praktiska hinder. Om föräldragrupper genomförs på ordinarie arbetstid är det inte förvånande att endast föräldralediga föräldrar deltar. Om fler kvinnor än män tar ut föräldraledighet under spädbarnstiden, kommer främst kvinnor ha möjlighet att delta. Så är också fallet på de flesta platser i landet. Dock förekommer också försök med att förlägga föräldragrupper på kvällstid.

En annan väg är att arrangera särskilda föräldragrupper och annan föräldraverksamhet för män, se kapitel 6. En ytterligare väg är att rekrytera manliga ledare till grupper där både män och kvinnor deltar.

Kostnader

Om särskilda föräldragrupper för män erbjuds ökar kostnaderna. Däremot, om befintlig verksamhet utformas så att den blir mer tillgänglig för

män, kan insatsen genomföras inom givna ekonomiska ramar.

En form av stöd som särskilt intresserar män är individuella kontakter. Nackdelen med denna form är att kostnaderna vanligen är högre.

Diskussion

En stor del av det stöd som erbjuds föräldrar är i dag utformat för kvinnor. Det är begripligt med tanke på att kvinnor traditionellt tagit större ansvar för barn än män har gjort. Däremot går en sådan inriktning inte att försvaras om den jämställdhetspolitik som riksdagen antagit ska kunna genomföras. Några tänkbara åtgärder är följande.

Formerna för föräldrastöd kan förskjutas mot former som passar både män och kvinnor. Det innebär att öppna föräldragrupper ersätts av grupper med strukturerat innehåll. Verksamheten förläggs på kvällstid med både manliga och kvinnliga ledare. Utbudet av enskild telefonrådgivning och information på internet kan öka.

Många verksamheter för föräldrar har en framtoning som gör att män känner sig mindre välkomna. Det är exempelvis vanligt att barnhälsovård erbjuds i lokaler med bilder på väggarna av kvinnor och barn, men mer sällan finns bilder av män som är tillsammans barn. Liknande gäller det tryckta material som erbjuds föräldrar. Enkla åtgärder kan göra lokaler och trycksaker mer inbjudande för män.

Många verksamheter som erbjuder stöd till föräldrar registrerar rutinemässigt uppgifter om olika aktiviteter. Sådan statistik skulle kunna innefatta uppgifter om kön. Exempelvis registrerar barnhälsovården alla besök av föräldrar. Det är enkelt att komplettera denna information med uppgifter om föräldrarnas kön. Liknande gäller deltagande i barnhälsovårdens föräldragrupper och besök på öppen förskola. Att samla statistik ändrar inte någon verksamhet. Dock kan statistiken ge underlag för reflektion och stimulera till åtgärder som syftar till att erbjuda föräldrar ett jämställt stöd.

Socioekonomiska grupper

Även i ett relativt jämlikt land som Sverige är hälsan ojämnt fördelat. Omkring 20–40 procent av all ohälsa bland barn skulle elimineras om alla barn fick växa upp under liknande betingelser som de socialt bäst ställda barnen [1]. Ingen annan enskild faktor har så stor betydelse för barns hälsa

som föräldrarnas sociala bakgrund. Mot denna bakgrund är det angeläget att socialt mindre gynnade grupper kan ta del av ett generellt föräldrastöd.

Föräldrars intresse

Intresset för många former av föräldrastöd är störst bland de föräldrar som redan är socialt gynnade. Detta gäller särskilt för föräldragrupper inom barnhälsovården, individuell rådgivning på BVC, öppen förskola samt böcker och tidskrifter. Intresset för öppna och strukturerade föräldragrupper, telefonrådgivning, diskussionsgrupper på internet samt rådgivning inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst är dock relativt jämnt fördelat mellan olika sociala grupper.

Svenska erfarenheter

Det är vanligt att de samspelsprogram som beskrivs i kapitel 7 framgångsrikt kunnat erbjudas i socialt mindre gynnade bostadsområden. En faktor som bidragit till att mindre gynnade grupper deltagit har troligen varit att verksamheten funnits i grannskapet och att barnvakt kunnat erbjudas. Troligen har det också varit betydelsefullt att inbjudan gjorts till alla familjer och inte endast till ett särskilt urval av belastade familjer. De skulle annars med rätta kunna känna sig negativt utpekade.

En tredje faktor som varit betydelsefull är att spridningen varit intensiv i ett fåtal områden. Flera personer i området har därigenom snabbt fått kännedom om verksamheten. Föräldrarna kunde därför få rekommendationer från de egna förskollärarna, lärarna och från andra föräldrar i området. Detta talar för att det är bättre att sprida en verksamhet intensivt i ett mindre geografiskt område, som efterhand utvidgas, snarare än att från början glest erbjuda verksamheten i en hel kommun.

Det är anmärkningsvärt att den individuella rådgivningen och föräldragrupperna inom barnhälsovården förefaller diskriminera socialt mindre gynnade föräldrar.

Kostnader

Att utforma verksamhet så att den når olika sociala grupper på ett likvärdigt sätt förefaller inte medföra några väsentliga merkostnader.

Diskussion

Det är möjligt att närma sig den sociala fördelningen av insatser på liknande sätt som frågan om kön. Det är således meningsfullt att rutinmässigt notera utbildningsbakgrund, eller någon annan indikator på socialgrupp, för de föräldrar som deltar i olika verksamheter, exempelvis föräldragrupper. Om verksamheten missgynnar föräldrar med kort utbildning går det att tillsammans med föräldrarna själva hitta olika praktiska lösningar på problemet. Självfallet är det meningslöst att lägga ett moraliskt ansvar på dem som inte kommer. Om socialt mindre gynnade grupper inte kommer, är det i stället tecken på att verksamheten har en allvarlig brist.

De brister som finns inom barnhälsovården tyder på att det är motiverat med väsentliga förändringar. Sådana åtgärder diskuteras i kapitel 6.

Födelseland

Föräldrar som vuxit upp i länder utanför Norden bär med sig föreställningar om föräldraskap som kan skilja sig från de som är vanliga i Sverige. De flesta utomnordiska föräldrar är intresserade av att lära känna den syn på föräldraskap som dominerar här. Det finns olika uppfattningar om vilka metoder som är mest lämpade för att stödja utomnordiska föräldrar i detta avseenden. En tanke är att erbjuda dessa föräldrar särskild verksamhet. En annan tanke är i stället att göra det motsatta, det vill säga att låta utomnordiska föräldrar delta i samma verksamheter som svenskfödda föräldrar.

Föräldrars intresse

Föräldraenkäten visade på påfallande små skillnader i intresse för olika former av föräldrastöd mellan föräldrar födda inom och utom Norden. Utomnordiska föräldrar var mindre intresserade av öppna föräldragrupper. Detta kan förklaras av att sådant deltagande kräver goda färdigheter i svenska. Det krävs också en viss förtrogenhet med denna form som inte är lika spridd i alla länder. Föräldrar födda utom Norden är något mer intresserade av hembesök från BVC och av samtal med personal inom förskolan.

Svenska erfarenheter

Föräldrar födda utom Norden erbjuds vanligen samma stöd som föräldrar födda inom Norden. Ibland genomförs vissa verksamheter med tolk.

Inventeringen som presenteras i bilaga 2 visar också på några verksamheter som specifikt riktas till föräldrar födda utanför Norden.

I vissa mindre grupper av utomnordiska föräldrar kan mödrar känna sig förhindrade att tala i en grupp där män är närvarande. Det finns då goda erfarenheter av att erbjuda samtal i separata grupper för män och kvinnor.

Föräldrar som vuxit upp i länder utanför Norden kan känna sig främmande för utformningen av den svenska skolan. Bland annat i Järfälla kommun finns goda erfarenheter av att erbjuda föräldrar diskussioner i grupp kring denna fråga [2].

Diskussion

Det är påfallande små skillnader i intresse för olika former av föräldrastöd som kan förklaras av föräldrarnas födelseland. Det talar emot värdet av att arrangera särskild verksamhet för denna grupp. Enskilda företrädare för denna föräldragrupp framhåller också att föräldrar födda utom Norden är intresserade av att lära känna svenskfödda föräldrar. Att då erbjuda gruppen separat stöd förefaller vara mindre lämpligt.

En viktig åtgärd är sannolikt att erbjuda strukturerade föräldragrupper i stället för öppna.

Föräldrastöd för särskilda grupper

Insatser för familjer med stora problem

Det främsta motivet för att erbjuda mindre grupper av föräldrar särskilt stöd är att söka mildra effekterna av en påfrestning familjen är utsatt för, exempelvis då ett barn fötts med en svår missbildning. Föräldrarna kan behöva lära sig särskilda färdigheter för att ge barnet rätt vård. De kan också behöva stöd för att känslomässigt anpassa sig till situationen med det missbildade barnet. Hälso- och sjukvården inklusive barnhabiliteringen har till uppgift att ge föräldrar ett sådant stöd.

Socialtjänsten har också till uppgift att ge stöd till familjer med problem. Exempelvis kan situationen i en familj där en förälder missbrukar alkohol förbättras av att barnen regelbundet under helger får vistas i en annan familj.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har således till uppgift att ge stöd till föräldrar där barnet eller familjen i stort är utsatt för särskilda

påfrestningar. En analys av hur dessa insatser bäst utformas ligger utanför ramen för denna rapport. Sådan verksamhet måste i stället utformas av de professionella inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

De insatser som beskrivs i denna rapport är avsedda för föräldrar i allmänhet. Metoderna har särskilt stor värde för familjer som lever med belastningar. Därför är det motiverat med särskilda erbjudanden till dessa familjer.

Insatser för familjer med mindre problem

De flesta familjer utsätts av och till för påfrestningar. Det är inte givet vilka påfrestningar som motiverar särskilda stödinsatser. Avgränsningar kan göras med ledning av den utredning om prioriteringar inom hälso- och sjukvård som lades fram 1995 [3]. De övergripande 2 principerna för prioritering är principen om alla människors lika värde samt behovsprincipen. Behovsprincipen innebär att insatser för människor med stora problem prioriteras. Vägledande för insatserna är således inte vilken effekt olika insatser har utan i stället problemens allvar. Utredningen diskuterar också förebyggande insatser. De får hög prioritet med det viktiga förbehållet att insatserna ska ha dokumenterad effekt.

Prioriteringsutredningen anger således 2 helt skilda principer för behandlande och förebyggande insatser. Prioritering av behandling styrs av problemens tyngd medan prioritering av förebyggande insatser styrs av insatsens dokumenterade effekt. Denna rapport behandlar förebyggande insatser och har följt prioriteringsutredningens principer. Det innebär att kravet på dokumenterad effekt är centralt.

I diskussioner kring föräldrastöd förekommer det att principerna för förebyggande och behandlande verksamhet blandas. Familjer med stora sociala problem kan dra nytta av att träffas i öppna grupper alternativt av öppet individuell rådgivning. Frågan diskuteras bland annat i kapitel 3. Det ligger då nära tillhands att tänka sig att om något fler föräldrar med något mindre problem också fick tillgång till sådant stöd, skulle problemen gå att förebygga. Liknande föreställningar är vanliga både inom medicinsk och social verksamhet.

Det är dock sällan den vidgade verksamheten får sådan effekt. Ett skäl kan vara att effekterna av insatserna ofta är dåligt kända, även då insatsen erbjuds till familjer med stora problem. Ett annat skäl kan vara att familjer

med måttliga påfrestningar klarar dessa utan någon yttre inblandning. Det är först när påfrestningar överstiger en viss tröskelnivå som skadeeffekterna blir tydliga. Ett tredje skäl kan vara att det ofta är svårt att på förhand identifiera vilka familjer som kommer att drabbas av svårigheter. Den relativt lilla gruppen av mycket tungt belastade familjer utgör härvid ett undantag där det relativt väl går att förutse utvecklingen över tid.

Några kontrollerade studier av föräldrastöd i familjer med problem

Nedan presenteras insatser för några grupper av familjer. Framställningen bygger på sökningar efter randomiserade kontrollerade studier i litteraturdatabasen Medline. Framställningen är inte täckande. Den är i stället avsedd att illustrera vilka kunskaper om effekter av föräldrastöd som finns på detta område.

Föräldrar vars barn har förståndshandikapp

Fem randomiserade kontrollerade utvärderingar av insatser riktade till föräldrar vars barn har förståndshandikapp identifierades. I 3 studier utvärderades program inriktade på att främja ett gott samspel mellan barn och föräldrar, liknande de program som refereras i kapitel 7 [4–6]. I dessa program fanns även moment som syftade till att utveckla barnens språkliga och kognitiva förmåga. I samtliga försök med föräldragrupper påvisades positiva effekter, både för barnen och för föräldrarna. I 2 av dessa 3 studier prövade man också att låta föräldrarna enbart få ta del av innehållet i tryckt material och videokassetter [5, 6]. Effekterna visade sig bli nästa lika goda som när man deltagit i en föräldragrupp.

Den fjärde studien var inriktad på att genom föräldrarna främja barnens språkutveckling. Den gav effekter på föräldrarnas beteende men inte på barnens språk [7]. Den femte insatsen syftade till att påverka föräldrarnas attityder till barnet [8]. Sådana effekter kunde också påvisas.

Föräldrar vars barn har en kronisk somatisk sjukdom

Flera vetenskapligt utvärderade insatser riktade till föräldrar med kroniskt sjuka barn identifierades. I en studie riktades insatsen till mödrar vars barn bland annat hade diabetes, astma och cystisk fibros [9]. Till varje mamma knöts en stödmamma. Stödmamman hade ett barn med samma sjukdom. Stödmammans barn var dock äldre. Tanken var att stödmamman skulle

överföra sina egna erfarenheter av barn med den aktuella sjukdomen. Insatsen utvärderades efter 15 månader. De mödrar som fått stöd visade sig då ha mindre ångest och oro. Om stöd till mödrarna kombinerades med insatser för barnen påvisades en reduktion av psykiska problem bland barnen [10]. Effekten på barnen kan både vara en följd av insatsen för mödrarna och för barnen själva.

En insats var riktad till föräldrar vars barn nyligen hade diagnostiserad cancer [11] och syftade till att förebygga psykiska problem hos föräldrarna genom problemlösningsterapi. Föräldrarna träffade en psykolog enskilt i 1 timme vid 8 tillfällen. Insatsen gav effekter på föräldrarnas problemlösning förmåga och deras negativa känslor minskade.

Föräldrar vars barn har psykiska problem

Vid litteratursökningarna identifierades ett flertal studier av insatser för föräldrarna där barnen hade olika psykiska problem. Den största gruppen av studier utgjordes de samspelsprogram som beskrivs i kapitel 7.

Två studier gällde familjer där barnen led av ångest och oro [12, 13]. Föräldrarna fick ta del av program baserade på kognitiv beteendeteori. I båda försöken reducerades barnens ångest och oro i försöksgruppen.

Föräldrar som själva har problem

Vid litteratursökningarna identifierades 4 studier av insatser för föräldrarna med egna problem. Samtliga insatser hade likheter med de kommunikationsprogram som beskrivs i kapitel 8. I 2 studier led föräldrarna av depression. Kommunikationsprogram visade sig ha positiv effekt även i denna grupp av föräldrar [14, 15]. I en tredje studie hade en av föräldrarna aids [16] och i en fjärde studie satt fäderna i fängelse [17]. Också dessa studier visade på positiva effekter av programmen.

Diskussion

Genomgången tyder på att de insatser som generellt föreslås i kapitel 6–8 också kan vara värdefulla för grupper av familjer med olika typer av problem. Därutöver är andra åtgärder för föräldrar motiverade i grupper med problem. Ansvaret för dessa åtgärder åligger i första hand hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar ansvariga för olika former av brett inriktat föräldrastöd att registrera deltagande efter kön och social bakgrund (exempelvis utbildningsnivå). Därigenom är det möjligt att fort-löpande korrigera verksamheternas inriktning så att olika grupper får tillgång insatser på ett likvärdigt sätt.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att stödja utveckling av metoder som syftar till att ge stöd till föräldrar med funktionshindrade barn.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag.

Referenser

1. Bremberg S. Sociala skillnader i ohälsa bland barn i Sverige – en litteraturöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
2. Larsson A, Granefelt L. Vägen in: röster om integration och jämställdhet. Norrköping: Integrationsverket; 2003.
3. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1993:93. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
4. Baker BL, Brightman RP. Training parents of retarded children: program-specific outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1984;15(3):255-60.
5. Heifetz LJ. Behavioral training for parents of retarded children: alternative formats based on instructional manuals. *Am J Ment Defic* 1977;82(2):194-203.
6. Kashima KJ, Baker BL, Landen SJ. Media-based versus professionally led training for parents of mentally retarded children. *Am J Ment Retard* 1988;93(2):209-17.

7. Tannock R, Girolametto L, Siegel LS. Language intervention with children who have developmental delays: effects of an interactive approach. *Am J Ment Retard* 1992;97(2):145-60.
8. Russell PS, al John JK, Lakshmanan JL. Family intervention for intellectually disabled children. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:254-8.
9. Ireys HT, Sills EM, Kolodner KB, Walsh BB. A social support intervention for parents of children with juvenile rheumatoid arthritis: Results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Psychology* 1996;21(5): 633-41.
10. Chernoff RG, Ireys HT, DeVet KA, Kim YJ. A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002;156(6):533-9.
11. Sahler OJZ, Varni JW, Fairclough DL, Butler RW, Noll RB, Dolgin MJ, et al. Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: A randomized trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2002;23(2):77-86.
12. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(4):525-35.
13. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(1):100-10.
14. Beardslee WR, Versage EM, Wright EJ, Salt P, Rothberg PC, Drezner K, et al. Examination of preventive interventions for families with depression: evidence of change. *Development & Psychopathology* 1997;9(1):109-30.
15. Sanford M, Byrne C, Williams S, Atley S, Miller J, Allin H. A pilot study of a parent-education group for families affected by depression. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2003;48(2):78-86.

16. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Drainin B. An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health* 2001;91(8):1294-302.
17. Harrison K. Parental training for incarcerated fathers: effects on attitudes, self-esteem, and children's self-perceptions. *Journal of Social Psychology*. 1997;137(5):588-93.

15.

SAMLAD ANALYS

15.

SAMLAD ANALYS

De förslag som presenteras i denna rapport tar sin utgångspunkt i det föräldrastöd som i dag erbjuds i Sverige. Detta kapitel börjar därför med att övergripande kontrastera dagens stöd mot de förslag som läggs fram. Därefter behandlas förslagen och betydelsen av dessa för olika aktörer. Kapitlet avslutas med diskussion av ett nationellt system för uppföljning av föräldrastöd.

Dagens föräldrastöd

Vid genomgång av det generella föräldrastöd som erbjuds år 2004 i Sverige framträder några utmärkande drag.

Obetydlig omfattning och kanske halvhjärtat

Det sammanlagda ekonomiska värdet av det föräldrastöd som erbjuds kan skattas till 3 000 kr per barn. Beräkningen bygger på skattningar av stöd inom mödra- och barnhälsovården (kapitel 6) samt de övriga insatser som till sin volym är avsevärt mindre omfattande. Det samlade offentliga utgifterna per barn fram till 18-årsdagen kan skattas till cirka 1,9 mnkr per barn [1]. Det innebär att kostnaderna för det direkta föräldrastödet endast utgör 1,5 promille av alla offentliga utgifter för barn.

Föräldragrupper inom barnhälsovården har erbjudits under flera decennier. Ungefär hälften av alla föräldrar deltar. Det finns ingen tydlig tendens till ökat deltagande. Variationer i anslutning olika vårdcentraler emellan är påtaglig. I Örebro län varierar anslutningen från 0 procent vid en vårdcentral till 100 procent vid en annan [2]. Det är sannolikt att variationen i första hand avspeglar personalens varierade prioritering av föräldrastöd. Även inom andra delar av barnhälsovårdens verksamhet varierar anslut-

ningen. Variationen ligger dock i en helt annan storleksordning. Exempelvis varierar anslutningen till MPR-vaccination (vaccination mot mässling, polio och röda hund) i Örebro län mellan 90 och 100 procent vid olika vårdcentraler [2]. Denna variation är avsevärt mindre, vilket sannolikt beror på att personalen uppfattar MPR-vaccinationen som viktig. Den stora variationen i erbjudande av föräldragrupper på BVC kan därför tolkas som att det finns en halvhjärtad inställning till dessa.

Verksamheten har oklar effekt

När dagens föräldrastöd utvecklades under 1970-talet var kunskaperna om olika insatsers effekt mycket ofullständig. Vid en genomgång av den vetenskapliga litteraturen publicerad fram till år 1990 konstaterar en ledande amerikansk forskare att det är oklart om insatser för föräldrar påverkar barnens utveckling och välfärd [3].

Mot denna bakgrund var det rimligt att utveckla ett generellt föräldrastöd som baserades på den praktik olika yrkesgrupper då var förtrogen med. Många hade erfarenhet av öppna samtalsgrupper där ledaren, eller föräldrarna själva, relativt fritt bestämmer innehållet. Denna form användes redan i stödgrupper för familjer med problem. I sådana sammanhang kan öppna stödgrupper förväntas ha gynnsam effekt. Däremot är det i dag oklart om sådana samtalsgrupper gynnar barnets hälsa och välfärd när formen används brett för föräldrar utan tydliga problem.

Verksamheten präglas ofta av yrkesgrupper som är inriktade på behandling av medicinska och sociala problem

Inom mödra- och barnhälsovården leds föräldragrupper av personal med medicinsk utbildning. Innehållet tenderar därför att inriktas på frågor där dessa yrkesgrupper har särskild kompetens. Liknande förhållanden kan gälla för grupper arrangerade inom socialtjänsten. Socionomers bakgrund i arbete med familjer med sociala problem kan även det prägla verksamheten. Inom båda grupperna kan föräldrastöd till alla familjer uppfattas som ett utvidgat erbjudande av verksamhet som tidigare endast erbjudits till familjer med problem.

Den prioriteringsutredning som lades fram år 1995 gör dock en tydlig åtskillnad mellan de etiska principer som bör vara vägledande för behandling av verksamhet och de principer som bör gälla för förebyggande insatser

[4]. Vid behandling är en överordnad princip för prioritering människors behov. Insatserna ska i första hand inriktas på de individer som har de största behoven, oavsett kunskapen om olika behandlingsmetoders effekt.

Prioriteringsutredning anger också att förebyggande insatser bör genomföras med hög prioritet. Ett avgörande krav är dock att insatserna ska ha dokumenterad effekt. Det är således en helt annan princip som är vägledande för förebyggande verksamhet. Detta gör det mindre lämpligt att uppfatta förebyggande insatser som en utvidgning av insatser som görs för individer med problem. Utredningen behandlar visserligen i första hand medicinska frågor men principerna bör lika väl vara tillämpbara på de sociala och psykologiska områdena.

Verksamheten är utformad av kvinnor för kvinnor

Uppgiften att ta hand om barn, särskilt när de är små, har traditionellt tillfallit kvinnor. Detta förhållande avspeglas i dagens föräldrastöd. Det utvecklades till stor del under 1960- och 1970-talen. Mannen hade då en mindre tydlig roll gentemot det lilla barnet. Situationen i dag är dock annorlunda.

Riksdagen har antagit en jämställdhetspolitik som fastställer att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla väsentliga områden i livet. Det innebär bland annat delat ansvar för hem och barn. En utveckling i denna riktning avspeglas i andelen föräldradagar som män tar ut. Andelen har ökat från 0 procent år 1974 till 17 procent år 2003. När denna utveckling fortsätter är det ohållbart att föräldrastöd främst riktas till kvinnor.

Ett framtida föräldrastöd

Genomgångarna i denna rapport tyder på att ett framtida stöd till föräldrar tydligare kan inriktas på att främja barns hälsa och välfärd.

Ett förändrat kunskapsläge möjliggör fokus på psykisk hälsa

Psykisk ohälsa, hjärt-kärlsjukdom och cancer är de 3 största folkhälsoproblemen [5]. Utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom är gynnsam och det genomförs omfattande förebyggande insatser. Kunskapen om hur cancer ska

kunna förebyggas är bristfällig, vilket inte gör det möjligt att utforma breda preventiva insatser. Insatser för det tredje största folkhälsoproblemet, psykisk ohälsa, är därför avgörande för att förbättra folkhälsa i stort.

De studier som presenterats sedan början av 1990-talet pekar på att det är möjligt att reducera denna typ av problem genom insatser för föräldrarna. Mer än 100 högkvalitativa studier visar att sådana insatser kan förebygga psykiska problem både under uppväxten och senare i vuxen ålder. Kunskapsläget är således helt annorlunda i dag jämfört med läget endast ett decennium tillbaka [6].

Inriktning på att främja föräldrars förmåga att ge barnen både värme och ramar

Kärnan i en stor del av de program som redovisas i rapporten är att de främjar föräldrars förmåga att ge barnen värme och ramar. Sättet att ge värme och ramar är något varje enskild förälder får komma fram till. De kan inte enkelt kopiera de egna föräldrarnas bemötande, eftersom levnadsvillkoren i dag är påtagligt annorlunda än då de själva växte upp. Föräldrarna får lära genom egen erfarenhet med de egna barnen. Dock är knappt hälften av alla barn första barnet. Det innebär att en stor del av alla föräldrar inte har någon egen tidigare erfarenhet att luta sig mot. Om föräldrar erbjuds stöd i uppgiften att ge värme och ramar kan fler hitta rätt tidigare. Från det enskilda barnets perspektiv kan detta vara avgörande.

Strukturerade insatser med praktiska övningar

I denna rapport föreslås bred användning av ett flertal strukturerade insatser. Det finns tydliga argument för att gruppledare bör utbildas och att de initialt relativt strikt bör följa en handledning. Om fokus i en föräldragrupp skulle ligga vid att allmänt diskutera principer för föräldraskap är det tveksamt om föräldrars förmåga till att visa värme och ge ramar skulle utvecklas. En sådan utveckling främjas sannolikt främst av praktiska övningar, med rollspel och övningar hemma med de egna barnen.

Det förekommer att både föräldrar och gruppledare kan se det som enklare att hoppa över de praktiska övningar som ingår i en metod. Därför är det viktigt att gruppledare får egen erfarenhet av att övningarna är avgörande för verksamhetens effekt. Först därefter kan det vara aktuellt att gruppledaren behandlar handledningen friare. På liknande sätt kan både

föräldrar och gruppleddare tro att det går lika bra om ledaren ger lösningar till de uppgifter som ingår i en metod. Om så sker går man miste om upplevelsen av att de goda lösningarna finns bland föräldrarna själva. Det är således angeläget att ledare av strukturerade metoder börjar med att strikt använda en handledning. Först efter något eller några år det aktuellt att mer fritt integrera metoderna med tidigare pedagogisk erfarenhet.

Ett jämlikt och jämställt föräldrastöd

Rapporten visar att vissa former av föräldrastöd intresserar föräldrar relativt lika oberoende av kön, utbildning och födelseland. Det är angeläget att framtida föräldrastöd tar fasta på sådana metoder. De inkluderar strukturerade föräldragrupper, telefonrådgivning, stöd via TV och radion och på sikt även stöd genom internet.

Om samma innehåll kan erbjudas via olika kanaler ökar det också möjligheterna för föräldrar att tillgodogöra sig det på det sätt som passar den enskilda familjen. Möten i grupp är utmärkta men individuell rådgivning kan passa andra familjer bättre. Spridning av kunskap om föräldraskap via internet medger stora möjligheter, dels därför att kostnaderna är låga, dels därför att mediet gör det möjligt för föräldrar att interagera med varandra. Därför bör samma metod spridas genom olika kanaler.

Tydlig roll för kommuner och frivilligorganisationer

Kommunen är tillsammans med familjerna huvudaktör kring barns välfärd. Det är därför naturligt att kommunen tar ett tydligt ansvar för allmänt föräldrastöd. Det kan ske genom att kommunen utser en person med ansvar för området.

Frivilligorganisationer medverkar i föräldrastöd på ett flertal platser i landet. Även deras roll kan bli tydligare.

Förslag till nya former av föräldrastöd

I kapitel 6–14 presenteras förslag till nya former av föräldrastöd. Förslagen innefattar spridning av specifika metoder samt utveckling av det kommunala ansvaret inom området. I det följande diskuteras även prioritering av olika insatser.

Spridning av specifika metoder

Graviditet och spädbarnstid

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar bred användning inom befintlig verksamhet av metoder som främjar trygg anknytning. Två exempel på sådana metoder är Från första början och Vägledande samspel. Metoder för att främja goda relationer mellan föräldrarna bör även prövas, i första hand under moderns graviditet. Ett exempel på ett sådant program är PREP.

Förskoleålder

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar kommunerna att brett erbjuda föräldrar samspelsprogram, i första hand då barnen nått 2–3 års ålder, men även senare under förskoleåren.

Skolålder

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar kommunerna att brett erbjuda föräldrar kommunikationsprogram i första hand då barnen går år 5 i grundskolan.

Utveckling av specifika kanaler

Några kanaler är särskilt lämpade för att ge stöd till föräldrar. Kanalerna kan kräva stöd för att utvecklas.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att finansiera utveckling och spridning av en svensk video-/DVD-version av samspelsprogram för användning individuellt och i studiecirklar.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar de barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna, den kommunala familjerådgivningen samt socialtjänsten att erbjuda rådgivning per telefon för föräldrar.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge ekonomiskt stöd till frivilliga organisationer som avser samarbeta kring en nationell föräldratelefon med ett gemensamt telefonnummer.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar staten att ge en frivilligorganisation uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut utveckla en webbplats för föräldrar, som presenterar information som rör barn och föräldrar, där föräldrar kan lämna synpunkter till varandra och där aktuell information om lokala föräldragrupper och andra resurser för föräldrar presenteras.

Utveckling av det kommunala systemet

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar försök med nya organisatoriska modeller för föräldrastöd under graviditet och spädbarnstid, särskilt försök där primärkommunen påtar sig ett samlat ansvar för allt föräldrastöd. Den verksamhet som utvecklats bland annat i Leksand, där föräldrastöder utformas av kommunen i samarbete med landsting, studieförbund och andra frivilligorganisationer, kan tjäna som modell.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar primärkommunerna att samordna allt föräldrastöd, inklusive den verksamhet som i dag bedrivs inom mödra- och barnhälsovård. Landstingets personal förväntas dock även i fortsättningen medverka.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar Kommun- och Landstingsförbunden att år 2007 teckna en överenskommelse om föräldrastöd grundat på erfarenheterna från försöksverksamhet.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar ansvariga för olika former av brett inriktat föräldrastöd att registrera deltagande efter kön och social bakgrund (exempelvis utbildningsnivå). Därigenom är det möjligt att fortlöpande korrigera verksamheternas inriktning så att olika grupper får tillgång till insatser på ett likvärdigt sätt.

Föräldrars medverkan i beslutsfattande inom förskola och skola

Analysen i kapitel 12 tyder på att det är önskvärt att fortsätta den utveckling som pågår i Sverige mot ökad medverkan från föräldrar i förskolans och skolans beslutsfattande.

Prioritering av förslag

Inom varje grupp av förslag är det möjligt att prioritera enskilda delar.

Spridning av specifika metoder

De metoder som föreslås spridas brett jämförs i tabell 15:1. Evidensen för effekt är bäst för metoder som syftar till att främja god anknytning och för samspelsmetoder. För båda grupperna av metoder finns effekt påvisad i ett flertal kontrollerade studier. Effekterna i relation till kostnaderna är också bäst för båda metoder. Dessa 2 metoder får därför högst prioritet.

Kommunikationsmetoder, avsedda för föräldrar med skolbarn, kommer närmast. Metodernas främsta begränsningar är att endast ett fåtal kon-

trollerade studier av en insats enbart för föräldrar har genomförts och att de effekter som påvisats främst är begränsade till levnadsvanor som bruk av alkohol och tobak. Lägst prioritet får metoder som främjar goda parrelationer därför att endast ett fåtal studier av metodernas effekt har genomförts.

Tabell 15:1. *Specifika metoder som föreslås bli spridda*

Metod	Ålder	Evidens	Effekt i relation till kostnad	Prioritet
Metoder som främjar goda parrelationer	Graviditet	+	?	3
Metoder som främjar trygg anknytning	Spädbarnstid	+++	+++	1
Samspelsmetoder	Förskoleålder	+++	+++	1
Kommunikationsmetoder	Skolålder	+	+	2

Utveckling av specifika kanaler

Utveckling av 4 kanaler föreslås: utveckling och spridning av en svensk video-/DVD-version av samspelsprogram, telefonrådgivning via befintliga verksamheter, telefonrådgivning via en nationell linje samt en internetplats för föräldrar. Telefonrådgivning via befintliga verksamheter är endast en rekommendation där inga nya kostnader förväntas uppstå. Denna insats får därför höst prioritet.

Den samlade kostnaden per barn för video-/DVD-versionen av samspelsprogram kan skattas till 100 kr, för telefonrådgivningen till 200 kr och för en internetplats till 60 kr. Kostnaderna är således jämförbara. Nyttan av en video/DVD versionen av samspelsprogram är bäst dokumenterad. Å andra sidan föreslås tillgång till samma innehåll via föräldragrupper. Marginalnyttan av en video/DVD version är därför svår att fastställa. Telefonrådgivning antas användas av föräldrar endast en gång vart tionde år. Volymer är således ringa. Å andra sidan visar föräldraenkäten att tjänsten är efterfrågad. På internetplatsen förväntas föräldrar både få expertkunskap om olika problem och ha möjlighet att både ge och ta emot råd från andra föräldrar. Innehållet är således mångsidigt och kostnaden låg. Detta talar för att internetplatsen skulle få näst högst prioritet.

Utveckling av det kommunala systemet

De förslag som gäller det kommunala systemet avser försök med nya modeller, en samordnande roll för kommunen samt ett nytt avtal mellan Kommun- och Landstingsförbunden. Kärnan i förslaget är att kommunen påtar sig en samordnande roll för allt föräldrastöd. Det innebär att någon eller några kommunalt anställda får särskilt ansvar för stöd till föräldrar. Att en sådan person finns är troligen avgörande.

Aktörer

För att genomföra de förslag som läggs fram krävs medverkan från primärkommuner, landsting, stat, frivilligorganisationer, privatägda företag samt forskningsinstitutioner.

Primärkommuner

En av primärkommunernas centrala uppgifter är att främja barns och ungas hälsa och välfärd. Stöd till föräldrar är en metod för att realisera denna uppgift. Därför är det följdriktigt att kommunernas ansvar för föräldrastöd blir tydligare. Föräldrastöd inbegriper olika kommunala förvaltningar. Därför är det en fördel om kommunen på kommunledningsnivå utser en eller flera personer som har särskilt ansvar för föräldrastöd. Det är också en fördel att formulera en lokal handlingsplan på området.

Landsting

Genom mödra- och barnhälsovård erbjuder landstingen ett brett stöd till gravida och till familjer med barn. Inom landstingen är detta relativt unika verksamheter eftersom landstingen i övrigt inte erbjuder brett stöd till andra grupper i befolkningen. Landstingens huvuduppgift är i stället sjukvård och förebyggande verksamhet inom preciserade områden som tandvård och cancerscreening. De aktuella verksamheterna, mödra- och barnhälsovården, svarar endast för cirka 1 procent av landstingens budget. Föräldrastöd är således en verksamhet som inte har någon egentlig motsvarighet inom landstingen i övrigt. Detta är ett skäl till att föreslå primärkommunerna som huvudansvariga för föräldrastöd.

I kapitel 6 diskuteras flera problem med det föräldrastöd som landstingen i dag erbjuder. Några är brist på evidens för effekter, dålig tillgång till verksamheten för män och en relativt låg attraktivitet för personer med mindre gynnad social bakgrund. Problemen går inte enkelt att knyta till att landstinget är huvudman. Möjligen kan personalens yrkesbakgrund ha betydelse. De personer som erbjuder föräldrastöd i grupp är barnmorskor och sjuksköterskor. Tyngdpunkten i deras utbildning ligger vid att identifiera och behandla hälsoproblem. Utbildningen innehåller även delar som behandlar hälsofrämjande insatser, men dessa delar utgör inte kärnan i yrkesrollerna. Detta talar för att de problem som finns i det föräldrastöd som landstingen erbjuder kan hänga samman med den typ av verksamhet landstingen i stort bedriver.

I flera delar av landet har landstingen haft stor betydelse för spridning av de metoder för föräldrastöd som rekommenderas i denna rapport. Exempelvis har Samhällsmedicinska enheten inom Stockholms läns landsting aktivt bidragit till spridning av Vägledande Samspel, en metod som förväntas bidra till ett bättre samspel mellan barn och föräldrar under spädbarnstiden. Ett flertal landsting har bidragit till spridning av de samspelsmetoder som rekommenderas under förskoleåren. Särskilt viktiga har de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna varit. Detta gäller exempelvis i Malmö, Linköping, Västerås och Uppsala. Inte sällan har landstingens folkhälsoråd och folkhälsoplanerare också varit engagerade. Landstingen förefaller därför ha en viktig roll för utveckling och spridning av metoder. Detta kan hänga samman med att primärkommunerna inte sällan har alltför litet befolkningsunderlag för att kunna ta ansvar för sådana uppgifter.

Staten

Föräldrastöd är en välfärdstjänst som primärkommuner, landsting och andra organisationer till stor del själva utformar och utför. En av statens uppgifter är att övergripande reglera dessa organisationer. I denna rapport behandlas en sådan övergripande fråga, relationen mellan primärkommunernas och landstingens ansvar. Dock föreslås inte någon ändrad statlig reglering utan endast en ny överenskommelse mellan kommun- och landstingsförbunden. Skälet är att en sådan överenskommelse uppfattas vara tillräcklig.

Statens roll är även att utföra sådana uppgifter som primärkommuner, landsting och andra organisationer inte självständigt kan utföra. I denna rapport identifieras 5 sådana uppgifter.

En första uppgift är att identifiera effektiva metoder för föräldrastöd. Arbetet består i första hand i att bearbeta internationell vetenskaplig litteratur, att sammanställa uppgifter om utbildning i aktuella metoder och att värdera kvaliteten på dessa utbildningar. Dessa uppgifter är lämpliga att utföra på nationell nivå. Uppgiften ligger inom ramen för Statens folkhälsoinstituts uppdrag. Det är därför motiverat att Statens folkhälsoinstitut även i fortsättningen sammanställer och sprider kunskap på området. Arbetet bör bedrivas i samarbete med andra myndigheter som har uppdrag som berör stöd till föräldrar, i första hand Alkoholkommittén, Barnombudsmannen, Brottsförebyggande rådet, Myndigheten för skolutveckling, Socialstyrelsen samt Skolverket.

En andra uppgift är att ge stöd till centra som kan utbilda ledare för de föräldragrupper som använder metoder som rekommenderas i denna rapport. De centra som finns har antingen ett strikt lokalt uppdrag (exempelvis socialtjänstens FoU-enheten i Stockholms stad) eller primärt uppdrag att bedriva forskning och utbildning på högskolenivå (exempelvis Örebro universitet). Ska befintliga eller nya centra påta sig uppgiften att brett sprida de beskrivna metoderna krävs därför att i ett uppbyggnadsskede finansiellt ge stöd till sådana centra. På sikt förväntas dock huvudaktören, primärkommunen, finansiera utbildning och drift.

En tredje uppgift är att stödja forskning inom området. För detta krävs inga nya strukturer men väl information till statliga forskningsfinansiärer, särskilt forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

En fjärde uppgift är att ge finansiellt stöd till insatser av nationell karaktär. Tre sådana insatser är en internetplats för föräldrar, en gemensam nationell hjälptelefon för föräldrar samt framställning av ett svenskt video-/DVD-material baserat på samspelsprogram. Dessa 3 insatser kan med fördel genomföras i samarbete med frivilliga organisationer.

En femte uppgift är att följa effekterna av det föräldrastöd som bedrivs i landet. Uppgiften beskrivs nedan under en särskild rubrik.

Statligt finansierade organisationer

Fem statligt finansierade organisationer har särskild betydelse för föräldrastöd, Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Skolverket, Myndigheten för skolutveckling samt Utbildningsradion.

Statens folkhälsoinstitut har haft uppdrag att analysera och sprida kännedom om verksamma metoder. Uppgifter av denna typ ingår i Statens folkhälsoinstituts huvuduppdrag och är därför motiverat att fullfölja även efter år 2004.

En viktig del av föreliggande förslag är att långsiktigt på nationell nivå följa effekten av föräldrastöd. Frågan behandlas nedan under rubriken ”System för uppföljning”. Där förslås att denna uppföljning ska ingå som en del av uppföljningen av folkhälsopolitiken. Det är en uppgift som åligger Statens folkhälsoinstitut.

Under arbetets gång framgick först efterhand att det förelåg väsentliga problem med befintliga insatser under graviditet och spädbarnstid. Kunskap om dessa problem har framkommit i 2 pågående avhandlingsarbeten som rör mödra- respektive barnhälsovård samt från den föräldraenkät som genomfördes inom arbetets ram. Analysen i kapitel 6 tyder på att diskussioner om försöksverksamheter bör genomföras innan ett tydligt förslag till förändring kan läggas fram. Därför är det önskvärt att Statens folkhälsoinstitut får ett fortsatt uppdrag att främja en sådan process, främst under åren 2005 och 2006.

Ett av de förslag som läggs fram är att en internetplats för föräldrar utvecklas. Det är lämpligt att en frivilligorganisation tar ansvar för platsen tillsammans med Statens folkhälsoinstitut. Medverkan från denna myndighet är önskvärd för att garantera en hög kvalitet på den kunskap som förmedlas.

Socialstyrelsen har tillsynsansvar för hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Det innebär att när nya former av föräldrastöd utvecklas, tillsynen av verksamheterna åligger Socialstyrelsen. Det kan också vara motiverat att Socialstyrelsen formulerar synpunkter på föräldrastöd inom ramen för de riktlinjer för olika verksamheter som Socialstyrelsen ansvarar för.

De informella kontakter föräldrar har med lärare inom förskola och skola är en viktig källa till stöd, se kapitel 5. Enligt gällande skollag är detta inte en uppgift som direkt åligger skolan. Sådana kontakter kan dock förväntas underlätta barnens skolgång. Vidare föreslås flera insatser genom-

föras i samarbete med förskola och skola, se kapitel 7 och 8. Det är därför önskvärt med fortsatta diskussioner om föräldrastöd med *Skolverket* som har tillsynsansvar för skolan och *Myndigheten för skolutveckling* som bland annat har till uppgift att sprida kunskap, erfarenhet och resultat från praktik och forskning som rör förskola och skola.

Utbildningsradion har producerat värdefullt utbildningsmaterial för föräldrar. Det är angeläget att denna produktion fortsätter och att andra medieinsatser, främst utveckling av en internetplats för föräldrar, genomförs i samråd med Utbildningsradion.

Frivilliga organisationer

Frivilligorganisationerna samlar människor med gemensamma idéer, gemensamma intressen eller en gemensam identitet. De är verksamma inom detta område i första hand genom att arrangerar föräldragrupper, inkluderande studiecirklar, samt föräldratelefoner.

Studieförbunden genomför årligen cirka 0,3 miljoner studiecirklar och omsätter cirka 2 mdkr. Verksamheten finansieras av deltagaravgifter (31 procent), statsbidrag (33 procent), kommunbidrag (13 procent) samt övriga bidrag (12 procent) [7]. Cirka 400 studiecirklar kring föräldraskap genomfördes år 2003. De flesta av dessa cirklar arrangeras av Studieförbundet, därefter följt av ABF.

I flera kommuner erbjuds allmänt föräldrastöd i form av studiecirklar. Detta är exempelvis fallet i Leksand. Studieförbundet tillhandahåller en organisatorisk struktur, kan ge stöd till cirkelledare och kan marknadsföra kurserna. Statsbidraget (80 kr per studietimme) kan endast förväntas bidra med 10–15 kr per studietimme för cirkelledare (Ia Lagewald, Studieförbundet, personligt meddelande, 2004). Samarbete med studieförbund är således främst motiverat för att säkra en god kvalitet och kan inte motiveras enbart av ekonomiska skäl.

Studieförbunden har också bidragit till att material ämnat för föräldracirklar tagits fram. Ett exempel på detta är Växa tillsammans. ABF prövar särskilda föräldragrupper för pappor, bland annat i Stockholm. Studieförbundet har således bidragit till att förnya formerna för föräldrastöd.

Tre frivilligorganisationer, BRIS, Rädde barnen och Svensk förening för psykisk hälsa ansvarar för föräldratelefoner. En organisation, Mentor, erbjuder föräldracirklar på arbetsplatser. En ytterligare organisation, Mak-

lösa föräldrar, organiserar självhjälpgrupper för ensamstående föräldrar. Svenska kyrkan har tagit initiativ till att sprida en av de rekommenderade metoderna, PREP, som syftar till att förbättra relationen mellan föräldrarna.

Internationellt är det vanligt att frivilliga organisationer ansvarar för brett täckande välfärdstjänster [8, 9]. Så är dock inte fallet i Sverige. De frivilliga organisationernas främsta bidrag i Sverige förefaller främst ha varit att utveckla och pröva nya former för föräldrastöd.

Företag

Den privata sektorn bidrar till föräldrastöd främst på 2 sätt, genom medieproduktion och genom utbildning av föräldragrupsledare. Produktionen av media i form av tidningar, tidskrifter, böcker och AV-material svarar för den största omsättningen. Utbudet av tryckt material förefaller i stort motsvara efterfrågan.

Flera privata företag tillhandahåller material för föräldrar via internet. Efterfrågan förefaller vara avsevärt större än utbudet. Detta kan hänga samman med att distribution av material via internet är svårt att finansiera. En möjlighet är att en privat aktör tillhandahåller material gratis för att skapa goodwill. Ett exempel på detta utgör försäkringsbolaget Trygg-Hansas webbplats. Insatsen blir dock begränsad till omfånget eftersom heltäckande information om föräldraskap inte är en uppgift för ett sådant företag. En annan möjlighet är att finansiera webbplatsen med annonser. Ett exempel på detta är Allt för föräldrar, tidigare FöräldraNätet. Det finns dock flera nackdelar med detta. En är att tyngdpunkten kommer att ligga vid spädbarnstiden eftersom annonsörer främst är intresserade av denna period. En annan begränsning är att det inte heller för en sådan aktör är motiverat att erbjuda heltäckande information av god kvalitet. En tredje möjlighet är att finansiera en webbplats med hjälp av abonnemangsavgifter. Så är fallet för Growing People. Dock har inte heller Growing People med tillskott av abonnemangsavgifter kunnat utveckla en kunskapsbas där användare kan kontrollera vilket underlag olika uttalanden grundas på. En väsentlig nackdel med denna metod är att platsen blir mindre tillgänglig för familjer med låga inkomster.

Den privata sektorns andra bidrag utgörs av utbildning i metoder för föräldrastöd. Fördelen med privata initiativ på området är att spridningen kan påskyndas. Risken är dock att utbildning med otillräcklig kvalitet

erbjuds. Denna risk går att minska om utbildningarna kvalitetsdeklarerar utifrån några givna krav samt genom att privata företag samarbetar med frivilliga organisationer, universitet och högskolor.

Forskningsinstitutioner

De förslag som lämnas i denna rapport bygger väsentligen på internationell forskning. Kunskapen på området har utvecklats snabbt. Så sent som i början av 1990-talet föreföll det tveksamt om stöd till föräldrar verkligen kunde påverka barnens situation [3]. I dag är kunskapsläget helt annorlunda. En avgörande förutsättningen för ett framgångsrikt föräldrastöd är således tillgång till forskning inom området. Utveckling av teoretiska modeller har stort värde liksom forskning som bedrivs i nära samarbete med praktisk verksamhet. I ett flertal kapitel lämnas förslag till forskning. De flesta förslag gäller analys effekter på barns hälsa och välfärd av olika former av stöd. Således är det angeläget att stödja utveckling av forskning inom området. En lämplig väg är att ge stöd till några forskargrupper som är aktiva inom området.

System för uppföljning

De yttre villkoren är avgörande för goda relationer mellan föräldrar och barn. Föräldrar som lever under pressade sociala villkor kan ha svårt för att utveckla goda relationer med barnen. Insatser i form av föräldraförsäkring, barnbidrag och arbetsmarknadspolitik är därför centrala för att främja goda relationer mellan barn och föräldrar. Därutöver kan föräldrar få specifikt stöd i uppgiften att ta hand om barnen. Denna rapport innehåller förslag på hur detta stöd kan utvecklas.

Sett från barnets perspektiv är de goda relationerna till föräldrar avgörande. I Sverige anger 72 procent av alla 13-åringar att det är lätt att tala med pappa och 87 procent att det är lätt att tala med mamma [10]. Detta tyder på goda föräldrarelationer för flertalet barn i Sverige. Det är betydligt fler svenska ungdomar som anger att det är lätt att tala med pappa och mamma jämfört med jämnåriga exempelvis i USA. Dock är situationen i Sverige inte den bästa möjliga. I flera jämförbara länder, exempelvis Holland, är det en ännu större andel ungdomar som svarar att det är lätt att tala med föräldrarna.

Ett primärt syfte med stöd till föräldrarna är att öka andelen barn som har goda relationer till föräldrarna för att därigenom öka barnens möjligheter till ett gott liv. Det finns flera vägar till att klargöra om de insatser som erbjuds verkligen bidrar till detta. Effekterna av flera av de insatser som föreslås går att studera vetenskapligt i experiment. Då går det att med relativt god säkerhet avgöra om insatsen har avsedd effekt. Andra insatser är betydligt svårare att värdera. Exempelvis kan föräldraförsäkringen allmänt förväntas bidra till goda relationer mellan barn och föräldrar. Betydelsen för barnen av en förändring av föräldraförsäkringen mot ökade uttag av föräldradagar för fäder kan dock inte studeras i kontrollerade experiment. Därför krävs ytterligare metoder för att följa effekterna av olika former av föräldrastöd.

Det är således angeläget att följa utvecklingen över tid av relation mellan föräldrar och barn. Sådan kunskap ger inte direkta svar på vilka åtgärder som kan vara motiverade. Men uppgifterna kan ge underlag för en bred värdering av utvecklingen och kan inspirera till initiativ som syftar till att ge *alla* barn en god uppväxt.

Indikatorer på föräldrastöd

Uppföljning med indikatorer för viktiga bestämningsfaktorer för hälsa är en av hörnstenarna i folkhälsopolitiken [11]. De mål som avser barns och ungas uppväxtvillkor (Mål 3) innefattar stöd till föräldrar. Avsikten är att spegla utvecklingen av föräldrastöd med hjälp av en indikator.

En ideal indikator skulle avspegla föräldrars förmåga att ge barnen en lämplig kombination av värme och ram. System för att samla information av denna typ finns bland annat i inom ramen för Denver Youth Survey (DYS) i USA. Det är dock knappast realistiskt att inom den närmaste framtiden utveckla sådana metoder i Sverige för rutinbruk. Däremot föreslås i kapitel 6–8 forskning inom området.

Ett mer realistiskt alternativ är att samla uppgifter om kvaliteten i relationen mellan barn och föräldrar, antingen från barnen eller från föräldrarna. Både barn och föräldrar tenderar dock att ge en mer gynnsam bild av relationen än den som faktiskt är fallet. Till en del går problemet att motverka genom precisa formuleringar av frågor. Felkällan kan dock förväntas bestå över tid. Därför bör det gå att studera utveckling med hjälp av sådana frågor. Eftersom barnen är utgångspunkten för de insatser

som diskuteras är det lämpligt att i första hand inhämta uppgifterna från barnen.

Uppgifter från barn yngre än cirka 10 år kan knappast användas rutinmässigt. Tyngdpunkten i de förslag som lämnas i denna rapport avser dock insatser för föräldrar under spädbarnstiden och förskoleåren. Detta innebär en fördröjning om 5 år eller mer mellan tiden för insats till den effekt som skattas. Effekterna av en förbättring av föräldrastöd som införs 2005–2008 kan därför tidigast skattas 2010–2013. Det går knappast att komma förbi denna begränsning.

Den datakälla som är bäst lämpad att använda är Barn-ULF. De kartläggningar av psykisk hälsa bland barn och unga som planeras kan också vara användbara.

Barn-ULF

Inom Barn-ULF samlas sedan år 2000 årligen in uppgifter från knappt 1 000 barn i åldern 10–18 år. Undersökningen genomförs i anslutning till en intervjustudie av vuxnas levnadsförhållanden (ULF) som Statistiska centralbyrån genomför. Barn-ULF har finansierats med forskningsmedel och bekostas år 2004 av anslag från Socialdepartementet. Undersökningen innehåller följande frågor som kan användas som indikatorer på föräldrarelationer.

Fråga 36–39: Hur kommer du och din /mamma överens, /pappa, /mammans sambo eller man, /pappas sambo eller fru? Alternativ: Ganska bra, Så där, Ganska dåligt, Mycket dåligt.

Fråga 40–43. Brukar din mamma ha tid för dig om du vill att ni ska prata eller göra något /pappa, /mammans sambo eller man, /pappas sambo eller fru? Alternativ: Ja alltid, Ja ofta, Nej inte så ofta, Nej aldrig,

Fråga 51. Om du är bekymrad eller oroar dig för något, vem eller vilka brukar du då prata med? 15 alternativ, däribland: Mamma, mammans sambo/man, pappa, pappas sambo/fru.

Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga

Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen har till uppdrag att lämna förslag till metoder för återkommande mätning av psykisk hälsa. Metoden kommer att bygga på frågeformulär som besvaras av elever i skolan. Slutrapport kommer att lämnas år 2004. När detta skrivs (oktober 2004)

finns inte alla delar av förslaget färdiga. Det har dock framgått att ett man överväger att inkludera ett instrument för att skatta barns livskvalitet kallat Kidscreen [12]. Detta formulär innefattar frågor om relation till föräldrar: ”Känner du att du kan tala med dina föräldrar när du vill? Visar dina föräldrar förståelse för dig? Känner du dig älskad av dina föräldrar? Har du det bra hemma? Har dina föräldrar tillräckligt med tid för dig? Behandlar dina föräldrar dig rättvist? Känner du att du kan tala med dina föräldrar när du vill?”. Inkluderas dessa frågor i de nationella mätningarna är de uppenbart lämpade som indikatorer. En fördel med detta system är att är att totalundersökningar kommer att genomföras. Uppgifter kommer då att vara tillgängliga för alla landets kommuner.

Denver Youth Survey

Denver Youth Survey (DYS) inkluderar frågor till barnen som skattar föräldrarnas förmåga att ge barnen positiv uppmärksamhet, till klar kommunikation samt genomtänkta sätt för att bemöta barnet då konflikter uppstår. Samtliga moment ingår både i samspelsprogrammen för förskolebarnen och kommunikationsprogrammen för skolbarnen. Ett exempel på en fråga som skattar positiv uppmärksamhet är ”... when you have done something your parents like or approve of, how often do your parents say something nice about it?”. Ett exempel på en fråga som gäller klar kommunikation är ”How often do your parents find time to listen to you when you want to talk to them?”. Ett exempel på en fråga som gäller genomtänkta sätt att bemöta barnet på då konflikter uppstår är ”... is there a difference in ... punishment ... depending on ... your parents ... mood?”. I Sverige används dock inte dessa frågor rutinmässigt i något system.

Förslag

Fråga 36–39 i Barn-ULF förefaller vara mest lämpat att använda som indikator, ”Hur kommer du och din mamma överens/pappa ...”. System för att samla in data via Barn-ULF är redan etablerat. Frågan ger en mer nyanserad bild av relationen, jämfört med övriga frågor i Barn-ULF.

Förslag

De flesta av de förslag som diskuterats i detta kapitel har även behandlats i föregående kapitel. Undantaget är system för uppföljning.

Statens folkhälsoinstitut föreslås få till uppdrag att följa utvecklingen av en indikator för föräldrastöd. Uppdraget föreslås som en del av uppföljningen av indikatorer för folkhälsopolitiken.

Medverkande

Sven Bremberg har huvudansvar för texten och Anton Lager har bearbetat underlag.

Referenser

1. Dalman C, Bremberg S. Hur satsar vi på barnen? Insatser för barn och ungdom i Stockholms län mätt i kronor. Huddinge: Centrum för Barn- & Ungdomshälsa; 1999.
2. Barnhälsovårdsenheten i Örebro län. BHV statistik 2003. URL: <http://www.orebroll.se/upload/Prim/Kansli/BHV/Dokument/Statistik%202003%20webb.PDF>.
3. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum; 1997.
4. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1993:93. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
5. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. Sjukdomsburden i Sverige – en svensk DALY-kalkyl. Stockholm: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms läns landsting; 1999.
6. Konarski K. Jordmän för ett gott liv. Psykosociala faktorerers inverkan på folkhälsan samt åtgärdsförslag. Idéskrift från folkhälsogruppen nr 16. Stockholm: Allmänna förlaget; 1992.

7. Persson ER. Studieförbundens ekonomi, organisation, personal. Stockholm: Rapport till Statens utvärdering av folkbildningen 2004, SUFO 2; 2004.
8. Johansson S. Självständiga rörelser eller kommunala underleverantörer? Ideella organisationers roll i välfärdssystemet. Göteborg: Centrum för forskning om offentlig sektor (CEFOS) Univ.; 2001.
9. ”Statens” bästa vän? Den ideella sektorns roll i ett internationellt och svenskt perspektiv. Socialstyrelsens årliga konferens om den ideella sektorn år 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
10. Currie C, Roberts C, Antony M, Smith RWS, Samdal O, Barnekow Rasmussen V, red. Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey; 2004.
11. Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35. Stockholm: Socialdepartementet; 2002.
12. The Kidscreen Group. Kidscreen. URL: <http://www.kidscreen.de/>.

BILAGOR

Bilaga 1

Se rapport *Stöd till föräldrar för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa - en systematisk kunskapsöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Finns nedladdningsbar på www.fhi.se

Bilaga 2

Se rapport *Föräldrastöd i Sverige år 2002*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Finns nedladdningsbar på www.fhi.se

Bilaga 3

Se rapport *Verklig gemenskap i en virtuell värld. Vetenskaplig utvärdering av föräldraNätet – en internetplats för föräldrar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Finns nedladdningsbar på www.fhi.se

Bilaga 4

Tabell 1. Sammanfattande beskrivning av de studier som har analyserats

Författare, år, land	Utformning av föräldraengagemanget (typ i Epsteins typologi) [1]	Studietyper	Barn: Antal/ålder/könsfördelning	Föräldrar: Antal/ålder/könsfördelning	
Anguiano, 2004, USA [2]	Föräldrars beslutsfattande (föräldrars engagemang i skolans policy-arbete och hem och skola-organisation, typ 5).	Prospektiv longitudinell	1 840 latinska amerikanska barn, 514 infödda (indianska) amerikanska barn, 8 896 europeiska amerikanska barn, 949 asiatiska amerikanska barn. T1: 12 år (1988) T2: 18 år (1994). Inga andra uppgifter rapporteras.	1 498 latinska amerikanska mödrar, 114 infödda (indianska) mödrar, 9 175 europeiska amerikanska mödrar, 748 asiatiska amerikanska mödrar. Ålder rapporteras inte. Endast mödrar intervjuades	
Catsambis, 2001, USA [3]	Föräldrars stöd (i vilken utsträckning föräldern ägnar sig åt ideellt stödarbete, typ 3). Föräldrars beslutsfattande (om föräldern deltar i någon hem och skola-organisation, typ 5).	Prospektiv longitudinell	13 580 föräldrar och barn. Endast barn som avslutade gymnasieskolan ingick i detta stickprov. Inga andra uppgifter rapporteras. T1: 1988 (12 år) T2: 1992 (16 år) Inga andra uppgifter rapporteras.	13 580 föräldrar och barn. Inga andra uppgifter rapporteras.	

Utfall på barnen	Uppföljnings-tid	Övriga bakgrundsvariabler som ingår i modellen Kontroll med medelhög eller hög kvalitet	Bortfall	Resultat och slutsatser	Övriga kommentarer samt information om SES
Avsluta gymnasieskolan (ja/nej)	6 år	SES, etnicitet, familjesammansättning, föräldrars utbildningsnivå, familjeinkomst, antal år föräldrar levt i USA. Medelhög kvalitet.	Ingen uppgift.	Föräldrars beslutsfattande uppvisar inget samband med om barnet avslutar gymnasieskolan eller inte.	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES är en av de oberoende variablerna (prediktorena).
Antal poäng på prov i matematik, läsförståelse och naturvetenskap, antal kurspoäng i matematik, läsförståelse och naturvetenskap, gymnasieprogram (praktiskt eller teoretiskt).	4 år	SES, etnicitet, familjesammansättning, moderns arbetsstatus, offentlig eller privat skola, typ av region i USA, barnets medelbetyg, om engelska var barnets modersmål, tidigare skolprestationer i ämnena matematik, läsförståelse och naturvetenskap. Hög kvalitet.	Ingen uppgift.	Föräldrarnas stöd för skolan uppvisar inget samband med antalet poäng på prov/kurspoäng i matematik, naturvetenskap och engelska, men ett positivt samband med om barnet påbörjar ett praktiskt eller teoretiskt gymnasieprogram. Föräldrars beslutsfattande uppvisar ett positivt samband med antalet poäng på prov/kurspoäng i matematik, naturvetenskap och engelska, men inget samband med om barnet påbörjar ett praktiskt eller teoretiskt gymnasieprogram.	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES är en av de oberoende variablerna (prediktorena).

McNeal, 1999, USA [4]	<p>Föräldrars stöd och beslutsfattande</p> <p>(om föräldern deltar en hem och skola-organisation, deltar i dess aktiviteter samt arbetar ideellt på skolan, typ 3 och 5 som ett aggregerat mått).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>Två stickprov:</p> <p>1) Ett stickprov användes för att studera akademiska prestationer och skolkl från skolan. För att inkluderas i detta stickprov skulle barnen ha gått i offentlig skola, ha gjort alla prov vid T₁ (se nedan) och ha föräldrasvar på enkäten. 11 401 barn motsvarade dessa kriterier. Inga andra uppgifter om barnen rapporteras.</p> <p>2) Det andra stickprovet studerade sambanden mellan föräldrars engagemang i skolan och barnens benägenhet att hoppa av gymnasieskolan. För att inkluderas i detta stickprov skulle barnen ha gått i offentlig skola, ha gjort alla prov vid T₁, ha föräldrasvar på enkäten och ha blivit identifierade vid T₂. 15 663 barn motsvarade dessa kriterier. Inga andra uppgifter rapporteras.</p> <p>T₁: 1988 (12 år) T₂: 1992 (16 år)</p>	Ingen uppgift.	
Muller, 1995, USA [5]	<p>Föräldrars beslutsfattande (delaktighet i hem och skola-möten, typ 5).</p> <p>Föräldrars stöd</p> <p>(om föräldern brukar delta i ideellt arbete på skolan, typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>Barn fick ingå i stickprovet om det framgick att 1) deras mamma arbetade deltid eller heltid eller var hemmafruar (mammor som var studerande, pensionerade eller arbetslösa inkluderades inte), 2) att den naturliga mamman fanns närvarande i hemmet och 3) om deras etniska bakgrund inte var indiansk. 13 881 barn. Inga andra uppgifter rapporteras.</p> <p>T₁: 1988 (12 år) T₂: 1990 (14 år)</p>	Ingen uppgift.	

<p>Akademiska prestationer, skolk och hoppa av gymnasieskolan (ja/nej).</p>	<p>4 år</p>	<p>SES, etnicitet, ensamstående förälder (ja/nej), gått om ett år i skolan (ja/nej), kön, akademiska prestationer i naturvetenskap, betyg, antal timmar barnet ägnar åt läxor/vecka, antal timmar barnet ägnar åt betalt arbete/vecka.</p> <p>Hög kvalitet.</p>	<p>Stickprov 1: 6,9 %.</p> <p>Stickprov 2: 7,9 %.</p>	<p>Föräldrarnas stöd och beslutsfattande försämrar barnets prestationer i naturvetenskap, minskar barnets benägenhet att skolka och att hoppa av skolan.</p>	<p>Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES är dels en av de oberoende variablerna (prediktor) och dels en interaktionsterm.</p>
<p>Antal poäng på ett prov i matematik samt barnens självrapporterade betyg i matematik.</p>	<p>2 år</p>	<p>SES, etnicitet, kön, familjesammansättning, antal barn, landsort/tätort och privat/offentlig skola.</p> <p>Medelhög kvalitet.</p>	<p>Ingen uppgift.</p>	<p>Föräldrars stöd uppvisar ett negativt samband med barnets prestationer i matematik.</p> <p>Föräldrars beslutsfattande uppvisar ett positivt samband med barnets prestation i matematik.</p>	<p>Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt.</p> <p>SES är en av de oberoende variablerna (prediktorerna).</p>

Muller, 1998, USA [6]	<p>Föräldrars beslutsfattande (om föräldrarna deltagit i formella skolmöten, typ 5).</p> <p>Föräldrars stöd (om föräldrarna deltagit i sociala händelser på skolan, typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>T1: 12 år (1988) T2: 14 år (1990). T3: 16 år (1992)</p> <p>I stickprovet ingick endast 1) barn som gick i offentlig skola, 2) hade uppgifter från alla tre tidpunkterna och 3) inte var av indianskt ursprung. 12 776 barn.</p>	Ingen uppgift.	
Barnard, 2004, USA [7]	<p>Föräldrars stöd (om föräldrarna brukar delta i skolaktiviteter, tala med läraren om sitt barn, hjälpa till i barnets klassrum; kvaliteten på föräldrarnas delaktighet i olika skolaktiviteter, blandtyp 2 och 3, med tyngdpunkt på typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>49 % pojkar och 51 % flickor.</p> <p>81 % av barnen fick subventionerad lunch vilket antyder att detta är en låg SES-population.</p> <p>T1: 1986 (ca. 7 år), 1539 barn. T2: 1988 (ca. 8 år) T3: 1989 (ca. 9 år) T4: 1990 (ca. 10 år) T5: 2000 (20 år), 1165 individer.</p>	61 % av barnen hade en förälder som tagit studentexamen. Endast 37 % av föräldrarna hade arbete vilket antyder att detta är en låg SES-population.	
Trusty, 1999, USA [8]	<p>Föräldrars stöd och beslutsfattande (om föräldern är aktiv i någon hem och skolaorganisation, om föräldern är närvarande vid hem och skola-möten, om föräldern deltar i aktiviteter organiserade av hem-och-skola, om föräldern arbetar ideellt vid skolan, typ 3 och 5 som ett aggregat mått).</p> <p>Föräldrars stöd (om föräldrarna deltar i skolmöten, om föräldern samtalar med lärar- eller skolpersonal, om föräldern besöker klassen i skolan, blandtyp 2 och 3 med tyngdpunkt på typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>9 929 deltagare T1: 12 år (1988) 2: 18 år (1994)</p> <p>Deltagare som saknade data för vissa variabler, hade inlärningsproblem eller saknade uppgifter om SES exkluderades.</p>	Ingen uppgift.	

Barnens självrapporterade betyg i matematik.	4 år	SES, etnicitet, kön, tidigare betyg i matematik, attityder till ämnet matematik och förväntningar på sin egen framtida utbildningsnivå. Medelhög kvalitet.	Ingen uppgift.	<p>Föräldrars stöd uppvisar inget samband med barnens självrapporterade betyg i matematik.</p> <p>Föräldrars beslutsfattande var positivt relaterat till barnens självrapporterade betyg i matematik.</p>	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt med statistisk kontroll för SES.
Hoppa av gymnasiet/ta studentexamen samt högsta avslutade årskurs vid 20 års ålder.	10 år	SES, etnicitet, kön, subventionerad lunch (ja/nej), föräldrarnas civilstånd, kognitiv förmåga under förskoletiden, socio-emotionell mognad vid 5 års ålder, Chicago Child-Parent Center Program (ja/nej) och i så fall under hur lång tid. Medelhög kvalitet.	24 %	<p>Föräldrars stöd uppvisade positiva samband med vart och ett av utfallsmåtten när det rapporterades av lära- ren, men inga samband när det rapporterades av föräld- rarna.</p>	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES (subventionerad lunch, ja/nej, om föräldrarna avslutat gymnasiet, ja/nej, om föräldrarna har arbete, ja/nej) är tre av de oberoende variablerna (predik- torerna).
Barnens för- väntningar på sin egen framtida utbildnings- nivå (lägre eller högre utbildning än fil. kand.).	6 år	SES Hög kvalitet.	Ingen uppgift.	<p>Föräldrars stöd och besluts- fattande var positivt relaterat till barnens förväntningar på sin egen utbildningsnivå.</p> <p>Föräldrars stöd uppvisade inga samband med barnens förväntningar på sin egen utbildningsnivå.</p>	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES är en av de oberoende variablerna (prediktorerna).

Fan, 2001, USA [9]	<p>Föräldrars stöd och beslutsfattande (om föräldrarna tillhör en hem och skola-organisation, om föräldrarna deltar i hem och skolas-möten, om föräldrarna deltar i deras aktiviteter, om föräldrarna arbetar ideellt på skolan, typ 3 och 5 som ett aggregat mått).</p> <p>Föräldrars stöd (om föräldrarna deltar i skolmöten, om föräldrarna talar med läraren, om föräldrarna besöker klassrummet, om föräldrarna deltar i skolhändelser, blandtyp 2 och 3 med tyngdpunkt på 3; om föräldrarna kontaktar skolan angående penninginsamling för välgörande ändamål, om föräldrarna kontaktar skolan angående ideellt arbete, om föräldrarna arbetar med ideellt arbete på skolan, typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>10 370–10 624 deltagare. T1: 12 år (1988) T2: 14 år (1990) T3: 16 år (1992)</p> <p>Deltagare som saknade värden på variablerna akademiska prestationer, föräldrars engagemang i skolan, SES samt etnicitet för vart och ett av åren exkluderades.</p> <p>Asiatiska amerikanska barn: 592–611 deltagare. Afro-amerikanska barn: 891–929 deltagare. Latinamerikanska barn: 1 062–1 113 deltagare. Vita barn: 7 664–7 813 deltagare.</p>	Ingen uppgift.
Reynolds, 1992, USA [10]	<p>Föräldrars stöd och beslutsfattande (om föräldrarna brukar delta i hem och skolmöten, om föräldrarna brukar delta i sociala aktiviteter på skolan, typ 3 och 5 som ett aggregat mått).</p> <p>Föräldrars stöd (kvaliteten på föräldrarnas delaktighet i olika skolaktiviteter, typ 3).</p>	Prospektiv longitudinell	<p>340 barn från förskolan (4 år) och 540 barn i första klass (5 år) varav 51 % pojkar och 49 % flickor. T1: 4–5 år (1990) 880 barn. T2: 5–6 år (1991) 683 barn.</p> <p>34,2 % av barnen från regionen stickprovet är draget ur lever i fattigdom vilket antyder att detta är en låg-SES-population.</p> <p>Afro-amerikanska barn: 61 %. Latinamerikanska barn: 19 %. Vita barn: 20 %.</p>	Ingen uppgift.

Akademiska prestationer i fyra ämnen: läsförståelse, naturvetenskap, matematik och samhällsvetenskap	4 år	SES och etnicitet. Hög kvalitet.	Ingen uppgift.	<p>Föräldrars stöd uppvisar nollsamband med alla utfall utom läsförståelse som uppvisar ett negativt samband.</p> <p>Föräldrars stöd och beslutsfattande uppvisar nollsamband på alla utfall.</p>	Författaren presenterar modeller med och utan kontroll för SES. Redovisade resultat har skett med kontroll för SES.
Socioemotionell kompetens, problembeteende och skolk.	1 år	SES, etnicitet, kön, kohort, behov av specialklass, traumatiska livshändelser under det senaste året.	22 %	<p>Föräldrars stöd uppvisar positiva samband med alla utfall.</p> <p>Föräldrars stöd och beslutsfattande uppvisar ett positivt samband med barnens socioemotionella kompetens, men nollsamband med deras problembeteende och skolk.</p>	Författaren presenterar inte en stegvis modell. Alla oberoende variabler förs in samtidigt. SES är en av de oberoende variablerna (prediktorerna).

Tabell 2. Kodning av de analyserade studiernas resultat

Studie	Statistiska analysmetoder	Risk för multikollinearitet (ja/nej)	Antal oberoende variabler (prediktorer) i analyserna	Hänsyn/kontroll för andra prediktorer (ja/nej)	Modellens/modellernas förklarade varians (R^2 , Adj. R^2 , Pseudo R^2 eller motsvarande)	Utfall på barnen (beteendutfall och/eller kognitivt utfall)
Anguiano, 2004, USA [2]	Samtidig logistisk regressionsanalys (SLR). Flernivåanalys (hierarchical linear modeling, HLM).	Ja. Varken korrelationsmatris eller faktoranalys presenteras.	HLM nivå 1 – individ: 22. HLM nivå 2 – skola: 31	Ja.	Rapporteras inte.	Beteendutfall: Avsluta gymnasieskolan: ja/nej.
Catsambis, 2001, USA [3]	Samtidig multipel regressionsanalys (SMR). Samtidig logistisk regressionsanalys (SLR).	Nej. Föräldrars engagemang i skolan är faktoranalyserat och därmed föreligger liten risk för multikollinearitet (6 faktorer).	SMR: 27 SLR: 27	Ja .	SMR, matematik: $R_2 = .30$. SMR, naturvetenskap: $R_2 = .31$. SMR, läsförståelse: $R_2 = .12$ SLR, teoretiskt program: Pseudo $R_2 = .23$	Kognitivt utfall: Kurspoäng och provresultat i matematik, läsförståelse och naturvetenskap. Beteendutfall: Teoretiskt gymnasieprogram: ja/nej.

<p>Föräldrars stöd efter kognitivt utfall/beteendefall</p> <p>(1 = signifikant positivt samband; 0 = nollsamband; -1 = signifikant negativt samband; N/A = samband saknas).</p>	<p>Föräldrars beslutsfattande efter kognitivt utfall/beteendefall</p> <p>(1 = signifikant positivt samband; 0 = nollsamband; -1 = signifikant negativt samband; N/A = samband saknas).</p>	<p>Föräldrars stöd/ beslutsfattande efter kognitivt utfall/beteendefall</p> <p>(1 = signifikant positivt samband; 0 = nollsamband; -1 = signifikant negativt samband; N/A = samband saknas).</p>	<p>Kommentarer och slutsatser</p>
<p>Kognitivt utfall: N/A</p> <p>Beteendefall: N/A</p>	<p>Kognitivt utfall: N/A</p> <p>Beteendefall: 0</p>	<p>N/A</p>	<p>Kommentar: Eftersom nivå 2 (skola) inte är av intresse för våra syften redovisas endast sambanden av analysen på nivå 1 (individ).</p> <p>Slutsatser: Föräldrars beslutsfattande uppvisar inget samband med barnens benägenhet att avsluta/inte avsluta gymnasieskolan.</p>
<p>Kognitivt utfall: Matematik = 0 Läsförståelse = 0 Naturvetenskap = 0</p> <p>Beteendefall: Teoretiskt program = 1, oddskvot 1.11, $p < .05$</p>	<p>Kognitivt utfall: Matematik = 1, beta .03, $p < .001$ Läsförståelse = 1, beta .02, $p < .05$ Naturvetenskap = 1, beta .03, $p < .01$.</p> <p>Beteendefall: Teoretiskt program = 0.</p>	<p>N/A</p>	<p>Kommentar: Föräldrars beslutsfattande har väldigt svaga positiva samband med barns kognitiva utfall. Dessa samband är förmodligen bara statistiskt säkerställda p.g.a. den stora stickprovsstorleken (N = 13 580).</p> <p>Slutsatser: Chansen att ett barn väljer ett teoretiskt program på gymnasiet ökar med 11 % om föräldrarna arbetar ideellt i skolan (föräldrars stöd).</p>

McNeal, 1999, USA [4]	Samtidig multipel regressionsanalys (SMR). Samtidig logistisk regressionsanalys (SLR).	Nej. Föräldrars engagemang i skolan är faktoranalyserat och därmed föreligger liten risk för multikollinearitet (4 faktorer).	10	Ja.	SLR, akademiska prestationer i naturvetenskap: -2 Log likelihood or F-statistic = 1 070.7. SLR, skolk: -2 Log likelihood or F-statistic = 770.1. SLR, hoppa av skolan: -2 Log likelihood or F-statistic = 1 562.9.	Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i naturvetenskap. Beteendefall: Skolk, hoppa av skolan ja/nej.
Muller, 1995, USA [5]	Samtidig multipel regressionsanalys (SMR).	Ja. Varken korrelationsmatris eller faktoranalys presenteras.	29	Ja.	SMR, akademiska prestationer i matematik: Adj. $R^2 = .723$	Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i matematik.
Muller, 1998, USA [6]	Samtidig multipel regressionsanalys (SMR).	Ja. Varken korrelationsmatris eller faktoranalys presenteras.	16	Ja.	SMR, akademiska prestationer i matematik: Adj. $R^2 = .865$	Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i matematik.

N/A	N/A	<p>Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i naturvetenskap = -1, beta -.115, $p < .01$</p> <p>Beteendefall: Skolk = 1, beta -.069, $p < .01$ Hoppa av gymnasiet = 1, beta -.193, $p < .01$.</p>	<p>Slutsatser: Föräldrars stöd och beslutsfattande försämrar barnens akademiska prestationer i naturvetenskap, men minskar skolkandet och benägenheten att hoppa av gymnasiet.</p>
<p>Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i matematik = -1, regr.koeff. -.438, $p < .01$.</p>	<p>Kognitivt utfall: Akademiska prestationer i matematik = 1, regr.koeff. .169, $p < .01$.</p>	N/A	<p>Kommentar: Observera att författaren till denna studie inte rapporterar betavikter utan regressionskoefficienter.</p> <p>Slutsatser: Föräldrars stöd försämrar barnens akademiska prestationer i matematik, men föräldrars beslutsfattande förbättrar barnens prestationer i matematik.</p>
<p>Kognitivt utfall: Matematik: o.</p>	<p>Kognitivt utfall: Matematik: 1, regr.koeff. .351, $p < .001$.</p>	N/A	<p>Kommentar: Författaren presenterar även könsskillnader för sambanden mellan föräldrars stöd/ beslutsfattande och barns skolframgång.</p> <p>Slutsatser: Föräldrars stöd uppvisar inget samband med barnens självrapporterade betyg i matematik, men föräldrars beslutsfattande uppvisar ett positivt samband med barnens självrapporterade betyg i matematik.</p>

Barnard, 2004, USA [7]	Samtidig logistisk regressionsanalys (SLR). Samtidig multipel regressionsanalys (SMR).	Ja. Författaren redovisar dock en korrelationsmatris över föräldrars engagemang i skolan och barns skolframgång.	13	Ja.	SLR: rapporteras inte. SMR: $R_2 = .140$	Beteendefall: Hoppa av gymnasiet: ja/nej, ta studentexamen: ja/nej, högsta avslutade årskurs.
Trusty, 1999, USA [8]	Samtidig logistisk regressionsanalys (SLR).	Nej. Föräldrars engagemang i skolan är faktoranalyserat och därmed föreligger liten risk för multikollinearitet (4 faktorer).	8	Ja.	Rapporteras ej.	Beteendefall: Barnens förväntningar avseende sin egen utbildningsnivå, lägre eller högre än fil.kand.
Fan, 2001, USA [9]	Latent growth curve analysis (LCGA).	Nej. Författaren redovisar både en korrelationsmatris över de ingående variabelerna och två faktoranalyser (en för vardera rapporteringskällan, 4 och 7 faktorer) och därmed föreligger liten risk för multikollinearitet.	5–8	Ja.	LCGA: Modellanpassningar redovisas och är mycket goda. RMSEA, som är ett mått på hur bra/dålig anpassningen är och helst ska ligga under .10, varierar mellan .04 och .07 för vart och ett av ämnena samt var och en av rapporteringskällorna.	Kognitiva utfall: Akademiska förbättringar/för-sämringar över tid i läsförståelse, naturvetenskap, matematik och samhällsvetenskap.

<p>Beteendutfall:</p> <p>Lärarrapporterat stöd Hoppa av gymnasiet = 1, oddskvot 0.792, $p < .001$. Ta studentexamen = 1, oddskvot 1.322, $p < .001$. Högsta avslutade årskurs = 1, beta .207, $p < .001$.</p> <p>Föräldrarapporterat stöd Hoppa av gymnasiet = 0. Ta studentexamen = 0. Högsta avslutade årskurs = 0.</p>	N/A	N/A	<p>Slutsatser:</p> <p>Föräldrars stöd minskar barnens benägenhet att hoppa av gymnasiet med ca. 20 %, ökar deras benägenhet att ta studentexamen med ca. 32 % och ökar deras benägenhet att läsa fler årskurser.</p>
<p>Beteendutfall:</p> <p>Barnens förväntningar avseende sin egen utbildningsnivå, lägre eller högre än fil.kand = 0.</p>	N/A	<p>Beteendutfall:</p> <p>Barnens förväntningar avseende sin utbildningsnivå = 1, beta .20, oddskvot 1.122, $p < .01$.</p>	<p>Slutsatser:</p> <p>Föräldrars stöd uppvisar inget samband med barnens förväntningar avseende sin egen utbildningsnivå, men föräldrars stöd och beslutsfattande ökar barnens förväntningar avseende sin egen utbildningsnivå.</p>
<p>Kognitiva utfall:</p> <p>Studentrapporterat stöd Läsförståelse = -1, slope (ungefär detsamma som en path coefficient) = -.09, $p < .01$. Matematik = 0 Naturvetenskap = 0 Samhällsvetenskap = 0</p> <p>Föräldrarapporterat stöd Läsförståelse = 0 Matematik = 0 Naturvetenskap = 0 Samhällsvetenskap = 0</p>	N/A	<p>Kognitiva utfall:</p> <p>Studentrapporterat stöd och beslutsfattande N/A</p> <p>Föräldrarapporterat stöd och beslutsfattande Läsförståelse = 0 Matematik = 0 Naturvetenskap = 0 Samhällsvetenskap = 0</p>	<p>Kommentarer:</p> <p>Alla redovisade samband sker med kontroll för SES.</p> <p>Slutsatser:</p> <p>Föräldrars stöd uppvisar noll samband med alla utfall utom läsförståelse som uppvisar ett negativt samband. Föräldrars stöd och beslutsfattande uppvisar noll samband med alla utfall.</p>

Reynolds, 1992, USA [10]	Samtidig multipel regressionsanalys (SMR).	Ja. Författaren redovisar dock en korrelationsmatris över föräldrars engagemang i skolan och barns skolframgång.	12	Ja.	SMR, socioemotionell kompetens: $R^2 = .328$. SMR, problem-beteende: $R^2 = .387$. SMR, skolk $R^2 = .306$.	Beteendefall: Socioemotionell kompetens, problem-beteende och skolk.	
--------------------------	--	--	----	-----	--	--	--

<p>Beteendefall: Socioemotionell kompetens = 1, beta .234, $p < .01$. Problembeteende = 1, beta $-.259$, $p < .01$. Skolk = 1, beta $-.09$, $p < .05$.</p>	N/A	<p>Beteendefall: Socioemotionell kompetens = 1, beta .092, $p < .05$. Problembeteende = 0. Skolk = 0.</p>	<p>Slutsatser: Föräldrars stöd uppvisar positiva samband med alla utfall, men föräldrars stöd och beslutsfattande uppvisar två nollsamband och ett positivt samband.</p>
---	-----	--	---

Tabell 3. Variabelkonstruktion i studierna av måtten på föräldrars stöd, föräldrars beslutsfattande eller föräldrars stöd och beslutsfattande (som ett aggregat mått) samt rapportören av svaren på dessa frågor

Studie	Föräldrars stöd samt rapportör	Föräldrars beslutsfattande samt rapportör	Föräldrars stöd och beslutsfattande (aggregat mått) samt rapportör
[2]	N/A	<p>Mått på två frågor:</p> <p>1) Föräldrarnas engagemang i skolans policy. 2) Föräldrars engagemang i hem och skola.</p> <p>Rapportör: framgår inte.</p>	N/A
[3]	<p>Mått på sex frågor:</p> <p>1) Om föräldern brukar ta kontakt med skolan angående penninginsamling. 2) Om föräldern brukar ta kontakt med skolan angående ideellt arbete. 3) Om föräldern brukar ta kontakt med skolan angående barnets skoldokument. 4) Om skolan kontaktar föräldern angående penninginsamling. 5) Om skolan kontaktar föräldern angående ideellt arbete. 6) Om skolan kontaktar föräldern angående barnets skoldokument.</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>	<p>Mått på tre frågor:</p> <p>1) Om föräldern tillhör en hem och skola-organisation. 2) Om föräldern brukar vara närvarande hem och skolas möten. 3) Om föräldern brukar delta i hem och skolas aktiviteter.</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>	N/A
[4]	N/A	N/A	<p>Mått på fyra frågor:</p> <p>1) Om föräldern tillhör en hem och skola-organisation (typ 5). 2) Om föräldern brukar vara närvarande vid hem-och-skolas möten (typ 5). 3) Om föräldern brukar delta i hem-och-skolas aktiviteter (typ 5). 4) Om föräldern brukar arbeta ideellt på skolan (typ 3).</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>

[5]	<p>Mått på en fråga: 1) Brukar du och din make/maka göra något av följande på ditt barns skola? Delta som volontär (ja/nej)</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>	<p>Mått på tre frågor: 1) Är du eller din make/maka medlem av en hem och skola-organisation. 2) Brukar du och din make/maka närvara vid hem och skolas möten. 3) Brukar du och din make/maka delta i deras aktiviteter (ja/nej).</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>	N/A
[6]	<p>Mått på en fråga: 1) Brukar dina föräldrar delta i sociala skolaktiviteter? (ja/nej)</p> <p>Rapportör: barnen.</p>	<p>Mått på en fråga: 1) Brukar dina föräldrar delta i föräldramöten där skolans policy och program diskuteras? (ja/nej)</p> <p>Rapportör: barnen.</p>	N/A
[8]	<p>Mått på tre frågor: 1) Om föräldrarna deltar i skolmöten (typ 3). 2) Om föräldrarna brukar samtala med lärar- eller skolpersonalen (typ 2). 3) Om föräldern brukar besöka klassen i skolan (typ 3).</p> <p>Rapportör: barnet.</p>	N/A	<p>Mått på fyra frågor: 1) Om föräldern tillhör en hem och skola-organisation (typ 5). 2) Om föräldern brukar vara närvarande vid hem-och-skolas möten (typ 5). 3) Om föräldern brukar delta i deras aktiviteter (typ 5). 4) Om föräldern brukar arbeta ideellt på skolan (typ 3).</p> <p>Rapportör: föräldrarna.</p>

[7]	<p>Mått på tre frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Föräldrars delaktighet i skolaktiviteter. 2) Föräldrars samtal med läraren om barnet. 3) Föräldrars hjälp i barnets klassrum. <p>Rapportör: föräldrarna.</p> <p>Mått på en fråga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kvaliteten på föräldrarnas delaktighet i skolans aktiviteter under 6 år, givet att delaktigheten varit medel eller hög (annars räknades den inte). <p>Rapportör: läraren.</p>	N/A	N/A
[9]	<p>Mått på fyra frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Om föräldrarna brukar närvara vid skolmöten. 2) Om föräldrarna brukar tala med läraren/annan skolpersonal. 3) Om föräldrarna brukar besöka klassrummet. 4) Om föräldrarna brukar närvara vid sociala skolhändelser. <p>Rapportör: barnet.</p> <p>Mått på tre frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Om föräldrarna brukar kontakta skolan angående penninginsamling. 2) Om föräldrarna brukar kontakta skolan angående ideellt arbete. 3) Om föräldrarna brukar arbeta ideellt på skolan. <p>Rapportör: föräldrarna.</p>	N/A	<p>Mått på fyra frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Om föräldrarna tillhör en hem och skola-organisation (typ 5). 2) Om föräldern brukar vara närvarande vid hem-och-skolas möten (typ 5). 3) Om föräldern brukar delta i deras aktiviteter (typ 5). 4) Om föräldern brukar arbeta ideellt på skolan (typ 3). <p>Rapportör: föräldrarna.</p>
[10]	<p>Mått på en fråga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kvaliteten på föräldrarnas delaktighet i olika skolaktiviteter, typ 3). <p>Rapportör: läraren.</p>	N/A	<p>Mått på två frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Om föräldrarna brukar delta i hem och skola-möten (typ 5). 2) Om föräldrarna brukar delta i sociala aktiviteter på skolan (typ 3). <p>Rapportör: läraren.</p>

Referenser

1. Epstein JL. School/family/community partnerships caring for the children we share. *Phi Delta Kappan* 1995;76:701-12.
2. Anguiano RPV. Families and Schools: The Effect of Parental Involvement on High School Completion. *Journal of Family Issues* 2004;25(1):61-85.
3. Catsambis S. Expanding knowledge of parental involvement in children's secondary education: Connections with high school seniors' academic success. *Social Psychology of Education* 2001;5(2):149-77.
4. McNeal RB, Jr. Parental involvement as social capital: Differential effectiveness on science achievement, truancy, and dropping out. *Social Forces* 1999;78(1):117-44.
5. Muller C. Maternal employment, parent involvement, and mathematics achievement among adolescents. *Journal of Marriage and the Family* 1995;57(1):85-100.
6. Muller C. Gender differences in parental involvement and adolescents' mathematics achievement. *Sociology of Education* 1998;71(4):336-56.
7. Barnard WM. Parent involvement in elementary school and educational attainment. *Children and Youth Services Review* 2004;26:39-62.
8. Trusty J. Effects of eighth-grade parental involvement on late adolescents' educational expectations. *Journal of Research and Development in Education* 1999;32(4):224-33.
9. Fan X. Parental involvement and students' academic achievement: A growth modeling analysis. *Journal of Experimental Education* 2001;70(1):27-61.
10. Reynolds AJ, Weissberg RP, KasproW WJ. Prediction of early social and academic adjustment of children from the inner city. *Am J Community Psychol* 1992.

Bilaga 5

Se rapport *Fäders betydelse för barns och ungdomars hälsa, utveckling och välbefinnande. En systematisk översikt av longitudinella studier*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. Finns nedladdningsbar på www.fhi.se

Ordlista

ADHD	Förkortning av Attention Deficit Hyperactivity Disorder, på svenska överaktivitet kombinerat med uppmärksamhetsstörning.
Barn	Individer i åldern 0–17 år. Definitionen följer FN:s konvention om barnets rättigheter.
Bestämningsfaktor	En faktor som påverkar hälsotillståndet i en befolkning.
Confounder	Engelskt ord, ofta använda i svenskan; grundordet är verbet confound, förvirra. Ett samband mellan två variabler kan vara skenbart om sambandet förklaras av en tredje variabel. Denna variabel kallas confounder.
Effekt	Sambandet mellan en <i>bestämningsfaktor</i> och ett <i>hälsoutfall</i> . I de studier som refereras i denna översikt beräknas effekten ofta i en statistisk regressionsmodell.
Effektstorlek	Uppgift om hur mycket en <i>bestämningsfaktor</i> påverkar ett <i>hälsoutfall</i> . Effekten uttrycks ofta i ES. Ofta är det ett tal som är mindre än 1. Mycket förenklat kan detta tal tolkas som reduktion av andelen med stora problem. Effekt = 0,4 ES kan således ungefär innebära en reduktion av denna grupp med 40 procent. En mer exakt beräkning tyder på 60 procents reduktion. Metoden beskrivs av Carr [1] och har återgivits på svenska [2].
Evidensbaserad	Kunskapen om en insats effekt, grundad på vetenskapliga studier med angiven säkerhet för slutsatserna.
Exponering	Att vara utsatt för något vars <i>effekt</i> man är intresserad av att studera.
Förklarad varians	Hur stor andel av <i>hälsoutfallets</i> variation som kan förklaras av de variabler som ingår i en <i>regressionsmodell</i> .
Förklaringsvariabel	Den variabel som påverkar <i>hälsoutfallet</i> . Liktydigt med <i>bestämningsfaktor</i> .

Föräldrastöd	Insatser för föräldrar som syftar till att främja barnens hälsa och välfärd.
Hälsoutfall	Effekten av en <i>bestämningsfaktor</i> eller insats på individers hälsa.
Inåtvända psykiska problem	Depression, ångest och oro.
Kognitiv	Individens förmåga att ta emot intryck, tolka och namnge dem för att sedan göra bedömningar och fatta beslut.
Kohortstudie	En eller flera <i>exponerade</i> individer jämförs med en eller flera individer som inte har <i>exponerats</i> . <i>Exponeringen</i> har skattats först och <i>hälsoutfallen</i> har bestämts vid ett senare tillfälle. Sådana studier kan på ett måttligt säkert sätt fastställa samband mellan orsak och verkan.
Kontrollerad undersökning	Ett försök där en försöksgrupp får tillgång till en insats och en jämförbar kontrollgrupp inte får tillgång till insatsen.
Kontrollvariabel	En <i>variabel</i> som primärt inte är av intresse för studien men som är viktiga att inkludera för att undvika feltolkningar.
Modell	En beskrivning av ett samband mellan en eller flera <i>bestämningsfaktorer</i> och ett <i>hälsoutfall</i> .
Observationsstudier	Kohortstudier, fall-kontrollstudier och tvärsnittsstudier.
Oddsquot	Kvoten mellan oddset att vara sjuk för individer som är <i>exponerade</i> för en viss bestämningsfaktor och oddset att vara sjuk för individer som är ej är <i>exponerade</i> för faktorn.
Program	En avgränsbar planerad insats.
Psykisk ohälsa	Psykiska problem. Definitionen är vidare än den strikt psykiatriska.

Randomiserade kontrollerade försök	Ett kontrollerat försök med slumpvis fördelning mellan försöks- och kontrollgrupper. Det innebär att försöks- och kontrollgrupper kan förväntas vara jämförbara. En skillnad mellan grupperna kan därför med god säkerhet tillskrivas insatsen försöksgruppen fått ta del av.
Regressionsanalys	En beskrivning av ett samband mellan en eller flera <i>bestämningsfaktorer</i> och ett <i>hälsoutfall</i> med hjälp av en statistik metod.
SD = standardavvikelse	Ett statistiskt mått som anger variationen i ett material som har en s.k. normalfördelning. Måttet kan användas för att ange effekten av en insats. Beräkningarna görs enligt följande. Utfallet i en grupp som exponerats för en bestämningsfaktor anges som medelvärde och standardavvikelse. Utfallet i en grupp som <i>inte</i> exponerats anges på liknande sätt. Om skillnaden i medelvärden divideras med den genomsnittliga standardavvikelsen beskrivs skillnaden på ett sätt som gör det möjligt att jämföra effekten av en bestämningsfaktor i olika studier, oavsett vilka absoluta medelvärden som anges.
Self efficacy	Tilltro till den egna förmågan att genomföra ett specifikt beteende, se kapitel 2.
SES, Socioekonomisk status	En indelning på grundval av socioekonomiska faktorer som t.ex. yrke, inkomst, eller utbildning.
Social inlärningsteori	En teori grundad på uppfattningen att vi lär oss beteenden genom att iaktta hur andra människor gör. I första hand lär vi oss genom att direkt iaktta andra människor, se kapitel 2.
Spädbarn	Barn i ålder 0–18 månader.
Statistiskt signifikant	Ett resultat som med en given sannolikhet (vanligen 95 procents sannolikhet) anger att ett resultat inte kan ha uppkommit av slump.

Strukturerat program	En pedagogisk insats som utgår från en handbok där olika moment beskrivs relativt detaljerat. Det innebär att insatsen utformas relativt lika, oberoende av ledare.
Tvärsnittsstudie	En studie som studerar samband mellan <i>hälsoutfall</i> och <i>bestämningsfaktorer</i> vid en viss bestämd tidpunkt. För vissa stabila bestämningsfaktorer kan ett samband tolkas som ett orsakssamband, exempelvis samband mellan utbildningsnivå och hälsa. För andra bestämningsfaktorer kan tolkningen bli påtagligt osäker.
Utagerande psykiska problem	Främst ADHD och uppförandestörning.
Utfall	Resultat av en insats eller en <i>bestämningsfaktor</i>
Variabel	Något som varierar.
Varians	Ett mått på variationen i ett antal observationer. Analys av varianskomponenter för hälsoutfall handlar vanligtvis om variation kring medelvärdet.
Öppna program	En pedagogisk insats där innehållet bestäms av ledaren eller deltagarna. Det innebär att insatsen utformas relativt olika, beroende av ledare och deltagare.

Referenser

1. Carr A, red. What works for children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London and NY: Routledge; 2000.
2. Bremberg S. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.

Psykisk ohälsa, hjärt-kärlsjukdom och cancer är de tre största folkhälsoproblemen. Insatser mot psykisk ohälsa är avgörande för att förbättra folkhälsa i stort. Kunskapsläget har utvecklats radikalt sedan början av 1990-talet. I dag finns mer än 100 högkvalitativa studier som visar att insatser för föräldrar kan förebygga psykiska problem både under uppväxten och senare i vuxen ålder. Denna rapport tar sin utgångspunkt i denna nya kunskap.

Rapporten redovisar förslag till föräldrastöd under olika delar av barnets uppväxt. Programmen ifrågasätter inte föräldrarnas egen kompetens utan söker i stället ta tillvara och utveckla föräldragruppens samlade erfarenheter. Under spädbarnstiden rekommenderas bred användning av metoder som främjar trygg anknytning, under förskoleåren samspelsprogram som syftar till att utveckla föräldrarnas förmåga att ge barnen både värme och rammar och under skolåren kommunikationsprogram som särskilt syftar till att minska risken för att ungdomarna ska börja använda tobak, alkohol och droger och risken för att de ska begå brott. Rapporten behandlar även stöd genom rådgivning per telefon, stöd genom böcker, tidningar, tidskrifter, radio, TV och internet.

Rapporten är ett kunskapsunderlag skrivet för beslutsfattare och yrkesverksamma med ansvar för barn och ungdom inom kommun, landsting, stat, frivilliga organisationer och inom privata företag.



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 8811
E-post: fhi@strd.se
Internet: www.fhi.se

R 2004:49
ISSN 1651-8624
ISBN 91-7257-319-8