

Projekt Pinocchio

*Erfarenheter från ett nationellt Genombrottsprojekt
med syfte att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år
som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende*



Projekt Pinocchio

*Erfarenheter från ett nationellt Genombrottsprojekt
med syfte att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år
som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende*

Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm, *Besök* Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50

info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

Grafisk form och produktion Ordförandet AB

Illustration Karin Södergren/www.skissblocket.se

Tryck Edita Västra Aros AB, 2010

ISBN 978-91-7164-479-4

Upplysningar om rapportens innehåll

lämnas av projektledare Eva Westerling

Tfn: 08-452 73 87, e-post eva.westerling@skl.se

Beställning av skriften kan göras på Sveriges Kommuner
och Landstings webbplats www.skl.se/publikationer

Det går också att beställa genom att ringa 020-31 32 30
eller att faxa 020-31 32 40

Innehåll

1	Inledning och bakgrund	7
2	Om Pinocchioprojektet	10
3	Om Genombrottsmetoden	16
4	Om normbrytande beteende	23
5	Teamens erfarenheter	29
6	Intervjuer med fyra team	60
7	Slutsatser och lärdomar	69
8	Råd från teamen	72
	Bilagor	
1	Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio I	74
2	Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio II	79
3	Förändringskoncept för arbete med barn i risk för långvarigt normbrytande beteende	89
4	Projektdeltagare	107
5	Bedömningsmetoder	111

Förord

Kunskapen om hur man tidigt kan upptäcka barn och ungdomar i riskzonen för att utveckla ett normbrytande beteende har ökat under senare år. Internationell forskning visar hur tidiga insatser kan förhindra en sådan utveckling.

Kunskapen finns – men hur omsätter man den i praktisk handling i vardagen? Det var en av utgångspunkterna för Pinocchioprojektet.

Det är sedan länge känt att en framgångsfaktor för förebyggande arbete är samverkan kring det enskilda barnet. Hur kan ett sådant samarbete stimuleras? Det var en annan utgångspunkt för projektet.

Den tredje utgångspunkten var att pröva om Genombrottsmetoden, som framgångsrikt använts inom hälso- och sjukvården, också skulle kunna vara användbar inom socialt arbete.

Har man lyckats?

Genom Pinocchioprojektet har många barn runt om i landet fått hjälp och stöd med att förändra en problematisk situation som ofta innehållit konfliktfyllda relationer till både vuxna och jämnåriga. Många föräldrar och pedagoger har blivit stärkta i sin roll att stödja barnen.

En form av evidensbaserad metodik är strukturerade bedömningsmetoder. Intresset för att börja använda bedömningsmetoder visade sig vara mycket stort och samtliga 30 team som ingått i projektet har provat och använt ett sådant. Teamen uppger att de därigenom blivit mer professionella och träffsäkra i sina insatser.

Genom att dokumentera insatserna, kontinuerligt mäta och följa upp hur barnens situation förändrats, har teamen ökat sin kunskap om vilka insatser som varit effektiva. De har fått en större systematik i arbetet och ett kontinuerligt lärande av sin egen praktik.

Teamen har bestått av personal från främst förskola/skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. De har under projektets gång hittat former för konkret samverkan kring det enskilda barnet, samordnat insatserna och systematiserat arbetsprocessen.

Genombrottsmetoden har visat sig användbar och många vittnar om hur arbetet bidragit till ökade kunskaper, större professionalism och även personlig utveckling.

Vad har kännetecknat teamen?

Hårt arbete och *envishet* krävs för att skapa utrymme för ett målmedvetet arbete inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Mod är nödvändigt för att våga gå in i ett förändringsarbete som man inte riktigt vet vart det leder.

Lyhördhet och *respekt* är det förhållningssätt som varit vägledande både inom teamet och i arbetet med barn och föräldrar.

Projektleddning har bestått av Ylva Söderlind Göthner och Eva Westerling från SKL och Kristin Marklund IMS. Anna-Karin Andershed och Henrik Andershed från Örebro universitet har varit ordförande i den expertgrupp som tog fram kunskapsunderlaget som utgångspunkt för teamens förbättringsarbete. Handledare har bistått teamen med feedback och råd.

Vi vill förstås tacka dem men först och främst – Ett stort tack till alla ni trettio team som deltagit i Pinocchioprojektet och till er chefer och politiker som varit med och stöttat arbetet. Det är ert engagemang och uthållighet som gjort skillnad för många barn i vårt land och skapat förutsättningar för en positiv utveckling och ett bra liv i vuxen ålder.

Sabina Wikgren Orstam

Sektionen för Vård och Socialtjänst
Sveriges Kommuner och Landsting

Knut Sundell

Institutet för utveckling av metoder
i Socialt arbete, Socialstyrelsen

Inledning och bakgrund

Sveriges Kommuner och Landsting påbörjade hösten 2005 diskussioner med Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS, om möjligheten att starta ett gemensamt projekt för att förbättra det förebyggande arbetet kring barn i riskzonen att utveckla ett varaktigt normbrytande beteende. Det fanns en frustration över att dessa barn inte uppmärksammades tillräckligt trots att det fanns kunskap och evidensbaserade metoder för att hjälpa dem.

För att diskutera idéerna och förutsättningarna för projektet bjöds ett antal kommuner och landsting in till ett möte sk "Spånskiva" i mars 2006. Ett område som projektgruppen särskilt ville diskutera var hur man såg på möjligheten att använda Genombrottsmetoden för att implementera den nya kunskapen kring barn med normbrytande beteende. Sammanfattningsvis framkom på mötet att det pågick ett intensivt utvecklingsarbete med fokus på barn och unga, men det fanns också brister och stora förbättringsområden. Det förebyggande arbetet var organiserat på olika sätt och arbetsmetoderna varierade mellan kommuner och landsting.

Problemområden som nämndes var bristen på samverkan, att socialtjänsten kommer in för sent och att kortsiktiga lösningar blir kostsamma lösningar.

Med utgångspunkt från deltagarnas synpunkter beslutade Projektgruppen att välja området *"Barn som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende"*.

Forskare och professionella med kunskaper inom detta område bjöds in till ett expertgruppsmöte i oktober 2006 för att bidra med kunskaper och erfarenheter samt synpunkter på projektupplägg mm. Syftet var att få stöd i att formulera projektets övergripande mål samt att få ett underlag för vilka arbetsmetoder/program som skulle kunna rekommenderas.

Med stöd av deltagarnas synpunkter utarbetade projektledningen en inbjudan till kommuner och landsting att delta i projektet. Under våren 2007 inbjöds tvärprofessionella team från förskola/skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri att delta i projektet, 120 visade intresse för projektet och ville ha mer information och slutligen

ansökte 50 team om att få delta. Projektledningen gjorde ett urval och erbjöd 18 team att vara med.

Med erfarenheterna från Pinocchio I och det intresse som visats för projektet fanns det många fördelar med att starta en ny omgång: Pinocchio II.

Det främsta skälet var att det fanns ett mycket stort uttalat behov av evidensbaserad kunskap och behov av stöd i hur man kan omsätta den i praktiken hos de verksamheter projektet vände sig till. En annan fördel var möjligheten att följa och utvärdera om och i så fall hur strukturerade bedömningsmetoder kan hjälpa till att förbättra insatserna för barnen och deras föräldrar. Ytterligare fördelar var att Pinocchio I kunde bidra med viktiga erfarenheter.

Under hösten 2007 skickades en inbjudan ut till de 32 team som ansökte men inte kom med i Pinocchio I. 12 team valdes sedan ut till att ingå i Pinocchio II. Detta är bakgrunden till det nationella projektet Pinocchio som Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med IMS har drivit i två omgångar under åren 2007–2009.

Om denna rapport

Rapporten vänder sig till personer som på ett eller annat sätt är intresserade av hur man kan omsätta kunskap om barn med normbrytande beteende eller risk för normbrytande beteende i praktiskt arbete.

- Kapitel 1–3 är skrivna av Eva Westerling och Ylva Söderlind Göthner, projektledare
- Kapitel 4 är skrivet av Anna-Karin Andershed och Henrik Andershed
- Kapitel 5 är skrivet av Eva Westerling och Ylva Söderlind Göthner
- Kapitel 6 är skrivet av Kommunikatören Agneta Dahlén
- Kapitel 7–8 är skrivna av Eva Westerling och Ylva Söderlind Göthner, projektledare
- Bilaga 1 *Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio I* är skriven av doktorand Josephine Lindgren, Karolinska Institutet
- Bilaga 2 *Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio II* är skriven av doktorand Jennie Fredriksson; fil. dr, universitetslektor Anna-Karin Andershed och fil.dr, docent Henrik Andershed, Örebro universitet
- Bilaga 3 Förändringskoncepten är framtagna av Expertgruppen

- Bilaga 4 Sammanställning av vilka som deltagit i projektet
- Bilaga 5 Beskrivning av bedömningsmetoder som använts i projektet

Faktatexten i Kapitel 4 om normbrytande beteende, risk- och skyddsfaktorer, strukturerade bedömningsmetoder och systematiskt arbetssätt är skriven av Henrik Andershed och Anna-Karin Andershed. Texten baseras i stor utsträckning på kunskapsöversikten "Normbrytande beteende i barndomen – vad säger forskningen" (2005) av samma författare.

Utgångspunkt för sammanställningen av teamens erfarenheter i kapitel 5 är: förändringskoncepten (bilaga 3), teamens slutrapporter, teamens utvärderingar efter lärandeseminarier samt en webbaserad enkät som alla team besvarat i april 2009.

Projektledarnas egna kommentarer och tolkningar benämns för enkelhetens skull med "vi" i texten. Vi har också valt att inte definiera vilket team som sagt vad utan hänvisar till varje teams egen slutrapport för den som vill veta mer.

Teamens slutrapporter finns på www.skf.se/pinocchio Ett annat sätt att få reda på mer i detalj vad teamen gjort är att ta kontakt med kontaktpersonen för varje team. Se bilaga 4.

Det har funnits ett stort material att hämta data och kunskap från. Valet av vad vi lyft fram i den här sammanställningen har utgått från det vi tror kan vara intressant, lärorikt och inspirerande för andra att ta del av. Det främsta syftet är att sprida erfarenheterna vidare så att detta viktiga arbete fortsätter att utvecklas.

Om Pinocchioprojektet

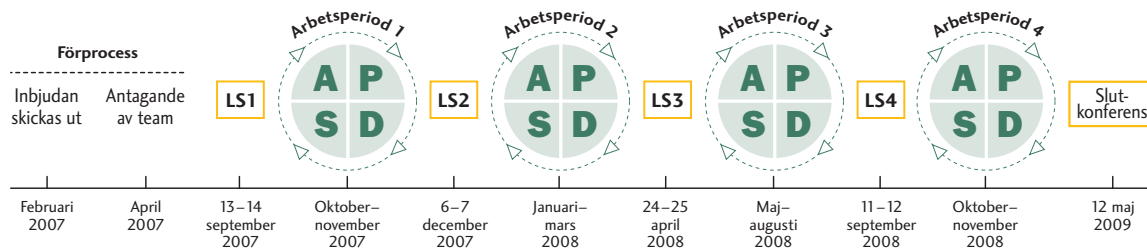
I projektet har 30 tvärprofessionella team från 30 kommuner och 10 landsting medverkat med deltagare från främst förskola/skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Nästan hälften, 46 procent av deltagarna, kom från förskola/skola och elevhälsan, en knapp tredjedel, 28 procent, från socialtjänsten, 16 procent kom från barn- och ungdomspsykiatri och 10 procent från MVC, BVC, primärvården eller annan verksamhet.

Förutom de ca 200 personer som ingått i de 30 teamen har många fler varit involverade i arbetet på hemmaplan. (Chefer, kollegor, politiker och samarbetspartners)

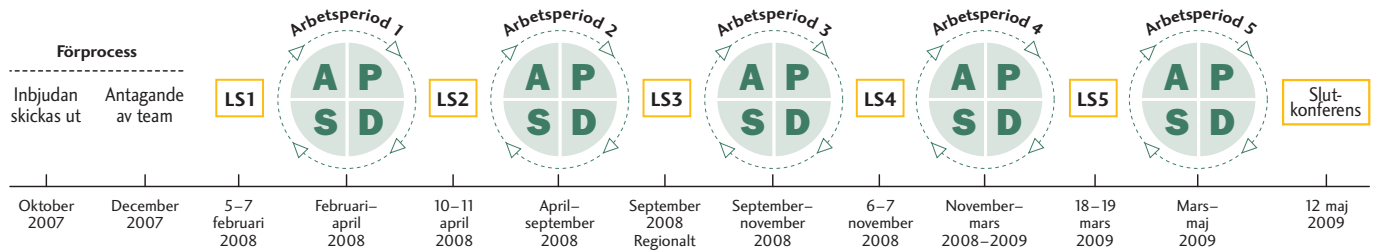
Teamen har haft 4–5 gemensamma träffar (lärandeseminarier) under projekttiden med mellanliggande arbetsperioder hemma. Pinocchio I startade med 18 team i september 2007 och Pinocchio II med 12 team i februari 2008. Vid lärandeseminarier har även teamens chefer och politiker varit inbjudna att delta. I maj 2009 avslutades arbetet med en gemensam konferens, där teamens egna slutrapporter erfarenheter och resultat presenterades.

En *expertgrupp* av erfarna forskare och praktiker har bidragit med att sammanställa ”förändringskoncept”, (se bilaga 3) som bygger på evidens och kunskapsbaserad praktik. Teamen har använt förändringskoncepten som utgångspunkt och inspiration för de förändringar/förbättringar som har prövats. Flera i expertgruppen har också aktivt deltagit och följt arbetet under projekttiden.

TIDPLAN FÖR PINOCCHIO I



TIDPLAN FÖR PINOCCHIO II



Varje team tilldelades en *handledare* som arbetade på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting. Handledaren var ett stöd för teamen och bidrog med reflektioner kring teamens fortlöpande arbete kring mål och mätmetoder samt kommenterade månadsrapporter. Handledaren deltog vid samtliga lärandeseminarier och hade i övrigt kontakt per telefon och via e-post.

En gemensam projektplats, *Grupparbetsplats* på Internet, skapades. Alla team lade in sina månadsrapporter vilket gjorde det möjligt att fortlöpande följa teamens arbete. Projektplatsen var öppen för alla som var involverade i projektet, teamens chefer, handledare och projektledning. Teamen kunde på så sätt följa varandras arbete och det skapades en gemensam lärandeprocess för hela projektet.

För att sprida kunskap om arbetet till berörda chefer, kollegor och samarbetspartners gavs 5 *nyhetsbrev* ut under projektiden.

Syfte

Projektets övergripande syfte var att förhindra att barn till och med 12 år utvecklar ett varaktigt normbrytande beteende.

Detta ville vi åstadkomma genom att öka kunskapen kring vilka barn som är i riskzonen, samt att främja användandet av evidensbaserade metoder – både vad gäller strukturerade bedömningsmetoder och insatser till barn och föräldrar.

Med hjälp av ökade kunskaper möjliggörs förutsättningar för en tidig identifiering av vilka barn som är i riskzonen. Att därefter erbjuda evidens- och kunskapsbaserade metoder för stöd och behandling för att främja en positiv utveckling hos barnen, samt att utvärdera effektiviteten i dessa metoder i ett svenskt sammanhang. Utgångspunkten var att erfarenheterna från Pinocchioprojektet skulle integreras i den ordinarie

verksamheten så att barn och föräldrar skulle få tillgång till bättre stöd i ett tidigt skede innan problemen hunnit bli för stora.

I stort sett har allt arbete bedrivits inom ramen för ordinarie verksamhet, vilket ställt extra stora krav på dem som ingått i projektet.

Övergripande mål för projektet:

Pinocchio I

- minska antalet barn och ungdomar som utvecklar ett varaktigt normbrytande beteende.
- utveckla arbetsmetoder och samarbetsformer mellan förskola/skola, socialtjänst och BUP som bidrar till att insatser erbjuds tidigare.
- undersöka om Genombrottsmetoden är tillämpbar inom detta område och om den också skulle kunna tillämpas inom liknande problemområden. (Josephine Lindgrens forskning, bilaga 1)
- främja en ökad användning av evidensbaserade metoder.

I Projekt Pinocchio II formulerades målen delvis om, eftersom förutsättningarna var lite annorlunda.

Pinocchio II

- använda strukturerade bedömningsmetoder för tidig identifikation av vilka barn som är i riskzonen.
- använda effektiva insatser som förebygger problem och främjar en positiv utveckling hos barnen.
- utveckla samarbetsformer mellan förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst och BUP som bidrar till att insatserna samordnas och planeras tillsammans med föräldrarna.
- de deltagande teamen ska lära sig tillämpa Genombrottsmetoden.
- utvärdera och följa upp effekterna av de bedömningsmetoder som använts och om de insatser som implementerats varit effektiva. (Jennie Fredriksons forskning, bilaga 2)

Teamen har också själva formulerat egna konkreta förbättringsmål inom ramen för de övergripande målen. De har också tydligt formulerat hur de ska mäta och presentera sina resultat utifrån de uppsatta målen.

Resultat

För att uppnå positiva resultat när det gäller att minska antalet barn som utvecklar varaktigt normbrytande beteende behöver samhällets stöd finnas med under en längre tid och anpassas utifrån varje barns specifika behov. Även om det på kort sikt är svårt att påvisa effekter av förebyggande arbete gör vi bedömningen att goda förändringar som kan påvisas i det korta perspektivet påverkar barnets utveckling i positiv riktning på lång sikt. Alla team kan bland annat med hjälp av de bedömningsmetoder de använt visa på förbättringar när det gäller minskning av normbrytande beteende, både på individnivå och gruppnivå.

Alla team har arbetat med att utveckla sina arbetsformer. Av 30 team svarar 24 att de arbetat mer systematiskt i det direkta arbetet med barnet. Merparten av teamen har beskrivit sina nya arbetsformer i form av processkartor. Teamen vittnar nu om hur de systematiskt dokumenterar arbetsgången och fördelar arbetet mellan de ingående parterna. Många beskriver att de "hittar" barnen tidigare och även gemensamt börjar arbeta med barnen och familjerna tidigare. 25 av 30 team svarar att teamets förbättrade samverkan bidragit direkt till ett mer positivt resultat för barnen och föräldrarna. 5 av 30 team svarar att de delvis kan koppla en bättre samverkan till ett positivt resultat för barnen.

Hur har teamen själva skattat sitt resultat?

Den s.k. IHI-skalan (en skala utvecklad av Institute for Healthcare Improvement) är en självskattning hur långt teamet tycker att de kommit på väg mot sina uppsatta mål.

I slutet av varje lärandeseminarium har teamet tillsammans gjort en skattning på en skala mellan 1–5 (halvsteg är möjliga).

1. Teamet har inte kommit igång
2. Viss aktivitet i teamet, men inga förändringar har testats
3. Förändringar har testats och vissa förbättringar har uppmätts
4. Påtagliga förbättringar noteras
5. Teamets förbättringsarbete har lett till kvarstående systemförbättringar och resultaten är bland de bästa i Sverige.

Av 18 team i Pinocchio I är det 10 team (55 %) som skattar sitt arbete på nivå 4 eller högre vid det sista lärandeseminarier. Av 12 team i Pinocchio II är det 9 team (75%) som skattar sitt arbete på nivå 4 eller högre vid det sista lärandeseminarier.

Diagram 1 och 2 visar hur de olika teamen skattat sitt förbättringsarbete med hjälp av IHI-skalan vid varje lärandeseminarium (LS) under projekttiden.

Två forskningsstudier är kopplade till projektet

Pinocchio I följs av doktorand Josephine Lindgren vid Karolinska Institutet.

Huvudfrågeställningen lyder: är Genombrottsmetoden användbar när man skall införa evidensbaserade metoder i socialt arbete?

- Hur fungerar Genombrottsmetoden inom detta verksamhetsområde?
- Vilka framgångsfaktorer och hinder finns när Genombrottsmetoden används inom verksamhetsområdet?
- Vad bör man tänka på när man startar ett Genombrottsprojekt med ett likartat syfte som i Pinocchioprojektet?

Josephine Lindgren har följt projekt Pinocchio I och därmed deltagit på alla möten kopplade till projektet. Dessutom följer Josephine specifikt 6 team som var med i projekt Pinocchio I. Se vidare bilaga 1.

Pinocchio II följs av doktorand Jennie Fredriksson vid Örebro Universitet.

Huvudfrågan i utvärderingen:

- Är Pinocchio II – teamen som arbetat enligt Förändringskoncepten mer framgångsrika vad gäller att reducera/avhjälpa riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende än jämförelseenheterna som inte arbetat enligt Förändringskoncepten.

Exempel på specifika frågeställningar är:

- Vad har de framgångsrika teamen gemensamt?
- Vad har de team som inte har bra resultat gemensamt?
- Är det någon skillnad i resultat (hur väl man lyckats minska riskfaktorer och öka skyddsfaktorer) mellan de team i projekt Pinocchio II som använder bedömningsmetoden EARL – 20B/21G och de team som använder ESTER-bedömning?

Se vidare bilaga 2.

DIAGRAM 1. PINOCCHIO I – TEAMENS SJÄLVSKATTNING ENLIGT IHI-SKALAN

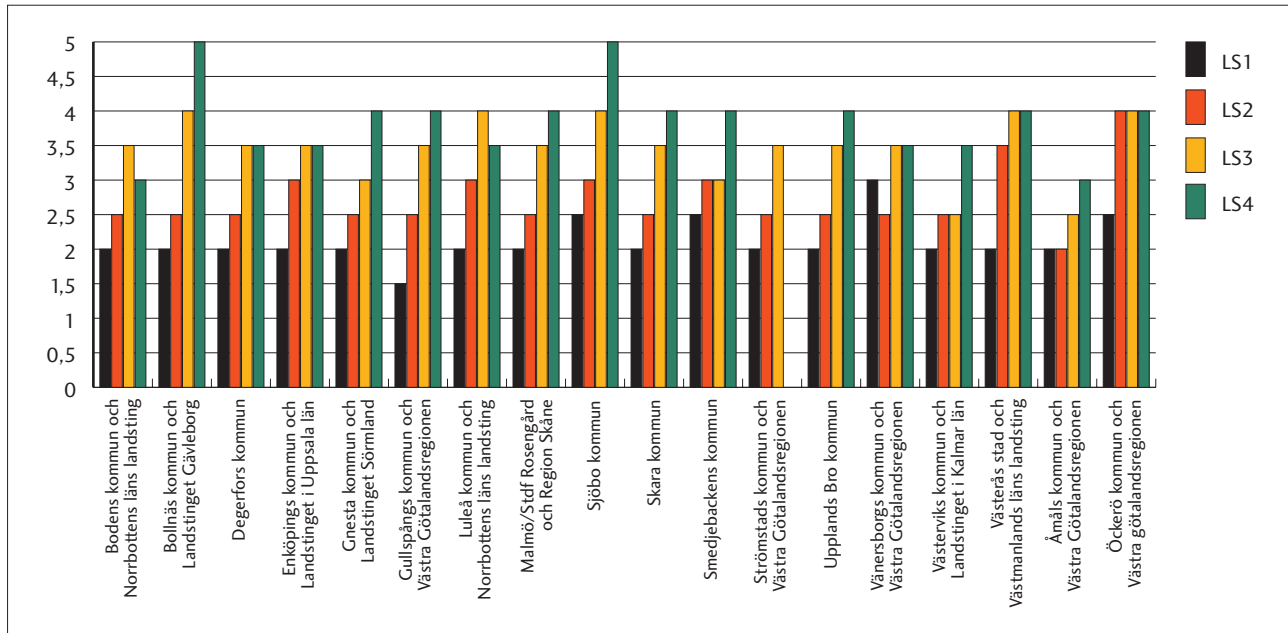
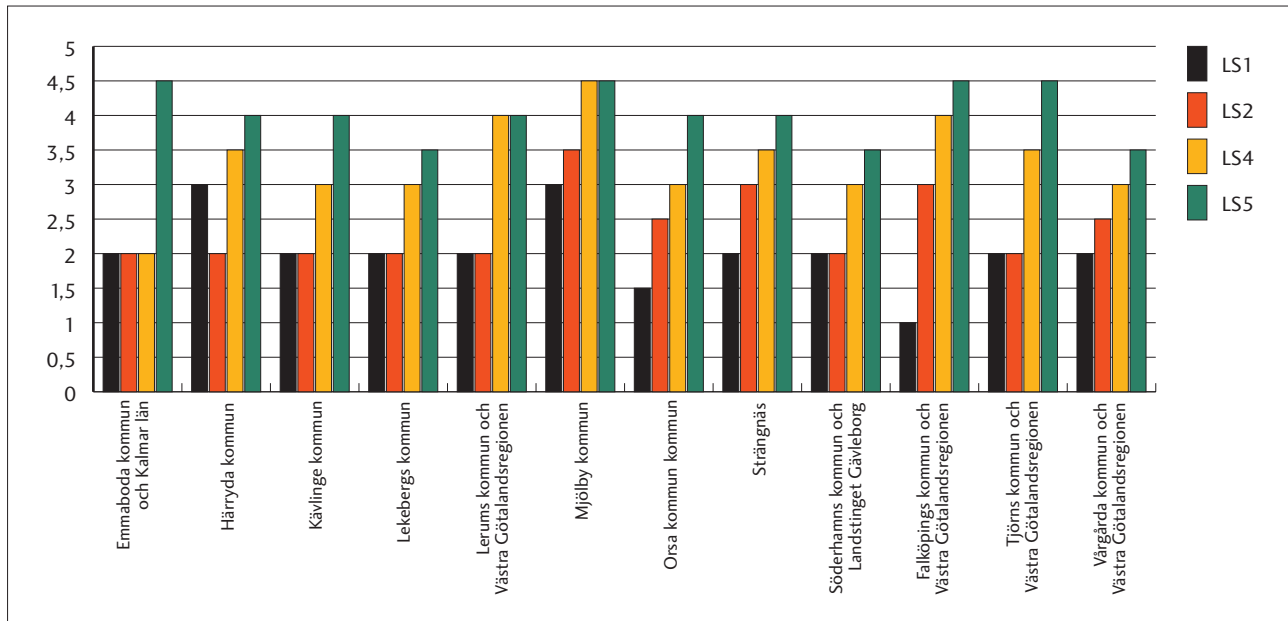


DIAGRAM 2. PINOCCHIO II – TEAMENS SJÄLVSKATTNING ENLIGT IHI-SKALAN



Om Genombrottsmetoden

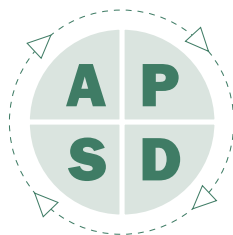
Den svenskanpassade Genombrottsmetoden har sitt ursprung i det framgångsrika arbetssättet "The Breakthrough Series" (BTS) utvecklat av Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston, USA. BTS inkluderar ett principiellt projektupplägg som innehåller gemensamma lärandeseminarier med mellanliggande arbetsperioder. Det inkluderar även en arbetsgång, Nolans Modell, som bygger på att testa små förändringar i den egna organisationen innan beslut om en mer genomgripande förändring görs. Tanken bakom hela arbetssättet är att sluta gapet mellan kunskapen om vad man bör göra och vad man faktiskt gör. En viktig del i metoden är att mäta resultatet av det förbättringsarbete som genomförs, samt att erfarenheterna från varje avslutat Genombrottsprojekt sprids lokalt, regionalt och nationellt.

Nolans modell

Den röda tråden som går igen – inte bara i Genombrottsprojekt – utan i nästan allt förbättringsarbete är Nolans modell som består av tre frågor och det s.k. förbättringshjulet/PDSA-cykeln:

- Vad är det vi vill uppnå?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan vi göra, som leder till förbättringar?

TESTCYKEL ELLER PDSA-CYKELN



PDSA = Plan, Do, Study, Act

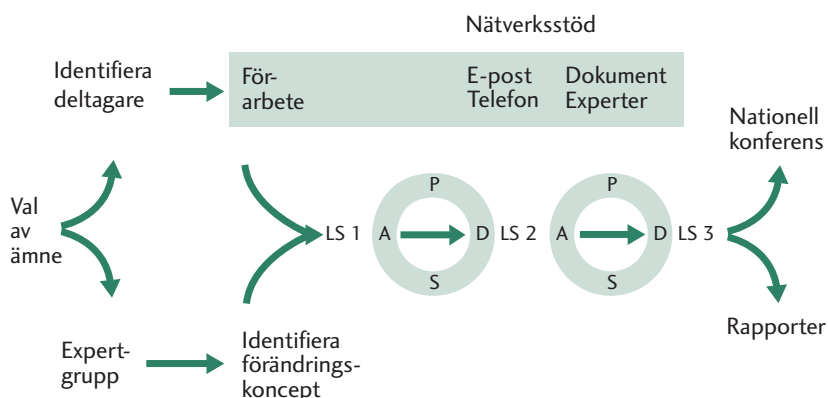
- ▷ Planera
- ▷ Testa, Gör, Pröva
- ▷ Studera, Analysera
- ▷ Lär, Agera

När ett förbättringsbehov identifieras, testas förändringar i liten skala, resultaten iaktas och analyseras och beslut fattas om och hur man går vidare. Om förändringen inte leder till förbättring eller visar sig ge negativa effekter har man lärt sig det och går självklart inte vidare med just den förändringen (se exempel på sid 53).

I arbetssättet ingår att team från olika enheter med ett gemensamt förbättringsfokus, samarbetar under en begränsad period för att lära av andra och varandra hur de kan förbättra och utveckla sin verksamhet. Tidigare valda förbättringsområden inom hälso- och sjukvårdens verksamheter har t.ex. varit intensivvård eller en viss diagnosgrupp t.ex. patienter med diabetes eller en process, t.ex. tillgänglighet.

För ytterligare information om metoden och arbetssättet, se Sveriges Kommuner och Landstings hemsida www.skl.se/genombrott

GENERELL PROJEKTDESIGN I ETT GENOMBROTTSPROJEKT



Beskrivning av Projektdesignen i Pinocchioprojektet

Teamens förberedelsearbete inför lärandeseminarium 1

Inför lärandeseminarium 1 förväntades det att varje team påbörjat en dialog om vad de behövde förbättra i relation till den här målgruppen barn, samt en diskussion om vilka mätbara mål som kunde vara aktuella. Projektets övergripande mål var svåra att mäta eftersom projekttiden var begränsad. Därför var det viktigt att teamen formulerade mer närliggande delmål som var möjliga att mäta på kort sikt. För att kunna börja arbeta med målen under det första lärandeseminarieret behövde teamen göra en

kartläggning av hur problemen såg ut lokalt. Vilka barn talar vi om? Vad gör vi idag för barnen och deras föräldrar? Resultatet skulle sedan presenteras i form av en poster på lärandeseminarium 1. Teamen fick en PM med instruktioner för förarbetet och varsin uppsättning av kunskapsöversikterna; *Risk och Prognos* (Sundelin & Lagerberg, 2001), *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga* (Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Tubman & Adamson 2005), samt *Normbrytande beteende i barndomen* (Andershed & Andershed 2005). Till alla kunskapsöversikterna följde en studiehandledning. Kunskapen i boken *Normbrytande beteende i barndomen* med tillhörande studiehandledning var utgångspunkten för projektet. De övriga böckerna var tänkta som referenslitteratur.

Lärandeseminarium 1 (2,5 dag)

Kunskap presenterades kring normbrytande beteende i barndomen och genomgång av förändringskoncepten samt utbildning om bedömningsmetoder genomfördes. Teamen introducerades i Genombrottsmetoden och påbörjade sitt arbete utifrån arbetsmodellen. Arbetet som påbörjats på hemmaplan fortsatte med formulering av mål, planering av tester enligt PDSA-cykeln samt vilka mått som skulle användas för att följa upp och mäta resultat. Teamen presenterade också sina postrar.

Arbetsperiod 1

Under arbetsperiod 1 fortsatte de flesta teamen arbetet med att fastställa sina mål och upprättade en plan för hur testerna skulle genomföras. Alla team förväntades ha minst 2 mätbara mål, de flesta team hade mellan 5–7 mål. Teamen prövade att göra några förändringar i praktiken enligt PDSA-cykeln. Teamen började också använda de strukturerade bedömningsmetoderna i arbetet med barnen. Varje månad förväntades teamen skicka in en månadsrapport, enligt en strukturerad mall, som berättade hur arbetet fortskred. Alla team fick individuell återkoppling per mejl och ibland per telefon på sin skriftliga månadsrapport av projektledningen och sin handledare. Minst ett gemensamt telefonmöte arrangerades då teamen fick muntlig information av projektledningen samt fick rapportera muntligt för varandra och projektledningen om sitt arbete.

Lärandeseminarium 2 (2 dagar)

Grunden för det gemensamma lärandet var erfarenhetsutbytet mellan teamen. Därför ägnades tid på seminariet åt arbete i tvärgrupper för att diskutera erfarenheter och ta del av varandras arbete med hjälp av teamens postrar. Påfyllning av kunskap

inom området skedde genom olika föreläsningar och seminarier. Teamen utvärderade och fortsatte arbetet med hur idéerna skulle testas i praktiken. Planerna hjälpte såväl teamen som handledarna att följa att de planerade aktiviteterna verkligen genomfördes i praktiken. Teamen fokuserade olika områden beroende på var de tidigare hade identifierat problem. Gemensamt för alla var att arbeta med flera mål samtidigt, börja använda bedömningsmetoderna och de förändringskoncept som expertgruppen arbetat fram.

Arbetsperiod 2

Under arbetsperioden skulle så många relevanta förändringsidéer som möjligt prövas i praktiken. Idéerna prövas därför under *kort tid* och *i liten skala*. Samma idé prövas och förfinas ibland flera gånger, innan den introduceras i större skala.

Förutom att följa upp varje enskild PDSA-cykel, gjordes regelbundna mätningar under hela projekttiden för att följa upp om förbättringsarbetet ledde mot det mål, som fastställdes vid projektets början. Även under denna arbetsperiod skrev teamen månadsrapporter och fick skriftlig återkoppling och gemensamma telefonmöten arrangerades.

Lokalt lärandeseminarium *OBS! Endast i Pinocchio II projektet*

Teamen anordnade själva lokala seminarier. Syftet var att involvera fler på hemmaplan, berätta om teamets arbete hittills, dela erfarenheter och sprida kunskap inom området. Någon från projektledningen och/eller handledarna var med vid varje lokalt lärandeseminarium. Seminarierna var mycket uppskattade och samlade både politiker, chefer och personal från de olika verksamheterna.

Lärandeseminarium 3 (2 dagar)

Seminariet hade samma grundstruktur som de tidigare med inslag av påfyllning av kunskap runt normbrytande beteende, erfarenhetsutbyte via tvärgruppsdiskussioner och posterredovisningar. Teamen fick också vid varje lärandeseminarium tid för eget arbete och tid tillsammans med sin handledare, samt individuell feedback från projektledningen.

Arbetsperiod 3

Förändringar från arbetsperiod 2 som visat sig vara förbättringar testades i större skala/med fler barn. Samtidigt testades nya förändringar i liten skala och de regelbundna mätningarna fortsatte.

Nya idéer som plockats upp från andra team testades under arbetsperiod 3. I slutet av arbetsperioden påbörjades arbetet med den preliminära slutrapport som skulle skickas in innan lärandeseminarium 4.

Lärandeseminarium 4 (2 dagar)

Vid lärandeseminarium 4 redovisade teamen uppnådda resultat både i skriftlig och i muntlig form. Alla team fick i uppdrag att läsa ett annat teams slutrapport. På seminariet anordnades s.k. opponeringsseminarier där varje teams preliminära slutrapport granskades. De synpunkter teamen fick på sin rapport hade de sedan möjlighet att bearbeta innan de sände in sin definitiva slutrapport några veckor efter seminariet. På seminariet reflekterade teamen över sitt resultat, och vad man lärt sig både som individ och som team, och om sitt system och sin organisation. Teamen planerade hur de skulle fortsätta sitt arbete efter projektets slut och hur de kunde medverka till att förbättringsarbetet sprids i organisationen.

Slutrapport och slutkonferens

En gemensam endagskonferens anordnades för samtliga 30 team. Konferensen var även öppen för andra intresserade och samlade totalt 350 personer. Alla team fick redovisa sina resultat i form av postrar och slutrapporter. Ett antal team redovisade dessutom sina resultat vid parallella seminarier.

Vad tyckte teamen om Genombrottsmetoden?

I stort sett kände ingen av deltagarna till Genombrottsmetoden innan projektet startade. I projektet ingick många olika komponenter:

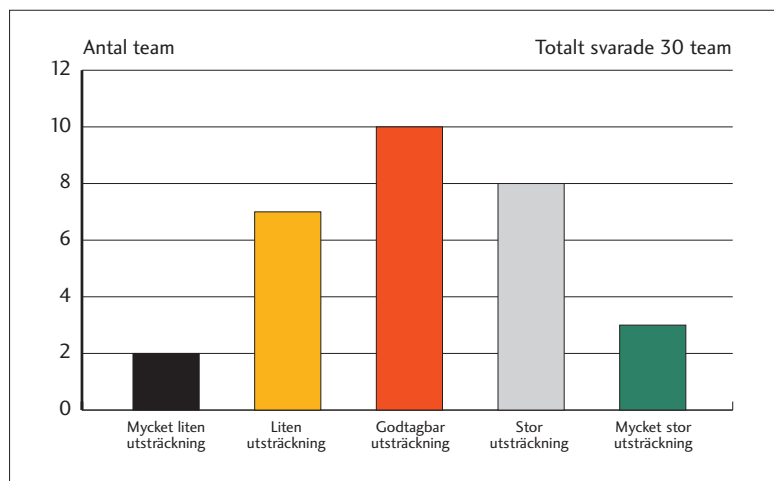
- den egna samverkansprocessen
- kunskapen kring normbrytande beteende
- strukturerade bedömningsmetoder
- olika insatser och metoder
- förändringskoncepten samt
- arbetsprocessen i Genombrott.

Det var mycket som skulle falla på plats och många tyckte att projektdokumentationen tog alltför mycket tid och flera var missnöjda i början med att strukturen var för stelbent. Efter hand upptäckte alltfler att det varit en hjälp att redan från början ha

tydliga mätbara målformuleringar, mått för uppföljning och tankar om hur man ville presentera sitt resultat.

I teamens egna slutrapporter finns många goda exempel på process – och resultatmål samt hur man kan mäta och presentera resultat. Vi är övertygade om att en av framgångsfaktorerna i projektet med all säkerhet kan hänföras till Genombrottsmetoden. Den har gett en struktur när teamet känt förvirring och frustration. Så här svarade teamen på nedanstående fråga: I vilken utsträckning har ni använt er av Genombrottsmetoden i ert förbättringsarbete?

DIAGRAM 3. I VILKEN UTSTRÄCKNING HAR NI ANVÄNT ER AV GENOMBROTTSMETODEN I ERT FÖRBÄTTRINGSARBETE?



Röster från teamen

”En lärdom för oss i teamet är att vi upptäckt hur mycket arbete vi redan lägger ner på barn med normbrytande beteende utan att det dokumenteras eller följs upp. Att arbeta med en PDSA-cykel, där man hela tiden återknyter till det arbete som gjorts och inte enbart börjar om på ett nytt dokument. Vi tar istället vara på det som fungerar och förändrar det som inte har fungerat lika bra. Detta har vi upplevt som en stor fördel. På sikt tänker vi att detta både är tids och resurs-sparande.”

"Fördelen med PDSA-cyklerna är att arbetsgången blir tydlig och att ansvaret fördelas på ett tydligt sätt och att utvärderingen planeras in från början."

"Det ger en bra struktur, man provar i liten skala och följer upp under relativt lång tid. Det ger en tydlighet i vilka resultat som uppnåtts och är viktigt för att motivera till förbättringsarbete. Stimulansen från andra team, handledare, expertgrupp och projektledning har också betytt mycket. Att vi sedan har varit tvingade att redovisa regelbundet har en positivt pådrivande effekt på arbetet."

"Vi har lärt oss att metoden behöver användas fullt ut för att vi ska kunna se effekter och möjligheter i metoden. Vi kan också se att vi vid varje mötestillfälle skulle ha avsatt tid till att konkret diskutera metoden."

"Mest givande har varit processen i Genombrottsmetoden, som gett oss möjlighet att lära av varandra. Fördelar med att fullfölja metoden är också att vi ser mätbara effekter av insatser."

Om normbrytande beteende

I Pinocchioprojektet har teamen arbetat med att förebygga och förhindra att barnen utvecklar ett mer allvarligt normbrytande beteende. Utgångspunkten för detta arbete har varit forskningsresultat som visar att tidiga insatser för dessa barn kan förhindra problem senare i livet.

Normbrytande beteende är samlingsnamnet för beteenden som på något sätt bryter allvarligt mot regler eller normer. Normbrytande beteende kan, men behöver inte vara lagöverträdelser, och kan innebära allt ifrån att allvarligt bryta mot föräldrars regler, skolk, snatterier, stöld, och klotter (icke-aggressivt normbrytande beteende) till exempelvis att man slåss, sparkar, hotar eller till och med sexuellt ofredar andra (aggressivt normbrytande beteende).

Normbrytande beteende kan ta sig uttryck på många olika sätt och orsakerna till varför en person agerar på ett sätt som betecknas som normbrytande är inte desamma för alla. Konsekvenserna kan dessutom variera från person till person. Vi vet att om det normbrytande beteendet startar tidigt, är risken relativt stor för att det ska stabiliseras och hålla i sig över tid (t.ex. Krohn m.fl., 2001; Lipsey & Derzon, 1998; Patterson m.fl., 1998). Ungefär hälften av alla de pojkar och flickor som uttrycker normbrytande beteende i barndomen, det vill säga innan 13 års ålder, fortsätter att göra det under sin tonårstid. Mellan en tredjedel och hälften av de pojkar, och en femtedel av de flickor som debuterar i normbrytande beteende i barndomen, utvecklar ett normbrytande beteende som håller i sig ända upp i vuxen ålder (se Andershed & Andershed, 2005). Personer som debuterar i normbrytande beteende i barndomen löper också större risk än andra för att också utveckla annan problematik, exempelvis missbruk, negativa partnerrelationer, bristande socialt nätverk, svårigheter på arbetsmarknaden, och psykisk ohälsa (se Andershed & Andershed, 2005, för en översikt).

Det finns en uppsjö av teorier som försöker förklara varför en ung människa utvecklar normbrytande beteende. En av dessa är den så kallade sociala utvecklingsmodellen (se Catalano & Hawkins, 1996), där man väver samman individens egenskaper med sociala faktorer och processer. Man menar att fyra olika komponenter bidrar till att styra in barnet på en mer prosocial (välanpassad) eller en mer normbrytande väg genom livet:

1. *Barnets möjligheter att engagera sig i antingen prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgänge med andra.* Ett barn som växer upp i ett bostadsområde präglad av kriminalitet, arbetslöshet och missbruk och där få tillfällen till organiserade aktiviteter med vuxna förebilder erbjuds, blir begränsad i sina möjligheter till prosociala aktiviteter och kontakter med andra. Möjligheterna till normbrytande aktiviteter och umgänge är desto större.
2. *Barnets grad av engagemang i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgänges-kretsar.* Ett barn som umgås mycket med vissa kamrater kommer att utveckla sociala eller känslomässiga band till dessa kamrater. Om dessa kamrater uttrycker normbrytande beteende, kan dessa band göra att barnet själv utvecklar ett normbrytande beteende som sedan upprätthålls över tid. Risker är också större för att relationer med kamrater med normbrytande beteende gör att barnet utvecklar svagare band till prosociala, positiva aktiviteter och umgängen, vilket leder till att det blir svårare för barnet att bete sig på ett socialt anpassat sätt.
3. *Barnets förmåga att delta i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgängen.* Ett barn som har egenskaper (t.ex. svårhanterligt temperament) och sätt att bete sig (t.ex. aggressivt beteende) som gör det svårare för honom eller henne att samspela med andra på ett positivt sätt, löper större risk - än barn utan den typen av problematik att inte lyckas knyta sociala och emotionella band till positiva aktiviteter och prosociala jämnåriga. Detta ökar risken för att de aktiviteter och umgängen barnet söker sig till är negativa för hans eller hennes utveckling.
4. *Grad av förstärkning eller belöning som barnet upplever sig få av sitt deltagande i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgängen.* Om barnet upplever att han eller hon får ut något bra av och känner sig nöjd med ett beteende, en aktivitet, kamrat eller kamratgrupp är det sannolikt att barnet kommer att välja att ägna sig åt beteendet, utföra aktiviteten eller umgås med kamraterna igen. Det betyder att han eller hon knyter ett socialt eller emotionellt band till aktiviteten eller umgänget, vilket talar för att det kommer att upprepas igen och därmed upprätthållas.

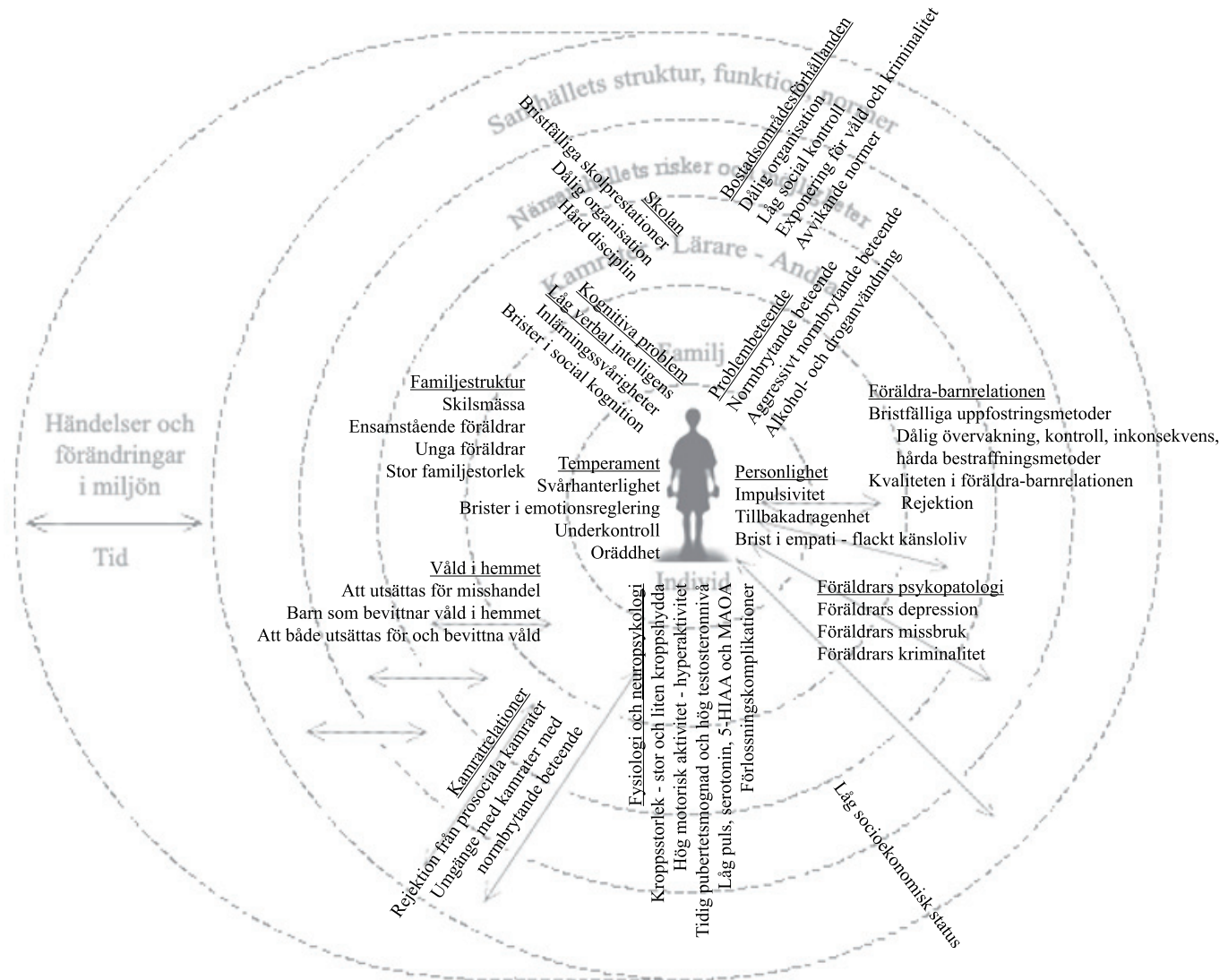
En riskfaktor är en egenskap, händelse, förhållande, process eller mekanism som ökar sannolikheten för att normbrytande beteende utvecklas eller upprätthålls. En skyddande faktor är en egenskap, händelse, förhållande, process eller mekanism som minskar sannolikheten eller risken för att normbrytande beteende ska utvecklas. Närvaro av skyddsfaktorer kan göra att barnet inte utvecklar normbrytande beteende, trots att han eller hon uttrycker eller exponeras för riskfaktorer. När man i forskning identifie-

rar en faktor som antingen en risk- eller skyddande faktor för normbrytande beteende, betyder det att man observerat att faktorn på ett systematiskt sätt hänger samman med det normbrytande beteendet. Det går däremot inte att på basis av denna observation säkert säga att faktorn orsakar beteendet, eller direkt gör att det ökar eller minskar. Man kan endast säga att faktorn och det normbrytande beteendet på något sätt har ett samband med varandra.

Vissa av de barn som utvecklar normbrytande beteende uttrycker riskfaktorer på individnivå, exempelvis aggressivitet eller svårhanterligt temperament. Andra exponeras för riskfaktorer i familjen, kamratgruppen, skolan, eller bostadsområdet och närsamhället, se figuren på nästa sida för en illustration. För de allra flesta som tidigt debuterar i normbrytande beteende som utvecklas till en mer ihållande problematik är det inte enstaka riskfaktorer som förklarar varför utvecklingen går i en negativ riktning. Snarare är det så att flera riskfaktorer är närvarande på en och samma gång, och man vet också att risken för normbrytande beteende ökar för varje ytterligare riskfaktor som observeras. De två mest centrala grupperna av riskfaktorer när det gäller just normbrytande beteende i barndomen är *faktorer hos barnet* och *faktorer i barnets närmaste miljö*, det vill säga barnets föräldrar eller vårdnadshavare och deras egenskaper och uppfostringsstrategier, samt relationen mellan barnet och föräldrarna. I takt med att barnet blir äldre, blir också faktorer såsom kamratrelationer och närsamhällets strukturer och aktiviteter allt viktigare. Pilarna i figuren visar de möjliga riktningar i vilka faktorer kan påverka varandra. Att de är dubbelriktade understryker att denna påverkan sällan endast går i en riktning, utan att det ofta handlar om en ömsesidig påverkan. Exempelvis kan föräldrarnas sätt att vara gentemot sitt barn påverka hur barnet beter sig gentemot dem. Föräldrars användning av hårda och inkonsekventa uppfostringsstrategier kan utlösa negativa känslor och ett accelererat negativt beteende hos barnet, vilket i sin tur påverkar relationen mellan barn och föräldrar.

Ett stort antal enskilda faktorer har identifierats som riskfaktorer för normbrytande beteende hos barn och unga (se Andershed & Andershed, 2005, 2009). I Tabell 1 på nästa sida redogör vi för faktorer som teoretiskt kan antas vara mer direkt relaterade (är proximala) till normbrytande beteende och som potentiellt kan förändras (är dynamiska). Det finns också faktorer som är mer indirekt relaterade (är distala) till normbrytande beteende och inte heller på samma sätt kan påverkas (är statiska) i en insats. Forskningen har inte desto mindre visat att de hänger samman med normbrytande beteende och det kan vara av vikt att kartlägga dem därför att de kan påverka exempelvis val av insats (se Andershed & Andershed, 2009 för en närmare beskrivning av dessa faktorer).

DIMENSIONER AV BETYDELSE FÖR BARNETS UTVECKLING SAMT KATEGORIER AV RISKFAKTORER FÖR NORMBRYTANDE BETEENDE.



Källa: Normbrytande beteende i barndomen, Andershed & Andershed 2005.

TABELL 1. SAMMANFATTNING AV RISK- OCH SKYDDSAKTORER FÖR NORMBRYTANDE BETEENDE HOS UNGA.

Direkta (proximala) och föränderliga (dynamiska) riskfaktorer	
Den unge	Familjen
Trotsighet, ilska eller oräddhet	Föräldrars egna svårigheter
Överaktivitet, impulsivitet eller koncentrationssvårigheter	Svårigheter i föräldra-barnrelationen
Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger	Föräldrarnas svårigheter med uppfostringsstrategier
Bristfälliga språkliga förmågor eller skolprestationer	
Negativa problemlösningar, tolkningar eller attityder	
Nedstämdhet eller självskadande beteende	
Normbrytande beteende	
Alkohol- eller droganvändning	
Problematiska kamratrelationer	
Direkta (proximala) och föränderliga (dynamiska) skyddsfaktorer	
Den unge	Familjen
Positiv skolanknytning och prestationer	Föräldrarnas ork, engagemang eller stöd
Positiva förhållningssätt eller problemlösningar	Föräldrarnas positiva attityder och uppfostringsstrategier
Positiva umgängen och aktiviteter	Föräldrarnas medvetenhet och motivation
Den unges medvetenhet och motivation	
Indirekta (distala) och oföränderliga (statiska) risk- och skyddsfaktorer	
Den unges könstillhörighet	
Debutålder i normbrytande beteende	
Den unges och familjens etnicitet	
Fysiologi och neuropsykologi	
Familjestruktur och demografi	

Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat normbrytande beteende är i behov av insatser. Ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering. Utan den vet vi inte vilka barn vi behöver fokusera på. Detta innebär att man både när man vill stämma i bäcken och agera förebyggande, och när man arbetar för att avbryta utveckling av normbrytande beteende, behöver känna till vilka riskfaktorer som är centrala för det barn och den familj man arbetar med. När man arbetar förebyggande med barn i riskzonen bör man rikta in sig på initierande faktorer, det vill säga faktorer som gör att det normbrytande beteendet tar sin start. Är det behandlande insatser som är aktuella bör man rikta in sig på faktorer som

driver och upprätthåller det normbrytande beteendet. Dessa faktorer kan, men behöver inte vara desamma. Oavsett vilket, är en kartläggning av mönster av riskfaktorer hos barnet och familjen en nödvändighet. Utvecklingen av normbrytande beteende ser olika ut för olika barn, och beteendemönster förändras över tid och med stigande ålder. En effektiv bedömning som syftar till att bidra med relevanta förslag på effektiva insatser måste därför vara helt och hållet individuell. Ju fler risker och ju högre grad av en riskfaktor bedömningen kan visa på är närvarande, och ju färre och svagare skyddande faktorer man observerar, desto viktigare att man kommer igång med insatser.

Det finns idag gott om belägg för att tidiga insatser är kostnadseffektiva i det längre perspektivet. En analys av de samhällsekonomiska konsekvenserna av utanförskap visar att "En framgångsrik insats kring barn och unga i riskzon är i stort sett alltid utomordentligt lönsam" (Nilsson & Wadeskog, 2008, s. 9). Den kraft och energi man lägger ned på att förebygga står inte i proportion till de oerhörda kostnader, både i termer av mänskligt lidande och i termer av ekonomi, som en livslång problematik karakteriserad av normbrytande beteende och dess konsekvenser innebär. Detsamma gäller för behandlande insatser. Trots att de allra flesta insatser vi idag kan erbjuda barn och unga fungerar för långt ifrån alla (se Andershed, Andershed & Söderholm-Carpelan, 2010), kan man konstatera att en insats effektivitet inte behöver vara särskilt stor för att den ska löna sig i det långa loppet (Nilsson & Wadeskog, 2008; se även Bremberg, 2007; Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens Folkhälsoinstitut, 2004). Genom att så långt det är möjligt rikta våra förebyggande och behandlande insatser till barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende tidigt i livet kan vi med största sannolikhet motverka utveckling av stabil och långvarig kriminalitet.

Ett barn i riskzon eller med redan etablerade problem, kommer med all sannolikhet att väcka någon slags uppmärksamhet i flera olika sammanhang, antingen genom sin egen eller genom föräldrarnas försorg. Forskning har visat att barn med utpräglade beteendeproblem, och normbrytande beteende räknas in i ovan nämnda grupp och löper förhöjd risk för negativ psykosocial anpassning i vuxen ålder. Förr eller senare kommer vi att lägga märke till dem, och vi vet vad de riskerar. Det finns med andra ord goda skäl att tidigt identifiera, bedöma och sätta in insatser till unga så tidigt som möjligt. Finns det några skäl att låta bli?

Teamens erfarenheter

*Förändringskoncepten i sin helhet
Se bilaga 3.*

Teamens erfarenheter är sammanställda med utgångspunkt från Förändringskoncepten. En av grundstenarna i Genombrottsmetoden är att omsätta teoretiska kunskaper till praktisk verklighet. Det finns forskning som visar vilka barn som löper risk för att utveckla normbrytande beteende och det finns kunskap om vilka metoder som är framgångsrika för att förebygga en negativ utveckling. Dessa kunskaper omsätts inte i tillräcklig utsträckning i handling. Med andra ord gäller det att sluta gapet mellan det vi vet och det vi gör. I Pinocchioprojektet har expertgruppen (se Bilaga 3) tagit fram elva förändringskoncept som teamen sedan har utgått från i sitt arbete. Tanken med förändringskoncepten var att de ska gå att integrera i det vardagliga arbetet och fungera som ett stöd i arbete med dessa barn.

Förändringskoncepten baseras på empirisk forskning om risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende i barndomen, nationella utredningar om vad som kan förbättras inom detta område och expertgruppens erfarenheter och diskussioner. De fokuserar på faktorer som går att förändra. Förändringskoncepten kan användas både i förebyggande och behandlande arbete.

Valet att redovisa teamens arbete utifrån dessa förändringskoncept har ett pedagogiskt syfte och beskriver hur teamen arbetat med förändringskoncepten i praktiken.

Förändringskoncepten har varit centrala i projektet och utgångspunkt för de förändringar som teamen prövade, men det tog tid innan alla börja använda dem mer medvetet i sitt arbete.

Ett av de fyra övergripande målen med Pinocchioprojektet var:

- Att utveckla arbetsmetoder och samarbetsformer mellan förskola/skola, socialtjänst och BUP som bidrar till att insatser erbjuds tidigare.

Regering och riksdag har tydligt uttalat att samverkan behöver utvecklas ytterligare när det gäller målgruppen barn som far illa eller riskerar att fara illa. Som ett resultat av propositionen Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. (Prop. 2002/03:53) infördes lagbestämmelser om skyldighet att samverka. Det är därmed inte frivilligt för en kommun eller ett landsting att samverka kring dessa barn.

1. Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser

Olika verksamheter (förskola/skola, barn- och skolhälsovård, socialtjänst, BUP) kan göra olika saker som alla kan vara viktiga för att hjälpa barnet och hans/hennes familj. Dessa verksamheter behöver känna till varandras ansvars- och kompetensområden för att på bästa sätt kunna planera och genomföra verksamhetsöverskridande samverkan och samarbete.

Med *samverkan* menas här när ”någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra”.

Behovet av samsyn uppstår när flera aktörer behövs för att lösa ett problem. En viss grad av gemensam problemförståelse är nödvändig för att samverkan ska kunna fungera. Samsyn innebär *inte* att skillnader mellan de professionellas olika uppdrag suddas ut. Olikskheterna är ju grunden för och styrkan i samverkan. Samsyn handlar snarare om tillit mellan de professionella, om att ha en gemensam bild av arbetet och gemensamma begrepp. Samsynen måste omfatta även ledningsnivåerna så att de professionella känner ett tydligt stöd och mandat att vid behov tänja på den egna verksamhetens gränser.

En gråzon uppstår ofta när det gäller ansvaret för tidiga insatser. Gråzonen blir olika stor beroende på hur strikt de olika verksamheterna avgränsar sina uppdrag och hur väl man förmår finna former för samverkan. Mycket av frustrationen kring bristande samverkan rör oförmågan att agera gemensamt i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling. Tidig upptäckt förutsätter ett engagemang hos berörda yrkesgrupper och en beredskap att erbjuda lättillgängligt adekvat stöd till barn, unga och deras föräldrar.

Teamen har bestått av deltagare med olika professioner och från olika verksamheter. Nästan hälften, 46 procent arbetade inom förskolan eller skolan, nästan en tredjedel, 28 procent, inom socialtjänsten, 16 procent kom från barn- och ungdomspsykiatri och 10 procent från MVC, BVC, primärvården eller annan verksamhet.

Detta betydde att det från början blev en viktig uppgift för teamet att hitta former för sin samverkan och tydliggöra vars och ens kompetensområde och ansvar. En särskild utmaning var att inte bara ”prata samverkan” utan konkret samverka kring de enskilda barn som teamet arbetade med.

Av de 30 teamen uppger 25 team att de kan se direkta resultat kopplat till samverkan. Samverkan har varit en röd tråd i projektet och innefattar allt från värdegrund och förhållningssätt, samsyn kring problemområdet, konkret samarbete i individuella ärenden, samplanering av insatser, samverkan kring arbetsprocesser och metoder, styrning och ledning.

Teamen har pekat på några områden som bidragit till att få tillstånd en bra samverkan:

- Det är viktigt att det finns ett gemensamt problem, där insatser behöver samordnas.
- En gemensam kunskapsbas underlättar samsyn och att man sätter upp ett gemensamt mål för insatserna.
- Ramarna kring samverkan är viktiga.
- Tid för möten, deltagande vid möten, protokoll och dokumentation ger nödvändig struktur.
- Att deltagarna i teamet har mandat uppifrån att fatta beslut.
- Nyfikenhet och tilltro till varandras kompetens är andra framgångsfaktorer.

Teamen berättar

Det har inte alltid varit lätt.

"Det tog lång tid innan vi hittade formerna för samarbete. Vi är tre olika enheter med tre olika kulturer och språk. Det var också svårt att skapa tid för samverkan inom våra befintliga uppdrag. En av enheterna hade stor personalomsättning under projektiden vilket försvårat samverkansarbetet."

Hur har man gått till väga?

"Vi har prioriterat gemensamma samtal och diskussioner och vi har alla häpnat över vilken nytta vi har haft av att vi är olika professioner och att vi är från olika verksamhetsområden. Vi har lärt oss mycket av varandra! Vi ser redan resultat i form av att man bland annat inom förskolan blivit bättre på att sätta ord på "magkänslan", vi har nått ett djupare samarbete med föräldrar och övriga professionella."

Vad har man uppnått?

"Vi har börjat få en samsyn, en gemensam värdegrund i arbetet. Vi inom teamet talar inte längre om vad andra verksamheter kan eller bör erbjuda – vi bjuder in varandra till samverkan och lyssnar på varandras möjligheter till insatser istället."

Vad betyder en bra samverkan för barnen och familjerna?

"Om man inte har fungerande samverkansformer över tid finns det en överhängande risk att dessa barn blir skickade till Svarta Pettrar och Svarta Major" dvs. barn och familjer som skickas remitteras runt i hjälpsystemet."

"Om vi blir bättre på att samverka innebär det för familjen att den inte behöver ha så många olika kontakter. Ofta hamnar nu en utsatt familj i den situationen att de träffar många olika aktörer som aldrig samverkar eller ens känner till varandras insatser."

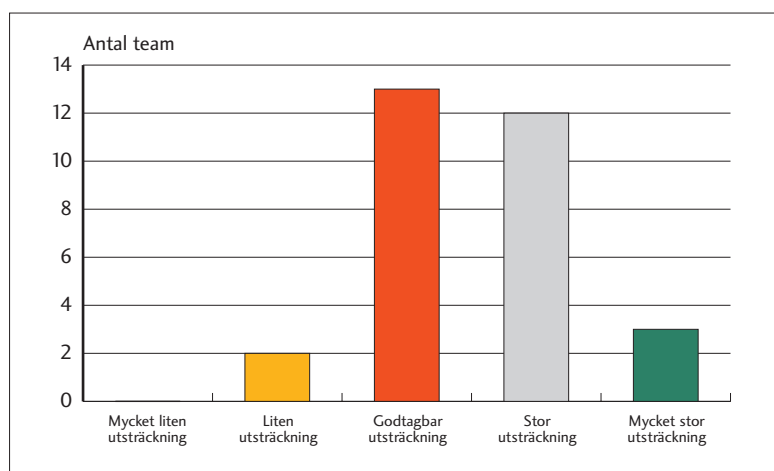
Vad har en bättre samordning av insatser betytt?

I projektet har vuxit fram ett nytt arbetssätt som inneburit att flera professioner och fler verksamheter tillsammans redan från början träffar familjen i de fall man sett att barnets problematik är mer omfattande. Detta har inneburit att man i ett tidigt skede gjort en gemensam bedömning av barnets behov och vilka eventuella insatser som ska erbjudas familjen. Skillnaden i detta arbetssätt mot hur man tidigare arbetat var att förut skulle varje verksamhet först göra sin egen "utredning och bedömning", pröva sina egna insatser, och därefter om det inte fungerade, koppla in nästa verksamhet. Varje verksamhet skulle först ha uttömt sina egna resurser innan fler involverades eller ärendet remitterades vidare. Att fler är med från start betyder inte att alla verksamheter är aktiva hela tiden i arbetet med barnet och familjen, men man har gemensamt följt upp hur barnets situation förändrats och efter hand avgjort vilka resurser som behövs. Man kan anta att detta nya arbetssätt ökar möjligheten att barnet och familjen får rätt stöd och hjälp i ett tidigare skede. Vi vet också genom forskningen att det är mer effektivt att sätta in insatser tidigt i barnens liv innan problem mönstren hunnit bli mer befästa. Vi kan också anta att det på sikt är ekonomiskt lönsamt att satsa mer resurser i början av en "problemkarriär" än att vänta tills det krävs mer omfattande och kostsamma insatser.

Hur väl man lyckats samordna insatserna skulle kunna vara ett mått på hur pass resurseffektivt arbetet bedrivits. Om teamen lyckas beskriva sina samordningsvinster – gärna kompletterat med ekonomiska beräkningar – skulle det kunna bidra till att politiker och beslutsfattare vågade prioritera det förebyggande arbetet i högre utsträckning. Det är inte svårt att påvisa ekonomiska vinster av att förebygga allvarligt normbrytande beteende, några team har prövat att göra socioekonomiska beräkningar och många har varit intresserade av mer kunskap för att kunna beräkna och värdera värdet av att arbeta förebyggande.

Så här svarade teamen på frågan om samverkan och samordning av insatser gett resultat i det direkta arbetet med barn och föräldrar?

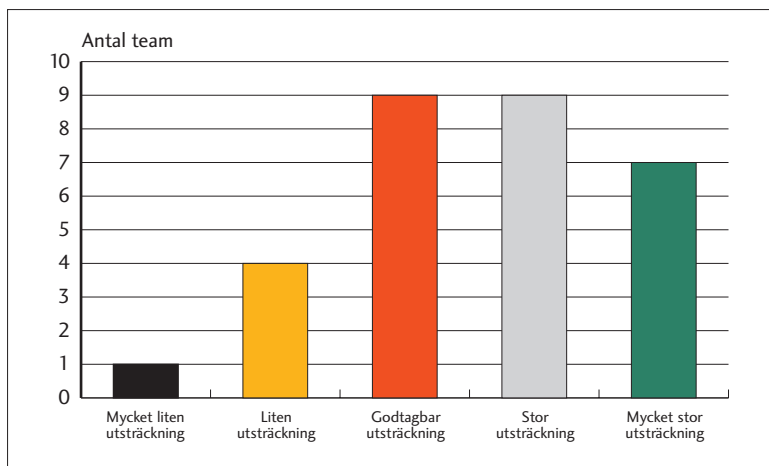
DIAGRAM 4. I VILKEN GRAD HAR DE SAMORDNADE INSATSERNA FÖR BARNEN GIVIT NÅGON EFFEKT?



Av diagrammet framgår att 15 team anser att deras gemensamma arbete i samverkan och samordning av insatserna har påverkat resultatet för barnen och föräldrarna i mycket stor eller stor utsträckning. 13 team uppger i godtagbar utsträckning och 2 team uppger att det påverkat resultatet i liten utsträckning.

Framgångsrik samverkan underlättas om det finns en organisation och ledning som stödjer arbetet. De flesta team uppger att de har en organisation som stödjer eller underlättar samverkan vilket är ett positivt resultat eftersom det finns många hinder på vägen när det gäller att få till stånd samverkan i praktiken. Ekonomiskt stuprörstänkande, otydligt ansvar och oklara roller i samverkan samt svårt att få tid till gränsöverskridande arbetssätt brukar anges som hinder och det är också svårigheter som flera tagit upp i projektet. Att det trots allt lyckats så bra är förmodligen som vi ser av teamens svar, på att det ändå funnits mandat i hög utsträckning och att teamet haft en stark vilja att hitta lösningar i praktiken.

DIAGRAM 5. I VILKEN UTSTRÄCKNING UPPLIVER NI ATT NI HAR EN ORGANISATION SOM STÖDJER/UNDERLÄTTAR SAMVERKAN?



2. Systematisera arbetet enligt en viss process

Det gynnar arbetet att ha en i förväg generell plan eller process för arbetet, som samtliga involverade verksamheter följer. Planen talar om vad som behöver göras och i vilken ordning. En central del av en systematisk arbetsprocess är kontinuerlig dokumentation.

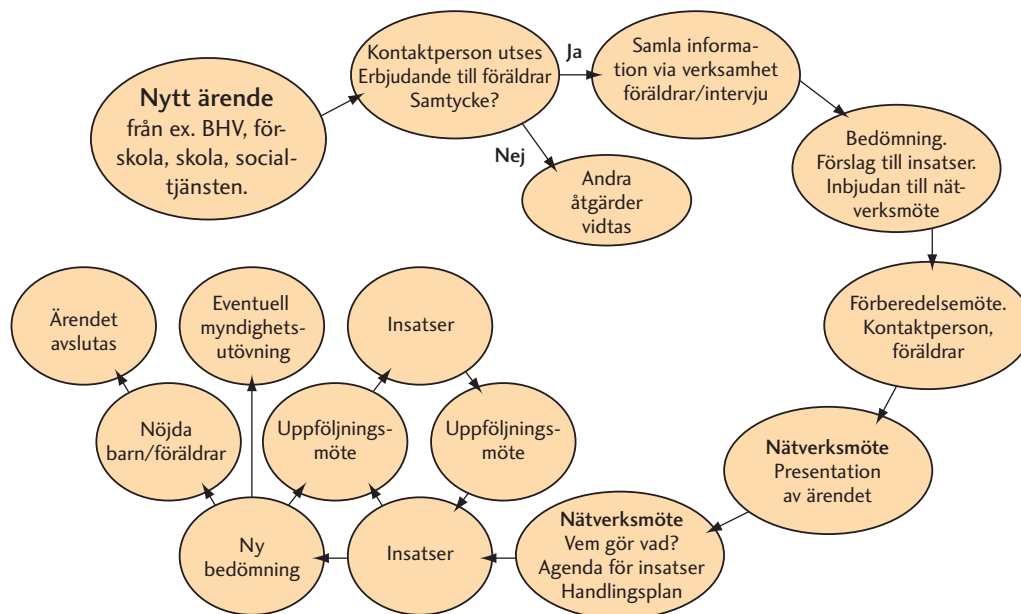
De flesta team har arbetat fram en gemensam arbetsgång i form av ett flödesschema eller en beskriven arbetsprocess. Den har på så sätt blivit lokalt anpassad efter de egna förutsättningarna och resurserna. I det konkreta arbetet med barnen har man sedan prövat hur arbetsgången fungerat i praktiken. Varje steg i arbetsprocessen har diskuterats ingående: vem som gör vad, ansvar, roller, dokumentation och uppföljning. Upplevelsen av att ha en gemensam bild att utgå från har underlättat kommunikationen mellan professionella och med föräldrar.

Teamen berättar

”Samverkan Pinocchio har utarbetat en arbetsmetod som bland annat innebär korta beslutsvägar. Det arbetssättet vi valt, med screening, handledning och familjebehandling har fungerat väl. De kunskaper vi har, har vi använt på ett nytt sätt. Familj, familjebehandlare, förskola/ skola och specialpedagog arbetar parallellt med insatser.”

” Ganska tidigt under projektiden valde vi att skapa ett enkelt flödesschema över den planerade arbetsprocessen. Flödesschemat startar där oro för ett barn uppstår och leder fram till att berörda professionella tillsammans med föräldrar skapar en samarbetsplan som regelbundet följs upp. Vi upplever att flödesschemat har varit en god hjälp för oss när det handlar om att strukturera våra tankegångar.”

EXEMPEL PÅ EN ARBETSPROCESS



3. Identifiera och sätt in insatser tidigt

Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat normbrytande beteende är i behov av insatser. Vi vet att ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. Tidiga insatser är också kostnads-effektivt i ett längre perspektiv (Bremberg, 2007; Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens Folkhälsoinstitut, 2004). En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering. Utan den vet vi inte vilka barn vi behöver fokusera på.

Sannolikheten för sk. överinklusion (att barn som inte egentligen är i behov av insatser, utan kommer att utvecklas positivt ändå, tar del av insatserna) är större vid tidiga insatser. Men vi kan inte se in i framtiden. Därför kan vi inte agera utifrån framtiden, utan endast utifrån de förhållanden vi känner till här och nu.

Ju tidigare ett barn i riskzon för normbrytande beteende kan identifieras och erbjudas adekvata insatser, desto större är möjligheten att bryta en negativ utveckling.

De mest kritiska risk- och skyddsfaktorerna för normbrytande beteende visar sig genom barnets beteende i förskolan och skolan.

Det har varit en fördel att många teamdeltagare arbetat inom förskolan och skolan, där möjligheten att tidigt upptäcka barnen är stor. I nio av de trettio teamen har uteslutande kommunala verksamheter ingått. Dessa team har uttryckt att man saknat kompetensen från landstingets verksamheter och haft en stark önskan att de skulle ha ingått i projektet. Flera av teamen har dock under projektets gång involverat barn- och ungdomspsykiatri eller BVC med förhoppning om att få tillstånd en mer varaktig samverkan kring dessa barn.

Hur har teamen valt ut de barnen som de arbetat individuellt med?

De flesta team har arbetat med barn som aktualiserats via sina vanliga kanaler så som förskola, skola, barnhälsovården, elevhälsan, elevvårdskonferenser, ansökan från förälder eller som bistånd från socialtjänsten.

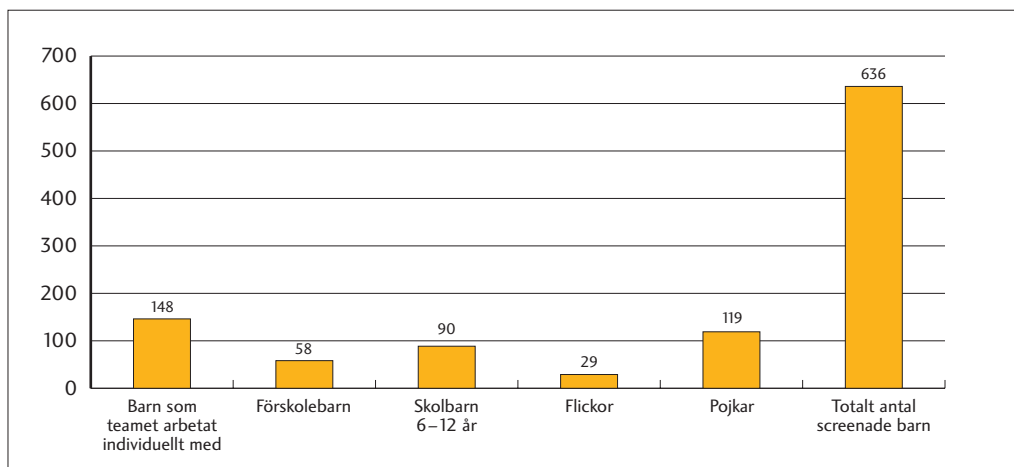
Det totala antalet barn som de 30 teamen arbetat med individuellt är 148. Av dessa är 119 pojkar och 29 flickor. Alla team har använt sig av någon strukturerad bedömningsmetod som mäter riskfaktorer. Flertalet har även använt strukturerade bedömningsmetoder som mäter skyddsfaktorer. Ett antal team har använt screening som ett sätt

att hitta barnen, se nedan, men flertalet team har identifierat barnen på annat sätt och sedan gjort en mer omfattande bedömning av barnets risk- och skyddsfaktorer med hjälp av en bedömningsmetod. Se bilaga 5.

Totalt har 636 barn har screenats med ett strukturerat frågeformulär (främst har SDQ och ESTER-screening använts, se sid 38 om bedömningsmetoder) för att så tidigt som möjligt upptäcka barn med hög grad av risk för normbrytande beteende eller psykisk ohälsa. Några team har använt screening som metod på många barn, hela årskurser och klasser medan de flesta team enbart använt det på ett fåtal barn. De team som screenat få barn har använt screeningmetoden på de barn de redan kände en oro för och därigenom fått mer kunskap om barnets situation och beteende. På de barn som uppvisat störst risker har därefter gjorts en fördjupad bedömning av barnets behov med hjälp av ESTER eller Earl som bedömningsmetod.

Flera team har sammanställt och redovisat resultatet av screeningen på gruppnivå i syfte att mäta och följa förändringar över tid, men syftet med screening har främst varit att tidigt identifiera vilka barn som befinner sig i riskzonen och följa upp barn som uppvisat mer allvarligt riskbeteende.

DIAGRAM 6. ANTAL BARN SOM TEAMEN ARBETAT MED



Diagrammet visar hur många barn teamen har arbetat individuellt med och hur många barn som har screenats utifrån risk- och skyddsfaktorer. Forskningen pekar på

att det är en riskfaktor i sig att vara pojke, i detta material är 80 % pojkar vilket väl överensstämmer med den kunskapen. Ett team har också arbetat med blivande föräldrar som lever i en riskutsatt situation.

4. Använd standardiserade bedömningsmetoder som fokuserar på evidensbaserade risker och resurser

Strukturerad metodik är överlägsen ostrukturerad i att ge förutsättningar för att olika bedömare kommer fram till samma sak i en bedömning. Detta möjliggör en mer säker och tillförlitlig hantering av ett ärende. Det skapar en bra grund för vilka insatser som bör sättas in samt för kommunikation med barn, föräldrar och mellan verksamheter. Det ger också möjlighet till mer strikt utvärdering av huruvida insatser har effekt eller ej.

Professionella bedömningar har stor betydelse för den som har behov av stöd och hjälp. Såväl rättssäkerhet som etik talar för att bedömningar ska ske öppet och enhetligt och att det redovisas vad som ligger till grund för beslut och hur bedömningen gått till.

För att kunna göra bedömningen öppen och enhetlig kan man använda strukturerade bedömningsmetoder. Beslutet vägleds av en tydlig modell där förutbestämda faktorer vägs samman på ett i förväg bestämt sätt i så många ärenden som möjligt. På så sätt uppstår också en systematik i bedömningsarbetet.

I strukturerade metoder ingår ett eller flera formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ i form av numerär eller verbal skala. Det kan vara den professionella som intervjuar eller för en skattning utifrån en eller flera informationskällor, och det kan också vara en självskattning där barnet och/eller den vuxne fyller i ett formulär och det kan också vara ett observationsformulär. Syftet är att systematiskt samla information som är relevant för att beskriva barnets särskilda situation och som sedan kommer att utgöra underlag för beslut om insats eller planering av insats.

På individuell nivå ger resultaten av bedömningen underlag för samtal och diskussion med barnet/den vuxna om hur barnets situation, beteende eller funktionsförmåga ser ut, vilka behoven är, samt vilket stöd och vilken hjälp som behövs. De ger även möjlighet att upprepa bedömningen under eller efter en insats för att se om det skett en förbättring med avseende på de områden man kommit överens om att arbeta med.

Det är viktigt att en samlad bedömning väger samman informationen från de strukturerade intervjuformulären tillsammans med annan information från t.ex. samtalen med föräldrar och andra viktiga personer runt barnet för att slutligen integreras i ett vidare sammanhang kring barnet/familjen. Formulären är ofta begränsade i sin omfattning och därför behöver man samla in andra uppgifter som är relevanta för varje specifikt barn. Bedömningen av barnets behov och förslag på insatser ska alltid ske i dialog mellan föräldrar och de professionella som är involverade i barnet och familjen.

En viktig del i Pinocchioprojektet har varit att bli bättre på att beskriva barnets situation både vad som är problematiskt och vad som fungerar bra. Ju bättre och heltäckande den beskrivningen är desto bättre blir förutsättningarna att föreslå rätt stöd- och hjälpinsatser för barnet och familjen. De strukturerade bedömningsmetoderna har i detta arbete varit ett ovärderligt hjälpmedel.

De bedömningsmetoder som använts i Pinocchio-projektet är följande:

- *EARL* är en strukturerad bedömningsmetod som fokuserar barnets riskfaktorer för varaktigt normbrytande, utagerande beteende, för barn under 12 år. EARL-bedömningen utgör ett beslutsunderlag för barnets ev. behov av insatser.
- *ESTER-bedömning* är en strukturerad bedömningsmetod som fokuserar risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende för barn och unga i åldrarna 0–18 år. ESTER-bedömningen utgör ett beslutsunderlag för barnets ev. behov av insatser och kan användas för kontinuerlig uppföljning.
- *SDQ* är en metod för skattning av barns psykiska hälsa. Frågeformulären mäter barnets styrkor och svagheter med fokus på bla. emotionella och beteendeproblem, för barn i åldrarna 3–16 år. SDQ-bedömningen utgör ett beslutsunderlag för barnets ev. behov av insatser.
- *Andra metoder* t.ex.:
ASQ som är ett självskattningsformulär som avser att mäta ungdomars och vuxnas anknytningsmönster och attityder till självet och andra.
ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) har som syfte att mäta beteendeproblem hos barn mellan 2 och 16 år. ECBI består av 36 frågor och skattningen görs av förälder på två olika skalor.

Läs mer om bedömningsmetoder i Bilaga 5 eller på www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik på Socialstyrelsens hemsida. Bedömningsmetoderna skiljer sig åt, exem-

pelvis så mäter inte EARL de direkta skyddsfaktorerna. Därför har de team som använt EARL ofta kompletterat med SDQ. 6 team har använt andra bedömningsmetoder som ECBI, ASQ.

Hur användes bedömningsmetoderna?

Det visade sig att endast ett fåtal deltagare i några av teamen hade prövat att använda strukturerade bedömningsmetoder tidigare, i huvudsak de som arbetade inom barn- och ungdomspsykiatri. De flesta insåg snabbt att bedömningsmetoder skulle vara ett användbart hjälpmedel i teamets gemensamma arbete.

Vi i projektledningen var inte förberedda på det stora intresse teamen visade från början att använda bedömningsmetoder och kunde därför inte på ett tillfredställande sätt möta behovet av den kunskap och stöd som önskades.

Bedömningsmetoden ESTER presenterades vid första lärandeseminarier i september 2007 och var då nytt och oprövat. Sju team erbjöds att vara piloter för att vetenskapligt prova ut det. Det visade sig att alla 18 teamen var intresserade vilket ledde till att det blev en stor besvikelse för de team som ville pröva ESTER men inte valdes ut.

När Pinocchio II startade i februari 2008 bestämdes från början att hälften av teamen skulle använda ESTER och hälften EARL. Det gjordes en lottning så teamen kunde inte själva välja vilken bedömningsmetod de skulle arbeta med.

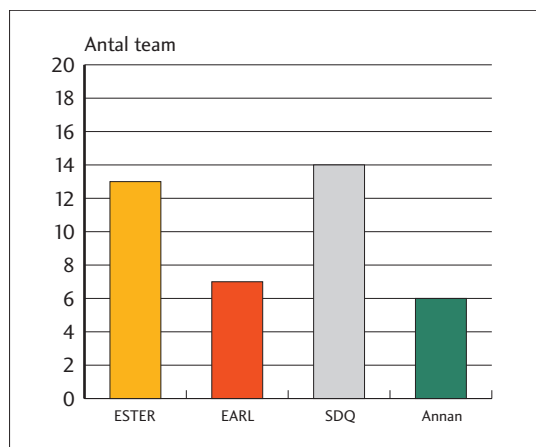
När hela projektet avslutades hade alla 30 team använt någon bedömningsmetod under projekttiden, ibland fler än ett.

Diagram 7 på nästa sida visar hur många team som använt de olika bedömningsmetoderna.

Så här säger några team om att använda bedömningsmetoder

”Då vi började kände några av oss ganska stor tveksamhet och tvivlade på värdet av att använda ett bedömningsmetoder. Något vi har lärt i arbetet med en allmän screening är att det är viktigt med en arbetsgrupp som sammanställer screeningen ihop och också samråder efter fördjupad bedömning. Det är många trådar att hålla ihop och det finns en risk att man sätter punkt för tidigt eller inte är tillräckligt lyhörd när det verkliga arbetet börjar ihop med föräldrarna.”

DIAGRAM 7. ANTAL TEAM SOM ANVÄNT OLIKA BEDÖMNINGSMETODER



Det gäller att vara tydlig:

"Vi har lärt oss att det är viktigt att resultat av mätningar lämnas på ett tydligt och strukturerat sätt till nätverket. Vid en analys framgick att överlämnandet av bedömningsresultatet var ostrukturerat och svårt att förstå. Vokabulären vi använder kan ställa till problem. Ordet bedömning som används i de strukturerade kartläggningarna kan missuppfattas."

Trots att det tog tid att lära sig hur man skulle presentera resultatet på ett bra sätt blev det ett snabbt ett viktigt komplement i samtalen med föräldrarna. De har bidragit till ett gemensamt språk, med tydligt definierade begrepp med fokus på barnets konkreta beteende, vilket har underlättat i samtal och samverkan med föräldrar. Flera team beskriver att föräldrarna tycks ha fått en annan förståelse för barnets problematik, och fått hjälp med att stödja barnet på bättre sätt. Det har också visat sig att föräldrar och vuxna i barnets närhet många gånger upplever barnets beteende på olika sätt. Att arbeta med bedömningsmetoder har varit till stor hjälp för att tydliggöra i vilka situationer barnet behöver stöd. De professionella har bättre kunnat avgränsa och fokusera inom vilka områden insatserna ska riktas. Vi uppfattar att bedömningsmetoderna bidragit till att det blivit en tydligare roll- och ansvarsfördelning i samarbetet med föräldrarna och har bidragit till en gemensam förståelse av barnets behov.

Ett team skriver i sin slutrapport:

”Vi har lärt oss att föräldrarna är den allra viktigaste informationskällan. Bedömningsmetoderna kan underlätta kommunikationen, ger struktur och legitimitet att ställa känsliga frågor.”

Sammanfattningsvis kan man säga att erfarenheterna från att använda bedömningsmetoder har varit övervägande positiva. Men det har också för de flesta team inneburit en lång och ibland mödosam läroprocess innan de kunnat se vilka fördelar det gett i arbetet med barnen och föräldrarna.

Några fördelar som de flesta team nämnt är att bedömningsmetoderna:

- hjälper till att systematiskt följa upp och mäta effekter av det man gör,
- bidrar till att få gemensamma begrepp, vilket underlättar i samarbetet med andra professioner och i dokumentationen,
- gör att man får en ökad tillit till både sin egen och andras kompetens,
- är till hjälp och underlättar i samtalet med föräldrar,
- synliggör skillnaden i hur olika personer beskriver och upplever problematiken vilket gör att man får en bättre helhetsbild av barnets situation.

Lärdomar eller svårigheter som teamen erfarit är att:

- det är av stor vikt att man presenterar resultatet från mätningarna på ett tydligt sätt, så det verkligen blir ett bra underlag för samtalet med föräldrar och andra professionella,
- teamen behöver tillsammans lära sig hur man använder bedömningsmetoden och vem som ska göra vad.

Många uttryckte att de önskade både utbildningsinsatser och fortlöpande stöd för att optimalt kunna använda bedömningsmetoden i praktiken. De ville ha kunskap om vilka teorier och vilken evidens som frågeformulären vilar på, och handledning alternativt erfarenhetsutbyte med andra användare.

Ett team uttryckte det så här:

”Övning ger färdighet. Ju fler bedömningar vi gör, desto säkrare blir vi på både den praktiska tillämpningen och på bedömningen.”

5. Arbeta tillsammans med föräldrarna

Föräldrar spelar en central roll i barnets beteendeutveckling. Det är viktigt att samarbeta med och involvera föräldrarna i både bedömning och insatser.

Samarbetet med föräldrarna har varit en av hörnstenarna i projektet. Alla team uppger att de under projektet arbetat på ett nytt sätt tillsammans med föräldrarna.

Vid första lärandeseminarier medverkade brukarorganisationen Attention. Syftet var att stimulera teamen att från början aktivt samverka med föräldrarna i sitt utvecklingsarbete. De uppmanades att knyta "resursföräldrar" till teamet och med dem menade vi föräldrar som kunde bidra med egen erfarenhet av hur "hjälpsystemet" fungerade. Tyvärr var det endast ett fåtal team som gjorde så, vilket kan ha berott dels på en ovana att involvera brukare i ett förändringsarbete och dels på att teamdeltagarna kom från olika verksamheter med olika professioner och hade behov av att först hitta varandra i teamet innan de involverade fler i sitt arbete. Det är dock helt klart att teamen arbetat mycket aktivt tillsammans med föräldrarna till de barn de arbetat med under projektiden.

Som tidigare nämnts har de strukturerade bedömningsmetoderna varit ett viktigt komplement i samtalen med föräldrarna. Från början fanns det en oro att det skulle upplevas för "kliniskt" och att frågeformulären skulle bidra till att stigmatisera barnet och försvåra samarbetet med föräldrarna. Det visade sig vara precis tvärtom. Ett gemensamt språk med fokus på barnets konkreta beteenden har underlättat i samtal och samverkan med föräldrarna. Det verkar också som om både föräldrar och professionella har fått en större förståelse för barnets problematik och därigenom fått hjälp med att stödja barnet på ett bättre sätt. De professionella har också bättre kunnat avgränsa och fokusera inom vilka områden insatserna ska riktas.

För att kunna samverka i teamet på ett optimalt sätt behövdes samtycke från föräldrarna. Många har använt blanketter där föräldrar skriftligt medgivit att information om deras barn får delas mellan de berörda verksamheter som ingått i teamet. Att ha en struktur för hur sekretessfrågorna ska hanteras har hjälpt till att skapa en tydlighet och systematik i arbetsprocessen.

När föräldrarna känt sig delaktiga och blivit informerade om på vilket sätt t.ex. skolan och socialtjänsten kan förbättra stödet kring deras barn har det också inneburit att föräldrarna blivit mer öppna för att häva sekretessen mellan verksamheterna. Många team fann också att det har betydelse hur man frågar om samtycke att bryta sekretessen och att föräldrarna är delaktiga vid överlämnande/rapportering till andra verksamheter. Det verkar också som att en tydlighet i samverkan mellan professionella underlättat för föräldrarna att våga be om stöd och ha kontakt med socialtjänsten. Flera beskriver att det blivit ett öppnare klimat mellan professionella och föräldrar och att förtroendet för föreslagna insatser ökat. Man kan säga att det skapats en känsla hos alla av att de gemensamma resurserna bildar en helhet som ger en ökad trygghet i samarbetet.

Så här skriver några team om att arbeta tillsammans med föräldrarna:

"Alla familjer har en samordnare. Vi har strukturerat arbetet med regelbundna barnsamtal, handledningar till pedagoger och föräldrar samt nätverksmöten. Vi eftersträvar en ärlig, tydlig och konkret kontakt med föräldrarna som har varit delaktiga under hela processen. Vi upplever att vi fått positiv respons från föräldrarna."

Den professionella rollen förändras med nya arbetssätt:

"Utifrån barnet arbetar vi tillsammans med ett gemensamt uppdrag som vi har från föräldrarna. Det innebär att föräldrarna inte behöver träffa så många personer eller hänvisas till olika instanser. Vi får ett sammanhållande förhållningssätt som gagnar och tryggar dem. Vi blir som handledare för föräldrarna som sedan skall lotsa sina barn vidare i livet."

Men det är inte alltid lätt att bryta invanda mönster:

"Vi tycker att vi lärt oss mycket om samverkan med föräldrar på lika villkor men också upptäckt att vi ständigt måste påminna oss själva och varandra att föräldrarna ska vara med i alla faser. En tydlig struktur för arbetet med barnen underlättar det. Vi tycker att vi lyckas samverka allt bättre med föräldrarna ju längre tiden går. Att det utvecklas är för att vi utvärderar vårt arbete fortlöpande."

6. Fokusera på evidensbaserade riskfaktorer

Många olika faktorer har visat sig hänga samman med normbrytande beteende. Fokusera i identifiering, bedömning och uppföljning främst på de faktorer som forskning har visat på är av störst vikt, som är direkt snarare än indirekt relaterade till normbrytande beteende (proximala) och som är föränderliga (dynamiska).

7. Fokusera på evidensbaserade skyddsfaktorer

Det finns flertalet faktorer som påvisats kunna minska risken för långvarigt normbrytande beteende. Insatser ska sättas in för att stärka dessa resurser, lika självklart som insatser sätts in för att reducera risker.

En riskfaktor för ett visst beteende är en egenskap, händelse, förhållande eller process som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall, i detta fall normbrytande beteende. När man i forskning identifierar en faktor som en riskfaktor för normbrytande beteende, innebär detta att man observerar hur den aktuella faktorn hänger samman med det normbrytande beteendet. Man kan dock *inte* utifrån detta veta om denna specifika faktor direkt orsakar det normbrytande beteendet eller inte. Orsakssamband är mycket svåra att säkerställa när det gäller mänskligt beteende. Man kan endast säga att det specifika förhållandet eller den specifika faktorn och det normbrytande beteendet på något sätt har ett samband med varandra.

Skyddande faktorer eller resursfaktorer är egenskaper, händelser, förhållanden eller processer som minskar sannolikheten eller risken för ett visst utfall – i detta fall normbrytande beteende – genom att agera som en buffert mot riskfaktorerna. Därför är det viktigt att också inventera och kartlägga skyddsfaktorerna. Skyddsfaktorerna hjälper oss också att se på vilket sätt barn och föräldrar kan ta till sig och arbeta för att öka skyddsfaktorerna. Skyddsfaktorer i det här sammanhanget avser både skyddande faktorer för normbrytande beteende, och faktorer som kan förbättra och stärka möjligheterna att lyckas med en insats. Närvaro av en eller flera skyddsfaktorer kan göra att barnet inte utvecklar normbrytande beteende, trots att han eller hon exponeras för riskfaktorer. Generellt bör man prioritera att rikta insatser till barn med flera riskfaktorer, i synnerhet om riskfaktorerna är frekvent förekommande eller ställer till med mycket problem för barnet själv eller dennes omgivning.

Listan över risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende kan göras mycket lång och omfattar framförallt faktorer som är relaterade till individen, familjen, skolan och närsamhället. För att nå en fullständig förståelse av varför ett barn utvecklar normbrytande beteende eller inte behöver man ta hänsyn till samspelet mellan de individuella egenskaperna, erfarenheter och förutsättningar, och omständigheter och förhållanden i barnets miljö. De två mest betydelsefulla övergripande kategorierna av faktorer i utvecklingen av normbrytande beteende i barndomen är *faktorer hos barnet* och *faktorer i den närmaste miljön*, med det menas föräldrar och deras egenskaper och uppfostringsmetoder, samt kontakten mellan föräldrarna och barnet. Ju äldre barnet blir, desto större betydelse får generellt sociala och strukturella dimensioner och faktorer såsom kamratrelationer och närsamhällets strukturer och aktiviteter.

De risk- och skyddsfaktorer som är nämnda är de som, i empirisk forskning, mest konsekvent visat sig utgöra risk eller skydd för unga med, eller i riskzonen för att utveckla, allvarligt, ihållande normbrytande beteende. Läs mer i kapitel 4 på sid 23.

Att mäta risk och skyddsfaktorer

Alla team har haft som mål för de barn de arbetat individuellt, att minska barnets riskfaktorer och att öka skyddsfaktorerna. För att kunna mäta och följa upp hur risk- och skyddsfaktorerna förändrats under tiden insatserna pågått har teamen använt olika bedömningsmetoder i form av strukturerade frågeformulär kompletterat med regelbundna uppföljningssamtal.

13 team använde ESTER-bedömning. I diagram 8 och 9 visas ett exempel på hur ett team har presenterat sina uppföljningar av risk- och skyddsfaktorer på ett av sina barn med hjälp av ESTER. I ESTER är riskfaktorerna uppdelade på 9 områden hos barnet och 3 områden i familjen, totalt 48 poäng. Skyddsfaktorerna är uppdelade på 4 områden hos barnet och 3 områden i familjen, totalt 28 poäng (se bilaga 2 och bilaga 5). Bedömningen har i detta exempel gjorts vid tre olika tillfällen vilket gör att man kan följa förändringar över tid. Samtliga riskfaktorer och skyddsfaktorer hos barnet är sammanräknade och uppdelade i risk hos den unge och risk hos familjen. Detta ger en mycket grovhuggen bild av den totala riskbilden för barnet och familjen.

I ESTER-bedömning är det även möjligt att följa de enskilda faktorerna var för sig. Detta är intressant när man skall följa upp och utvärdera effekter av insatser som fokuserar på specifika risk- eller skyddsfaktorer.

DIAGRAM 8. RISKFAKTORER REDOVISADE FÖR ETT BARN VID TRE OLIKA TIDPUNKTER

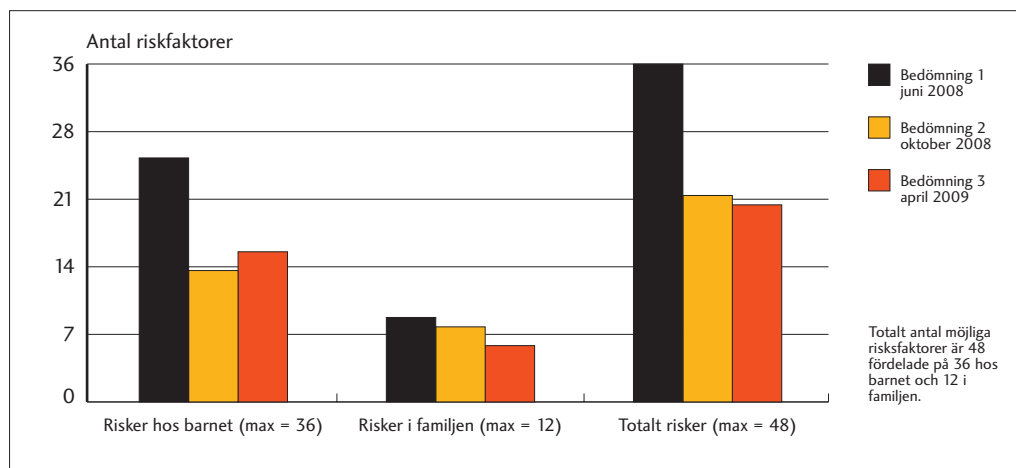
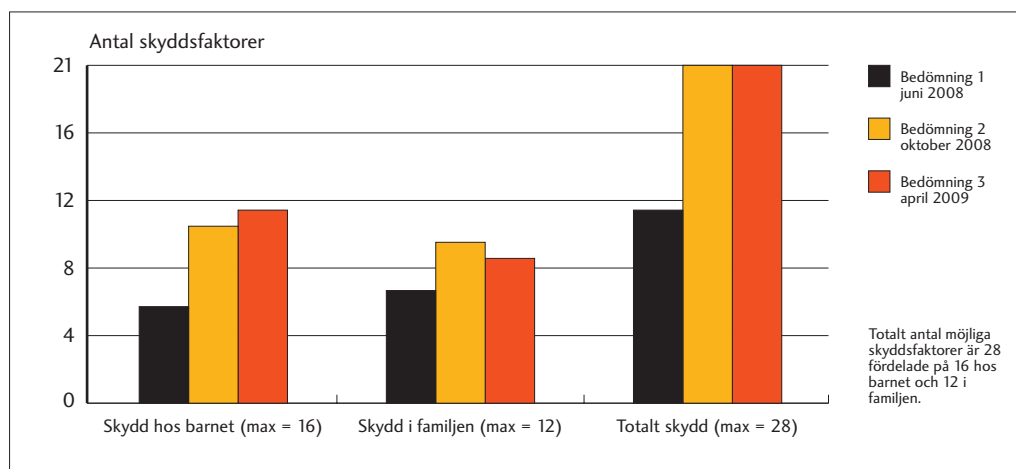
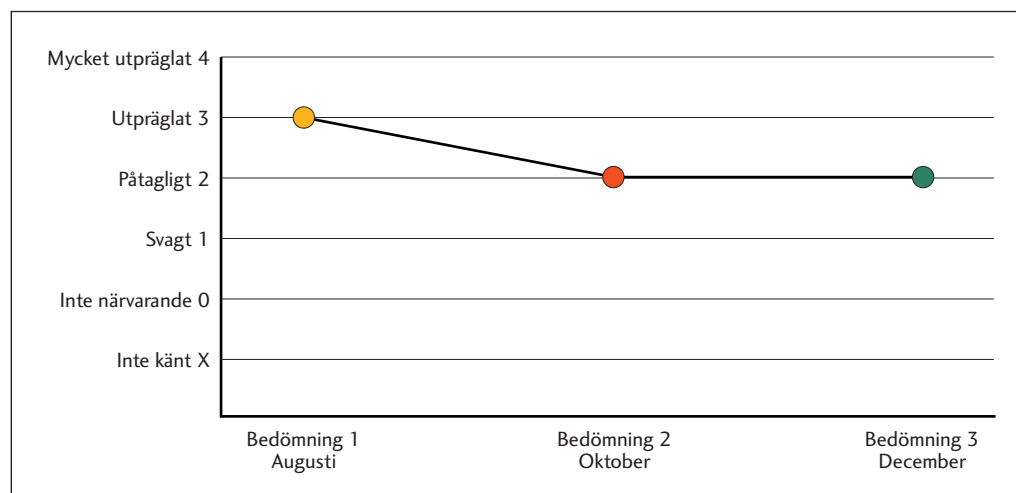


DIAGRAM 9. SKYDDSFAKTORER REDOVISADE FÖR ETT BARN VID TRE OLIKA TIDPUNKTER



Nedan är ett exempel på hur ett team valt att redovisa en riskfaktor separat för ett enskilt barn och följa utvecklingen över tid.

DIAGRAM 10. TROTSIGHET, ILSKA ELLER ORÄDDHET HOS ETT BARN



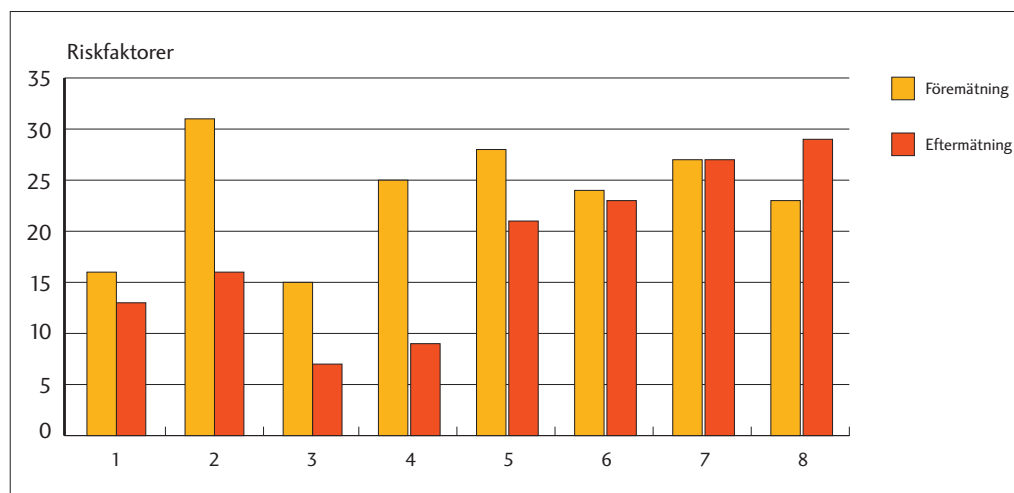
Antalet bedömningar och hur ofta teamen gjort bedömningar på de enskilda barnen varierar. Det är möjligt att göra ESTER-bedömningar en gång i månaden. Inget team har gjort bedömningar så ofta. Det vanligaste har varit 2-5 gånger på ett år. Antalet bedömningar är väldigt beroende av vilket behov man har av att följa upp de insatser barnet varit föremål för.

Sju team använde EARL bedömningsmetod. (Early Assessment of Risk for Boys/Girls). EARL mäter enbart riskfaktorer inom 20 olika områden för pojkar totalt 40 poäng, och 21 områden för flickor totalt 42 poäng (se bilaga 2 och 5). Många team kompletterade EARL med SDQ för att också kunna mäta skyddsfaktorerna.

Diagram 11 visar ett exempel på hur ett team har redovisat sitt arbete med 8 barn. Den första bedömningen gjordes efter att familjen tackat ja till att vara med i projektet och sedan gjordes en andra bedömning i slutet av projektiden.

Teamets sammanfattning vid en övergripande bedömning av barngruppen var att för 6 av 8 barn har "risk för akut utagerande" minskat och för 2 av 8 barn har "risk för utagerande på lång sikt minskat".

DIAGRAM 11. RISKFAKTORER REDOVISADE FÖR 8 BARN VID TVÅ TIDPUNKTER, ENLIGT BEDÖMNINGSMETODEN EARL



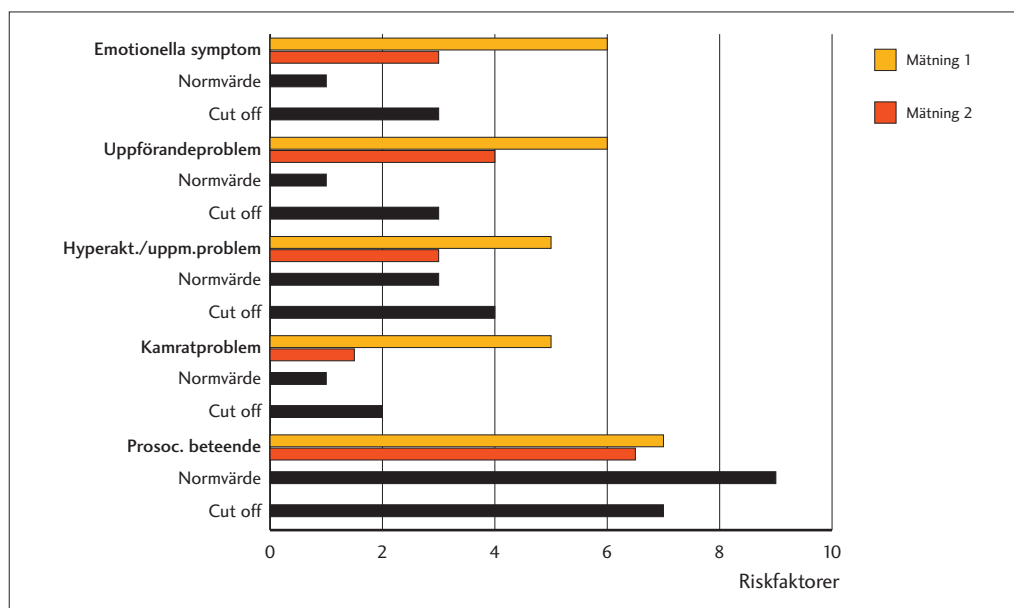
Teamet resonerar kring att barnen från början hade väldigt höga riskpoäng och att flera riskfaktorer för barnen varit svåra eller omöjliga att förändra såsom "ålder för debut av utagerande", "psikomotorisk utveckling", "offer för övergrepp, försummelse eller trauma" och "kontinuitet beträffande vårdnadshavare". Samtliga barn i den här gruppen har fått omfattande insatser från skola, socialtjänst och BUP. Resultatet är att riskerna minskat betydligt för flera barn. Men när man tittar på riskbedömningen på lång sikt så blir det tydligt att det krävs ett långsiktigt arbete för att stärka barnens möjligheter till goda uppväxtvillkor och ett fortsatt bra vuxenliv.

Frågeformulären som ingår i bedömningsinstrumentet SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) användes av 14 team.

I diagram 12 visas ett exempel på hur ett team mätt förändringar med hjälp av SDQ hos ett barn som de arbetat med. Mätningarna har skett vid två tillfällen med 10 månaders mellanrum. Föräldrar, barnet själv och flera av barnets lärare har svarat på enkäterna vid varje mättillfälle, resultatet har därefter sammanställts.

Totalt visar diagrammet att mätvärdena för riskfaktorerna har sjunkit och skyddsfaktorerna (prosociala beteende) ligger på ungefär samma nivå som den första mätningen.

DIAGRAM 12. RISKFAKTORER REDOVISADE FÖR ETT BARN VID TVÅ TIDPUNKTER ENLIGT BEDÖMNINGSMETODEN SDQ



Risikfaktorn mäts med fem påståenden om: Emotionella symptom, Uppförandeproblem, Hyperaktivitet/Uppmärksamhetsproblem, Kamratproblem och Prosocialt beteende. Maxvärdet är 10 vilket betyder att man hos detta barn ser betydande svårigheter inom alla fem områden. Det prosociala beteendet mäts på samma sätt men där värdet 10 anger att barnet har betydande positiva förmågor inom alla 5 områden som mäts. Med "normvärde" menas det som normalt hittas hos alla barn och med "cut off" menas gränsen för att det är en betydande risk (läs mer om SDQ i bilaga 5).

Sammanfattningsvis har arbetsprocessen kring resultatet av mätningarna och hur var och en svarat på enkäten följts upp vid gemensamma möten. De sammantagna erfarenheterna har visat att det blivit tydligare i vilka situationer som barnets svårigheter visat sig och i vilka situationer det fungerat bra. Det är inte ovanligt att lärarna kan uppfatta problemen på olika sätt och att det skiljer sig också åt hur föräldrar och skola beskriver situationen. De standardiserade frågeformulären har hjälpt till att tydliggöra och konkretisera barnets beteende och skapa en gemensam förståelse för hur barnet har det. Man kan säga att man tillsammans lagt ett "pussel" och den bild som framto-

nat har blivit underlaget för fortsatta diskussioner om insatser och stöd, var och ens bild är viktig för att förstå helheten. Erfarenheterna från projektet har också visat att man på det här sättet sluppit onödiga konflikter och missförstånd i samtalen mellan föräldrar och lärare. Samtal kring de här barnen kan ofta bli starkt emotionellt laddade, det är lätt att känna vanmakt när man varken som förälder eller lärare når fram till barnet på rätt sätt, det är då lätt att diskvalificera varandra istället för att hjälpas åt och hitta gemensamma strategier.

Överlag kan man också se att det varit lättare att minska riskfaktorerna än att öka skyddsfaktorerna. En tänkbar förklaring är att frågorna fokuserar i högre utsträckning på riskfaktorer eftersom forskningen kommit längre inom det området. Många team har kommenterat att de i fortsättningen kommer att arbeta mer med skyddsfaktorerna och fokusera insatser som riktar sig mot dessa områden.

Även VAS-skalor (Visuell Analog Skala) användes också för att mäta hur barn, föräldrar och lärare uppfattade förändringar i relation till identifierade risk- och skyddsfaktorer (varje person har då angett på en skala mellan 0-10 hur de uppfattat förändringen utifrån ett ingångsvärde).

Se vidare teamens egna slutrapporter på www.skl.se/pinocchio

8. Anpassa insatserna till varje barns specifika behov

Risk- och skyddsfaktorer är olika för olika barn. Därför måste man skraddarsy insatser till varje enskilt barns risker och behov för att vara effektiv.

För att veta hur situationen ser ut för det enskilda barnet i hans eller hennes miljö krävs en kartläggning av såväl risk- som skyddsfaktorer.

Vi vet utifrån forskningen att barn med riskfaktorer både på individ- och på familjenivå löper större risk, än barn med risker på endast en av dessa nivåer, att utveckla allvarligt, ihållande, normbrytande beteende. Därför behöver kartläggningen göras hos både barnet och föräldrarna. Vi vet också att när det finns flera riskfaktorer samtidigt hos både barnet och i barnets omgivning är situationen mer allvarlig. Det finns klara belägg för att insatser som fokuserar på forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer är mer effektiva än insatser som inte är fokuserade på detta sätt.

Insatserna bör följas upp vid upprepade tillfällen för att se förändringar över tid, och på så sätt kontinuerligt anpassa insatsen. Men man måste komma ihåg att en bedömning är en färskvara som kräver uppdatering för att ta reda på hur barnet utvecklas över tid.

Insatser inriktade på riskfaktorer bör syfta till att:

- reducera styrka och frekvens i riskbeteenden, målet är att beteendena inte ska leda till problem för barnet eller andra,
- motverka att riskfaktorn leder till utveckling av andra riskfaktorer,
- motverka att riskfaktorn leder till utveckling av normbrytande beteende, vilket i sig också är en riskfaktor för fortsatt normbrytande beteende.

Syftet med insatser på skyddsfaktorer bör vara att:

- stärka de egenskaper eller beteenden som skyddsfaktorn innebär, både i styrka och frekvens,
- upprätthålla och understödja de skyddsfaktorer som redan är närvarande och utpräglade.

Insatserna bör sammanfattningsvis anpassas till barnets specifika behov och hur barnets mönster eller profil av evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer sammantaget ser ut. Det är förstås idealt att anpassa insatserna till barnets profil av risk- och skyddsfaktorer, men tyvärr är tillgången till specifika evidensbaserade metoder och insatser begränsade. I projektet uppmanades därför teamen att noga dokumentera sina insatser så att de kunde följa upp och utvärdera vilken effekt de hade. Detta ledde till en bättre systematik i arbetet och ett lärande av sin egen praktik.

Arbetet har i högre utsträckning anpassats efter varje barns specifika situation. Av 30 team är det 15 team som anger att de tidigare lyft fram barnets behov i stor/mycket stor utsträckning medan 25 team anser att de gör det idag. Ett ökat fokus på barnets behov och att detta i högre grad än tidigare styrts insatserna ser vi som ett positivt resultat i projektet.

Som tidigare nämnts har de strukturerade bedömningsmetoderna och ett nära samarbete med föräldrarna hjälpt till att få en mer samstämmig bild av barnets behov. Det har också genom detta skapats bättre förutsättningar att individualisera insatserna. Genom att samordna insatserna mellan de involverade verksamheterna har effekten av insatsen förstärkts.

Ett team skriver

” Alla insatser har diskuterats och beslutats gemensamt i vårt Pinocchioteam. De barn som vi har bedömt visade sig ha mycket olika profiler av risk/resursfaktorer, vilket gjorde att insatserna skilde sig åt. Vi såg i ett fall stor skillnad mellan pedagogernas och föräldrarnas upplevelse av problemen. Det är viktigt att tänka på att ett barn kan ha problem i en miljö och inte i en annan, vilket också får konsekvenser för insatserna. Det var spännande, utmanande och extra lärorikt att insatserna blev så olika för olika barn.”

Två exempel på insatser för enskilda barn

De två exemplen nedan är avidentifierade. För båda exemplen gäller att teamet använt sig av ESTER-bedömning.

Kalle

Kalle är en pojke på nio år. Han har sedan skolstarten uppvisat ett normbrytande beteende i form av ilskeutbrott och koncentrationssvårigheter. Bland annat har han, ibland till synes omotiverat, vid flera tillfällen slagit klasskamrater och yngre barn.

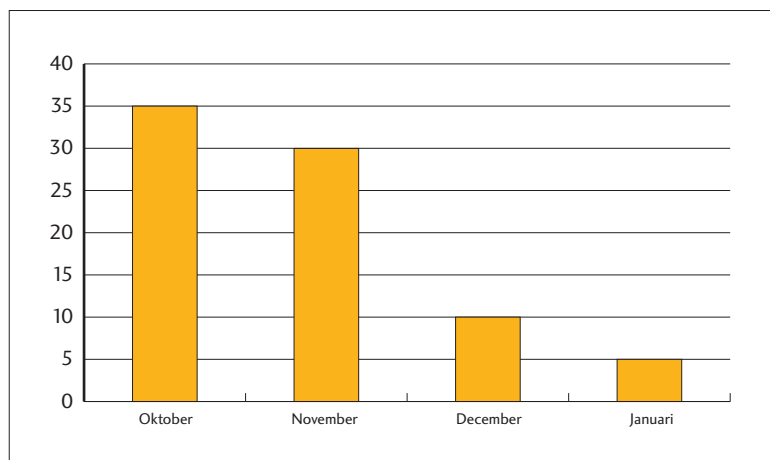
Två Esterbedömningar har genomförts med ca sex månaders mellanrum. Teamet har dokumenterat sina insatser i tre testcykler. Alla testcykler har utvärderats genom att teamet har skapat ett eget utvärderingsinstrument där man mätt antalet utbrott barnet haft i skolan. (se diagram I3 på nästa sida)

Utöver generella insatser som riktats till klassen där Kalle går har följande individinriktade förändringar testats:

Testcykel 1

Testcykel 1 grundade sig på att Kalle bor växelvis hos sina båda föräldrar, och att det vid mötet med föräldrarna blev tydligt att det också innebar olika rutiner på morgonen. Därför bestämdes att man skulle testa att Kalle lämnas samma tid varje dag på fritids, oavsett hos vilken förälder han bor. Denna rutin skulle innebära att Kalle äter frukost vid samma tid varje morgon. Hypotesen var att pojken skulle må bättre av att ha så lika rutiner som möjligt. Resultatet skulle utvärderas genom att klassläraren mäter antalet utbrott i skolan. Vid testcykelns avslut kunde man konstatera att antalet utbrott i skolan inte hade minskat, men att pojken generellt mådde bättre av insatsen. Föräldrarna såg också att det fungerade bättre. Tillsammans med föräldrarna bestämde man därför att fortsätta insatsen.

DIAGRAM 13. ANTALET UTBROTT: KALLE, OKTOBER 2008–JANUARI 2009



Teamet skapade själva och definierade ett sätt att mäta antalet utbrott i skolan.

Testcykel 2

Nästa testcykel bestod i att klassläraren varje morgon före skolstart träffade pojken 10 minuter för att gå igenom dagens schema och uppgifter. Hypotesen var att en ökad kunskap och planering där pojken vet som ska hända, skulle minska hans ilska och därigenom också utbrotten. Antalet utbrott minskade från 35 till 30, även om pojken själv inte helt var nöjd med insatsen, då han fick börja skoldagen före alla andra. Det beslutades att klassläraren skulle fortsätta gå igenom skoldagen med honom, fast nu tillsammans med resten av klassen de första minuterna på skoldagen.

Testcykel 3

En ny testcykel påbörjades i november. Denna gång ville man testa om en extra vuxen person i klassen skulle kunna förebygga pojkens utbrott. Resultat skulle åter utvärderas genom mätning av antalet utbrott. Insatsen fick en väldigt påtaglig effekt, utbrotten minskade från 30 per månad till 10 per månad. De utbrott som uppstod, skedde när den extra personen inte var närvarande i klassrummet. En positiv bieffekt av de betydligt färre utbrotten, var att hans koncentrationsförmåga samtidigt ökade. Mätningarna av antalet utbrott i skolan har fortsatt. I januari hade de minskat till 5 på en månad. Föräldrarna erbjöds också föräldrastöd för att försöka öka skyddsfaktorerna i familjen.

Olle

Är en åttaårig pojke som aktualiserades till teamet av BUP. Kontakten med BUP hade påbörjats utifrån att modern ansökt om stöd i föräldrarollen i form av hjälp med gränssättning. Pojken hade stora svårigheter med det sociala samspelet i skolan.

Testcykel 1

Olle hade inte haft någon organiserad fritidsaktivitet tidigare men ville gärna ha det. Nu hade han själv följt med en kamrat till scouterna och tyckte att det var roligt. Teamet trodde att en organiserad aktivitet kunde leda till positiva kontakter som kanske skulle kunna leda vidare till andra aktiviteter. Mamman skulle föra anteckningar över hur ofta Olle gick till scouterna, vad han tyckte om det och om det ledde till nya kontakter/aktiviteter. En gång i vecka ringde en i teamet och hörde hur det gick. Det visade sig att Olle inte gick de gånger han saknade sällskap av en kamrat och han var dessutom borta flera gånger pga. sjukdom. Olle slutade scouterna. Denna förändring gav inte hållbara positiva kontakter och ledde inte vidare till nya aktiviteter och fortsatte därför inte.

Testcykel 2

Mamman hade deltagit i en föräldragrupp riktad till föräldrar vars barn skolpersonalen upplevde var i riskzonen för normbrytande beteende. Föräldrarna som träffades har liknande upplevelser och de flesta hade inte tidigare gått på de ordinarie föräldramötena i skolan. En i teamet ringde mamman en gång i veckan och intervjuade henne om upplevelserna av att delta i gruppen. Testet var lyckat. Mamman kände sig stärkt i sin föräldraroll och uttryckte att gruppen fungerade terapeutiskt för henne. Tyvärr blev det ingen fortsättning för gruppen utan den avslutades efter 6 träffar.

Testcykel 3

Lärarna skulle positivt uppmärksamma alla gånger som Olle kom i tid till lektion. Han skulle då få en stjärna. Ett problem var att Olle ofta kom för sent på morgonen och efter raster. De gånger han inte kom i tid skulle inte kommenteras. Hemma hade man tidigare arbetat med belöningssystem och det hade fungerat. I skolan fungerade det bra att arbeta med beting som sedan belönas med exempelvis en stunds pusslande. Lärarna rapporterade till mamman genom en kontaktbok och efter 20 stjärnor skulle han få en belöning. Pojken nådde 20 stjärnor och fick besöka badhuset som belöning. Olle kom oftare i tid så skolan bestämde sig för att utöka testet. Nu skulle belöningen inriktas på att även gälla att han skulle starta upp med sitt skolarbete så snart han kom in i klassrummet.

Några team formulerar sig så här:

"Barnet har hamnat i fokus eftersom man diskuterat åtgärder för det enskilda barnet ur olika perspektiv. Fokus har legat på att försöka minska riskfaktorerna för det enskilda barnet och detta har naturligtvis gjort att barnet har mått bättre."

"Sammantaget kan man säga att ett mer strukturerat och systemiserat arbetssätt i samverkan med fler professioner och verksamheter bidragit till att ge en allsidig beskrivning av barnets hela situation. Barnet har också själv blivit mer medveten om sina svårigheter och styrkor och på så sätt blivit mer motiverad att ta emot hjälp och hitta lösningar på sina problem."

9. Sätt in insatser över en betydande tidsperiod

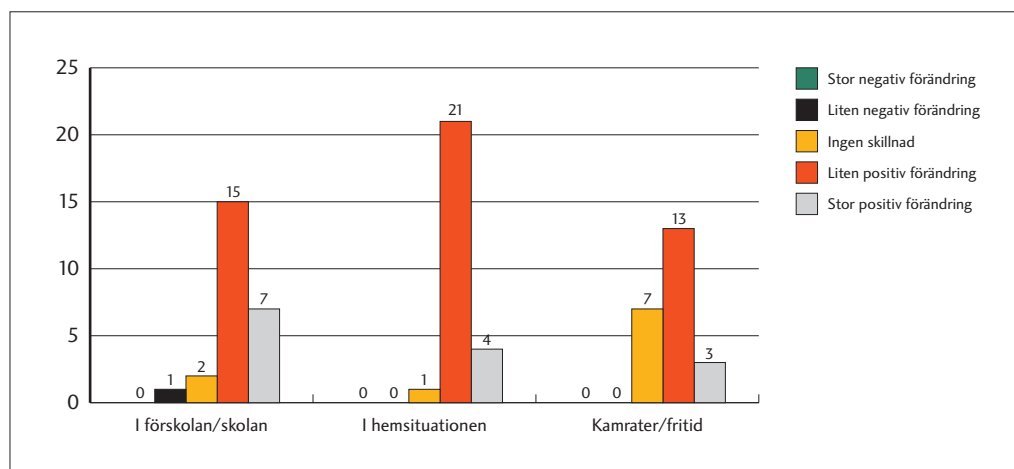
Normbrytande beteende utvecklas inte över en natt – lika lite som normbrytande beteende kan försvinna över en natt. Insatser över längre tid skapar varaktiga positiva konsekvenser för barnet, medan insatser över kortare tid ger mindre, ofta tidsbegränsade effekter.

Det är svårt att få en säker bild av hur utfallet av stödinsatserna påverkat de enskilda barnen utifrån den relativt korta uppföljningstiden. Ska man kunna uttala sig om vad insatserna kommer att betyda på sikt för de enskilda barnen måste man förstås följa deras utveckling under en längre tid, helst hela barnets uppväxt. Teamen har gjort en samlad uppskattning av samtliga barn som de arbetat med. Uppskattningen grundar sig på både teamdeltagarnas upplevelse av hur barnets situation förändrats och på mätbara uppföljningar av risk- och skyddsfaktorer för varje enskilt barn.

Av 30 team uppger 22 team att det skett en liten/stor positiv förändring i förskolan/skolan. 25 team svarar att det skett en liten/stor positiv förändring i barnens hem-situation.

Det har varit svårare att se hur insatserna påverkat barnets relationer till kamrater och situationen på fritiden. En förklaring kan vara att de flesta insatser har fokuserats på situationen i hemmet och i skolan.

DIAGRAM 14. HUR HAR BARNGRUPPENS SITUATION FÖRÄNDRATS I NEDANSTÅENDE SITUATIONER?



Några team beskriver förändringarna så här:

"Det är mycket svårt att göra en sammanfattad bedömning då det har blivit mycket stor positiv förändring för ett av barnen på alla nivåer. För de andra två barnen ser vi inga större skillnader i förskola och förskola, men hemsituationen har förbättrats för båda barnen."

"Alla barn har erbjudits insatser. Vi har nu följt upp 5 av 6 barn avseende riskfaktorer och skyddsfaktorer. Då konstaterade vi att sänkning av totalpoängen i första hand berodde av en sänkning av riskfaktorer men ej någon höjning av skyddsfaktorer."

"Pedagoger beskriver en minskning av riskfaktorer: färre aggressionsutbrott, mer koncentration. Där familjebehandling löpt på regelbundet har vi tydliga bevis på positiva resultat. Behandlingsarbete kräver regelbundenhet över tid."

"Problembeteendena har minskat med mer än 50 procent hos fem av sju barn."

"För 6 av barnen är bedömningen att risken för akut utagerande minskat och för 2 av barnen har risken för utagerande på lång sikt minskat."

Det skulle vara mycket intressant att följa upp barnen under en längre tid. Troligt är att flera av barnen kommer att vara aktuella och behöva insatser till och från under hela uppväxten. Den vetenskapliga uppföljningen av barnen som ingått i Pinocchio II (se bilaga 2) kommer att ha en längre uppföljningstid och ge ytterligare kunskap om vad som varit framgångsrikt i arbetet.

10. Använd evidensbaserade insatser

En insats som är evidensbaserad fokuserar direkt på normbrytande beteende eller på faktorer som forskningen påvisat är risk- eller skyddsfaktorer för normbrytande beteende.

Det finns som tidigare nämnts klara belägg för att insatser som fokuserar på forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer är mer effektiva än insatser som inte är fokuserade på dessa faktorer. Vi vet också att om antalet riskfaktorer är högt så kan man se tydligare effekter av insatserna.

I stort sett alla team anser att de fått god eller mycket god kunskap om vilka insatser och metoder som bedöms vara effektiva för den här målgruppen barn. Kompetens och tillgång till metoder har däremot inte alltid funnits i den utsträckning som önskas. Flera teamdeltagare har under projektiden påbörjat utbildningar för att kunna använda bättre anpassade metoder. De flesta kommuner och landsting som ingått i projektet har också börjat kartlägga vilka stödinsatser som används och inom vilka områden som det saknas effektiva metoder.

När teamen använt strukturerade bedömningsmetoder har de automatiskt fokuserat på barnets risk- och skyddsfaktorer, men att tydligt koppla det till val av insats har inte varit alldeles självklart enkelt. Insatserna kanske många gånger sätts in lite generellt utan att anpassas till det enskilda barnets behov.

De allra flesta insatserna som teamen uppger att de använt har inte någon vetenskaplig evidens vilket beror på att de inte har tillgång till så många evidensbaserade metoder och att det också finns ett begränsat utbud som riktar sig till den här målgruppen barn. Det behöver förstås inte innebära att de insatser teamen använt är ineffektiva men de är inte utvärderade eller så känner teamen ej till om metoderna är utvärderade eller ej. Det kan gälla sådana insatser som föräldrasamtal, nätverksarbete, stödsamtal, grupp för ensamma mammor, parsamtal och lekterapi. En viktig del i arbetet har därför varit att dokumentera och följa upp de insatser som barnen och föräldrarna fått

och på så sätt få bättre kunskap om vilka insatser som har haft effekt och tillsammans utveckla en evidens i praktiken.

I de fall där valet av insats vilar på en standardiserad bedömning så är det mycket troligt att man kan utforma individuella insatser för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer, med ett gott resultat. Det fodras också en mer utförlig beskrivning av innehållet i insatsen för att kunna göra en generell bedömning av hur effektiv den är.

Insatser som använts inom projektet och som har eller är på gång att evidensprövas av IMS:

- KOMET (Individ KOMET eller s.k. förstärkt KOMET)
- Webster Strattons ”De otroliga åren”,
- ART (Repulse)
- COPE
- SET, Social och emotionell träning
- Marte Meo
- ÖPP – Örebro Preventions Program
- Olweus antimobbingsprogram(OBPP)
- Stegvis (Step by step)
- Active Parenting

Läs mer om vilka metoder som är evidensbaserade i Metodguiden på www.socialstyrelsen.se under evidensbaserad praktik.

11. Beakta särskilt eller undvik följande

Undvik att göra ostrukturerade bedömningar och insatser som inte är fokuserade direkt på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende. Var vaksam på utveckling i negativ riktning, både när det gäller individ och grupp.

Det är inget team som gjort något specifikt som kan beskrivas under detta förändringskoncept vilket får bedömas som något positivt. Samtliga team har därmed arbetat strukturerat och har fokuserat insatserna på evidensbaserade risker och resurser.

Intervjuer med fyra team

Team Lerum

Nu står barnet i centrum som aldrig förr. Genom vår bedömningsmetod får vi fram både risk- och skyddsfaktorer. Det ger en mer allsidig bild av barnet och visar att det finns starka sidor som vi kanske annars inte hade sett.

När möjligheten att gå med i det nationella Pinocchioprojektet erbjöds var det naturligt för Lerums kommun att gå med. Det fanns redan goda förutsättningar att bedriva ett utvecklingsarbete för barn och ungdomar. Ungefär samtidigt som inbjudan kom hade kommunen nämligen inrättat ett samverkansorgan, KRESAM (Kreativ Samverkan) som just skulle ha till syfte att samordna insatser för barn och ungdomar där flera sektorer är inblandade. Så timingen var perfekt kan man säga.

KRESAM som består av fyra samordnare utökades med representanter från socialtjänsten, skolan och Barn- och ungdomspsykiatri och så hade man ett Pinocchio-team. Nästan hela teamet, Ylva Fredén Engvall, Åsa Levinsson, Ann-Christine Eriksson, Eva Eskilsson, Lena Thorén, Marta Zavodska och Ulla-Britt Caping Salas samlas en dag i juni 2009 för att reflektera över sitt arbete. Håkan Stenhede, Erica Baatz och Tommy Vinterloo, som också ingått i teamet, hade inte möjlighet att komma på intervjun.

Första lärandeseminarier i projektet satte många myror i huvudet på teamet men väckte också nyfikenhet på metoden.

Det stod tidigt klart vilka barn som skulle bli föremål för samordningsinsatser. Till en början handlade det om två pojkar i åttaårsåldern som gick på en skola där en del av upptagningsområdet har uttalad social problematik. Det har tidigt funnits en oro för dessa pojkar och nu skulle man satsa på dem.

– Vi har ofta brustit i uthållighet. Istället för att låta åtgärderna få tid att verka och sedan utvärdera dem har vi ofta hoppat på nya åtgärder. Nu skulle vi försöka ändra på detta. Genombrottsmetoden lär oss att pröva många små åtgärder, sedan utvärdera dessa och se vad resultatet blev.

Vad har man då gjort? Det är en hel arsenal av åtgärder som vidtagits och man blir imponerad av vilka resurser som ändå finns i samhället och hur mycket effektivare det blir när de samordnas.

Ofta handlar insatserna om ganska små men betydelsefulla förändringar. Ta skolsituationen till exempel. Det var ofta surrigt och stökigt i skolan vilket försvårade för pojken som kunde få aggressionsutbrott titt som tätt. Genom att ändra hur barnen satt – från att sitta i grupp till att sitta i gammeldags skolsittning – blev det lugnare i klassrummet. Att anpassa studiegången för pojken så att mamman kunde hämta honom tidigare på eftermiddagen och därigenom också få chans att träffa lärarna var också framgångsrikt. Många små åtgärder som tillsammans gav barnet en bättre livsmiljö.

– En av de stora vinsterna med Pinocchiprojektet är att föräldrarna kommit till tals på ett nytt sätt. Många av föräldrarna till barn med normbrytande beteende är vana vid att få negativa omdömen om sina barn och kan då naturligtvis hamna i försvarsställning. Genom att vi tillsammans med föräldrarna diskuterar barnet och också tar fram de positiva sidorna blir det ett mer jämbördigt förhållande.

Barn- och ungdomspsykiatrien har varit med i projektet vilket varit en styrka. Samverkan har blivit en innebörd att återkopplingen mellan skolan och barnpsykiatrien blivit mer regelbunden än tidigare.

Pinocchiprojektet är slut men arbetet fortsätter. Chefer och politiker har hela tiden varit intresserade och teamet har fått berätta om sina erfarenheter även på andra håll, exempelvis för Västra Götalandsregionen. Det finns planer att starta nya lokala Pinocchiprojekt i kommunen.

- Det har varit mycket värdefullt att få vara med i ett nationellt projekt. Genom att höra hur andra team arbetar har vi fått många idéer och impulser. Men vi har också känt att det vi gör i Lerums kommun står sig väl i jämförelse med andra. Det har bidragit till stärkt självkänsla bedyrar alla i teamet.

Team Malmö–Rosengård

Det är en sådan glädje när föräldrar som kanske inte talar svenska och är vana vid stränga myndigheter får förtroende för oss och vill samarbeta för sitt barns bästa. Då har Pinocchioarbetet burit frukt och gett utdelning.

Teamet i Rosengård har arbetat under unika förhållanden. Inget annat team har fått omsätta Pinoccchios tankar i en sådan mångkulturell miljö. Inget annat team har tvingats använda tolk för att kommunicera med sina familjer. Inget annat team har varit tvunget att "översätta" screeningmetoden ESTER för människor med en helt annan kulturell bakgrund än den svenska. Biträdande enhetschef Barbro Jarnhäll, skolsköterska Ingrid Scotte, specialpedagog Marie Åkerblom, socialsekreteraren Mirka Andersson och psykolog Karin Lindberg ser tillbaka på projektiden.

– Visst har det tidvis varit kämpigt. Många begrepp i bedömningsmetoden är okända för våra invandrare, av vilka en del är analfabeter. Vi måste också vara medvetna om att begreppet normbrytande beteende är kulturellt betingat. Pojkar med en bakgrund där fysiskt mod uppmuntras kan ha svårt att kommunicera med alla oss kvinnor som de möter på förskolan och i skolan. Pappor likaså. Vårt sätt att lösa konflikter genom att prata är inte självklart för dem säger Barbro.

Alla parter – socialförvaltningen, skolan och barn – och ungdomspsykiatrin gick in i projektet med glädje, även om skolans representanter var tveksamma eftersom de redan hade en stor arbetsbörda. Dock löste sig detta och nu när projektet är avslutat tycker alla att det var värt besväret.

Det stod redan tidigt klart vilka barn som skulle vara i behov av samordnade insatser. Genom att samverka kring dessa barn har man lyckats vända utvecklingen för flera av dem.

– Ta ett exempel. En liten pojke hade problem redan på förskolan som sedan fortsatte i skolan. Den traditionella modellen att hantera ett sådant barn är att så småningom göra en anmälan till socialförvaltningen som sedan eventuellt konsulterar BUP. Allt detta tar tid och barnet och föräldrarna får ingen egentlig hjälp under tiden. Nu gjorde vi istället så att vi samlade alla berörda parter inklusive föräldrar och barn vid samma tillfälle och diskuterade vad som kunde göras. Genom denna samordning kunde mamma till slut acceptera att pojken fick genomgå en psykologundersökning på BUP. Där konstaterades att pojken hade en utvecklingsstörning och fick komma till en särskoleklass där hans behov kunde tillgodoses. Mamman har också stärkts i sin föräldraroll och känner numera förtroende för oss, säger Ingrid och Marie.

För oss från barn- och ungdomspsykiatrin har det varit mycket givande att få vara med i Pinocchio. Vi är rent ut sagt litet smickrade att bli tillfrågade redan från början och vi vet att våra resurser gör bäst nytta ju tidigare de sätts in, säger Karin.

Utöver att arbeta med enskilda barn har teamet också arbetat på gruppnivå. En andra-klass som bytt lärare många gånger fick genomgå en screening i samband med att en ny lärare tillträdde. Den visade att det fanns barn med riskfaktorer i klassen och stödinsatser till läraren och föräldrarna sattes in. Ett sätt att möta de riskfaktorer som screeningen visat var att undervisa i ämnet Livskunskap. Genom övningar och praktiska tillämpningar kunde frågor som empati, skuld och ånger bearbetas.

Mycket värdefullt har varit den gemensamma kunskapsbas grundad på forskning som vuxit fram under projektets gång och som gett teamet en fast grund att stå på. Nu kan man med tyngd bakom orden hävda att om man inte gör något för barn i riskzonen äventyrar man barnets framtid och både kriminalitet och missbruk kan bli följden. Detta skapar trovärdighet och stärker den professionella rollen framhåller Ingrid.

Vad har varit den främsta framgångsfaktorn?

– Samverkan svarar alla med en mun. Vi har ju alla arbetat länge var och en på sitt håll här i Rosengård men nu när vi kom samman uppstod dynamik. Vi lär av varandra. Jag är exempelvis mycket glad över att andra har fått mycket större förståelse för att socialtjänsten inte kan åstadkomma underverk. Det tar tid att motivera och få föräldrar att samarbeta, menar Mirka.

Vi kan komplettera varandra på ett helt annat sätt än tidigare gentemot föräldrar och barn. Informationen blir tydligare. Vi markerar hela tiden att föräldrarna är likvärdiga parter och bemöter dem med respekt.

En annan viktig faktor är tidsaspekten. Att starta goda processer tar tid och resultaten kan dröja. Det gäller att vara uthållig och ha ett långt tidsperspektiv.

Vad saknar ni?

– Vi har fått stor hjälp i att kartlägga risk- och skyddsfaktorer genom bedömningsmetoden. Dock skulle vi behöva utveckla formerna för stöd åt familjerna. När små barn uppvisar problem handlar det ofta om familjesituationen. Hur stödjer man föräldrar som är nyinflyttade, kanske varit med om traumatiska händelser, har för litet eller för stort socialt nätverk och inte talar svenska att bli trygga i sin föräldraroll? Detta är en fråga som inget team ensamt klarar – det handlar också om insatser på samhällsnivå. Men vi kan hjälpa till med våra kunskaper och erfarenheter som vi bl.a. fått i Pinocchioprojektet, slutar Barbro.

Team Smedjebacken

Du kommer att klara dig! Detta är det valspråk som gäller i Broskolan i Smedjebackens kommun. Det är också det riktmärke som funnits under Pinocchioprojektet.

Broskolan ligger vackert i närheten av sjön Barken. Här går ca 250 barn i åldrarna 3–12 år och denna soliga majfredag 2009 är skolgården full av lekande och stojande ungar. Rektor Ronny Kihlander hälsar på alla han träffar och det märks att han är välkänd bland barnen. Här får barnen hemlagad skolmat – denna dag tacobuffé – vilket förstärker bilden av en idyll i ett sommarvackert Sverige.

– Visst har vi många fördelar av att vara ett litet samhälle med hög kontinuitet bland lärare. Men det finns också problem – på det sättet skiljer vi oss inte från andra skolor, säger Ronny.

När skolans båda rektorer – Ronny Kihlander och Maria Ronsten – fick höra talas om Pinocchioprojektet blev de intresserade. Redan tidigare hade de kommit i kontakt med forskning kring metoder för förebyggande arbete och nu gavs en möjlighet att pröva. De fick gehör från både socialtjänsten och elevvården som ville vara med. Däremot tackade BUP-enheten nej. De ansåg sig inte ha tid att medverka.

Första seminariet var ganska omtumlande och målen fick omformuleras flera gånger. Men syftet med projektet stod klart. Teamet ville screena alla barn i den aktuella åldersgruppen för att hitta dem som sedan skulle erbjudas särskilt stöd. De var också tidigt klara över att detta inte handlade om ett projekt utan skulle vara en arbetsform i den ordinarie verksamheten.

– Projektledningen och vår handledare var skeptiska. Ni tar er vatten över huvudet och borde begränsa er var deras råd. Men vi stod på oss och det är vi glada för idag, säger Ronny och Maria.

Sagt och gjort. Teamet inledde sitt arbete med att informera föräldrarna vilket de sedan gjort kontinuerligt under hela projektets gång.

– Föräldrarna känner förtroende för oss och vet att vi vill deras barn väl. Därför har vi inte mött något motstånd utan alla har varit med på noterna, säger Maria.

På förskolan går screeningen till så att förskollärarna tillsammans med specialpedagogen går igenom varje barn på förskolan. Underlaget var bedömningsmetoden ESTER. Genom att systematiskt bedöma barnens beteende i olika situationer får man fram

vilka barn som visat normbrytande beteende i något avseende. Därefter kontaktas föräldrarna till barnen för ett möte där föräldrarna också får fylla i ett frågeformulär enligt SDQ-metoden. Därefter följer en diskussion om hur barnet skall kunna stötts.

– Föräldrar uppskattar dessa samtal. Bara detta att sätta ord på problemen kan vara till stor hjälp. Föräldrarna blir uppmärksamma på barnets beteende i olika situationer både hemma och i skolan och det kan i sig få en positiv verkan, säger socialsekreterare Karin Eriksson.

När det gäller de äldre barnen går man i princip till väga på samma sätt, men här får också barnen själva bedöma sitt beteende.

På detta sätt har 250 barn screenats. Det visade att det fanns 35 barn med flera riskfaktorer för normbrytande beteende. Av dessa var flera redan föremål för åtgärder. Kvar blev 21 barn som teamet tog sig an och gjorde individuella åtgärdsplaner för.

Hur kan en sådan åtgärdsplan se ut?

– Det handlar hela tiden om individuella åtgärder, skraddarsydda för varje barns behov. När det exempelvis gäller ett barn på förskolan som biter andra barn kan vi gå vidare med en utredning. När biter han? I vilka sammanhang? Med sådan kunskap får vi underlag att bemöta barnet på ett adekvat sätt. När det handlar om äldre barn finns olika program som kan sättas in. ART-programmet handlar om att lära sig behärska sin ilska och undvika aggressivt beteende. Här har vi lyckats så bra med en pojke som nu i sin tur lär sina kamrater metoden. Det är väl ett gott betyg om något till projektet.

Av de 21 barnen som blivit föremål för åtgärder är 16 pojkar. Men också flickor blir hjälpta.

– Vi hade en liten flicka som var mycket nedstämd. Genom att träna henne i sociala färdigheter som hur man närmar sig andra barn i lek etc. har hon blivit en helt annan människa; glad och frimodig, berättar läraren Fredrik Hedlund.

Har ni nått era mål?

– Ett av målen var att färre och färre barn skulle uppvisa normbrytande beteende vid de årliga screeningstillfällena. Visserligen har vi ännu inte hunnit genomföra så många screeningar men vid varje screeningstillfälle har antalet barn med risk-

poäng minskat. Några har försvunnit och nya tillkommit men det sammanlagda antalet barn har minskat.

Vilka är framgångsfaktorerna?

– Att vara uthållig. Vi har en benägenhet att hamna i akuta situationer, sätta in en åtgärd och sedan tro att allt blir bra. Men det tar tid att utveckla ett normbrytande beteende och det ändrar man inte på i ett huj. Ge varje åtgärd åtminstone tre månader att verka. En annan fördel med vårt team är att det alltid finns där i bakgrunden. Har jag som lärare problem kan jag alltid gå tillbaka och diskutera fallet med teamet. Jag är inte ensam med barnet eller ungdomen utan det finns andra som kan stötta, säger idrottslärare Mats Pettersson avslutningsvis.

Västerås

Pojken satt i ett eget litet rum i skolan. Hans aggressiva beteende gjorde honom omöjlig överallt. Med förenade krafter och insatser har hans liv nu fått en annan vändning. Genom Pinocchio har han fått en andra chans.

Teamet i Västerås har gjort skillnad. Maria Moody Källberg, familjeterapeut, Karin Holmström, psykolog, Ulla Helin, behandlingsassistent på BUP, Harriet Flyborg, familjebehandlare inom kommunen, Lena Berg, specialpedagog och Håkan Ternander specialpedagog har alla ingått i teamet och träffas för att berätta om sitt arbete. Med vid träffen är också två av de fyra cheferna som medverkat; rektor Barbro Ridman och chefen för BUP Anneli Paulsson.

I ett avseende är Västeråsteamet unikt. Här var det den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten som tog initiativ till att medverka i Pinocchio och inbjöd skolan och socialförvaltningen att vara med. Ingen var svårövertalad och alla ställde gärna upp.

Det var redan från första början klart vilka barn som skulle komma i fråga för insatser.

– Det är de arga barnen – de som många gånger blir Svarte Petter för att ingen orkar med dem. Men vi är nog litet speciella och tycker att det är en verklig utmaning att arbeta med dem, säger Karin som är psykolog på BUP.

Redan innan Pinocchio startade fanns det goda förutsättningar för samarbete. I kommunen finns sedan tidigt 90-tal ett nätverkscentrum med sex familjeterapeuter/psykoterapeuter som ska vara navet i kontakterna med föräldrarna och det professionella

nätverket. Till Nätverkscentrum kan både professionella/yrkeshjälpare och föräldrar vända sig för att aktualisera uppdrag, dvs. få hjälp med att få till stånd ett nätverksmöte kring en viktig fråga. I själva verket är det idag kring hälften av Nätverkscentrums uppdrag som kommer direkt från föräldrar.

I kommunen fanns också familjebehandlare och i skolan särskilda resurser för barn i behov av stöd. Så resurser fanns – nu gällde det att samordna dem kring det enskilda barnet.

Sammanlagt har tio barn blivit föremål för Pinocchio-insatser. Genom att använda bedömningsmetoden EARL och sedermera även ESTER har man fått en gemensam grund att stå på. Målet var att under projektets gång minska antalet riskfaktorer som barnen uppvisade och samtidigt stärka de positiva krafterna i barnens värld. Vid projektet slut var bedömningen att risk för ”akut utagerande” hade minskat för sex av de åtta barn som fanns kvar vid projektet slut.

En röd tråd i projektet har varit aktiv föräldrasamverkan. För att få ett bollplank inför projektet utsågs några fokusföräldrar. Det var föräldrar som tidigare fått hjälp med sina egna barn när de haft svårigheter. Genom att testa idéer fick man in många goda synpunkter. Man har också lagt sig vinn om att stärka föräldrarna inför och under nätverksmöten. Det är inte alltid lätt att lägga fram sin sak för så många professionella och därför är det viktigt att arbetsformerna underlättar detta.

Det fanns vissa farhågor att föräldrarna skulle uppfatta bedömningsmetoderna negativt. Men de kom på skam. Det var mycket uppskattat att ha resultatet av bedömningen som underlag. Det har upplevts som mer objektiva än olika ”tyckande”.

Har det tillkommit nya åtgärder genom Pinocchio?

– Egentligen inte, säger Håkan. Men nu sker allt samordnat. När vi sitter på nätverksmöten och beslutar att BUP ska göra en undersökning kan jag vara säker på att så också sker. Det är inte så att jag skickar en remiss som sedan blir liggande. En styrka med vår samverkansform är att vi följer upp besluten. Den som då inte gjort det den ska får stå där med skammen.

Det är en oerhörd trygghet att ha hela teamet omkring barnet. Pojken med det aggressiva beteendet som satt i ett eget rum var inte alls utvecklingsstörd som man trodde. När insatserna samordnades, pappan fick stöd och alla ställde upp skedde en utveckling. Nu fungerar han riktigt bra i skolan.

Förändringskoncepten har varit användbara. Här finns ju faktiskt evidens på vad som fungerar och inte.

– Det gäller att få till stånd beteendeförändringar. Lekterapi och stödjande samtal i all ära – det finns inte evidens att det fungerar och därför har vi slutat med sådant, säger Maria.

– Vi har förstått hur viktig uthållighet är, säger Ulla. Att bryta negativa processer tar tid.

Arbetet har inneburit en ökad förståelse för varandras verkligheter och en större helhetssyn på barnet och dess familj. Kommunens familjehandlare har fått insikt i vad barn – och ungdomspsykiatri kan erbjuda på ett helt annat sätt än tidigare säger Harriet. Barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten har också fått en helt annan förståelse för att skolan är barnens viktigaste arena. Skolan kan aldrig skicka bort ett barn – vi måste leva med problemen, framhåller Barbro.

En framgångsfaktor för alla förändringsprojekt är ledningens stöd. I Västerås har detta stöd fungerat. Cheferna får högsta beröm av sina medarbetare; de har varit närvarande, intresserade och har informerat uppåt i organisationen. Det gäller att tala för sin sak och slå vakt om resurserna i en minskande ekonomi.

– Jag brukar åberopa de intagna inom den rättspsykiatriska vården, säger Anneli. Nästan hälften av dem har uppvisat aggressivt beteende i barndomen. Kan vi fånga dessa ungar tidigt skulle mycket lidande och samhällsresurser besparas. Det är väl ett tillräckligt starkt argument för att projekt som Pinocchio ska stödjas.

Vill du läsa mer kan du hämta teamens slutrapporter på www.skl.se/pinocchio

Slutsatser och lärdomar

Forskning har visat att insatser som är forskningsanknutna, strukturerade, manual-baserade och implementeras under en längre tidsperiod ger positiva effekter som består över tid. Dessutom bör förebyggande insatser sättas in redan i förskole- eller tidig skolålder. Vi vet ju att det i det långa loppet lönar sig med tidiga insatser.

En oro som fanns i början av projektet var att bland annat användningen av bedömningsmetoder i tidig ålder, skulle stämpla barn och skapa oro hos föräldrar i onödan. Vi tyckte därför, när projektet avslutats att det var angeläget att höra hur teamen uppfattat att synen på barnen påverkats. Det visade sig att de flesta tyckte att projektet bidragit till att barnens behov synliggjorts och att fler personer kring barnen blivit mer delaktiga. 15 team angav att de innan projektet lyft fram barnets behov i stor/mycket stor utsträckning och efter projektet var det 25 team som ansåg det.

De flesta barn har varit mellan 6–12 år och en tydlig tendens är att de team som arbetat med skolbarn vill fortsätta arbetet med de yngre åldersgrupperna.

Vi vet att den här målgruppen barn och deras föräldrar ofta är utsatta för många myndighetskontakter och hjälpinstanser och har ett stort behov av bättre samordning och samverkan för att inte ”ramla mellan stolarna eller behöva sitta på alla stolar samtidigt.”

Ett annat team konstaterar:

”Föräldrarna och barnen är motorn i förändringsprocessen och vi i teamet kommer och går när så behövs. Föräldrar och barn är mycket aktiva i arbetet, blir lyssnade till, kommer med lösningar och är huvudpersoner när vi träffas i nätverket.”

”Vi har skissat på ett flödesschema när det gäller barn med normbrytande beteende utifrån de erfarenheter vi fått under den tid som projektet fortgått. Vi identifierar, mäter, bedömer, sätter in insatser, mäter igen, bedömer på nytt, fortsätter/ändrar/avslutar insatser. Allt i samverkan med föräldrar och personal runt varje enskilt barn. Allt vi gör dokumenteras.”

”En lärdom för oss i teamet är att vi upptäckt hur mycket arbete vi redan lägger ner på barn med normbrytande beteende utan att det dokumenteras eller följs upp. På sikt tänker vi att detta arbetssätt både är tids och resurssparande samt ger kontinuitet för barn, föräldrar, pedagoger och tjänstemän.”

Det är svårt att plocka ut någon enskild del som ensam påverkat resultatet utan mer troligt är att de olika komponenterna i projektet kompletterat varandra.

Men det centrala har varit; forskningsstödet med hjälp av Förändringskoncepten, strukturerade bedömningsmetoder som vilar på kunskapen kring risk- och skyddsfaktorer och som varit vägledande för bedömning av barnets behov och val av insatser, och lärandeprocessen med hjälp av Genombrottsmetoden. Detta har sammantaget, i kombination med teamens intensiva arbete och engagemang, bidragit till teamens framgångar.

Röster från några teamdeltagare

”Närvaron av en tydlig struktur genom en evidensbaserad bedömningsmetod och Genombrottsmetoden har gett oss ett gemensamt språk och en tydlig plattform att utgå ifrån.”

”Tiden med projektet har varit mycket givande. Det är värt varenda minut av den tid vi har lagt ner om bara ett barn av alla som råkar illa ut kan ha hamnat rätt istället för fel.”

”Pinocchioarbetet har varit och är mycket utvecklande för samverkan mellan våra respektive förvaltningar. Att jobba med Genombrottsmetoden och att fokusera på skyddsfaktorer har gett oss ett nytt sätt att tänka.”

Vad har projektet betytt för dig personligen?

Röster från teamdeltagare

”Jättemycket! Lärorikt, inspirerande och roligt. Ibland också frustrerande – hur sjutton gör man? Vad menar de att man ska göra? Förvirrande och kaos. Men sedan, plötsligt har det klarnat! Vi har då tagit ytterligare ett steg framåt.”

”En vetenskaplig syn har lagts till i vårt arbete. Gruppen har också en stark sammanhållning, en stark vilja och en stark tro på att detta är en bra, i det långa perspektivet arbetsbesparande metod. Många nya erfarenheter, impulser och idéer. Projektet har blivit en arbetsmodell.”

”Pinocchioprojektet har varit en kick för mig personligen i mitt arbete. Det har hjälpt mig och oss att fokusera på de små barnen och fått möjlighet att sprida detta i kommunen. Lärandeseminarieerna har varit toppen även om de krävt mycket energi.”

Nästan alla team beskriver att de gjort de största vinsterna genom att hitta nya vägar i samverkan men att det också många gånger varit en lång och mödosam väg. Ett gemensamt behov och engagemang för att förbättra villkoren för barnen tycks ha varit den gemensamma drivkraften som till stor del överbryggat svårigheterna som dykt upp – svårigheter i brist på tid, gemensam tid, mandat, oklara roller, tidskrävande dokumentation mm. Ett projekt kan bäras upp av eldsjälar och entusiaster men om man vill få till stånd en varaktig förändring i vardagen krävs en tydlig ledning och struktur för hur samverkan ska bedrivas över verksamhetsgränser.

Råd från teamen

Sammanställningen bygger på de svar teamen givit i en webbaserad enkät som alla team besvarade i april 2009. Teamen anger följande huvudområden som särskilt viktiga:

Förankring och mandat

Värdet av att projektet är förankrat i alla led – glöm inte politikerna. Ge återkommande information till berörda chefer och personal i de förvaltningar som ingår i samverkan. Se till att få mötestider med chefer för förankring. Cheferna ska ge mandat och uppmana alla att prioritera mötestiderna. Det är svårt att förmedla de positiva erfarenheterna på ett sätt som innebär att resurser fortsätter att ges även efter projekt-tidens slut. Om inte ledningen finns med på riktigt redan från början är risken stor att det blir ett projekt bland många andra – bra under tiden det pågår men snart glömt.

Tid och resurser

Avsätt tid och diskutera allas olika förutsättningar och synsätt. Viktigt att alla är med på de gemensamma mötena. Att vara medveten om att projektet tar mycket tid. Se till att få tydliga ramar och förutsättningar för hur ni får jobba. Det är även bra att få veta hur mycket tid som är avsatt för projektet. Boka in tid för teamträffar för en lång tid framöver. Det är mycket lättare att ta bort tid vid behov än att sätta in nya tider. Gemensam tid, projekt måste få ta tid i början! Tid avsatt i tjänsten – tydligt kanske i procent av tjänst.

Samverkan

Lär känna varandra, hitta ett gemensamt språk och mål för ert arbete. Systematisera samverkan, använd nätverksmöten. Försök att tidigt systematisera arbetet t.ex. med hjälp av flödesschema. Hitta fasta, regelbundna samverkansformer, avsätt tid till strukturerande möten. Börja i liten skala, högt i tak så att allas tankar och frågor får utrymme. Ta er tid att diskutera begrepp och prata öppet om eventuella fördomar om varandras arbetsområden. Hitta en form för samverkan som passar just er. Prioritera

teammötena. Ju fler verksamheter som samarbetar desto bättre. Var noggranna med uppföljningen och fördela tydligt ansvaret. Ha förtroende för processen, det tar tid!

Kunskap

Använd Förändringskoncepten, gå utbildning i evidensbaserade metoder. Använd evidensbaserade bedömningsmetoder. Använd den kunskap och kompetens som finns inom er kommun/landsting. Gemensamma litteraturstudier, gemensam fortbildning ger samsyn som i sin tur ger effektivitet.

Barnet och familjen

Det finns inte några snabba lösningar kring målgruppen barn med normbrytande beteende. Stanna kvar även när det går mindre bra och avsluta inte för tidigt. Utgå från föräldrarnas screening det är ett bra sätt kunna arbeta vidare med barnens problematik. Var lyhörd för vad varje enskilt barn/familj behöver. Föräldrars delaktighet är ett framgångskoncept. Utse om möjligt en kontaktperson för varje familj. Använd föräldrarna som en resurs i arbetet. Ha tät kontakt med familjerna via telefon eller mejl så att de känner sig delaktiga hela vägen. Dokumentera kontinuerligt!

Lärandeprocessen – Genombrottsmetoden

Det är värt besväret att vara Genombrottsmetoden trogen. Testa i mindre skala först och utvärdera. Våga prova i liten skala, använd PDSA-cykeln. Testa kreativiteten.

"Allt det man satsade i tid och kraft i början har vi fått tillbaka i ny kunskap, effektivare arbetsätt samt goda resultat för barn och familjer. Belöningen kommer men man får kämpa för att nå målen och ha tålamod att vänta!"

Bilaga 1

Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio I

Att ta lärdom från tidigare erfarenheter och att anpassa efter Pinocchio projektets förutsättningar – en studie om att tillämpa Genombrottsmetoden för att förbättra socialt arbete.

Josephine Lindgren, Doktorand, Karolinska Institutet

Genombrottsmetoden är en vanligt förekommande kvalitetsförbättringsmetod inom hälso- och sjukvården. I korthet är det en metod baserad på PDSA-hjulet och innehåller seminarier där deltagarna får lära sig att planera, implementera, mäta och reflektera över resultatet av sitt förbättringsarbete. En längre beskrivning om Genombrottsmetoden finns i kapitel 3. Forskningsevidens om Genombrottsmetodens effekt är fortfarande relativt liten men positiv.¹

Även om Genombrottsmetoden är en väl använd kvalitetsförbättringsmetod inom hälso- och sjukvården är kunskapen och erfarenheten från användandet av metoden i andra verksamheter liten. Därför var det intressant att följa Pinocchioprojektet i syfte att undersöka Genombrottsmetodens tillämpbarhet inom socialt arbete. Detta kapitel bygger på data från den första studien i Josephine Lindgrens avhandling om Pinocchio I.

De preliminära resultaten visar att Genombrottsmetoden verkar tillämpbar för att arbeta med förbättringsarbete med Pinocchioprojektets syfte. Det finns dock några faktorer som tycks försvåra arbetet med att använda metoden och som därför bör uppmärksammas och förberedas för innan projektstart, mer om dessa längre fram i denna bilaga.

¹ Schouten LMT, Hulscher M, Van Everdingen J, Huijsman R & Grol R. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ*. 2008; 336: 1491–1494.

Forskningsmetod

Den forskningsmetod som använts är case study. Det är en kvalitativ forskningsmetod som inbegriper intervjuer, observation och dokumentationsanalys. Case study metoden är framgångsrik vid studier där forskningsfrågorna handlar om hur eller varför något sker och där forskning bedrivs på ett fenomen i verkliga livet. Den är särskilt användbar för forskning på sociala fenomen och organisationer.^{2,3}

Denna artikel bygger på data från intervjuer, observation samt dokumentationsanalys från Pinocchio I. Observationer har skett vid arbetsgruppsmöten, styrgruppsmöten, telefonmöten och samtliga lärandeseminarium. Intervjuer har genomförts med såväl projektledning som sex team.

Ur data har en historia växt fram. En historia om hur Genombrottsprojektet Pinocchio genomförts, om svårigheter och om framgångar. En längre beskrivning av projektet går att återfinna i artikeln *"Adapting to the context and learning from earlier experience – the implementation of a national breakthrough collaborative in the context of social services in Sweden"* i tidskriften *Quality Management in Health Care*, volym 18 nr 4, sid 231–238.

Erfarenheter från tidigare forskning om Genombrottsmetoden

Tidigare forskning som bedrivits på Genombrottsmetoden inom hälso- och sjukvården har bland annat haft frågeställningar som handlat om varför vissa Genombrottsprojekt lyckats bättre än andra. Till viss del har forskare också lyckats med att finna svar på sina frågor. Forskare har bland annat identifierat komponenter som är särskilt viktiga för att lyckas med ett Genombrottsprojekt, så kallade framgångsfaktorer. Förutom syftet att undersöka Genombrottsmetodens tillämpbarhet har den här studien också undersökt huruvida dessa framgångsfaktorer är gällande för Pinocchiprojektet och/eller om det finns några andra komponenter som verkar särskilt viktiga för att lyckas med ett Genombrottsprojekt med Pinocchiprojektets syfte.

Resultatet visar att samtliga framgångsfaktorer för Genombrottsprojekt inom hälso- och sjukvården också är viktiga för ett Genombrottsprojekt med Pinocchiprojektets syfte. I tabellen finns en sammanfattning av dessa:

² Yin R. Case study research, design and methods. California, USA: Sage Publications Thousands Oaks; 2003.

³ Merriam S. Fallstudien som forskningsmetod. Lund: Studentlitteratur; 1994.

Framgångsfaktor	Kortfattad beskrivning
Välj rätt syfte	Välj ett syfte där det finns evidensbaserad kunskap och där det finns ett tydligt gap mellan hur man gör idag och vad kunskapen säger. ^{4, 5, 6}
Välj ut team, se till att deltagarna definierar syfte och mål med att delta	Teamen och deras chefer måste tillsammans definiera syfte och mål med deltagandet samt förstå hur mycket tid och resurser ett Genombrottsprojekt kräver. ^{4, 5, 7}
Definiera roller och var tydlig med vad som förväntas	Var tydlig med vad som förväntas från alla roller såsom projektledning, kontaktperson, handledare osv. ^{4, 5, 6}
Se till att teamen har träffats och förberett sig inför Genombrottsprojektet	Teamen måste ha ett klart syfte från första början samt en god support från ledningen hemma. ^{4, 5, 6, 7}
Skapa en atmosfär av gemensamt lärande och inte en kursituation med projektledarna som lärare	Planera lärandeseminarierna väl så att de blir en blandning av gemensamt lärande mellan team och föreläsningar. ^{4, 5, 6}
Motivera och stärk teamen	Engagera trovärdiga experter, ha tillgång till god evidens samt visa på gapet mellan den kunskap som finns och vad som görs i praktiken. ^{4, 5, 6}
Se till att teamen har nåbara och mätbara mål	Stöd teamen i att hitta mätbara mål och be dem rapportera kontinuerligt om deras framgångar till projektledningen. ^{5, 6}
Stöd teamen så att de kan möta svårigheter som uppstår vid förändring	Ge teamen verktyg för att möta motstånd mot förändring. ^{4, 5, 6, 7}

⁴ Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003; 29: 85–93.

⁵ Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, McLeod H, Molfenter T, Plsek P, Robert G, Shortell S, Wilson T. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 345–351.

⁶ Øvretveit J. How to run an effective quality collaborative. *Int J Health Care Qual Assur*. 2002; 15: 192–6.

⁷ Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, Denniss AR. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections from a single site. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 409–414.

Erfarenheter från Pinocchio I

Förutom de beskrivna framgångsfaktorerna är det särskilt viktigt att beakta de unika svårigheter som kan uppstå i ett Genombrottsprojekt med Pinocchioprojektets syfte.

Det första handlar om svårigheter kopplade till stora team från olika verksamheter. När förbättringsarbete genomförs som involverar många människor från olika verksamheter och med olika professioner behövs det tid. Särskilt behövs denna tid i början av projektet då det finns behov av att formera teamet. I Pinocchio I fanns i flera team förutfattade meningar om de andra verksamheterna som deltog i samma team och olika terminologi användes. Genombrottsmetoden är framtagen för att skapa snabb förändring hos de verksamheter som deltar, de flesta Genombrottsprojekt pågår i ungefär ett år. I Pinocchioprojektet hade en längre tidsperiod och särskilt en förlängd startstrecka underlättat arbetet. Stora team har trots de svårigheter som de inneburit varit en nödvändig komponent i Pinocchioprojektet och utvärderats positivt både av projektledning och av deltagare. För att ge effektiv hjälp till barn med stora svårigheter krävs stora team med deltagare från olika verksamheter och från olika professioner.

Den andra svårigheten handlar om att mäta resultatet av förändringsarbetet. Att mäta resultat av ett förändringsarbete är svårt också inom hälso- och sjukvården, det visar bland annat den punkt bland framgångsfaktorerna som handlar om att stödja teamen att hitta mätbara och nåbara mål. Det verkar som om denna svårighet är ännu större inom socialt arbete. Detta beror på flera saker. Det finns till exempel inte en lika stor vana att mäta resultat i siffror och diagram inom socialt arbete som inom hälso- och sjukvården, dessutom finns det en skepsis inom verksamheterna att mäta resultat av socialt arbete i siffror. Utöver detta tillkommer det faktum att Genombrottsmetoden är riggad för att skapa snabb förändring och snabba resultat hos de verksamheter som deltar, några likvärdiga snabba resultat finns oftast inte inom socialt arbete. Istället får deltagarna lära sig att hitta så kallade processmål, mål som inte mäter direkt på slutresultatet men på förändringar som antas leda till det slutresultat som önskas. I Pinocchioprojektet uppmanades samtliga team att kontinuerligt använda bedömningsmetoder bland annat för att kunna följa upp och mäta resultat över tid.

Att delta i ett Genombrottsprojekt är att genomgå en process, en process som ibland kan kännas väldigt tung men som i de allra flesta fall i slutet av projekttiden leder till något positivt. Denna process har i Pinocchioprojektet varit väldigt tydlig för en utomstående betraktare. Under den första delen av projekttiden upplevde många deltagare ett kaos och en känsla av att inte förstå. Mot slutet av projekttiden talades det positivt även om det som varit svårt i början. Särskilt har strukturen och uppläg-

get under och emellan lärandeseminarium uppskattats. (För mer om hur processen är upplagd, se kapitel 2)

”Jag tror inte att vi hade provat så många olika förbättringsidéer om vi inte varit med i Pinocchioprojektet. Det har blivit lätt att testa det som vi velat pröva.”

”Det har varit värdefullt att alla har varit med så att vi har med hela kedjan och har olika ögon. Det har blivit spinoffeffekter av det. Jag har lärt mig mycket av tänket och samarbetet med varandra.”

”Nu när det är slut har jag förstått hur jag ska göra.”

Man ska också komma ihåg att de specifika svårigheter som nämnts är svårigheter i jämförelse med hälso- och sjukvården men i Pinocchioprojektets verksamheter är dessa något som finns hela tiden oavsett vilken förbättringsmetod som väljs. För att ge effektiv hjälp till barn med stora svårigheter krävs stora team med deltagare från olika verksamheter och olika professioner och det är svårt att mäta resultat, särskilt på kort tid. Följande citat från en deltagare illustrerar detta väl:

”Det kommer alltid vara svårt att mäta resultat i våra verksamheter, oavsett projekt eller inte, samtidigt så måste vi ju mäta.”

Referenser

Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects so? Experience from seven countries. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003; 29: 85–93.

Øvretveit J, Blate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, McLeod H, Molfenter T, Plsek P, Robert G, Shortell S, Wilson T. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11: 345–351.

Øvretveit J. How to run an effective quality collaborative. *Int J Health Care Qual Assur.* 2002; 15: 192–6.

Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, Denniss AR. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections from a single site. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 409–414.

Bilaga 2

Den vetenskapliga uppföljningen av Pinocchio II

Resultat hittills av den vetenskapliga utvärderingen av Pinocchio II-projektet:
Beskrivning av barnen och praktikernas arbete med att tillämpa mer evidensbaserad kunskap i praktik.

Jennie Fredriksson, Anna-Karin Andershed & Henrik Andershed
Örebro universitet

I Pinocchio II-projektet var målgruppen barn 0 till 12 år med eller i riskzon för normbrytande beteende. Dessa barn är en grupp som man enligt forskning vet löper relativt stor risk för fortsatta problem som exempelvis kriminalitet ända upp i vuxen ålder (se Andershed & Andershed, 2008 för en översikt). Att hitta verksamma insatser och metoder för att avhjälpa dessa problem hos barnen och deras familjer i svensk praktik är alltså av stor vikt. I Pinocchio II-projektet arbetade team från olika verksamheter enligt förändringskoncept som är tänkta att vara konkreta medel för att uppnå målet att minska de aktuella barnens och familjernas riskfaktorer och stärka deras skyddsfaktorer för normbrytande beteende. För att kunna utvärdera effektiviteten av teamens arbete har vi som utvärderare parallellt med Pinocchio II-teamens arbete följt ett antal jämförelseenheter/socialtjänstenheter vid sidan av Pinocchio II-projektet. Jämförelseenheterna arbetade inte explicit efter förändringskoncepten. Den här texten är en beskrivning av de barn som teamen i Pinocchio II-projektet har arbetat med, samt teamens egen uppfattning om utvecklingen av sitt evidensbaserade arbete under projektets gång. Den egentliga utvärderingen av Pinocchio II-projektet planeras att publiceras efter att en ettårsuppföljning har gjorts med alla barn som teamen och jämförelseenheterna jobbat med fram till årsskiftet 2009.

Bakgrund

Ett viktigt begrepp i socialt arbete i Sverige i dag är evidensbaserad eller kunskapsbaserad praktik. Det innebär att man har som mål att arbeta på ett "effektivt sätt" med

sina klienter, alltså att använda de metoder och insatser som verkligen är verksamma för klientens problematik. (Tengvald & Sundell, 2008). Evidensbaserad praktik kan sägas bestå av tre delar: (1) kunskap från forskning, (2) klientens egen inställning, motivation, behov och önskemål, samt (3) den professionelles egen kompetens, erfarenheter, egenskaper och utbildning. Det är alltså flera komponenter som tillsammans är centrala för hur framgångsrik en eventuell insats blir (Oscarsson, 2009). Dessa tre delar ligger även till grund för arbetet i Pinocchio II-projektet, där 12 samverkansteam i sitt arbete med barn använt kunskap från forskning. I Pinocchiprojektet tog en expertgrupp fram elva förändringskoncept (se bilaga 3). Dessa förändringskoncept är beskrivningar av olika konkreta sätt på hur man kan förbättra arbetet med barn. Det innebär bland annat att teamen ska arbeta verksamhetsövergripande med samverkan, arbeta tillsammans med föräldrarna, använda strukturerade bedömningsmetoder, samt att deras arbete ska följa en strukturerad process.

Utvärderingens syfte och upplägg

För att se hur väl teamen i Pinocchio II-projektet lyckas med att minska riskfaktorerna och stärka skyddsfaktorerna hos barn med eller i riskzonen för normbrytande och deras familjer utvärderas projektet vetenskapligt av oss som forskare vid Örebro universitet på uppdrag från Sveriges Kommuner och Landsting samt Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen. Syftet med utvärderingen handlar övergripande om att identifiera framgångsfaktorer i praktik med barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende. Vi har följt Pinocchio II-teamens arbete med barn och familjer och jämfört dem med ett antal jämförelseenheter, i huvudsak ”vanliga” socialtjänstenheter.

Huvudfrågan i utvärderingen:

- Är Pinocchio II-teamen som arbetar enligt förändringskoncepten mer framgångsrika vad gäller att reducera/avhjälpa riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende än jämförelseenheterna som inte arbetar enligt dessa förändringskoncept?

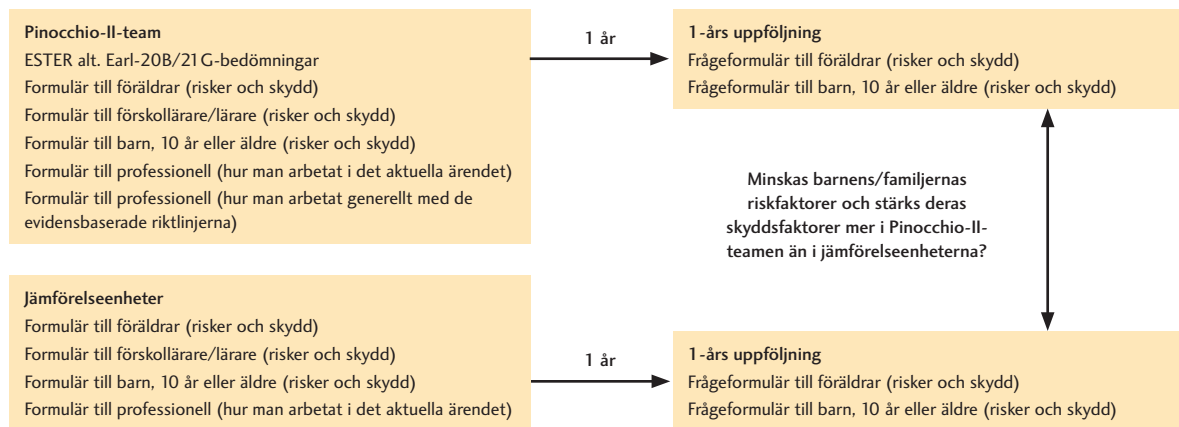
Exempel på mer specifika frågeställningar är:

- Vad har de framgångsrika teamen gemensamt? Det vill säga de team som lyckats minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barnen/familjerna.
- Vad har de team som inte har bra resultat gemensamt? Det vill säga de team som inte lyckats minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barnen/familjerna.

- Är det någon skillnad i resultat (hur väl man lyckats minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer), mellan de team i Pinocchio II som använder bedömningsmetoden EARL-20B/21G och de som använder ESTER-bedömning?

Teamen i Pinocchio II-projektet och jämförelseenheternas arbete har följts och dokumenterats med hjälp av frågeformulär (se Figur 1). Frågeformulären dokumenterar barnets/familjens risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende vid varje uppföljande bedömning som teamet eller jämförelseenheten gör. Ett år efter det att en första bedömning gjorts av ett barn och hans/hennes familj skickas frågeformulär direkt från oss vid Örebro universitet till föräldrarna. Denna ettårsuppföljning har just startat och kommer att pågå fram till ett år efter den sista förstabedömningen gjorts. Det är då man kan se om arbetet enligt förändringskoncepten bland Pinocchio II-teamen har lett till ett mer effektivt sätt att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barnen/familjerna i jämförelse med jämförelseenheterna.

FIGUR 1. UTVÄRDERING AV HUR TEAMEN I PINOCCHIO II-PROJEKTET OCH JÄMFÖRELSEENHETERNA LYCKATS MINSKA RISKFAKTORER OCH STÄRKA SKYDDSFAKTORER HOS BARNEN OCH FAMILJERNA ETT ÅR EFTER DEN FÖRSTA BEDÖMNINGEN.



Standardiserade bedömningsmetoder – ett av förändringskoncepten

Ett av förändringskoncepten innebar att Pinocchio II-teamen skulle använda standardiserade bedömningsmetoder. De 12 teamen i Pinocchio II-projektet delades upp i två grupper där hälften av teamen använde EARL-20B för pojkar eller EARL-21G för flickor (Augimeri m.fl., 2001), och den andra hälften av teamen använde ESTER-bedömning för både pojkar och flickor (Andershed & Andershed, 2008). Både ESTER och EARL är strukturerade bedömningsmetoder och fokuserar på forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer, men de har också viktiga olikheter, exempelvis vilken bedömningsskala/gradering som används för bedömning av en specifik risk- eller skyddsfaktor.

EARL-20B/21G

EARL-20B/21G (Early Assessment Risk List for Boys/Girls) fokuserar på barn mellan 0 och 12 år med eller i riskzon för normbrytande beteende. Syftet med metoden är att identifiera barn som är i hög risk för normbrytande beteende samt att fungera som beslutsunderlag för planering kring insatser. De flesta riskfaktorerna är desamma, men för pojkar bedöms auktoritetskontakter, alltså om pojken blivit gripen av polis eller ej, vilket inte görs hos flickor. Hos flickor bedöms sexuell utveckling (pubertetsmognad) och interaktion mellan vårdnadshavare och den unge, vilket inte görs hos pojkar. De faktorer som bedöms i EARL-20B/21G är indelade i tre grupper: familjefaktorer, barnfaktorer och mottaglighetsfaktorer. Mottaglighetsfaktorer rör hur motiverade och mottagliga familjen och barnet är för behandling och förändring. Bedömningsskalan i EARL-20B/21G innehåller tre steg. Varje faktor bedöms med 0, 1 eller 2 (se Tabell 1). Den professionelle ska även göra en övergripande bedömning av barnet/familjen utifrån om man bedömer risken för normbrytande beteende som låg, medel eller hög.

ESTER-bedömning

ESTER-bedömning fokuserar på barn mellan 0 och 18 år med eller i riskzonen för normbrytande beteende. Huvudsyftet med metoden är att fungera som beslutsunderlag till insatsplanering, uppföljning av risker och skydd samt att underlätta samverkan mellan olika verksamheter. ESTER-bedömning består av 19 faktorer, varav 12 är riskfaktorer och sju är skyddsfaktorer för normbrytande beteende (Andershed & Andershed, 2008). Risk- och skyddsfaktorerna är i sin tur uppdelade i risker hos den unge (nio stycken), risker i familjen (tre stycken) samt skydd hos den unge (fyra stycken) och skydd i familjen (tre stycken). Bedömningsskalan i ESTER består av fem steg som innebär att samtliga 19 faktorer bedöms som: *Inte närvarande (0)*, *Svagt (1)*, *Påtagligt (2)*, *Utpräglat (3)*, *Mycket utpräglat (4)* (se Tabell 2).

Beskrivning av de barn som Pinocchio II-teamen arbetat med

Barn som teamen i Pinocchio II arbetat med beskrivs här utifrån de risk- och skyddsfaktorer som mättes vid den första bedömningen. Barn som har bedömts med EARL-20B/21G presenteras utifrån de faktorer som ingår där, och de barn som bedömts med ESTER-bedömning presenteras utifrån de risk- och skyddsfaktorer som ingår i den bedömningsmetoden. Totalt har hittills 32 barn (28 pojkar och fyra flickor) från Pinocchio II-projektet inkluderats i utvärderingen. Barnen är mellan fem och 13 år och de allra flesta är svenskfödda och med svenska föräldrar. Endast åtta barn har föräldrar med annan nationalitet än svensk. Av dessa kommer två föräldrar från Norden, en från annat europeiskt land samt sju från länder utanför Europa.

Pinocchio II-barn som bedömts med EARL-20B/21G

Hittills i Pinocchio II-projektet har 11 stycken EARL-20B-bedömningar och två stycken EARL-21G-bedömningar utförts, alltså bedömningar på 11 pojkar och två flickor. Tabell 1 visar hur det ser ut för dessa barn utifrån varje riskfaktor. Resultatet visar i procent hur stor andel av barnen som för varje riskfaktor bedömts med 0, 1 eller 2. I tabellen är de faktorer som är unika för de olika versionerna för pojkar och flickor markerade.

Tabell 1 visar att för majoriteten av de barn/familjer som skattats med en 2:a avser skattningen "Aktuella stressfaktorer". Det innebär att dessa barn/familjer upplever kronisk stress på grund av en eller flera stressfulla situationer i deras liv. Vad gäller de faktorer som går att separera ut för flickor ("Interaktion mellan vårdnadshavare – dotter", "Antisociala värderingar" och "Sexuell utveckling"), så ser man att de oftast skattats med en 0:a, det vill säga att det inte bedömts som något problem. För "Ålder för debut av utagerandeproblem" innebär en 0:a att det utagerande problemet ej startade innan 12 års ålder, en 1:a att problemet startade när barnet var 7–12 år och en 2:a att det startade innan 7 års ålder. I Tabell 1 ser man att för majoriteten av barnen (39 %) startade utagerandeproblematiken mellan 7 och 12 års ålder. Vad gäller mottaglighetsfaktorerna, det vill säga hur motiverade och redo barnen/familjerna är för behandling och förändring så har föräldrarna bedömts vara mer motiverade och redo än vad barnen är. Utöver vad som framgår i Tabell 1 så har den professionelle gjort en övergripande skattning för barnet/familjen utifrån låg, medel- eller hög risk för normbrytande beteende där 36,4 % av barnen/familjerna ha bedömts ha låg risk och 54,5 % har bedömts ha medelhög risk. Inget barn/familj har alltså av den professionelle bedömts ha hög risk för normbrytande beteende överlag.

TABELL 1. FÖREKOMST AV RISKER I PROCENT ENLIGT EARL-20B/21 G HOS DE 13 BARN SOM HITTILLS INKLUDERATS I UTVÄRDERINGEN

	0	1	2
Familjefaktorer			
Socioekonomiska förhållanden	39	31	31
Kontinuitet beträffande vårdnadshavare	69	31	0
Stöd från omgivningen	31	54	15
Aktuella stressfaktorer	15	31	54
Föräldrarstil	8	62	31
Antisociala värderingar och beteende (pojkar)	40	40	20
Interaktion mellan vårdnadshavare – dotter (flickor)	50	50	0
Antisociala värderingar och beteende (flickor)	67	33	0
Barnfaktorer			
Psykomotorisk utveckling	62	23	15
Ålder för debut av utagerandeproblem	31	39	31
Offer för övergrepp, försummelse eller trauma	46	46	8
Hyperaktivitet, impulsivitet eller uppmärksamhetsproblem	31	54	15
Lätt att tycka om	46	46	8
Kamratkontakter	31	62	8
Skolprestationer	50	33	17
Auktoritetskontakter (pojkar)	20	70	10
Sexuell utveckling	100	0	0
Antisocial attityd	42	42	17
Antisocialt beteende	54	39	8
Problemhanteringsförmåga	23	77	0
Mottaglighetsfaktorer			
Mottaglighet hos familjen	85	15	0
Mottaglighet hos barnet	54	46	0

Not. I EARL-20B/21 G (Augimeri m.fl., 2001), betyder en 0:a, 1:a eller 2:a olika för olika faktorer. Generellt kan dock sägas att en 2:a indikerar utpräglad problematik och en 0:a indikerar frånvaro av problematik.

Pinocchio II-barn som bedömts med ESTER-bedömning

Hittills har 19 barn bedömts med ESTER-bedömning av Pinocchio II-teamen. Av dessa är 17 pojkar och två flickor. Faktorerna i ESTER-bedömning är desamma för både pojkar och flickor. I Tabell 2 visas hur man bedömt dessa barn utifrån varje risk- och skyddsfaktor i ESTER-bedömning.

Tabell 2 visar att de flesta barn som har skattats med ”mycket utpräglat”, har problem med ”Trotsighet, ilska eller oräddhet” samt ”Överaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter” samt ”Negativa problemlösningar, tolkningar eller attityder”. Inga barn bedöms ha problem med alkohol eller droger vilket sannolikt beror på att dessa barn fortfarande är för unga för att ha konfronterats med detta. Vad gäller skyddsfaktorer hos den unge så är det många som skattats ha ”Positiva umgängen och aktiviteter”. Skattningarna av föräldrarnas skyddsfaktorer visar att majoriteten har ”Positiva attityder och uppfostringsstrategier”. De flesta föräldrarna har även mycket utpräglad motivation och medvetenhet kring problemen, medan inget barn bedömts ha mycket utpräglad motivation och medvetenhet. Föräldrarna har alltså bedömts som mer medvetna och mer motiverade till förändring än barnen.

Barn med färre respektive många riskfaktorer för normbrytande beteende

För att titta närmare på barnen i Pinocchio II-projektet så har de grupperats i tre olika grupper: (1) barn med få riskfaktorer, (2) barn med några riskfaktorer och (3) barn med många riskfaktorer. Barnen har alltså grupperats utifrån det antal riskfaktorer som han/hon bedömts ha.¹ Bland de barn som bedömts med EARL-20B/21G har 46,2 % bedömts ha få riskfaktorer, 38,5 % bedömts ha några riskfaktorer, och 15,4 % bedömts ha många riskfaktorer. Av de barn som bedömts med ESTER-bedömning har 15,2 % bedömts ha få riskfaktorer, 21,2 % bedömts ha några riskfaktorer och 21,2 % bedömts ha många riskfaktorer för normbrytande beteende. Det är alltså totalt 15,4 % av barnen som bedömts med EARL-20B/21G samt 21,2 % av barnen som bedömts med ESTER som har många riskfaktorer för normbrytande beteende. Då målgruppen i Pinocchio II-projektet är barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende så är detta resultat förväntat, eftersom teamen har arbetat med barn/familjer med många riskfaktorer. Det är också framförallt för dessa barn som insatser är effektiva enligt forskning om riskprincipen. Det vill säga insatser som ges till unga med hög- eller medelhög risk ger bättre effekt än insatser riktade till unga med låg risk (Andrews m.fl., 1990; Dowden & Andrews, 1999, 2002).

¹ Vid grupperingen har en ”viktning” gjorts för att ta hänsyn till att de två bedömningsinstrumenten har olika antal faktorer samt olika bedömningsskalor. För ESTER har en riskfaktor skattad 0-2 setts som låg närvaro av riskfaktor och en skattad 3-4 setts som hög närvaro av riskfaktor. I nästa steg har kategorisering gjorts utifrån hur många riskfaktorer varje barn med hög närvaro av riskfaktorer har. Grupperingen har här gjorts utifrån att barn med 0 till 4 riskfaktorer är *barn med få riskfaktorer*, 5 till 8 riskfaktorer *barn med några riskfaktorer* samt 9 eller fler riskfaktorer *barn med många riskfaktorer*. Motsvarande gäller för EARL där en skattning 0-1 setts som låg närvaro av riskfaktor och en 2:a som hög närvaro. Nästa steg innebär att antal riskfaktorer 0-2 är *barn med få riskfaktorer*, 3-6 *barn med några riskfaktorer* och 7 och över som *barn med många riskfaktorer*.

TABELL 2. FÖREKOMST AV RISKER OCH SKYDD I PROCENT ENLIGT ESTER-BEDÖMNING HOS DE 19 BARN SOM HITTILLS INKLUDERATS I UTVÄRDERINGEN.

	X Inte känt*	0 Inte när- varande	1 Svagt	2 Påtagligt	3 Utpräglat	4 Mycket utpräglat
Risker hos den unge						
Trotsighet, ilska eller oräddhet	0	5	5	21	32	37
Överaktivitet, impulsivitet eller koncentrationssvårigheter	0	5	0	32	32	32
Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger	0	26	11	32	16	16
Bristfälliga språkliga förmågor eller skolprestationer	5	53	11	11	16	5
Negativa problemlösningar, tolkningar eller attityder	0	5	11	26	21	37
Nedstämdhet eller självskadande beteende	5	37	16	32	11	0
Normbrytande beteende	0	16	21	32	16	16
Alkohol- eller droganvändning	11	90	0	0	0	0
Problematiske kamratrelationer	5	32	5	26	21	11
Risker i familjen						
Föräldrarnas egna svårigheter	0	37	16	21	16	11
Svårigheter i föräldra-barnrelationen	5	21	21	26	21	5
Föräldrarnas svårigheter med uppfostringsstrategier	5	26	32	32	5	0
Skydd hos den unge						
Positiv skolanknytning och prestationer	0	5	11	32	47	5
Positiva förhållningssätt eller problemlösningar	0	11	5	42	32	11
Positiva umgängen och aktiviteter	0	0	5	26	21	48
Den unges medvetenhet och motivation	11	26	16	21	26	0
Skydd i familjen						
Föräldrarnas ork, engagemang eller stöd	0	0	5	53	21	21
Föräldrarnas positiva attityder och uppfostringsstrategier	0	5	5	26	27	37
Föräldrarnas medvetenhet och motivation	0	0	5	16	21	58

* För riskfaktorer så innebär *svagt* att problemet inte förekommer ofta eller endast i mycket begränsad omfattning ställer till med problem för barnet eller omgivningen, *påtagligt* att det förekommer ganska ofta eller ställer i viss utsträckning till problem för barnet eller omgivningen, *utpräglat* att det förekommer ofta eller ställer till med omfattande problem för barnet eller omgivningen. *Mycket utpräglat* innebär att det förekommer mycket ofta eller ställer till med omfattande och allvarliga problem för barnet eller omgivningen. För skyddsfaktorer så innebär *svagt* att skyddet är närvarande, men mycket begränsat i sin omfattning eller inte alls starkt eller utpräglat, *påtagligt* att det är närvarande men inte speciellt omfattande, starkt eller utpräglat, *utpräglat* att det är närvarande och omfattande, starkt eller utpräglat. *Mycket utpräglat* innebär att det är närvarande och mycket omfattande, starkt eller utpräglat.

Pinocchio II-teamens egen syn på hur de arbetat enligt förändringskoncepten

Teamens arbete enligt förändringskoncepten har dokumenterats med hjälp av frågeformulär som samtliga teammedlemmar individuellt fått besvara vid tre så kallade lärandeseminarier som ingått i Pinocchio II-projektet. Det första mättillfället var i

april 2008, det andra i november 2008 och det tredje och sista i mars 2010. Detta gör att vi över tid kan följa hur teamens arbete enligt dem själva har förändrats. Resultaten visar att teammedlemmarnas genomsnittliga uppfattning är att teamen i allt större utsträckning arbetat i enlighet med förändringskoncepten från första mättillfället till det sista.

Detta innebär att teamen rapporterar att de anser att de faktiskt arbetar väsentligt mer evidensbaserat med barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende än vad de gjorde innan. För ett år sedan uppgav teammedlemmarna genomsnittligt att teamen inte alls arbetade evidensbaserat medan de idag anser att de gör det i stor utsträckning. Denna rapporterade ökning av det evidensbaserade arbetet gör att man kan ha hypotesen om att det också innebär att teamen nu jobbar på ett mer effektivt sätt med barnen. Om så är fallet kommer att visa sig i själva utvärderingen av Pinocchio II-projektet efter ettårsuppföljningen.

Sammanfattning, slutsatser och kommande utvärdering

Sammanfattningsvis kan vi så här långt se att de barn som teamen hittills arbetat med under Pinocchio II-projektet till största del är barn med några eller många riskfaktorer för normbrytande beteende. Detta gäller både de barn som bedömts med EARL-20B/21G och de som bedömts med ESTER. Detta var också förväntat då fokus för teamens arbete i Pinocchioprojektet är just barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende. Teammedlemmarnas genomsnittliga uppfattning om hur teamen har utvecklat sitt arbete enligt förändringskoncepten visar att de nu arbetar mer evidensbaserat än tidigare med barnen/familjerna. Teammedlemmarna anser alltså genomsnittligt att teamen arbetar mer enligt förändringskoncepten vid sista mättillfället än vad de gjorde vid det första. Vad det innebär för förändring av barnens risk- och skyddsfaktorer återstår att se i kommande utvärdering men man kan anta att i och med att teamen rapporterar att de nu arbetar mer evidensbaserat gör att de blir mer effektiva i sitt arbete med barnen. Som nämnts tidigare är detta en beskrivning av de barn som teamen arbetat med under Pinocchio II-projektet samt en redovisning av teammedlemmarnas genomsnittliga uppfattning om hur teamen arbetat enligt förändringskoncepten. Utvärderingen av teamens arbete och dess effekter för barnen kommer att kunna göras efter det att ettårsuppföljningen genomförts med samtliga barn. Där kommer man att kunna se hur de individuella barnens risk- och skyddsfaktorer har påverkats under Pinocchio II-projektet. Denna ettårsuppföljning kommer att pågå fram till årsskiftet 2010 och sedan publiceras under 2011.

Referenser

Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm, Gothia.

Andershed, H. & Andershed, A-K. (2008). *ESTER-manual. Stukturerad bedömning och uppföljning av evidensbaserade risker, skydd och insatser av unga med eller i riskzonen för normbrytande beteende.*

Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed metaanalysis. *Criminology*, 28, 369–404.

Dowden, C. & Andrews, D.A. (1990). What works in young offender treatment: A metaanalysis. *Forum on Corrections Research*, 11, 21–24.

Dowden, C. & Andrews, D.A. (2002). A meta-analytic examination of the principles of effective correction interventions for young female offenders. I A. Cummings & A. Leschied (Red.), *Research and treatment for aggression with adolescent girls* (sid. 133–160). Lewiston, NY: The Edwin Mellen Press.

Jergeby, U. & Sundell, K. (2008). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete.* Stockholm, Gothia.

Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter.* Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.

Bilaga 3

Förändringskoncept för arbete med barn i risk för långvarigt normbrytande beteende

*Anna-Karin Andershed & Henrik Andershed
Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet*

Inledning

Arbetet med att ta fram förändringskoncepten för projekt Pinocchio bedrevs i diskussionsform, i ett forum där personer med olika, men framförallt gedigen kompetens inom området var samlade. Denna expertgrupp bestod av följande personer:

Anna-Karin Andershed, fil. dr. i psykologi, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet (ordförande)

Henrik Andershed, docent i psykologi, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet (ordförande)

Marianne Cederblad, professor emeritus i barn- och ungdomspsykiatri

Pia Enebrink, med. dr., leg. psykolog, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet

Lars Gelander, med. dr., leg. läkare, skolläkare, specialist i barn- och ungdomsmedicin, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

Marie Gustafsson, fil. mag. i socialt arbete, utvecklingsledare, FoU Välfärd, Regionförbundet Örebro

Christina Kadesjö, socionom, med. dr. i Barn- och ungdomspsykiatri. Enhetschef vid Barn- och ungdomsmedicinskt Utvecklingscenter för Psykisk Hälsa/Primärvården Göteborg.

Martin Karlberg, lärare; doktorand i utbildningsvetenskap, Uppsala Universitet

Ingemar Nilsson, fil. dr., leg. psykolog, utvecklingschef, VoB Syd

Lena Nordh, utvecklingsledare, Danderyds sjukhus, Stockholm

Vid expertgruppens möten deltog också *Ylva Söderlind Göthner* och *Eva Westerling*, projektledare SKL, *Kristin Marklund*, IMS på Socialstyrelsen, samt *Ann-Kristin Sandberg*, ordförande Riksförbundet Attention, och gav oss värdefulla synpunkter. Utformningen av expertgruppen gjorde att samtliga de tre perspektiv som utgör definitionen av evidensbaserat arbete kunde tas i beaktande.

Vår utgångspunkt var att ta tillvara viktiga erfarenheter och forskningsbaserad kunskap för att formulera förändringskoncept som faktiskt skulle vara användbara i vardagen. Det var en noggrann avvägning och en balansgång att lägga dem på rätt nivå, och att montera ned forskningsresultat för att göra dem tillräckligt applicerbara på individuella barn och familjer. Vi tänkte oss att det är lätt hänt att arbete som bedrivs i projektform blir en dagslända – att de kunskaper man förvärvar och de erfarenheter man får blir en väl avgränsad del av ens arbete, men inte inlemmas i ens tanke- och begreppsvärld, eller används efter projekttidens utgång. Tanken med förändringskoncepten var att de ska gå att integrera i det vardagliga arbetet med barn med eller i riskzonen för normbrytande beteende, och fungera som en mall för arbete med dessa barn. En central poäng var därför att undvika förändringskoncept på metanivå (t.ex. att kräva beslut på högre nivå), eller att formulera förändringskoncept som enbart hade med teamens interna arbete och samarbete att göra. Istället lade vi fokus på hur teamet konkret skulle kunna utveckla sina arbetsformer och verktyg i relation till barn i riskzon.

Expertgruppen har betraktat förändringskoncepten som förändrings- och utvecklingsbara. De revideringar som gjorts under projektets gång har dock endast varit av smärre karaktär. Huruvida förändringskoncepten fungerar eller ej låter vi här vara osagt. Vi har valt att i denna slutrapport låta dem vara kvar i den form de presenterats för projektdeltagarna, med undantag för referenser till specifika mätmetoder och insatser som har ersatts med mer generella vägvisare, samt enstaka förändringar där forskningsläget förändrats sedan de skrevs.

Förändringskoncepten publiceras även som en fristående rapport och kan liksom denna rapport laddas ner från www.skl.se/pinocchio eller www.skl.se under Beställ och ladda ner – publikationer.

Förändringskonceptens bakgrund

Förändringskoncepten baseras på empirisk forskning (evidens) om risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende i barndomen, samt om av vad som fungerar i termer av insatser för att förebygga och behandla normbrytande beteende hos barn (se t.ex. Andershed & Andershed, 2005; Farrington & Welsh, 2007, för översikter), natio-

nella utredningar om vad som kan förbättras inom detta område (t.ex. Socialstyrelsen, 1997:7, 1997:8, 1998:4, 2001; SOU, 1998:31; Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén, 2005), samt expertgruppens erfarenheter och diskussioner. Numreringen av förändringskoncepten innebär ingen kronologi. Det finns med andra ord inget som säger att man måste använda dem i den ordning de är beskrivna.

Förändringskoncepten är skrivna utifrån vad som kan kallas *riskfokuserad intervention* (Farrington & Welsh, 2007). Den övergripande idén är enkel: *Identifiera de viktigaste evidensbaserade riskfaktorerna för långvarigt normbrytande beteende och sätt in insatser som är utvecklade för att fokusera och motverka dessa riskfaktorer. Identifiera också de viktigaste evidensbaserade skyddande faktorerna mot långvarigt normbrytande beteende och sätt in insatser som fokuserar på och kan stärka dessa faktorer.* Med insats menas här någon typ av förebyggande eller behandlande intervention. Risk- och skyddsfaktorer som är statiska och som inte kan förändras genom insatser, t.ex. ålder, kön, etnicitet, vissa biologiska faktorer, fokuseras inte i förändringskoncepten eftersom de är av perifert intresse i insatser. Evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer som har att göra med sociala förhållanden såsom t.ex. trångboddhet, ensamstående föräldraskap, att familjen bor i ett bostadsområde där kriminalitet är överrepresenterat eller där den sociala kontrollen är låg, fokuseras inte heller. Även dessa faktorer kan anses vara av sekundärt intresse i insatser i jämförelse med andra evidensbaserade faktorer som sannolikt är mer direkt kopplade till barnets risk för normbrytande beteende, såsom t.ex. föräldrars uppfostringsstrategier gentemot barnet, när bedömning och insatser ska prioriteras till de mest relevanta risk- och skyddsfaktorerna.

Förändringskoncepten kan användas i både förebyggande och behandlade arbete. Inriktningen på såväl förebyggande som behandlande insatser bör styras av vilka unika risk- och skyddande faktorer som identifieras hos det enskilda barnet och han/hennes familj.

Förändringskoncepten

1. Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser

Olika verksamheter (förskola/skola, barn- och skolhälsovård, socialtjänst, BUP) kan göra olika saker som alla kan vara viktiga för att hjälpa barnet och hans/hennes familj. Dessa verksamheter behöver känna till varandras ansvars- och kompetensområden för att på bästa sätt kunna planera och genomföra verksamhetsöverskridande samverkan och samarbete.

- Låt varje verksamhet göra det som verksamheten har förutsättningar att göra bäst och arbeta på att komplettera och stärka varandra.
- Förankra arbetet uppåt och nedåt i organisationen. Informera om vad som görs och varför det görs. Viktigt att ledningen känner till och är stöttande i arbetet.
- Sätt er in i vad de olika verksamheterna gör och kan för att få en bild av vad de olika verksamheterna kan bidra med i bedömning/utredning och insatser. Definiera och dokumentera gemensamt vilken verksamhet och person/roll som gör vad i termer av bedömning/utredning och insatser.
- Lägg in regelbundna möten över verksamheterna för att tillse att samarbetet fortlöper och fungerar – ha en stående dagordning som arbetas igenom vid varje möte, skriv protokoll – alla vet vad de ska göra och inte göra – sträva efter att skapa varaktiga allianser mellan verksamheterna.
- Gör tydligt inom gruppen att samarbetet är något som behöver prioriteras för att fungera.
- Skapa en gemensam kunskapsbas inom området normbrytande beteende, om risker, skyddsfaktorer och insatser – förebyggande och behandlande. Läs relevant litteratur tillsammans, t.ex. Andershed & Andershed, 2005; och Farrington & Welsh, 2007. Studera också övrig litteratur i litteraturförteckningen till förändringskoncepten.
- Använd gemensamma definitioner över verksamhetsgränserna på risk- och skyddsfaktorer och normbrytande beteende. Ett gemensamt språk underlättar samarbete och gör att man kan undvika onödiga missförstånd.
- Använd gemensamma eller gemensamt kända bedömnings- och utvärderingsmetoder – Kom överens om vad som ska användas.
- Gemensamma arbetssätt och metoder utesluter inte att de olika verksamheterna har andra egna dokumentationssystem (t.ex. socialtjänstens Barns behov i centrum – BBIC).
- Utse en eller flera ”kontaktpersoner” till varje barn och familj som deltar. Kontinuitet är viktigt. Sträva efter att en kontaktperson ges mandat från alla i teamet att sköta kommunikationen med familjen.
- Be formellt om tillåtelse från föräldrar att kommunicera med alla involverade verksamheter och vid behov få tillgång till sekretessbelagda uppgifter. Detta kan vara kontaktpersonens roll.
- Tillsammans (med representanter för alla involverade verksamheter) träffa de familjer ni ska arbeta med, för att tydliggöra roller och ansvarsfördelning.

2. Systematisera arbetet enligt en viss process

Det gynnar arbetet att ha en i förväg generell plan eller process för arbetet, som samtliga involverade verksamheter följer. Planen talar om vad som behöver göras och i vilken ordning. En central del av en systematisk arbetsprocess är kontinuerlig dokumentation.

- Betydelsefulla komponenter att inkludera i en generell arbetsprocess är:
 - Initial strukturerad bedömning/utredning av barnet, för att veta vilka risker och skyddsfaktorer som insatser primärt behöver fokusera.
 - Regelbundna uppföljande strukturerade mätningar och dokumentation av risk- och skyddsfaktorer, för att se om förändringar faktiskt sker.
 - Dokumentation av insatser; vad som görs, vilka risker och skyddsfaktorer som är i fokus, när det görs, av vem det görs, hur länge och hur mycket, och till vem man riktar sig.
 - Upprepade mätningar/bedömningar och dokumentation av risk- och skyddsfaktorer under den tid som insatser pågår, för att tillse att de mest relevanta insatserna hela tiden sätts in.
- Ta fram en egen modell som inkluderar punkterna ovan, eller använd befintliga arbetsmodeller som fungerar för er.

3. Identifiera och sätt in insatser tidigt

Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat normbrytande beteende är i behov av insatser. Vi vet att ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. Tidiga insatser är också kostnads-effektivt i ett längre perspektiv (Bremberg, 2007; Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens Folkhälsoinstitut, 2004). En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering. Utan den vet vi inte vilka barn vi behöver fokusera på.

Sannolikheten för sk. överinklusion (att barn som inte egentligen är i behov av insatser, utan kommer att utvecklas positivt ändå, tar del av insatserna) är större vid tidiga insatser. Men vi kan inte se in i framtiden. Därför kan vi inte agera utifrån framtiden, utan endast utifrån de förhållanden vi känner till här och nu.

- Börja med interventioner så tidigt som möjligt – när problem blir tydliga – vänta inte. Var lyhörd för varningssignaler från barnet själv eller hans/hennes omgivning.
- Sätt om möjligt in insatser redan i förskole- eller tidig skolålder.
- Insatser kan vara speciellt viktiga vid barnets skolstart – positiva känslor till skolan är centralt och det är viktigt att barnet trivs och engagerar sig i skolan och skolarbetet under det första skolåret i skolan.
- Definiera målgrupperna för de mer riktade insatserna (dvs. selektiva och indikerade insatser) på ett sätt som minskar risk för stigmatisering, t.ex. genom att på olika sätt fokusera på de positiva aspekterna i att gå med i mer intensiva insatser eller använda sig av ett lägre tröskelvärde för inklusion.

4. Använd standardiserade bedömningsmetoder som fokuserar på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer

Strukturerad metodik är överlägsen ostrukturerad i att ge förutsättningar för att olika bedömare kommer fram till samma sak i en bedömning. Detta möjliggör en mer säker och tillförlitlig hantering av ett ärende. Det skapar en bra grund för vilka insatser som bör sättas in samt för kommunikation med barn, föräldrar och mellan verksamheter. Det ger också möjlighet till mer strikt utvärdering av huruvida insatser har effekt eller ej.

- Använd evidensbaserade strukturerade bedömnings- eller screeningmetoder för utredning och utvärdering som är möjliga att använda (är kända) över verksamhetsgränser. Fler än en metod kan användas parallellt.
- Bedöm och tala primärt om konkreta beteenden som barnet uttrycker (t.ex. slår, sparkar andra), snarare än om värderande egenskaper (t.ex. han/hon är aggressiv).
- Mät såväl normbrytande beteende som relevanta risk- och skyddsfaktorer. Förändringar i normbrytande beteende kommer inte för alla barn och familjer att ske i en handvändning. Däremot kan man kanske snabbare se förändringar i risk- och skyddsfaktorer, som i förlängningen kan leda till minskningar i normbrytande beteende.
- Ta hänsyn till flera informanter från olika miljöer (hem, skola, fritid) för att få den bästa bilden av barnets risker och behov.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen har arbetat fram en så kallad metodguide, där man beskriver det vetenskapliga kunskapsunderlaget för insatser och bedömningsmetoder. För exempel på evidensbaserade metoder som till stora delar eller helt fokuserar på risker och skyddsfaktorer för normbrytande beteende, se www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik

5. Arbeta tillsammans med föräldrarna

Föräldrar spelar en central roll i barnets utveckling. Det är viktigt att samarbeta med och involvera föräldrarna i både bedömning och insatser.

- Skapa en allians med föräldrarna, och arbeta *tillsammans* med dem. Berätta för dem hur viktiga de är i arbetet med barnet.
- Använd en kontaktperson (se förändringskonceptet *Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser*) som både själv initierar regelbunden kontakt med föräldrarna, och som föräldrarna kan vända sig till när de vill ha kontakt med teamet. Kanalisera om möjligt all kommunikation genom en person.
- Fråga föräldrarna vad de önskar ska göras för barnet och familjen. Fråga hur de upplever kontakten med teamet och de insatser som görs för barnet och familjen.
- Kommunicera resultat av bedömning – Vilka är risk- och skyddsfaktorerna? Vilka insatser är relevanta? Upprepade mätningar är ett sätt att upprätthålla kontakten med föräldrarna och hålla dem uppdaterade om vad som händer.
- Basera kommunikationen på kartläggningen/bedömningen av risk- och skyddsfaktorer. Presentera bedömningsresultat och annat material på ett professionellt sätt. Gör materialet och presentationen pedagogisk och estetiskt tilltalande.
- Kommunicera regelbundet och ofta med föräldrarna på ett "etiskt" och varsamt men ärligt, tydligt, konkret, värderingsfritt och lösningsfokuserat sätt. Att inte veta vad som händer eller känna brist på kontroll skapar osäkerhet och i värsta fall ovilja att hjälpa till och bidra positivt.
- Informera föräldrar om insatser som sätts in för barnet i annan miljö än hemma. Föräldrarna kan då agera i enlighet med dessa insatser. Insatser är generellt mer effektiva när flera av barnets levnadsmiljöer involveras.

- Använd skyddsfaktorerna som en positiv drivkraft för att motivera deltagande.
- Erbjud insatser till föräldrar med problem. Ibland har föräldrarna sina egna problem som också måste hanteras för att hjälpa barnet. Barn med riskfaktorer på både individ och familjenivå löper större risk att utveckla allvarligt, ihållande normbrytande beteende.
- Använd föräldrarna som utvärderare av arbetet med barnet och familjen.

6. Fokusera på evidensbaserade riskfaktorer

Många olika faktorer har visat sig hänga samman med normbrytande beteende. Fokusera i identifiering, bedömning och uppföljning främst på de faktorer som forskning har visat på är av störst vikt, som är direkt snarare indirekt relaterade till normbrytande beteende (proximala) och som är föränderliga (dynamiska).

- Använd evidensbaserade bedömnings- eller screeningmetoder för att undersöka graden av risk hos det barn som aktualiserats antingen genom sitt eget eller föräldrarnas beteende, eller andra negativa omständigheter som bedöms som relevanta.
- Kartlägg riskfaktorer hos barnet *och* hos föräldrarna. Barn med riskfaktorer på både individ och familjenivå löper större risk att utveckla allvarligt, ihållande normbrytande beteende.
- Fokusera insatser till barn med flera riskfaktorer. Det är generellt så att när flera riskfaktorer är närvarande hos ett barn eller i hans/hennes omgivning är risken betydande för långvarigt normbrytande beteende. Barn i stort behov av insatser är generellt de med flera riskfaktorer, i synnerhet när de är frekventa eller ställer till med mycket problem.

Några av de mest centrala riskfaktorerna hos barnet och familjen att fokusera bedömning och insatser på är:

Risker hos barnet

- *Trotsighet, ilska eller oräddhet* – Trotsar föräldrars och andras önskemål och tillsägelser – är olydig – eller blir lätt väldigt arg och irriterad. Verkar orädd och okänslig för tillsägelser och reprimander eller gör riskfyllda och farliga saker.

- *Överaktivitet, impulsivitet eller koncentrationssvårigheter* – Är väldigt kroppsligt, fysiskt aktiv och rastlös. Är impulsiv och har svårt att vänta på sin tur och att tänka efter innan han/hon gör något. Har svårt att bibehålla uppmärksamheten och att koncentrera sig längre stunder.
- *Svårigheter med medkänsla, skuld eller ånger* – Har svårigheter med medkänsla och bryr sig inte om andra eller vad de känner och tycker. Verkar inte känna skuld och ånger när han/hon gjort något fel eller någon annan illa.
- *Bristfälliga språkliga förmågor eller skolprestationer* – Har svårigheter med tal, läs- eller skrivförmåga. Presterar bristfälligt i skolan.
- *Negativa problemlösningar, tolkningar eller attityder* – Har ett negativt sätt att tolka andras beteenden och avsikter. Ger uttryck för negativa normbrytande och statusfokuserade och materialistiska attityder och värderingar.
- *Nedstämdhet eller självskadande beteende* – Är nedstämd, ledsen, deprimerad eller uppvisar självskadande beteenden.
- *Normbrytande beteende* – Bryter mot gällande normer, regler eller lagar på ett aggressivt eller icke-aggressivt sätt.
- *Alkohol- eller droganvändning* – Använder alkohol i berusande syfte eller använder andra droger.
- *Problematiska kamratrelationer* – Har svårt att behålla eller är inte intresserad av relationer med kamrater med positiva beteenden och attityder. Umgås med kamrater som har normbrytande beteende eller attityder, eller som använder alkohol eller andra droger.

Risker i familjen

- *Föräldrars egna svårigheter* – Föräldrarna har ekonomiska svårigheter eller är nedstämda, ledsna, deprimerade eller har ett kriminellt beteende.
- *Svårigheter i relationen mellan föräldrarna och barnet* – Föräldrarna är osams med eller är inte engagerade i barnet. De har svårt att visa kärlek och ömhet eller har svårt att acceptera och känslomässigt ta till sig barnet.
- *Föräldrarnas svårigheter med uppfostringsstrategier* – Föräldrarna har inte tydligt fördömande attityder mot icke-önskvärda beteenden eller har liten kännedom om barnets beteenden och förehavanden. De har svårt att vara konsekventa i sina reaktioner på barnets beteenden eller använder sig av hårda uppfostringsmetoder.

7. Fokusera på evidensbaserade skyddsfaktorer

Det finns flertalet faktorer som påvisats kunna minska risken för långvarigt normbrytande beteende. Insatser ska sättas in för att stärka dessa skyddsfaktorer, lika självklart som insatser sätts in för att reducera risker.

- Kartlägg/bedöm skyddsfaktorer lika noggrant som riskfaktorer.
- Använd evidensbaserade bedömnings- eller screeningmetoder för att undersöka skyddsfaktorerna hos det barn som aktualiserats antingen genom sitt eget eller föräldrarnas beteende, eller andra negativa omständigheter som bedöms som relevanta.
- Kartlägg skyddsfaktorer hos barnet *och* hos föräldrarna.

Några av de mest centrala skyddsfaktorerna hos barnet och familjen att fokusera bedömning och insatser på är:

Skyddsfaktorer hos barnet

- *Positiv skolanknytning och prestationer* – Har en positiv anknytning till skolan och skolarbete och trivs och tycker det är roligt med skolarbetet och trivs med skolkamrater och lärare. Presterar åtminstone genomsnittligt i alla ämnen i skolan.
- *Positiva förhållningssätt eller problemlösningar* – Är glad, hjälpsam, artig eller har positiva och konstruktiva sätt att lösa problem och stressade/pressade situationer.
- *Positiva umgängen och aktiviteter* – Har ett positivt och prosocialt umgänge och stöd. Deltar i regelbundna strukturerade aktiviteter eller ägnar större delen av sin fritid åt positiva och icke-normbrytande aktiviteter.
- *Barnets medvetenhet och motivation* – Är medveten och insiktsfull om det egna problembeteendet eller är motiverad och samarbetsvillig i bedömning och insatser.

Skyddsfaktorer i familjen

- *Föräldrarnas ork, engagemang eller stöd* – Föräldrarna har gott om tid och ork att engagera sig i barnets liv eller är allmänt intresserade och engagerade i barnets liv. De har stöd från utomstående eller har förmåga att använda sig av de stödresurser som samhället har att erbjuda.

- *Föräldrarnas positiva attityder och uppfostringsstrategier* – Föräldrarna är tydliga gentemot barnet i sina attityder mot normbrytande beteende och droger och uppmunttrar till positiva fritidsaktiviteter. De är mycket konsekventa i sina reaktioner på barnets beteenden eller känner till mycket om barnets liv och förehavanden.
- *Föräldrarnas medvetenhet och motivation* – Föräldrarna är medvetna eller insiktsfulla och reflekterande om barnets problematik och eventuell egen problematik som kan påverka barnets beteende. De är motiverade och samarbetsvilliga i bedömning och insatser.

8. Anpassa insatserna till varje barns specifika behov

Risk- och skyddsfaktorer är olika för olika barn. Därför måste man skraddarsy insatser till varje enskilt barns risker och behov för att vara effektiv.

- Rikta insatser mot specifika risk- och skyddsfaktorer, snarare än endast direkt mot det normbrytande beteendet.
- Fokusera på relevanta riskfaktorer, såväl som komponenter som stärker skyddsfaktorer.
- Fokusera på att förändra flera snarare än enstaka risk- och skyddsfaktorer.
- Identifiera de mest betydande riskfaktorerna hos det enskilda barnet och i hans/hennes miljö, och fokusera insatser på att reducera dessa riskfaktorer. Använd en evidensbaserad strukturerad metod för detta.
- Identifiera vilka skyddsfaktorer som behöver stärkas hos barnet och i hans/hennes miljö, och fokusera insatser på att stärka dessa faktorer. Använd en evidensbaserad standardiserad metod för detta.
- Utgå ifrån den evidensbaserade metod ni använt för att identifiera barnets problematik, för att på bästa sätt kunna skraddarsy den insats som riktas till barnet och familjen.
- Titta på barnets unika profil av risk och skydd, och anpassa insatsen efter den.

9. Sätt in insatser över en betydande tidsperiod

Normbrytande beteende utvecklas inte över en natt – lika lite som normbrytande beteende kan försvinna över en natt. Insatser över längre tid skapar varaktiga positiva konsekvenser för barnet, medan insatser över kortare tid ger mindre, ofta tidsbegränsade effekter.

- Definiera realistiska delmål och slutmål – vad ska uppnås med insatserna och när?
- Det är viktigt att insatserna är aktiva under en betydande period – ta en diskussion efter denna period om fortsatta insatser är nödvändiga, och i sådana fall vilka dessa insatser är. Om insatsen inte verkar fungera – pröva något annat.
- Definiera insatsens början och slut. Denna tidsperiod kan förlängas eller avbrytas vid behov.
- För att kunna fatta beslut om fortsättning eller avslut krävs en uppföljning av risker och skyddsfaktorer. Använd den evidensbaserade metod ni använt för att identifiera barnets problematik, för att följa upp insatsens effektivitet. Förändras risk- och skyddsfaktorerna i önskad riktning eller ej? Har man nått de mål man ställt upp?
- Motivera föräldrarna och barnet att delta i insatserna och att göra det under en betydande tidsperiod.
- Ha förståelse för att det kan kännas tungt och svårt, och kommunicera till föräldrar och barn att förändringar i beteendemönster inte sker över en natt, men att förändringar kommer om man fortsätter jobba.

10. Använd evidensbaserade insatser

En insats som är evidensbaserad fokuserar direkt på normbrytande beteende eller på faktorer som forskningen påvisat är risk- eller skyddsfaktorer för normbrytande beteende.

- Selektiva och/eller indikerade insatser är nödvändiga för barn i riskzonen
- Selektiva, indikerade och behandlande insatser har större långtidseffekter än universella.

- Insatser bör riktas mot specifika risk- och skyddsfaktorer, snarare än endast direkt mot det normbrytande beteendet.
- Sträva alltid efter att reducera respektive stärka samtliga evidensbaserade risker och skyddsfaktorer där detta behov finns hos barnet och i familjen.
- Mer strukturerade och tydligt definierade program (dvs. manual- eller principbaserade program) har bättre effekt än mindre tydligt definierade insatser.
- Arbete för att reducera risker och stärka skyddsfaktorer behöver inte nödvändigtvis ske inom ramen för ett befintligt program utan kan genomföras direkt i samarbete med föräldrarna.
- Om enstaka komponenter ur ett befintligt evidensbaserat program används, dokumentera insatserna väl.
- Om eget program eller egen komponent utvecklas, definiera och dokumentera insatserna väl och gör dem strukturerade och manualbaserade. Bygg in utvärdering som en självklar del i programmet, med uppföljningsmätningar/bedömningar som standard.
- Det kan finnas föräldrar som inte är mottagliga för eller inte har förmåga eller kraft att ta till sig eller delta i den intervention som ni bedömer passar barnets risk- och skyddsprofil bäst, på grund av exempelvis missbruk eller psykisk ohälsa. Det kan då behövas särskilda insatser riktade till föräldrarna för att hantera deras problematik först, eller parallellt med andra insatser som riktar sig till barnet.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen har arbetat fram en så kallad metodguide, där man beskriver det vetenskapliga kunskapsunderlaget för insatser och bedömningsmetoder. För exempel på evidensbaserade insatser, se www.socialstyrelsen.se under evidensbaserad praktik.

Några av de mest effektiva typerna av insatser när det gäller normbrytande beteende hos barn är:

- *Föräldrastöd*

Ett av de mest effektiva sätten att förebygga att barn utvecklar beteendeproblem är genom att tidigt erbjuda deras föräldrar träning i föräldrarollen, så kallad Parent Management Training (PMT) eller Parent Training (PT) (Kazdin, 2005), på svenska ofta kallat föräldrautbildning. Gemensamt för många av dessa program är att föräldrarna får utbildning och handledning i hur de kan stödja sitt barn; utbildningen

följer en strukturerad manual och täcker olika teman; träffar sker enskilt eller i grupper om upp till ca åtta par föräldrar; träffarna är vanligen strukturerade och innehåller demonstrationer, filmer, rollspel och feedback; betoningen ligger både på att göra/öva sig och att prata; föräldrarna får hemuppgifter där de tillämpar vad de lärt sig under träffarna; områden som behandlas är (i) *uppmuntran av positiva beteenden*; (ii) *gränssättning och konsekvent uppföljning av barnets beteenden*; (iii) *problemlösning och konflikthantering*, (iv) *ökad tillsyn och kunskap om vad barnet gör och befinner sig på dagarna*; samt (v) *kontakter med skolan och stöd i skolarbetet* (se även Statens folkhälsoinstituts webbsida om föräldrakurser: www.fhi.se, samt Bremberg, 2004; Statens folkhälsoinstitut, 2005).

- *Social och emotionell träning*

Program i socialt och emotionellt lärande går ut på att barnen får lära sig att förstå och hantera sina egna och andras både positiva och negativa känslor på ett bra sätt och att träna sin sociala problemlösningsförmåga. Kan med fördel genomföras i förskola eller skola av utbildade lärare, kurator eller motsvarande. Barnen tränas i förmåga att känna igen och tolka egna och andras känslor och förstå människors beteenden. Vanligen används historier, dockspel, musik och olika övningar. De får öva sig i att lösa problem och hantera konflikter. De får också redskap att fatta vetliga beslut och träning i att överblicka konsekvenserna av olika handlingar. Ju tidigare man börjar med dessa insatser desto bättre (se Webster-Stratton, 2004).

- *Förskola och skola*

Förskola och skola är en mycket betydelsefull arena för att förebygga beteendeproblem hos barn. Flertalet olika insatser har påvisats vara effektiva. (Se Statens folkhälsoinstituts webb om ”Skolan förebygger – Om hälsa, lärande och prevention i skolan.”: www.fhi.se)

Personal med förskollärarexamen och barncentrerad pedagogik i förskolan. Personer med förskollärarexamen i personalgruppen kan agera positivt på barns inlärning på olika sätt. Detta kan agera skyddande genom att stärka barnets intellektuella kapacitet och kunskaper som i sin tur kan göra att barnet trivs och presterar bättre i skolan senare. Barncentrerad pedagogik i förskolan är positivt. Läraren ger förutsättning för inlärning men styr ofta inte direkt som är fallet i mer lärarcentrerad pedagogik. Det innebär att barnens inlärning anpassas till den mognad det enskilda barnet nått vid en given tidpunkt. Kan göra att fler barn utvecklas positivt och stärks i motståndskraft mot eventuella risker (se Bremberg, 2002).

Språklig och matematisk träning och undervisning. Förskola, skola och föräldrarna kan arbeta aktivt med att utveckla barnens intellektuella färdigheter, speciellt den språklig och matematiska förmågan. Risken för misslyckanden i skolan (som i sin tur innebär risk för normbrytande beteende) kan minska om barn tillägnar sig sådana kompetenser tidigt (se Bremberg, 2002).

Tydliga mål, krav, förstärkning av positiva beteenden, samt lugn och ro i klassrummet. Undervisning som ger eleverna tydliga mål, ställer höga krav och där läraren ofta ger återkoppling till eleven på deras prestationer, betoning på basfärdigheter och ofta återkommande bedömningar av eleverna, går ofta under beteckningen "framgångsrika skolor" (effective schools). Detta kan förbättra elevernas skolprestationer och minska förekomsten av utagerande beteendeproblem och bruk av alkohol och droger. De processer som leder till att en skola blir "framgångsrik" förutsätter att den enskilda läraren tillämpar de aktuella principerna i klassrummet och att lärarna stötts av skolledarna samt att kommunen har samma typ av mål övergripande för skolan.

Lugn och arbetsro i klassrummet kan förebygga skolmisslyckanden, missbruk och annan riskutveckling hos barn. En bra skola är särskilt viktig för de svaga eleverna. Därför är det en grundläggande uppgift för skolans personal att se till att samtliga elever är med på lektionerna. Skolk är en allvarlig larmsignal och ett mått inte bara på hur den enskilda eleven mår utan också på skolans hälsa.

Arbetsron är central i skolan och lärarens förhållningssätt, relation till eleverna och förmåga att leda sin klass har stor betydelse. Om läraren kan möta, bekräfta och uppmuntra även de stökiga och utsatta eleverna på ett genomtänkt och konsekvent sätt, minskar risken för att dessa elever hamnar utanför, vilket förebygger skolmisslyckande, skolk och missbruk. Ett gott ledarskap handlar också om att som lärare förankra och upprätthålla tydliga "sociala spelregler" som alla känner till för att skapa trygghet i klassen. Beröm och uppskattning för positiva beteenden är A och O. Man har också sett att ignorering av beteenden hos eleven/eleverna som är mindre önskvärda generellt är effektivt. Tillrättavisningar och bestraffningar riskerar att snarare trappa upp olika problembeteenden.

Mobbning i skolan kan ses som ett tecken på att skolan som helhet behöver utveckla sitt arbetsklimat. Arbetet mot mobbning fungerar bäst om samtliga nivåer i skolan involveras – skolledning, lärare, elevhälsans personal, elever och föräldrar. Hela skolan måste gemensamt och tydligt ta avstånd från mobbning.

Öka föräldrars engagemang och inflytande i skolan. En skola som tar initiativ till att öka föräldrarnas engagemang och närvaro i skolan märker snart positiva effekter.

Engagemanget och inflytandet kan till exempel bestå i att föräldrarna söker och får information från skolan, att de deltar i aktiviteter på skolan, engagerar sig i föräldra- och lärarorganisationer och medverkar i beslut om skolans arbete. Effekterna kan bli att barnen trivs bättre i skolan, skolkar mindre, får bättre betyg och i större utsträckning fortsätter med högre studier (se Wennerholm-Juslin & Bremberg, 2005).

- *Familjeinriktad behandling till barn som redan har ett utpräglat normbrytande beteende*
När ett barn redan har ett utpräglat normbrytande beteende som är svårt att få kontroll på finns ofta flera andra problem eller riskfaktorer hos barnet och i familjen. Ett ambitiöst behandlingsprogram med både barnet och föräldrarna i fokus som kan inrikta sig mot i princip alla olika typer av risk- och skyddsfaktorer, är nödvändigt.

11. Beakta särskilt eller undvik följande

Undvik att göra ostrukturerade bedömningar och insatser som inte är fokuserade direkt på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende. Var vaksam på utveckling i negativ riktning, både när det gäller individ och grupp.

- Undvik ostrukturerade bedömningar (t.ex. där det man tänker bedöma inte är tydligt definierat och beskrivet). Ostrukturerade bedömningar är generellt sett mindre tillförlitliga än strukturerade.
- Undvik insatser som inte fokuserar direkt på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende (t.ex. scared-straight, äventyrsresor eller läger, eller "lära-att-lita-på-varandra-läger"). Insatser som inte fokuserar direkt på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende är generellt sett inte effektiva att minska risken för normbrytande beteende.
- Undvik samtalsstöd eller terapi som inte fokuserar på risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende. Samtalsstöd och terapi som inte fokuserar på risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende minskar inte risken för normbrytande beteende.
- Var vaksam på att negativa processer kan uppstå i gruppaktiviteter. I insatser som samlar unga med normbrytande beteende för gruppinsatser löper man risk att utlösa negativa gruppprocesser (sk. deviancy training) som förvärrar problem-beteende.

Referenser och länkar

Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.

Bremberg, S. (2002). *Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? – En kunskapsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut. 2001: 25.
http://www.fhi.se/shop/material_pdf/forskola.pdf

Bremberg, S. (2007). *Hälsoekonomi för kommunala satsningar på barn och ungdom – En metod för att uppskatta nyttan i förhållande till kostnaden för olika insatser*. Statens folkhälsoinstitut. 2007: 4.

Bremberg, S. (Red.) (2004). *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd*. Statens folkhälsoinstitut. 2004: 49.
<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200449nyaverktygforforaldrar.pdf>

Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (2007). *Saving children from a life of crime – Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.

Lipsey, M. W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. I T. D. Cook, H. Cooper, D. S. Cordray, H. Hartmann, L. V. Hedges, R. J. Light, T. A. Louis, & F. Mosteller (Red.). *Meta-analysis for explanation: A casebook* (s. 83–127) New York: Russell Sage Foundation.

Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? I J. McGuire (Red.). *What works? Reducing reoffending* (s. 63–78). New York: John Wiley.

Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens Folkhälsoinstitut. (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Artikelnummer: 2004-110-4. <http://www.sos.se/fulltext/110/2004-110-4/2004-110-4.pdf>

Socialstyrelsen (1997:7). *Barn som behöver särskilt stöd i barnomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1997:8). *Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Psykiatriuppföljningen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1998:4). Anmälan, utredning, insats. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2001). Barnen, socialtjänsten och lagen. Uppföljning av ändringar i socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (1998:31). Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Fritzes.

Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (2005). Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. SOU 2005:81.

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Nya möjligheter – Metoder för föräldrastöd från förskolan till tonåren*. ISBN: 91-7257-400-3.
http://www.fhi.se/shop/material_pdf/nyamojligheterforaldrastod0601.pdf

Webster-Stratton, C. (2004). *Utveckla barns emotionella och sociala kompetens*. Stockholm: Gothia.

Wennerholm-Juslin, P., & Bremberg, S. (2005). *Bättre skolprestationer med ökat föräldrainflytande – En systematisk forskningsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut. 2005: 30.
<http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200530foraldrainflytande0510.pdf>

Se även

Blueprints for Violence Prevention:
<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/index.html>

Socialstyrelsen. (2007). *Förteckning över svenska effektstudier om insatser som berör socialtjänsten*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide>

Socialstyrelsen. (2007). *Svenska sammanfattningar av internationella systematiska kunskapsöversikter*. <http://www.socialstyrelsen.se> Svenska effektstudier.

Bilaga 4

Projektdeltagare

Teamen och deras kontaktpersoner i Pinocchio I

Bodens kommun och Norrbottens läns landsting	Elisabeth Sandberg	elisabeth.sandberg@edu-boden.se
Bollnäs kommun och Landstinget Gävleborg	Riina Mast	riina.mast@lg.se
Degerfors kommun	Eva Mårdberg	eva.mardberg@degerfors.se
Enköpings kommun och Landstinget i Uppsala län	Karina Wallstrom	karina.wallstrom@enkoping.se
Gnesta kommun och Landstinget Sörmland	Nina Redeby	nina.redeby@gnesta.se
Gullspångs kommun och Västra Götalandsregionen	Ulla Klingberg	ulla.klingberg@gullspang.se
Luleå kommun och Norrbottens läns landsting	Gun Wennström	gun.wennstrom@soc.lulea.se
Malmö/ Stdf Rosengård och Region Skåne	Barbro Jarnhäll	barbro.jarnhall@malmo.se
Sjöbo kommun	Camilla Persson	camilla.persson@sjobo.se
Skara kommun	Gun-Britt Sjögren	gun-britt.sjogren.buf@skara.se
Smedjebackens kommun	Maria Ronsten	maria.ronsten@edu.smedjebacken.se
Strömstads kommun och Västra Götalandsregionen	Göran Antonsson	goran.antonsson@stromstad.se
Upplands Bro kommun	Marianne Somehagen	marianne.somehagen@upplands-bro.se
Vänersborgs kommun och Västra Götalandsregionen	Martin Abrahamsson	martin.abrahamsson@vanersborg.se
Västerviks kommun och Landstinget i Kalmar län	Yvonne Lindberg	yvonne.l@tkalmar.se
Västerås stad och Västmanlands läns landsting	Maria Moody Källberg	maria.moody.kallberg@vasteras.se
Åmåls kommun och Västra Götalandsregionen	Ylva Blid Engdahl	ylva.blid-engdahl@amal.se
Öckerö kommun och Västra Götalandsregionen	Annika Lovén	annika.loven@ockero.se

Teamen och deras kontaktpersoner i Pinocchio II

Emmaboda kommun och Landstinget i Kalmar län	Åsa Engstrand	asa.engstrand@emmaboda.se
Härryda kommun	Susanne Karlsson Bandelin	sbandelin@hotmail.com
Kävlinge kommun	Viveca Rubin	viveca.rubin@edu.kavlinge.se
Lekebergs kommun	Agneta Delin	agneta.delin@lekeberg.se
Lerums kommun och Västra Götalandsregionen	Ulla-Britt Caping Salas	ulla-britt.caping.salas@lerum.se
Mjölby kommun	Lotta Nyberg	lotta.nyberg@mjolby.se
Orsa kommun	Vanja Setréus	vanja.setreus@orsa.se
Strängnäs kommun och Landstinget i Sörmland	Annika Nilsson	annika.nilsson@strangnas.se
Söderhamns kommun och Landstinget Gävleborg	Ewa Sanderhäll	ewa.sanderhall@soderhamn.se
Falköpings kommun och Västra Götalandsregionen	Ulrika Lindquist	ulrika.lindquist@falkoping.se
Tjörns kommun och Västra Götalandsregionen	Susanne Pettersson	susanne.pettersson@tjorn.se
Vårgårda kommun och Västra Götalandsregionen	Annika Åslund	annika.aslund@skola.vargarda.se

Projekt Pinocchio I och II

Projektledning

Henrik Andershed	Ordförande i projektet	Örebro Universitet	Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap	henrik.andershed@bsr.oru.se
Anna-Karin Andershed	Ordförande i projektet	Örebro Universitet	Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap	anna-karin.andershed@bsr.oru.se
Ylva Söderlind	Projektledare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	ylva.soderlind.gothner@allmannabarnhuset.se
Eva Westerling	Projektledare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	eva.westerling@skl.se
Yvonne Burestig	Projektadministratör	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	yvonne.burestig@skl.se

Styrgrupp

Sabina Wikgren-Orstam	Sektionschef	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	sabina.wikgren.orstam@skl.se
Knut Sundell	Chef IMS	Socialstyrelsen	Institutet för Metoder i Socialt arbete	knut.sundell@socialstyrelsen.se
Louise Fernstedt	Expert	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Lärande och Arbetsmarknad	louise.frenstedt@skl.se

Projektgrupp

Mari Forslund	Biträdande chef IMS	Socialstyrelsen	Institutet för Metoder i Socialt arbete	mari.forslund@socialstyrelsen.se
Gigi Isaksson	Expert	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	
Leif Klingensjö	Utredare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Lärande och Arbetsmarknad	leif.klingensjo@skl.se
Laina Kämpe	Utredare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Lärande och Arbetsmarknad	laina.kampe@skl.se
Kristin Marklund	Kommunikations-samordnare	Socialstyrelsen	IMS	kristin.marklund@socialstyrelsen.se
Elisabeth Melin	Handläggare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	elisabeth.melin@skl.se
Thomas Rostock	Handläggare	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd för Vård och Omsorg	thomas.rostock@skl.se

Doktorander

Josephine Lindgren	Doktorand	Karolinska Institutet	Medical Management Center	josephine.lindgren@skl.se
Jennie Fredriksson	Doktorand	Örebro Universitet	Centrum för kriminalpsykologisk forskning	jennie.fredriksson@bsr.oru.se

Handledare

Pinocchio I

Agneta Andersson	Sveriges Kommuner och Landsting	Avd. för Vård och Omsorg	Handläggare	agneta.andersson@skl.se
Lena Forsberg	Socialförv öppenvårdsenhet barn/familj, Vimmerby	Familjestödet Bubblan	Enhetschef/utvecklingsled socialtjänst	lena.forsberg@vimmerby.se
Pia Lindberg	Västerbottens Läns Lt, Memeologen	Memeologen	Utvecklingsledare	pia.lindberg@vll.se
Carin Marminge	Landstinget Sörmland	Utvecklingsenheten	Projektledare	carin.marminge@dll.se
Margareta Solbreck	Barn och ungdomspsykiatriska mottagn i Alingsås	BUP	Avd chef	margareta.solbreck@vgregion.se
Per Svensson	Region Skåne	Utvecklingscentrum, VC	Distriktsläkare	per.s.svensson@skane.se
Urban Svensson	Socialkontor öster, Örebro	Socialkontor öster ledning	Enhetschef bi	urban.svensson@orebro.se
Katarina Söderlin	Sdf Södra Innerstaden, Malmö	Boendeenheten	Socionom	katarina.soderlin@malmö.se
Helena Teglund	Västerbottens Läns Lt, Memeologen	Memeologen	Utvecklingsledare/avdelningschef	helena.teglund@vll.se
Ann-Kristin Åstrand	Landstinget Gävleborg	Hälso- och sjukvårdsproduktion	Utvecklingsledare	ann-kristin.astrand@lg.se

Pinocchio II

Birgitta Bergvall	Ekerö kommun	Nämndkontoret, Barn- och Ungdom	Utredare/kvalitetsansv.	birgitta.bergvall@ekero.se
Lena Forsberg	Familjestödet Bubblan, Vimmerby	Familjestödet Bubblan	Enhetschef/utvecklingsled socialtjänst	lena.forsberg@vimmerby.se
Beatrice Jacobsson	Värmdö kommun	Socialkontoret/IFO	Utvecklingsledare	beatrice.jacobsson@varmdo.se
Leif Klingensjö	Sveriges Kommuner och Landsting	Lärande och arbetsmarknad	Utredare	leif.klingensjo@skl.se
Anne-Marie Larsson	Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm	Kansliet	Handläggare	anne-marie.larsson@barnhuset.com
Elisabeth Melin	Sveriges Kommuner och Landsting	Vård och Socialtjänst	Handläggare	elisabeth.melin@skl.se
Margareta Solbreck	Södra Älvsborgs sjukhus	BUP	Avd chef	margareta.solbreck@vgregion.se

Resurshandledare

Marie-Charlotte Sigeman	Landstinget Västernorrland	Ledningsstab hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvårdsplanerare	marie-charlotte.sigeman@lvn.se
-------------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Bilaga 5

Bedömningsmetoder

Nedan presenteras de bedömningsmetoder som använts av de 30 deltagande teamen i Pinocchioprojektet. ESTER och EARL beskrivs även i bilaga 2.

ESTER

ESTER är en strukturerad bedömningsmetod som fokuserar risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende för barn och unga i åldrarna 0–18 år.

Risikfaktorerna fokuserar på:

- Risker hos den unge (t ex trotsighet, ilska, normbrytande beteende, droger och negativa kamratrelationer)
- Risker i familjen (t ex föräldrarnas egna svårigheter samt relationen barn – förälder)

Skyddsfaktorerna

- Skydd hos den unge (t ex positiv skolanknytning och skolprestationer samt positiva umgängen och aktiviteter)
- Skydd i familjen (t ex föräldrarnas ork och engagemang samt deras sätt att uppfostra)

Dels består ESTER av ett screeningmetod, dels en ESTER-bedömning. ESTER-bedömning utgör ett beslutsunderlag för barnets ev behov av insatser och kan användas för kontinuerlig uppföljning.

ESTER-screening innebär att man genom ett mycket kortfattat frågeformulär till förälder, professionell eller barnet själv (10 år eller äldre) får en uppfattning som professionell om behov av en mer detaljerad ESTER-bedömning verkar föreligga eller ej.

ESTER-bedömning är ett strukturerat bedömnings-, uppföljnings- och dokumentationsverktyg för individuell bedömning av barn (0 till 18 år) med eller i riskzonen för normbrytande beteende. Nitton evidensbaserade och praktikrelevanta risk- och skyddsfaktorer mäts och ny bedömning kan göras var fjärde vecka för uppföljning. ESTER-bedömning betonar både risk- och skyddsfaktorer i bedömning av barnet och barnets föräldrar.”

Mer information: www.ester-bedomning.se Andershed & Andershed, 2008

EARL

EARL (Early Assessment of Risk List for Boys/Girls, EARL 20-B/EARL 21-G), har som syfte att bedöma risken för antisocialt beteende hos pojkar/flickor under 12 år, samt tjäna som bas för val av insatser. EARL består av 20 respektive 21 items.

Varje riskfaktor skattas med 0, 1 eller 2 poäng. 2 poäng ges när det inte föreligger någon tvekan om att kriterierna för en faktor är uppfylld, vilket indikerar att risknivån är hög för denna faktor. Poängen 0 ges när risk inte föreligger eller när man inte har kunskap kring omständigheterna. Poängen 1 ges när det finns visst men inte fullständigt stöd för att barnet eller familjen uppfyller kriterierna för en viss faktor. Den sammantagna riskpoängen för ett barn kan maximalt bli 40. För flickor används en något modifierad skala, EARL 21G, och maximal poäng är 42. Även *kritisk faktor* mäts med EARL. En mätning som beräknar risk för nära förestående, ökande eller tillkommande riskfaktor. Denna beräkning tas dock inte med i den summerande beräkningen vid bedömning.

EARL-bedömaren gör även en övergripande bedömning av risk för utagerande akut och på lång sikt, i termerna "hög", "medel" eller "låg" baserad på den totala EARL-skattningen. Denna skattning med "hög", "medel" eller "låg" risk kan göras oberoende av den totala EARL-poängen. Höga poäng på EARL sammanfaller i de flesta fall med en global skattning av "hög" risk, men det förekommer enstaka fall där barn med låg poäng ändå bedöms löpa hög risk för akut eller framtida normbrytande beteende på grund av en eller flera specifika faktorer.

Mer information: Pia Enebrink, Karolinska Institutet.

SDQ

SDQ (The strengths and Difficulties Questionnaire) är en bedömningsmetod som består av ett frågeformulär med 25 påståenden, där pedagog/personal, föräldrar och i vissa fall barnet själv svarar på frågor. Resultatet från screeningen sammanställs och visar på risker och resurser hos barnet.

SDQ har utvecklats av den engelska barnpsykiatern och forskaren Robert Goodman och är översatt till ca femtio språk och används i både forskning och klinisk verksamhet.

SDQ belyser 5 olika områden (risk- och skyddsfaktorer)

- emotionella symtom (5 påståenden, ex verkar ofta bekymrad, oroar sig över mycket)
- uppförandeproblem (5 påståenden, ex bråkar ofta med eller mobbar andra barn)

- hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem (5 påståenden, ex lättstörd, tappar lätt koncentration)
- kamratproblem (5 påståenden, ex ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv)
- prosocialt beteende (5 påståenden, ex är omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor) poängberäkning för varje barn, som jämförs med normvärde och cut off värde. Normvärde = värde som normalt hittas hos alla barn, cut off = när det föreligger risk

SDQ innehåller också frågeställningar om problemen påverkar det dagliga livet (impact). Metoden är vetenskapligt prövad och används frekvent, så också i Sverige.

SDQ finns utformat för barn i olika åldrar och för föräldrar och pedagoger.

Mer information: www.sdqinfo.com

ECBI

ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) har som syfte att mäta beteendeproblem hos barn mellan 2 och 16 år. ECBI består av 36 frågor och skattningen görs av förälder på två olika skalor. Den ena skalan, *intensitetsskalan*, skattar frekvensen av problembeteendet från "förekommer aldrig" (1) till "förekommer alltid" (7). Intensitetsskalans spännvidd ligger mellan 36 till 252 poäng. *Problemskalan* mäter ifall föräldern upplever att det specifika beteendet är ett problem eller inte (ja eller nej). Antalet Ja-svar summeras och ger ett problemindex mellan 0–36.

Mer information och beställning: PAR Inc., tfn 020-79 2698, <http://www3.parinc.com>

ASQ

Attachment Style Questionnaire – ASQ är ett psykometriskt instrument i form av ett självskattningsformulär, avsett att mäta anknytning hos ungdomar och vuxna. Det är konstruerat av Judith A. Feeney, Patricia Noller & Mary Hanrahan (1994), Department of Psychology, University of Queensland i Australien.

Den svenska versionen av ASQ är bearbetad och översatt av Anders Tengström, Alexander Håkanson och Bengt-Åke Armelius (1996), Institutionen för Tillämpad Psykologi, Umeå Universitet.

Formuläret består av 40 frågor och mäter anknytning utifrån fem olika aspekter av anknytning; tillit, distans, sakorientering, relationsfixering och bifallsbehov. Individens anknytningsbeteende analyseras sedan utifrån dessa fem aspekter.

Kunskap och förståelse för individens anknytningsmönster kan sedan användas på olika sätt, t.ex. som stöd för behandlingsplanering av olika former av psykologiska besvär, psykopatologi och psykisk funktionsnedsättning eller för att undersöka och öka kunskapen kring anknytningsbeteendet inom olika grupper i forskningssammanhang.

ASQ är inte avsett att kategorisera eller globalt mäta psykopatologi eller psykologisk funktionsnivå.

Mer information: Anders Tengström, St Görans sjukhus,
Maria Ungdom – Forskningsenheten

Projekt Pinocchio

Med hjälp av särskilt anpassade bedömningsmetoder, som bygger på kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer som kan påverka en ogynnsam utveckling hos barn och unga, kan vi idag tidigt uppmärksamma vilka barn som befinner sig i riskzon för att utveckla ett normbrytande beteende.

I projektet har 30 tvärprofessionella team deltagit. Teamen har bestått av personal från främst förskola/skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Det har varit ett stort material att hämta data och kunskap från och alla team har också dokumenterat sina resultat och lärdomar i egna slutrapporter. Erfarenheterna som lyfts fram i den här boken hoppas vi bidrar till att fler blir intresserade och inspirerande att utveckla arbetet och förbättra situationen för dessa barn. *Förändringskoncepten* som presenteras i boken ger en god vägledning i hur man kan lägga upp arbetet i praktiken. Teamen ger också ett antal råd om vad som krävs för att lyckas bedriva ett framgångsrikt arbete.

Trycksaker från Sveriges Kommuner och Landsting
beställs på www.skl.se eller på
tfn 020-31 32 30, fax 020-31 32 40.

ISBN 978-91-7164-479-4



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se