

Nu börjar vi med barnen!

**Ett främjandesystem för barns
och ungas välbefinnande, DEL 3**

Kunskap om främjande för det lokala arbetet



Samhällsnytta

KARLSTADS UNIVERSITET SAMHÄLLSNYTTA AB





Solrosfrö - Ett litet frö som kan få stora ting att växa

Författaren ansvarar för innehållet och anges vid referens till denna skrift. Rapporten ingår i Nationell samordnare för Agenda 2030:s skriftserie: Samtal om hållbar utveckling. Publicerad mars 2024.

Författare: Camilla Pettersson, Fil.dr. Folkhälsovetenskap

Sammanfattning

Enligt Den nationella samordnaren för Agenda 2030 räcker det inte med att utveckla nuvarande styrning och organisering utan transformationen till det hållbara samhället kräver att Sverige också identifierar och skapar nya strukturer för att lösa vår tids problem.

I detta syfte startades piloten Nu börjar vi med barnen! som har pågått under 2022 till och med januari 2024. I piloten har utredningen velat bidra till att tänka bortom nuvarande system och skapa ett främjandesystem som tar avstamp i barns och ungas behov, snarare än att utgå ifrån dagens strukturer. Genom att lyfta fram det främjande har syftet också varit att synliggöra det som ett eget område som kräver sina särskilda satsningar och sitt eget systematiska arbete.

Piloten är ett samarbete mellan Den nationella samordnaren för Agenda 2030 och Samhällsnytta AB, som ägs av Karlstads universitet. De två aktörerna har tillsammans skapat en arena för dialog och policyutveckling av ett främjandesystem, med närvaro på samtliga samhällsnivåer. Såväl lokala, regionala som nationella aktörer och experter har därigenom kunnat träffas för att tillsammans utforska vad ett främjandesystem kan vara. I detta har även ingått ett utforskande arbete i lokala piloter som har genomförts av Region Värmland med kommunerna Filipstad, Storfors och Säffle, Region Västernorrland med Ånge kommun, Region Örebro med Ljusnarsbergs kommun, Region Stockholm med Södertälje kommun samt lokala organisationer och företag.

Mot bakgrund av utredningens analys av problem och behov kopplade till omställningen till hållbar utveckling i stort liksom mer specifikt till problemen med att få till stånd det främjande arbetet avseende barn och unga formulerades initialt några "byggstenar" som bedömdes behöva ingå i ett främjandesystem. De har i olika grad prövats i framför allt de lokala piloterna och utifrån platsernas specifika förutsättningar. I Ljusnarsberg valde de att fokusera på att utveckla kommunens samverkan med civilsamhället, i Ånge att implementera det främjande direkt i kommunens ordinarie strukturer, i Södertälje att involvera barn och unga mer i såväl individinsatser som i kommunens verksamhetsutveckling och i Värmlandskommunerna att utveckla styrning och ledning.

Systemperspektiv, mötesplatser för samverkan mellan samhällsnivåer och samhällssektorer, ett aktivt medskapande av barn och unga respektive praktiker i framtagande och utveckling av främjandesystemet osv. är byggstenar som i huvudsak har bekräftats och förstärkts genom arbetet i piloten. Därutöver har nya insikter och kunskaper vuxit fram. Men framför allt har arbetet i piloten bidragit till ett nytt sätt att ta sig an utveckling och i och med det ett perspektivskifte från att börja i problem till att i stället börja i platsers resurser och möjligheter och hur dessa kan stärkas och växa.

Den nationella samordnaren för Agenda 2030 bedömer att det finns stor potential att fortsätta utveckla ett främjandesystem för barns och ungas välbefinnande. Förslag lämnas därför på ett antal utgångspunkter och byggstenar för ett främjandesystem. Dessa bygger dels på erfarenheter och insikter från arbetet med Nu börjar vi med barnen!, dels på en övergripande analys av vad som krävs för att skapa lösningar på komplexa problem och att driva en långsiktig och systematisk förändring.

Forskning visar att satsningar på det främjande arbetet, att stärka barns och ungas frisk- och skyddsfaktorer, har stor inverkan på deras välbefinnande. I det främjande arbetet finns en outnyttjad potential för att stärka arbetet med barn och unga som är viktig att ta vara på i omställningen till hållbar utveckling.

Nu börjar vi barnen! sammanfattas i tre delrapporter. I del 1 sammanfattas genomförandet med fokus på de lokala piloterna. I del 2 sammanfattas gjorda erfarenheter och slutsatser från genomförandet samt rekommendationer till ett fortsatt utvecklingsarbete för att etablera ett främjandesystem efter mars 2024, då Den nationella samordnaren för Agenda 2030:s uppdrag upphör. I del 3 sammanfattas kunskap om främjande för det lokala arbetet.



Innehåll

Vad är främjande	7
Att främja genom att stärka frisk- och skyddsfaktorer	9
Vad avses med frisk- och skyddsfaktorer	10
Sambanden mellan frisk-, skydds- och riskfaktorer	11
Viktiga skyddsfaktorer	12
De är kumulativt förstärkand	13
Att främja frisk- och skyddsfaktorer i praktiken	15
Viktigt väga samman kunskap från olika källor	16
Randomiserade kontrollerade studier	16
Andra sätt att bedöma vilka insatser som bör användas	17
Att dela och utveckla erfarenhetsbaserad kompetens	18

FORSKNING OM FRÄMJANDE

Även när vi har barn och unga omkring oss som har många riskfaktorer som vi inte har rådighet över kan vi alltid stärka frisk- och skyddsfaktorerna och på så sätt öka deras chanser till ett gott liv. Det är i detta magin i det främjande arbetet ligger!

**Camilla Pettersson
Fil. dr. Folkhälsovetenskap**

Vad är främjande

Piloten Nu börjar vi barnen! sammanfattas i tre delrapporter. I denna den tredje delrapporten sammanfattas kunskap om främjande för det lokala arbetet.

Att främja handlar om att fokusera på det positiva. Att förstärka och utveckla det vi vill se mer av. I piloten Nu börjar vi med barnen! handlar det om att barn och unga ska ett gott liv och känna välbefinnande. Såväl lagstiftning som nationella, regionala och lokala mål och riktlinjer ger stöd för att arbeta främjande för barn och unga. Inte minst beskrivs det främjande perspektivet i konventionen om barnets rättigheter med artiklar om bland annat barns rätt till liv, utveckling och bästa möjliga hälsa, men också rätten till delaktighet och inflytande, utbildning och till en meningsfull fritid. En grundläggande förutsättning är att alla barn och unga har goda livsvillkor som säkerställer rätten till utveckling och hälsa. De lokala piloterna i Nu börjar vi med barnen! har ett starkt fokus på dessa grundläggande rättigheter utifrån ett främjande perspektiv.

Det är svårt att hitta en gemensam definition av vad främjande är, vilket givetvis är beroende av vad som ska främjas. Inom folkhälsovetenskapen, där en god och jämlik hälsa i befolkningen är målet, används ofta världshälsorganisationen WHO:s definition av hälsofrämjande:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.¹

En svensk översättning som ofta används är: "Den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen – att öka kontrollen över faktorer som påverkar hälsan – och därigenom förbättra den".

Men även när det handlar om hälsofrämjande används olika definitioner. Folkhälsomyndigheten skriver att hälsofrämjande arbete syftar till att främja hälsa och stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Detta genom att stärka tilltron till den egna förmågan och öka kontrollen över den egna hälsan.

I sammanhanget finns ett annat centralt begrepp som ofta används i kontexter kring främjande, nämligen det salutogenta perspektivet. Det innebär att man fokuserar på det som främjar hälsa snarare än att enbart ta fasta på riskfaktorer och ohälsa. Det handlar således om att utgå från vad det är som gör att vi bibehåller hälsan eller till och med kan förbättra den. Begreppen står i motsats till patogenes, d.v.s. det som orsakar sjukdom, och gjordes känt av professorn Aaron Antonovsky i slutet av 1970-talet (Antonovsky, 2005). Antonovsky myntade begreppet Känsla av sammanhang (KASAM) som visat sig ha ett starkt samband med en god hälsa.

KASAM har tre underliggande dimensioner:

Begriplighet – förståelsen för omvärlden som strukturerad och ordnad.

Hanterbarhet – upplevelsen av att ha resurser för att hantera olika händelser.

Meningsfullhet – känslan av engagemang och motivation för olika händelser.

¹ World Health Organisation, 1986

Människors egna upplevelser av hälsa och välbefinnande är centralt och hälsa skapas i relationen mellan individ och omgivning. Detta perspektiv har präglat synen på hälsofrämjande arbete inom bland annat förskola och skola. Skolverket menar att hälsofrämjande arbete handlar om hälsoarbete med fokus på friskfaktorer, d.v.s. faktorer som inte bara skyddar mot ohälsa utan bidrar också till ökad hälsa, och stärkande av individens drivkraft till hälsoförändring (exempelvis Skolverket, 2019).

I piloten Nu börjar vi med barnen! utgår det främjande perspektivet från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som stärker eller bibehåller människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Det salutogena perspektivet är genomgående i de lokala piloterna, inte bara med utgångspunkten att främja hälsa utan också i det främjande arbetet generellt. Det har varit viktigt att skilja på förebyggande och främjande, även om dessa perspektiv i praktiken är starkt sammanlänkande. Ett sätt att illustrera skillnaden mellan främjande och förebyggande arbete som ofta används är en metafor om ett vattenfall där barn och unga kan falla ner och skada sig om samhället inte gör förebyggande och främjande insatser. Det förebyggande perspektivet handlar om att sätta upp ett skyddsnet så att barn inte kan ramla ner i vattenfallet. Det kan liknas med andra förebyggande insatser som att ha åldersgränser för att köpa tobak och alkohol. Utgår man i stället från ett främjandeperspektiv blir det viktigt att stärka barnets vana vid vatten och lära dem simma. På så sätt kan man både undvika att barn hamnar nära vattenfallets kant, men framför allt bidra till att barn utvecklas och lär sig något som de har stor glädje och nytta av i livet i stort. Det kan jämföras med annat främjande arbete såsom att arbeta för att stärka goda och nära relationer i barns liv. Det förebygger inte bara en rad negativa utfall utan bidrar också till att barn mår bra i allmänhet.

Förebyggande: Insatser som utgår från kunskapen om vad som orsakar upplevd ohälsa och sjukdom hos individen.

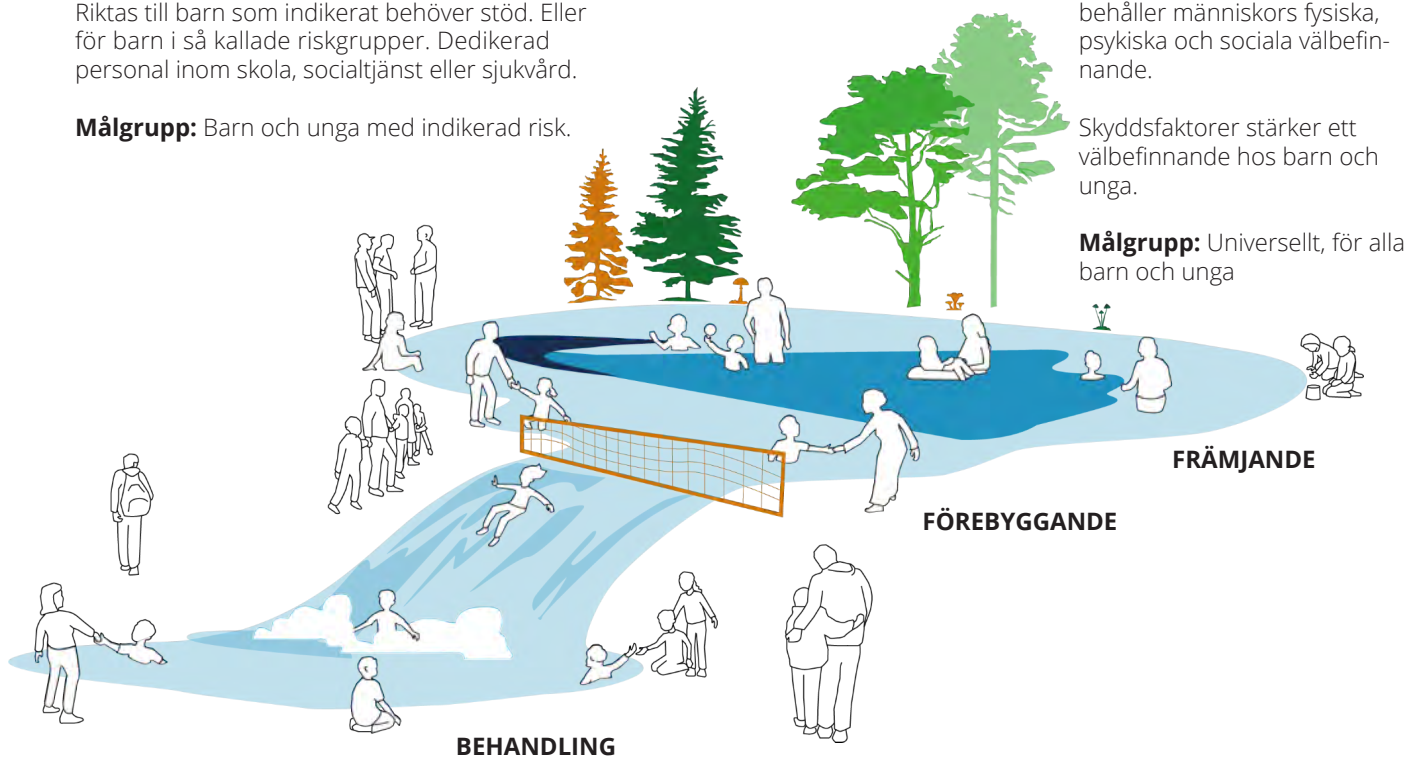
Riktas till barn som indikerat behöver stöd. Eller för barn i så kallade riskgrupper. Dedikerad personal inom skola, socialtjänst eller sjukvård.

Målgrupp: Barn och unga med indikerad risk.

Främjande: Utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som stärker eller bibehåller människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.

Skyddsfaktorer stärker ett välbefinnande hos barn och unga.

Målgrupp: Universellt, för alla barn och unga



Figur 1. Figuren visar skillnaden mellan främjande, förebyggande och behandlande arbete. Anpassat efter: Hälsofrämjande Folkhälsomyndigheten, 2022. Illustration: Karin Petrusson.

Att främja genom att stärka frisk- och skyddsfaktorer

För att utnyttja samhällets hela kapacitet att skapa ett gott liv för alla barn och unga behöver det främjande arbetet utvecklas och stärkas. Det räcker inte med åtgärdande och förebyggande arbete, vilka ofta sätts in när ett problem redan uppstått. Vi behöver i större utsträckning utnyttja möjligheten att stärka det friska och goda så att alla barn känner välbefinnande, tilltro till den egna förmågan och kan nå sin fulla potential. Genom det förebygger vi samtidigt att problem och ohälsa uppstår.

Forskning har visat på vikten av att skapa gynnsamma, positiva miljöer för barn och unga. Miljöer som främjar en god utveckling och förhindrar utvecklingen av psykologiska och beteendemässiga problem. Det handlar bland annat om att främja en stabil, trygg och kärleksfull hemmiljö med varma och förtroendefulla relationer och en trygg anknytning. Ett föräldraskap där barn uppmärksammas för positiva beteenden och får stöd i att utveckla en god självreglering, d.v.s. förmågan att hantera sina tankar känslor och handlingar, har stor betydelse för barns utveckling, hälsa och välbefinnande (Biglan, Flay, Embry et.al., 2012; Biglan, 2015). Genom att ge stöd i föräldraskapet kan barns sociala och emotionella kompetens stärkas (statens beredning för medicinsk och social utvärdering)

Förskola och skola är andra arenor med stor främjandepotential. Här finns vuxna, som på liknande sätt som föräldrarna och andra viktiga vuxna i barns närhet, kan främja och stärka prosocialt beteende, självreglering och lärande (Biglan, Flay, Embry et.al., 2012; Biglan, 2015). Forskning visar att socioemotionellt lärande (SEL) i skolan kan främja psykiskt välbefinnande, sociala och emotionella kompetens och resiliens. Studier av SEL-program i skolan visar också att eleverna själva upplevde att det förbättrade deras självkänsla och självförtroende, främjade deras nära relationer, sociala samvaro och konflikthanteringsförmåga och medförde att skolmiljön förbättrades (SBU, 2022). Lärande och hälsa går dessutom hand i hand genom att det finns starkt ett dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa. Förskola och skola har inte bara möjlighet att främja barns och ungas psykiska och sociala välbefinnande utan också deras fysiska välbefinnande och hälsa. Det kan exempelvis göras genom insatser för att främja goda levnadsvanor (Skolverket, 2019).

Att främja en meningsfull fritid är betydelsefull för att barn och unga ska utvecklas och må bra. Fritiden kan bestå av såväl organiserade och strukturerade aktiviteter som mer ostrukturerade och spontaninriktade aktiviteter. Det är också viktigt att det finns utrymme för vila, återhämtning och avkoppling. Viktiga aspekter är möjligheterna att få vara en del av ett sammanhang, att få känna gemenskap och utveckla sociala relationer med jämnåriga och vuxna. I en positiv fritidsmiljö finns också utrymme för identitetsskapande där barn och unga får chansen att utmana normer och värderingar. Fritiden kan också vara en arena för att utveckla samhällsengagemang och vara en del av ett demokratiskt samhälle (Forte, 2023).

Nära relationer med föräldrar och vänner, förskola och skola av hög kvalitet och en meningsfull fritid är helt centrala områden för att barn ska utvecklas och må bra. Andra viktiga förutsättningar är att ha grundläggande ekonomiska villkor, en trygg bostad och att leva i ett tryggt och välfungerande närsamhälle.

Vad avses med frisk- och skyddsfaktorer

I det främjande arbetet ligger fokus alltså på att förstå och fokusera på de faktorer som främjar hälsa, utveckling och välbefinnande och om att stärka den enskildes känsla av sammanhang och mening. Till skillnad från det förebyggande och åtgärdande arbetet, som har stort fokus på att identifiera och reducera riskfaktorer, handlar det främjande arbetet om att identifiera frisk- och skyddsfaktorer.

Friskfaktorer kan definieras som positiva faktorer som får barn och unga att utvecklas, må bra och känna sammanhang och mening. Friskfaktorer är alltså faktorer som kan bidra positivt till hälsa, men de kan också skydda oss mot och motverka ohälsa och kallas därför ibland skyddsfaktorer (Skolverket, 2019).

En skyddsfaktor brukar definieras som egenskaper, händelser, förhållanden eller processer som minskar sannolikheten eller risken för ett visst utfall genom att agera som en buffert mot eller mekanism som förändrar effekterna av att exponeras för risk (Andershed & Andershed, 2019). Skyddsfaktorerna kan alltså öka en persons motståndskraft mot belastningar och kan förhindra eller dämpa effekten av riskfaktorer. I det här sammanhanget pratar man ofta om resiliens - att ett barn eller en ungdom som utsätts för många riskfaktorer ändå klarar sig bra och inte utvecklar ett visst negativt beteende eller problem. Resiliens handlar alltså om vår förmåga att återhämta oss och motstå påfrestningar. Det är i samspelet mellan individ och omgivningen som denna förmåga kan byggas upp med hjälp av frisk- och skyddsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2024). Skyddsfaktorerna är den positiva kraften hos barnet eller i barnets omgivning som bidrar till att motståndskraften skapas. Ofta är frisk- och skyddsfaktorerna direkta motsatser till riskfaktorerna. Exempelvis är det en frisk- och skyddsfaktor att trivas i skolan medan att inte trivas i skolan är en riskfaktor. Men det behöver inte alltid vara så. Ett exempel på det är överaktivitet där motsatsen är passivitet, vilka båda är riskfaktorer för en rad negativa utfall. Här ligger frisk- och skyddsfaktorn någonstans på ett kontinuum däremellan.

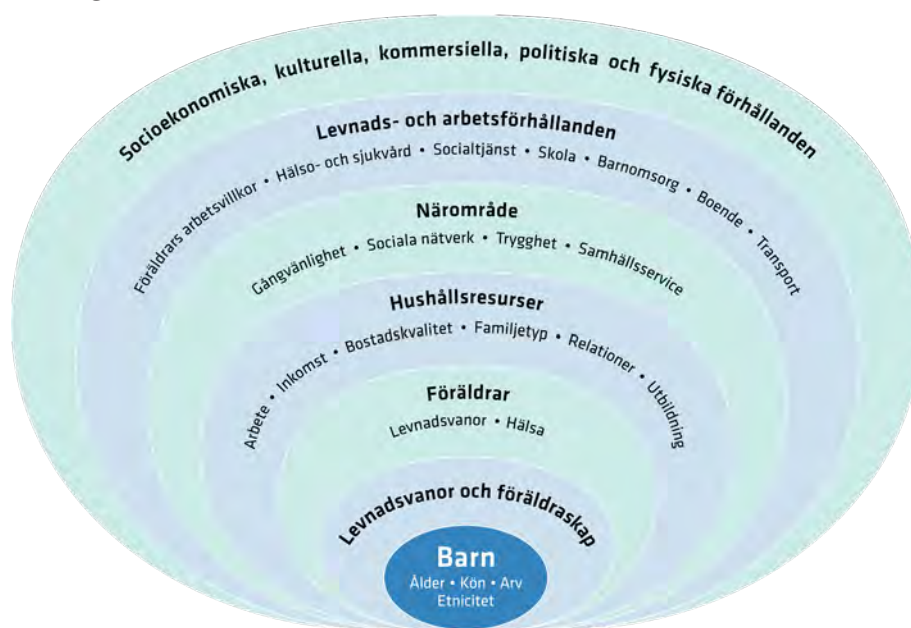


Sambanden mellan frisk-, skydds- och riskfaktorer

Vuxna i barns närhet, olika verksamheter och förebyggande och främjande insatser har möjlighet att påverka olika faktorer i olika stor utsträckning. Genom att öka kunskapen och förståelsen kring vilka faktorer som är viktiga kan vi tillsammans främja en god utveckling, hälsa och ett gott välbefinnande. Det handlar också om att förstärka kunskapen om främjandets möjligheter.

Såväl frisk-, skydds- och riskfaktorer återfinns på olika nivåer i en människas liv och beskrivs ofta utifrån socio-ekologisk teori. Den synliggör det komplexa samspelet i förutsättningar mellan individen, miljön och samhället och visar vikten av att arbeta utifrån ett systemperspektiv. Inom folkhälsovetenskapen används begreppet bestämningsfaktorer för hälsa för att beskriva vad som påverkar hälsan hos en individ, men också fördelningen av hälsan i befolkningen. I Figur 2 beskrivs bestämningsfaktorer för barns hälsa utifrån en socioekologisk modell.

Vi föds med vissa individuella faktorer såsom genetiskt arv och kön, men frisk-, skydds- och riskfaktorer återfinns också i barnets uppväxtvillkor, sociala miljöer och på samhällsnivå. Det kan handla om faktorer som finns i barnets direkta närhet, exempelvis familjerelationer, kamratrelationer och sociala nätverk. Något som också har stor betydelse för barns och ungas levnadsvanor.



Figur 2. Hälsans bestämningsfaktorer. Folkhälsomyndighetens bearbetning av Pearce A, Dundas R, Whitehead M, et al. Pathways to inequalities in child health. Archives of Disease in Childhood 2019;104:998-1003.

På en annan nivå återfinns faktorer i närsamhället som är relaterade till förskola, skola, bostadsområde och hälso- och sjukvård. Längst ut i modellen finns de mer generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer som kan vara svårare för individen att påverka.

Det är viktigt att komma ihåg att man sällan i forskning har kunnat fastställa ett orsaks-samband, alltså att en viss faktor orsakar ett visst utfall. Samband med faktorerna sker ofta genom ett komplext samspel. De kan exempelvis vara så att det finns ett dubbelriktat samband mellan två faktorer, exempelvis mellan goda kamratrelationer och psykisk hälsa. Barn med stabila kamratrelationer har ökad chans att må psykiskt bra samtidigt som en god psykisk hälsa skapar goda förutsättningar för stabila kamratrelationer. De enskilda faktorerna kan dessutom ha olika starkt samband med ett specifikt utfall.

Viktiga skyddsfaktorer

Region Örebro län genomför återkommande ungdomsundersökningen Liv & hälsa ung² och har studerat sambandet mellan 13 enskilda skyddsfaktorer och att oftast må bra eller mycket bra (Region Örebro län, 2024).

Skyddsfaktorerna är rangordnade efter hur starkt sambandet är mellan den enskilda skyddsfaktorn och att oftast må bra eller mycket bra justerat för kön och ålder. Den enskilda skyddsfaktorn med starkast samband med att må bra var alltså att ha tillit till föräldrar (OR 11.06).

De skyddsfaktorer som användes i analysen var följande:

- Har tillit till föräldrar
- Trivs i skolan
- Trygg i skolan
- Har kontroll
- Föräldrar frågar innan beslut
- Trygg i hemmet
- Trygg utomhus i bostadsområdet
- Har någon att prata känslor med
- Har kompisar i skolan
- Kan påverka sitt liv här och nu
- Känner tillit till andra människor
- Vistas ofta i naturen
- Fysiskt aktiv

Andra studier bekräftar vikten av dessa skyddsfaktorer. En god relation mellan föräldrar och barn, att trivas, känna sig trygg och känna samhörighet med skolan, att ha goda kamratrelationer och en meningsfull fritid samt att känna sig trygg i närområdet är exempel på skyddsfaktorer som är väl belagda i forskning. Frisk- skydds- och riskfaktorer beskrivs ofta utifrån de olika nivåerna i den socio-ekologiska modellen, men också utifrån olika åldrar under barnets uppväxt. Exempelvis beskrivs följande skyddsfaktorer som centrala för de yngre barnens utveckling och hälsa i Rikshandboken i barnhälsovård (2023):

Exempel på skyddsfaktorer hos barnet:

- Goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper
- Trygg anknytning
- Lättsamt temperament
- Förmåga till impuls kontroll
- Positiva kamratrelationer

Exempel på skyddsfaktorer hos föräldrar:

- Känslighet eller lyhördhet för barnets behov
- En god omsorgsförmåga
- Egen trygg anknytning, trygga relationer till egna föräldrar, med hänsyn till barndomsupplevelser
- Flera goda relationer
- Ekonomisk trygghet
- Tro på egen förmåga att påverka sin situation

Förhållanden i uppväxtmiljön:

- Trygga relationer i barnets nära omgivning
- Stabila och trygga boendeförhållanden och närmiljö
- En bra förskola

² Liv & hälsa ung är en enkätundersökning om ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Elever i årskurs 7 och 9 samt i år 2 gymnasiet i Örebro län erbjuds vart tredje år att delta i undersökningen. Undersökningen involverar drygt 50 skolor som tillsammans har omkring 10 000 elever. Svarsfrekvensen är genomgående god, med högst andel svarande i årskurs 7 (75 procent) och något lägre bland de äldre eleverna i årskurs 9 (71 procent) och år 2 på gymnasiet (65 procent).

De är kumulativt förstärkande

Forskningen kring frisk-, skydds- och riskfaktorer är oftast gjord utifrån ett specifikt negativt problemutfall eller för ohälsa. Generellt är riskfaktorer också ofta mer studerade än skyddsfaktorer. Som exempel kan nämnas den relativt omfattande forskningen kring riskfaktorer för ungdomars alkoholkonsumtion (Folkhälsomyndigheten, 2022) eller för annat normbrytande beteende (Andershed & Andershed 2019).

Ofta är det liknande skydds- och riskfaktorer som identifierats för flera olika problemutfall. I en kunskapssammanställning där risk- och skyddsfaktorer för fem olika problemutfall (brott, våld, utanförskap, psykisk ohälsa samt ANDTS) studerades identifierades gemensamma skyddsfaktor. På individ- och familjenivå var det föräldrarnas engagemang och stöd, trygg anknytning och självreglering som hade störst betydelse. När det gällde skyddsfaktorer inom området kamrater och fritid, skola och samhälle var det positiva kamratrelationer och positiv skolanknytning de två skyddsfaktorer som var kopplade till flest problemutfall (Rise, 2022).

Det är dock viktigt att veta att det sällan bara är en eller få faktorer som ökar eller minskar sannolikheten för ett visst beteende eller utfall. Olika frisk-, skydds- och riskfaktorer samspelar och påverkar varandra i olika riktningar och på olika nivåer. Det är snarare sammansättningen av en individs frisk-, skydds- och riskfaktorer som påverkar. Forskning visar nämligen att det finns en kumulativ effekt av såväl risk- som skyddsfaktorer (Andershed & Andershed, 2019). Det innebär att ju fler riskfaktorer desto större sannolikhet för ett visst negativt beteende eller för risken att utveckla problem.

Det är också så att riskfaktorerna är succesivt adderande till varandra – de tenderar att hopa sig. Men det gäller också frisk- och skyddsfaktorer. Region Örebro län har illustrerat detta genom att visa andelen ungdomar som i ungdomsundersökningen Liv & hälsa ung angav att de oftast mår bra eller mycket bra fördelat på antal skyddsfaktorer som mättes i undersökningen (Figur 3).

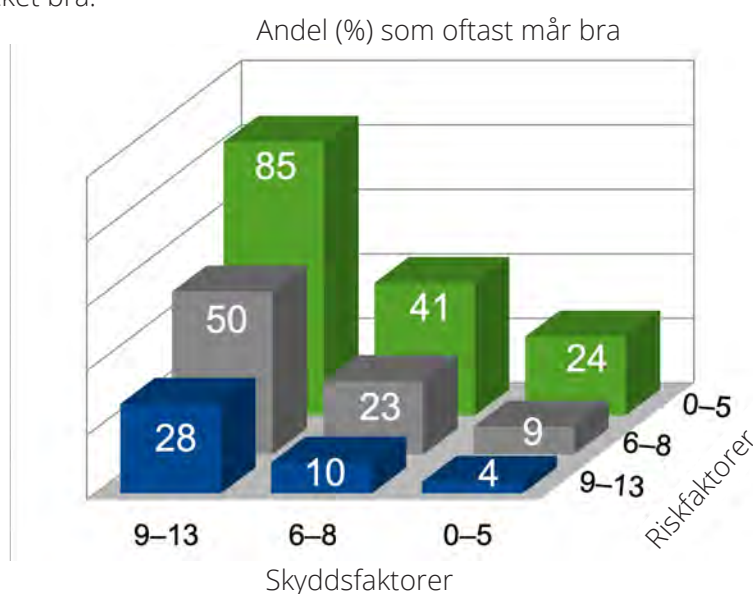


Figur 3. Andel (%) som svarat bra eller mycket bra på frågan "Hur mår du oftast?" bland grupper av elever med olika antal skyddsfaktorer.

Bland de ungdomar som rapporterat att de hade alla 13 undersökta skyddsfaktorer i sitt liv angav 96 procent att de oftast mådde bra eller mycket bra, vilket kan jämföras med 11 procent bland de som endast rapporterat att de hade 0-5 skyddsfaktorer.

På liknande sätt har Region Örebro län studerat andelen som angav att de oftast mår bra eller mycket bra utifrån 13 riskfaktorer. Mönstret är detsamma, men det omvända mot vad som kunde utläsas för skyddsfaktorerna. Andelen som mår bra minskar med ökande antal riskfaktorer. Bland de ungdomar som inte rapporterat att de hade någon av de 13 riskfaktorerna var andelen som oftast mår bra eller mycket bra 96 procent. I motsatt ända, alltså de ungdomar som rapporterade 9–13 riskfaktorer svarar endast en av tio att de oftast mår bra.

För att visa på samspelet mellan skydds- och riskfaktorer gjorde Region Örebro län också analyser av dessa 13 skydds- och riskfaktorer sammantaget utifrån samma utfall, alltså andelen elever som svarat bra eller mycket bra på frågan "Hur mår du oftast?" (Figur 4). Resultatet visar att det var 85 procent bland ungdomar som rapporterat att de hade 9–13 av de undersökta skyddsfaktorerna samtidigt som de rapporterade 0–5 av riskfaktorerna som angav att de oftast mår bra eller mycket bra. Det är slående stor skillnad med gruppen som angav 0–5 skyddsfaktorer och 9–13 riskfaktorer. I den gruppen var det endast 4 procent av ungdomarna som angav att de oftast mår bra eller mycket bra.



Figur 4. Andel (%) som svarat bra eller mycket bra på frågan "Hur mår du oftast?" bland grupper av elever med olika antal skyddsfaktorer och riskfaktorer

Det är viktigt att återigen poängtera att resultaten från ovanstående analyser inte visar på orsakssamband. De enskilda faktorerna som ingår i analysen har dessutom olika starkt samband med utfallet, även om samtliga analyserade faktorer har ett signifikant statistiskt samband som bedöms att ha en icke försumbar effekt ($OR < 0,68$ eller $OR > 1,46$).³ Figurerna ska snarare användas för att illustrera vikten av att både arbeta för att reducera riskfaktorer i den mån det är möjligt och stärka frisk- och skyddsfaktorer kring barn och unga.

I det praktiska arbetet är det viktigt att se möjligheterna i att stärka frisk- och skyddsfaktorer runt barn och unga. Ibland möter vi barn och unga som har många riskfaktorer som vi inte har rådighet över. Med kunskap om att vi alltid kan stärka frisk- och skyddsfaktorerna kan vi ändå bidra till barns hälsa, utveckling och välbefinnande och på så sätt öka deras chanser till ett gott liv. Det är i detta magin i det främjande arbetet ligger!

³ Referensen till gränsvärdena bygger på en approximation av gränsvärden för oddskvoter för när det finns en icke försumbar effekt enligt: Chen, H., Cohen, P. & Chen, S. How Big is a Big Odds Ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios in Epidemiological Studies. *Communications in Statistics - Simulation and Computation* 39, 860-864 (2010).

Att främja frisk- och skyddsfaktorer i praktiken

Att utgå från frisk- och skyddsfaktorer i det praktiska främjandearbetet kan göras utifrån flera utgångspunkter. Den första utgångspunkten är att utgå från frisk- och skyddsfaktorer som har stöd i forskningen. Många av de faktorer som är belagda i forskningen handlar om att stärka relationer kring barn och unga. En god relation mellan föräldrar och barn, goda kamratrelationer eller goda relationer mellan vuxna och elever i skolan är exempel på centrala relationella frisk- och skyddsfaktorer.

Den andra utgångspunkten är att fokusera på de frisk- och skyddsfaktorer som vi har rådighet att påverka. Ibland sorteras såväl frisk- och skyddsfaktorer som riskfaktorerna in i kategorierna direkta (proximala) och indirekta (distala) faktorer. Direkta faktorer är de faktorer som direkt kan relateras till ett specifikt utfall, medan indirekta påverkar genom andra faktorer av direkt karaktär (Andershed & Andershed, 2019). Exempel på detta är impulsivitet som kan klassas som en direkt riskfaktor för flera negativa utfall såsom normbrytande beteende eller skolproblem. Föräldrars utbildningsnivå eller ekonomiska förutsättningar kan klassas som indirekta faktorer och som inte direkt påverkar barnets eller ungdomens beteende eller mående, utan snarare påverkar föräldrars värderingar och ageranden som i sin tur kan påverka utfall hos barnet. Olika samhällsaktörer har olika stor rådighet att främja såväl direkta som indirekta frisk- och skyddsfaktorer. Vuxna som möter barn och unga har möjlighet att stärka många av de direkta frisk- och skyddsfaktorerna, medan politiker och beslutsfattare har rådighet över många av de indirekta faktorerna. I det främjande arbetet behöver båda dessa typer av frisk- och skyddsfaktorer stärkas.

En tredje utgångspunkt kan vara att sortera frisk- och skyddsfaktorer utifrån graden av komplexitet när det gäller att främja dessa. Det finns faktorer som är enkla att påverka och som skulle gynna många barn och unga, såsom gratis frukost i skolan. Det har gjorts flera pilotprojekt kring detta med positiva resultat (Livsmedelsverket, 2024). Andra frisk- och skyddsfaktorer kan vara mer komplicerade att stärka såsom barns och ungas delaktighet i den kommunala beslutsprocessen. Inom ramen för de lokala piloterna i Nu börjar vi med barnen! har utvecklingsarbeten kring detta genomförts. Läs mer i rapportserien *Nu börjar vi med barnen! Del 1 Främjandesystem börjar med ett görande*.

Det finns också frisk- och skyddsfaktorer som i forskning har visat sig ha ett starkt samband med fler utfall, såsom barns självreglering, som kan vara mer komplexa att stärka. Då kan det behövas insatser på flera nivåer i samhället och flera aktörer behöver vara inblandade. Barns självreglering utvecklas till stor del i samspelet mellan föräldern och barnet, vilket betyder att stöd i föräldraskapet är en viktig insats. Det kan dock krävas större insatser från samhället sida för att motivera föräldrar att ta emot föräldraskapsstödsinsatser. Olika aktörer kan behöva vara involverade för att informera om och motivera föräldrar om det stöd som finns att få och vilka fördelar det skulle kunna generera. Det kan också finnas ett behov av att stärka tilliten hos föräldrar till olika samhällsaktörer eller att minska praktiska hinder för deltagande. Föräldraskapsstödsinsatser kan också behöva kompletteras med andra insatser i till exempel förskola och skola. Det är dock viktigt att poängtera att även om insatserna är mer komplexa att implementera kan de vara lönsamma både i form av ekonomiskt värde och i humankapital.

Viktigt att väga samman kunskap från olika källor

Den forskningsbaserade kunskapen om frisk- och skyddsfaktorer är en viktig utgångspunkt i arbetet med att främja barns och ungas goda uppväxtvillkor, utveckling, hälsa och välbefinnande. Men vetenskaplig kunskap inom andra områden behöver också inkluderas i planering och genomförande av främjande insatser, exempelvis forskning kring insatsers effekt och implementering. Arbetet behöver vila på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap för att våra resurser ska utnyttjas på bästa sätt och för att minimera risken att göra skada. Det råder en stark enighet om detta bland såväl beslutsfattare och strateger som professioner som möter barn och unga inom olika verksamheter. Men vägen från att forskning inom ett visst område tas fram till att den används klokt i det lokala arbetet är lång och ibland snårig. Vetenskaplig evidens är dessutom endast en av flera kunskapskällor som behövs i arbetet. Det ställer stora krav på oss när vi ska väga samman kunskap från olika källor för att de verksamheter och insatser som vi vill satsa på ska ge den nytta för barn och unga som vi önskar.

Randomiserade kontrollerade studier

Forskning inom området utgår till stor del från den medicinska vetenskapstraditionen där effekter av olika behandlingsinsatser så långt det är möjligt studeras genom randomiserade kontrollerade studier (RCT). Det sker genom att människor med en viss sjukdom eller tillstånd genom slumpen fördelas i två grupper där ett behandlingsalternativ prövas mot ett annat. För att minska risken för att behandlingen ska påverkas av människors förväntningar eller att hälso- och sjukvårdspersonal behandlar patienten olika utifrån de skilda behandlingsalternativen genomförs ofta studierna utan att vare sig patienten eller personalen vet vilket behandlingsalternativ som patienten får. Detta är den studiedesign som inom medicinsk vetenskap betraktas ha högst evidensvärde. RCT-studier har också en särställning inom preventiv medicin och inom psykologisk behandlingsforskning (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017).

När det gäller främjande insatser finns det flera utmaningar med att använda sig av RCT som forskningsmetod. En viktig skillnad mellan att studera effekter av främjande insatser och insatser som handlar om att behandla en sjukdom eller ett utvecklat problem-beteende är utrymmet till förbättring. Ett gott resultat av en främjande insats kan vara en oförändrad utveckling, exempelvis att bibehålla en god psykisk hälsa bland ungdomar där den förväntade utvecklingen kan vara en minskning över tid. Utmaningen finns också med förebyggande insatser som riktas universellt, alltså till alla i en viss målgrupp utan att hänsyn tas till vilka problem eller risker som finns bland individer i gruppen. I gruppen kan det finnas en stor variation av individer med ett stort respektive litet förbättringsutrymme. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har exempelvis genomfört en utvärdering av föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn och kunde inte visa några effekter för universella föräldraskapsstödsprogram. De konstaterar att en möjlig förklaring till resultatet är att det är svårt att påvisa effekter när barn inte visat några utagerande beteenden från start (SBU, 2019). I selektiva eller indikerade insatser som riktas till individer med gemensamma riskfaktorer eller utvecklade problem/sjukdomar som kan behandlas eller åtgärdas är utrymmet till förbättring potentiellt större. RCT-studier mäter effekter av en insats genom att mäta tillståndet innan och efter en behandling/åtgärd, vilket påverkas av utgångspunkten. En annan utmaning är att det i större utsträckning saknas validerade mätinstrument för att mäta effekten av ett önskvärt beteende eller tillstånd. Som exempel kan nämnas

skillnaden mellan att mäta psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom mot psykisk hälsa eller psykiskt välbefinnande. Fyra statliga forskningsråd, Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova, konstaterade 2015 att det saknade metoder för att göra en samlad skattning för psykisk hälsa, medan de finns ett flertal frågeinstrument för att skatta förekomst av psykisk ohälsa hos barn och unga. (Bremberg & Dalman, 2015). Idag finns det inte heller väl genomförda studier baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst psykisk välbefinnande eller studier som följer utvecklingen över tid (Forte, 2021). Det är inte heller sällan att effekterna av en universell främjande insats utvärderas utifrån minskade problembeteenden, trots att syftet med insatsen inte är minskade problem.

Trots svårigheter med att utvärdera universellt främjande insatser och verksamheter med traditionella vetenskapliga metoder för att mäta effekter av en insats kan och bör forskning utgöra en grund i arbetet. I den mån det är möjligt är RCT en bra metod för att mäta effekter, men det är avgörande att välja utfallsmått som mäter det insatsen eller verksamheten syftar till att främja. Det finns dessutom andra vetenskapliga metoder för att följa upp effekter som kan användas även om osäkerhetsgraden vad gäller tolkningen av resultaten är större. När effektutvärderingar inte är möjliga att genomföra, vare sig det handlar om metodologiska svårigheter eller att det inte finns ekonomiska förutsättningar för att genomföra effektstudier då de ofta är kostsamma, bör insatsen utvärderas eller följas upp på annat sätt.

Andra sätt att bedöma vilka insatser som bör användas

Det finns många sätt att använda vetenskaplig kunskap för att öka chansen att insatsen eller verksamheten leder till det den avses att göra och att den inte leder till skada. Det finns mycket forskning som beskriver vilka faktorer som påverkar barns och ungas utveckling, välbefinnande och hälsa. Vi kan systematiskt arbeta med att främja dessa faktorer och följa upp betydelsen av insatsen eller verksamheten utifrån dessa faktorer.

I arbetet med att skapa fler främjande insatser och verksamheter är det också viktigt att inkludera andra kunskapskällor än vetenskaplig kunskap. Det är centralt att barns och ungas egna erfarenheter och kunskaper tas till vara i utvecklingen. Inte bara utifrån rättighetsperspektivet – där barn har rätt att få uttrycka sin mening och få den respekterad (artikel 12) – utan också för att de beslut som fattas och den verksamhet som bedrivs ska bli så effektiv och ändamålsenlig som möjligt. Även kunskap och erfarenhet från föräldrar och andra viktiga vuxna i barns och ungas närhet bör inkluderas i planering, genomförande och uppföljning. Inom det sociala området används ofta begreppet Evidensbaserad praktik för att beskriva hur olika kunskapskällor bör vägas samman inför ett beslut om insatser. Socialstyrelsen (2020) definierar evidensbaserad praktik som en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser:

- den bästa tillgängliga kunskapen
- den professionelles expertis
- berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman bestäms av det nationella och lokala sammanhanget, till exempel vilken tillgång som finns vad gäller lagstiftning på området, riktlinjer och sammanställning av lokal kunskap.

Det handlar i slutändan om vilken organisatorisk förmåga som finns för att använda sig av olika kunskapskällor för att få en så korrekt bild som möjligt av den verklighet som barn och unga lever i.

Att dela och utveckla erfarenhetsbaserad kompetens

Pernilla Glaser, utbildare, coach och metodutvecklare med fokus på tvärdisciplinära lärmiljöer och delaktighet

Om man pratar med någon som arbetar med andra människor som sitt uppdrag; till exempel andras välbefinnande, delaktighet, lärande, hälsa eller möjligheter att uttrycka sig, upptäcker man att deras kunskaper består av många delar och att vissa enkelt ryms inom språkets gränser medan andra är intuitiva och lagrade i kroppens erfarenhetsbibliotek.

Den fronetiska kunskapen som Aristoteles kallade den är den mellanmännsliga musikaliteten. Det är det som ibland kallas magkänsla. Magkänsla kan vara ett vilseledande begrepp eftersom det låter som något som man bara har. Men magkänsla, omdöme, förmåga att lyssna och kommunicera och omsorg är alla exempel på sådant som kan tränas och utvecklas. Den som arbetar med människors behov och möjligheter kan ofta befinna sig i en miljö där verktyg och vana att träna på detta saknas. Det blir upp till var och en att hålla reda på sitt lärande och reflektera så gott det går. När nya personer kommer in i arbetet sker kunskapsöverföring ofta från en person till en annan genom att man tillsammans befinner sig verksamheten.

En kompetens i mellanmännslighet är sammansatt. Olika delar samverkar för att nå ett specifikt resultat. Det som en enskild fritidspedagog, lärare eller socialassistent upplever som intuitivt handlande är flera kunskaper som organiserar sig så att de möjliggör varandra. Kunskapen att inför en grupp eller individ ställa den egna auktoriteten på huvudet genom att dela något personligt och kanske lite överraskande möjliggör för en ärlig dialog som också förutsätter ett villkorslöst lyssnande utan värderande. Kunskapen att självförtroende växer med konkreta uppgifter och faktiskt mandat möjliggör att skapa lagom stora utmaningar för den som ska få ökad delaktighet och samtidigt ha det egna självförtroendet att släppa kontrollen. Kunskapen att vissa saker behöver diskuteras direkt och kanske är hjälpta av att få en bestämd knuff för att kunna formuleras medan andra mår bra av att långsamt få växa till sig orörda, och erfarenheten som hjälper att avgöra när det är hjälpsamt att knuffa och när man bör avstå.

Det här är inte kunskaper som är omöjliga att beskriva men de har oftast förvärvats genom en individuell, kringelikrokig väg av olika upplevelser av mänskliga möten och förändringsprocesser. Ofta är prioritet att få vissa saker att hända och att röja

undan hinder för det, och fokus inte så mycket på att formulera vad som får det att fungera när det gör det. När människor som arbetar med mellanmännsliga förflyttningar träffas kan ofta en snabb, och ibland lite överraskad, igenkänning uppstå. Det är i praktikens erfarenhet speglingen sker, det är i beskrivningen av vad man faktiskt har varit med om som likheterna i angreppssätt och kompetens blir synliga.

När en komplex kunskapsbas (alltså en som består av kunskaper förvärvade på olika sätt som samspelar med varandra i mötet med andra, så att det upplevs som intuitivt) ska delas med en annan person sker det ofta isolerat, individ till individ i en avgränsad del av verksamheten. Att få pröva sig fram med en mentor är inget dåligt sätt att förvärva kunskap. Men om fler personer behöver få mer av den här kunskapen, behöver den delas på fler sätt.

Att dela med sig av kunskap som utvecklats i praktik med andra, är att samtidigt tillåta den kunskapen att förändras. Det gör den ofelbart när den tas emot av någon annan som översätter den till sig själv, och sina egna sammanhang. Att delge sin kunskap är därmed också att släppa taget om den, att tillåta att den förstås och förs vidare på ett sätt som skiljer sig. Till och med att möjliggöra och uppmuntra att det sker. Den grundläggande förståelsen för vad som är viktigt i mötet med en annan människa, den har alla, mer eller mindre i fokus i den egna praktiken. Alla har haft ett möte som var meningsfullt och kan plocka upp och förstå delarna som gjorde det möjligt. Alla har fantasin att föreställa sig vad kontakt med andra kan öppna och vad exkludering kan stänga och låsa.

Om kunskapsöverföring kan uppfattas som ett pågående samtal mellan olika erfarenheter, där alla inblandade är likvärdigt intresserade av vilka kunskaper och erfarenheter som är betydelsefulla för var och en, skapar det möjligheter för kunskapsdelning att vara något pågående, rörligt och ödmjukt. De som arbetar med andra människors större eller mindre förflyttningar vet ofta väl att varje person har många saker med sig som är av stort värde för de andra. På samma sätt kan vi hantera hur vi själva delar med oss av våra erfarenheter. För varje svar vi har nått fram till, metoder och perspektiv, kan vi också erbjuda en fråga.

På det sättet lär vi oss alla.

Referenser:

Andershed, A-K., Andershed, A. (2019). *Risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende bland unga: Att använda teori och forskning i praktiken*. Örebro: Örebro universitet. [Risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende bland unga: Att använda teori och forskning i praktiken](#).

Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm : Natur och kultur.

Biglan, A. (2015). *The nurture effect : how the science of human behavior can improve our lives and our world*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.

Biglan A., Flay B.R., Embry D.D., Sandler I.N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *Am Psychol*. May-Jun;67(4):257-71.

Bremberg, S., Dalman, C. (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. En Kunskapsammansättning. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova. [Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga | Vinnova](#)

Folkhälsomyndigheten (2022). Risk- och skyddsfaktorer för skador av alkohol hos barn och unga. [Risk- och skyddsfaktorer för skador av alkohol hos barn och unga — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Folkhälsomyndigheten (2024). Vårt samhälle och nära omgivning. [Vårt samhälle och nära omgivning — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Forte (2023). Fritidens betydelse för ungas psykiska hälsa – rättigheter, möjligheter och hinder. Kunskapsläge och forskningsbehov. Stockholm: Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. [Fritidens betydelse för ungas psykiska hälsa – rättigheter, möjligheter och hinder - Forte](#)

Hasson. H., von Thiele Schwarz. U. (2017). *Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Livsmedelsverket (2024). *Bättre ro och relationer med frukost i skolan*. [Bättre ro och relationer med frukost i skolan \(livsmedelsverket.se\)](#)

Livsmedelsverket (2024). *Ät vad du vill när du vill*. [Ät vad du vill när du vill \(livsmedelsverket.se\)](#)

World Health Organisation (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: *First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*. https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

Forte (2021). Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt. Stockholm: Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. [Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst \(forte.se\)](#)

