

Barnsliga sammänhang

– Forskning om barns och
ungdomars hälsa, välbefinnande
och delaktighet



Bo Nilsson & Eva Clausson (red)



I forskningsmiljön Children's and Young People's Health in Social Context, CYPHiSCO, förenar forskare vid Högskolan Kristianstad sitt intresse för barns, tonåringars och unga vuxnas psykiska och fysiska hälsa, välbefinnande och delaktighet. I CYPHiSCO bedrivs både grundforskning om faktorer som står i samband med hälsa och tillämpad forskning såsom aktionsforskning eller utvärderingar av preventionsprogram. I denna bok har vi samlat några av forskningsmiljöns aktuella forskningsprojekt. Ett genomgående tema är hur barns och ungas delaktighet och handlingsutrymme utgör viktiga aspekter av deras hälsa och välbefinnande, något som i boken ses ur ett salutogent perspektiv.

2017:5

KRISTIANSTAD
UNIVERSITY
PRESS



Högskolan
Kristianstad

Barnsliga sammanhang

– Forskning om barns och ungdomars hälsa, välbefinnande och delaktighet

Bo Nilsson och Eva Clausson (red)

Kristianstad University Press 2017:5

Tryck: Taberg 2017

ISBN: 978-91-87973-17-8

Kristianstad University Press

© Respektive författare 2017

Innehåll

Introduktion	3
Information till föräldrar som fått ett barn med funktionsnedsättning – exemplet Downs syndrom.....	7
Barns deltagande och medskapande i sociala utredningar om barns och familjers behov och resurser – "barnvårdsutredningar" och Barnahus.....	21
Fysisk aktivitet en universalmedicin – förutsatt att man tar den!	35
Barn i svenska "militära familjer" – barns berättelser om hur de reder sig när förälder åker iväg som svensk soldat på utlandsmission.....	51
Den livsviktiga musiken – Delaktighet, hälsa och funktionsmöjligheter	65
Tonårsflickors vardag och hälsa.....	79
Hur hänger inåtvända problem och utagerande beteenden hos tonåringar ihop med deras föräldrarelation?	91
Att förebygga psykisk ohälsa i skolan Utvärdering av DISA	111
Författarpresentationer	125

Introduktion

Bo Nilsson och Eva Clausson

I forskningsmiljön *Children's and Young People's Health in Social Context*, CYPHiSCO förenar forskare vid Högskolan Kristianstad sitt intresse för barns, tonåringars och unga vuxnas psykiska och fysiska hälsa, välbefinnande och delaktighet. Flera vetenskapliga ämnen bidrar med sina olika perspektiv: hälsovetenskap med sina grenar omvårdnad och idrottsvetenskap, psykologi, utbildningsvetenskap, pedagogik och socialt arbete. CYPHiSCO:s medlemmar tillhör Högskolan Kristianstads båda sektioner Hälsa och samhälle samt Lärande och miljö.

De olika disciplinerna sätter ungas hälsa i kontext av mellanmännsliga relationer, till sina föräldrar, till institutioner som skola, barnahus och särskilda boenden, samt av levnadsvillkor och sociala förhållanden. Hälsa betraktar vi i miljön som ett kontinuum med välbefinnande och delaktighet på en sida, kliniska diagnoser på den andra och symptom såsom depressiva känslor, smärtor eller dålig fitness däremellan. Inom miljön bedrivs både grundforskning om faktorer som står i samband med hälsa och tillämpad forskning såsom aktionsforskning eller utvärderingar av preventionsprogram.

I denna antologi har vi samlat några aktuella forskningsprojekt som forskningsmiljöns medlemmar nyligen avslutat eller som är pågående. Boken visar miljöns bredd där vi får möta de allra yngsta barnen och deras föräldrar, barn i samhällets utredningar och, barn med funktionsnedsättningar som skapar och spelar musik. Vi får ta del av forskning om tonåringars psykiska hälsa och välbefinnande i skola och föräldra-relationer. Ett genomgående tema är hur barns och ungas delaktighet och handlingsutrymme utgör viktiga aspekter av deras hälsa och välbefinnande som i boken ses ur ett salutogent perspektiv.

I första kapitlet ger Gerth Hedov en bakgrund till utarbetandet av nya riktlinjer för den information som ges till föräldrar som fått ett barn med Downs syndrom. Vad sägs och vad görs inom förlossnings- och barnsjukvården när ett barn föds med ett syndrom, funktionsnedsättning eller kromosomavvikelse? Hur reagerar föräldrarna i den för dem nya, oväntade, okända och ofta skrämmande situationen? Vad vill föräldrarna ha och vad behöver de ha för initialt omhändertagande? Gerth Hedov var en av experterna som formulerade de nya medicinska riktlinjerna som tar sin utgångspunkt både i beprövad erfarenhet och i forskning.

När ett barn misstänks vara utsatt för våld eller övergrepp ansvarar socialsekreterare för att se till att barnets skydd säkras och att utreda barnets och barnets familjs behov av stöd och resurser. Ann-Margreth E. Olsson beskriver i sitt kapitel socialsekreterares arbete med att involvera barn i sociala utredningar och utredningsarbete, det som brukar kallas "barnavårdsutredningar". Barns egna berättelser och synpunkter är viktiga att beakta i både i det sociala utredningsarbetet och i forskning om detta.

Människans anatomiska och fysiologiska system har under evolutionen utvecklats för att anpassa oss till de krav vi utsätts för vilket kräver stimuli från fysisk aktivitet, annars riskerar de vånader vi inte använder att försvagas. Ann-Christin Sollerheds forskning visar stora skillnader i fysisk status och attityder till fysisk aktivitet bland ungdomar (16-19 år) på olika utbildningsprogram i gymnasieskolan. Elever på praktiska program hade sämre fysisk status än elever på teoretiska program. En ökning av antalet idrottslektioner per vecka hade effekt på yngre barns (6-12 år) fysiska status. Attityder till sin egen kropp och till fysisk aktivitet under ungdomstiden verkar spela en viktig roll för hur man ser på sig själv i tillvaron, vilket har betydelse för stresshanteringsförmåga och upplevelse av hälsa.

Anställda inom svenska försvarsmakten förväntas regelbundet delta i internationella militära insatser. Skillnaden mellan andra yrken med långa perioder av frånvaro hemifrån, är att soldaten förväntas att vara redo för att delta i krig och att röra sig i riskfyllda områden med krig och terror. Ann-Margreth E. Olssons kapitel handlar om vad barn i svenska "militära familjer" berättar om när förälder åker iväg, hur det blivit därhemma i barnens perspektiv, hur de klarar situationen och vilka råd de har till andra barn i liknande situation. Barnens berättelser är del av en större studie om det sociala stödet till soldater, veteraner och deras anhöriga som bedrivs vid Högskolan Kristianstad.

Det estetiska området har visat sig viktigt för människors möjlighet att uttrycka sig och kommunicera med andra. Förmåga till socialt och kulturellt deltagande har stor betydelse för individens hälsa och välbefinnande. Med utgångspunkt i några musikprojekt, diskuterar Bo Nilsson delaktighet, hälsa och möjligheter i relation till musikaliska aktiviteter hos barn och unga med funktionsnedsättning. Att spela och skapa musik med digitala musikinstrument, som t.ex. iPads och synthesizers, stödjer autonomi och kreativitet och ger ökad möjlighet för barn och unga med funktionsnedsättning att delta i olika slag av musikaliska aktiviteter, vilket även ökar deras handlingsutrymme. Att uttrycka sig med musik och andra estetiska uttrycksmedel kan ses som en grundläggande rättighet i ett demokratiskt samhälle.

Fler flickor än pojkar rapporterar att de känner sig stressade och färre flickor uppger att de trivs med livet, skillnader som har ökat över tid. Eva-Lena Einberg och Eva Clausson beskriver i sitt kapitel resultat från en studie om tonårsflickors upplevelse av sin vardag präglad av en medvetenhet om den genusordning som råder i samhället med olika krav och orättvisa. Pojkar får ofta extra utrymme i mer positiva sammanhang medan flickor förväntas vara duktiga i skolan och göra karriär samtidigt som de skall behaga och tillfredsställa. Betydelsen av samhörighet och stöd från vänner liksom goda relationer med familjen var något som flickorna var väl medvetna om. För att kunna göra aktiva val och uppnå mål för sin utbildning utifrån egna förutsättningar oavsett kön är kunskap om hur såväl flickor som pojkar upplever sin vardag viktig.

Depressiva symptom hos tonåringar förekommer så frekvent att de utgör ett folkhälsoproblem och utagerande problem under tonåren kan innebära negativa risker i vuxenåldern. Johanna G. Masche-No presenterar i sitt kapitel sin undersökning av tonåringars och föräldrars ömsesidiga emotionella upplevelser i relation till uppkomst av inåtvända och utagerande problem. Inåtvända problem kan exempelvis vara ensamhet eller låg självkänsla medan utagerande beteende kan visa sig i form av konsumtion av alkohol och cannabis, normbrytande eller aggressiva beteenden. Utagerande beteenden ledde till negativa emotionella reaktioner från föräldrarna. Tvärtom vad som kunde förväntas fanns, förutom enstaka effekter av föräldrars överdrivna kontroll och barns ovilja att berätta för sina föräldrar, inget som förklarade inåtvända problem. Ett representativt urval av 1 731 elever och 290 föräldrar deltog i undersökningen.

Ungdomars självrapporterade symptom på psykisk ohälsa, såsom sömnproblem och oro, har ökat de senaste decennierna framförallt bland flickor. Pernilla Garmy och Eva Clausson beskriver i sitt kapitel Din Inre Styrka Aktiveras (DISA) som är ett skolbaserat program grundat i kognitiva beteendetekniker med avsikt att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar genom att vända negativa tankar. Programmet är vanligt förekommande på svenska högstadieskolor, framför allt för flickor, men även för pojkar och genomförs då nästan alltid av elevhälsans personal. En utvärdering av DISA som presenterades av Pernilla Garmy i form av en doktorsavhandling 2016 tyder på att programmet kan förebygga depressiva symptom och stärka ungdomars självskattade hälsa, samt att kostnaden är låg i förhållande till dess effekt. Programmets salutogena komponenter kan dock behöva lyftas fram ännu mer.

Vår förhoppning med denna antologi är att den ska väcka intresse för vår forskning om hälsa och välbefinnande som är relaterade till barn och ungdomar samt bidra till diskussioner i sammanhang som involverar barn och deras mående. En god hälsa för hela befolkningen inkluderar i hög grad barn och ungdomar som utgör mer än 20 % av vårt framtida samhällskapital.

Information till föräldrar som fått ett barn med funktionsnedsättning – exemplet Downs syndrom

Gerth Hedov

Detta kapitel handlar om arbetet med att utforma riktlinjer för hur man möter och ger stöd till föräldrar som fått ett barn med funktionsnedsättning (Downs syndrom). Tidsmässigt rör det om den första tiden för föräldrarna, om vad som sägs till dem och vad som görs inom förlossnings- och barnsjukvården. Hur reagerar föräldrarna i den för dem nya, oväntade, okända och sannolikt skrämmande situationen? Vad vill föräldrarna ha och vad behöver de ha och inte minst vad ges de för initialt omhändertagande? De nya nationella medicinska riktlinjerna har för första gången fått ett eget avsnitt som handlar om just detta första omhändertagande. Avsnittet har sin utgångspunkt i både beprövad erfarenhet och empirisk forskning. Vårdprogrammet presenterades 21 mars 2013.

Detta arbete kan också ses som ett exempel på hur man kan ”fånga upp” ett vårdproblem från empirin, processa det genom forskningsprocessen och hur man sedan implementera resultatet åter till empirin.

Bakgrund

Vid två tidigare tillfällen har det kommit ut nationella riktlinjer för barn och vuxna med Downs syndrom (DS) i Sverige 1977 och 1983. I de första från 1977 (Socialstyrelsen) redogörs väl för hela den situation som har att göra med den första informationen och stödet till nyblivna föräldrar som fått ett barn med funktionsnedsättning. Detta skrevs när kunskapen om traumatiska kriser var ung. Cullbergs bok *Kris och Krisutveckling* gavs ut 1975 och Socialstyrelsens riktlinjer skrevs i nära anslutning till denna. Kapitlen benämns: huvuddragen i informationsprocessen och psykologiska aspekter på den medicinska informationen och avslutas med 15 punkter att tänka på i denna situation. Den andra skriften (Annerén 1983) som behandlar ämnet än mer riktat mot föräldrar till barn med DS kom ut 1983. Skriften är mycket mer medicinskt hållen och har en helhetssyn på barnet och dess medicinska tilläggsåkommor och ser även till vad som kan göras åt dem. Även barnens motoriska träning lyftes fram. Man betonar att föräldrarna ska ha kontakt med en och samma läkare under hela den initiala sjukhusvistelsen. Läkaren ska vara specialist i pediatrik och erfaren att ta hand om och möta föräldrar i kris

och chocktillstånd. Läkaren ska samordna barnets vård och knyta kontakter med övrig vårdpersonal. Detta förefaller således vara en punkt som man har misslyckats med, se nedan. Lokala riktlinjer har cirkulerat efter det, till exempel från ett symposium i 1990 anordnat av Stiftelsen Sävstaholm.

Så år 2012 var det dags att skriva nya nationella riktlinjer och jag var en av 19 andra ”experter” i Sverige som blev tillfrågad om att ingå i det arbetet som hade Uppsala som bas. Att jag skulle bidra med ”min” del var i viss mån logiskt då jag vid denna tidpunkten var den sista i Sverige som doktorerat på området. Mitt uppdrag var att skriva ett avsnitt om information och stöd till föräldrarna när barnet var nyfött, som ju hade varit mitt forskningsområde. De tidigare nationella riktlinjerna som nämnts ovan, hade egentligen inget eget avsnitt som tog upp om föräldrarnas initiala situation och behandlades relativt summariskt och var helt erfarenhetsbaserade. Alltså byggde inte på forskning. I de nya riktlinjerna skulle området få ett eget avsnitt. Jag kommer på slutet att helt kort diskutera att just i detta fall så sammanfaller den erfarenhetsbaserade kunskapen delvis med den kunskap som är inhämtat från empirisk forskning.

Under 2012 blev jag alltså kallad till Uppsala i egenskap av nationell ”expert” inom mitt område, ”den första informationen och det första stödet till föräldrar som fått ett barn med Downs syndrom”. Syftet med träffarna var att formulera och skriva nya medicinska riktlinjer. Vi, experterna hade det gemensamt att alla arbetade kliniskt eller forskade om barn med DS inom olika områden. Alla organsystem skulle täckas av och områdena skulle uppdateras till det aktuella kunskapsläget.

De nya riktlinjerna presenterades 21 mars 2013 och har reviderats en gång (2014) sedan dess. Den 21 mars varje år infaller den internationella Downs Syndromdagen. Datumet är valt för att det symboliserar det 21:a kromosomparet och den tredje månaden som ska betyda att det finns tre av kromosom nummer 21, alltså trisomi 21 som DS också kallas. Det är ett vanligt amerikanskt sätt att ”leka med” siffror för att uppmärksamma något av intresse. Vill man vara med och uppmärksamma dagen så kan man under den dagen ha olikfärgade eller ett udda par strumpor på sig.

Downs syndrom

Downs syndrom (DS) är en kromosomavvikelse och är den vanligaste enskilda orsaken till funktionsnedsättning (Gustavson 1987) och årligen föds det mellan 100-200 barn med denna kromosomavvikelse i Sverige (Socialstyrelsen 2016). För mer information om DS hänvisas till (Annerén, Johansson, Kristiansson och Löow, 1998).

Så mycket positivt har hänt med vården av barnen de senaste 30 till 40 åren. Den medicinska vården av barn/individer med DS har under den senare halvan av 1900-talet dramatiskt ökat deras medellivslängd (Tabell 1). Förbättringarna påbörjas redan inom mödrahälsovården och följs sedan upp med en tidig och offensiv strategi att behandla och följa upp barnens eventuella medicinska problem. För hundra år sedan så dog barnen innan de var fem år fyllda. Detta är således ett resultat av medicinska och omvårdnadsmissigheter framgångar under lång tid men det betyder förstås inte att den bakomliggande kromosomavvikelsen har blivit ”lindrigare”.

Tabell 1. Medianåldern för personer med Downs syndrom har ändrats under knappt ett sekel.

År	Medianöverlevnad
1920	ca 3 år
1955	ca 13 år
1972	ca 32 år
1992	ca 57 år
2002	ca 60 år
2010	ca 62 år
2015	ca 65 år

Den oväntade födelsen av ett barn med medfödd kronisk sjukdom, såsom DS, utmanar föräldrarnas förmåga att anpassa sig på ett sätt som de sällan eller aldrig annars behöver (Cardone, Gilkerson, 1992).

Föräldrarnas reaktioner

Den första informationen om ett livslångt handikapp utlöser i regel en krisreaktion hos föräldrarna och efter hand, då åren går, kan de flesta föräldrarna anpassa sig till de nya premisserna för livet Gustavsson (1985). Familjen som har ett barn med DS fungera ofta som ”modellfamiljen” för andra familjer som har ett barn med andra medfödda missbildningar, syndrom eller funktionsnedsättning. Downs syndrom är även ett välkänt och väl avgränsat tillstånd. Med ”modellfamiljen” menar jag i denna text ingen egentlig ”riktig” familj utan snarare den stereotypiska bilden/uppfattningen av en familj där det förekommer ett barn med medfödda missbildningar, syndrom eller funktionsnedsättning. Kanske helt enkelt bara den familjen som är synligast i vårt samhälle. Downs syndrom är ju den enskilt största orsaken till funktionsnedsättning, se ovan.

En stor del av de föräldrar som fått ett barn med DS eller annat missbildningssyndrom/funktionsnedsättning har ett stort behov av att spontant få prata om hur de fick den första informationen. Med detta menas det första omhändertagandet på sjukhuset och situationen däromkring då barnet är nyfött. Detta behov kan vara lika starkt vare sig barnet är mellan två eller trettio år (Cunningham 1994). Det råder oenighet om vad föräldrarna behöver för information vid det första och vid senare informationstillfällen. En viktig utgångspunkt är att föräldrarnas anpassning till den nya situationen innebär en kognitiv återuppbyggnadsprocess. Bilden av det väntade perfekta barnets försvinner från föräldrarna och barnets diagnos resulterar i oändliga frågetecken. En del föräldrar upplever känslor av förlust och sorg över sitt idealt föreställda barn och behöver sörja. De flesta upplever en stor osäkerhet om sina egna känslor, förmågor och inte minst inför framtiden. Föräldrarna behöver information för att förstå vad som hänt och hjälp med att så småningom få ordning på sin tillvaro igen.

Många föräldrar kan ha olösta svårigheter som de dras med lång tid efter barnets födelse och det initiala omhändertagandet i samband med diagnosbeskedet. Man brukar tala om två olika teman:

En mindre grupp föräldrar förknippar vissa känslor i relation med barnets handikapp såsom sorg och/eller förlust av något som kunde ha varit en del frågar sig, varför hände detta oss? Ibland har de ihållande känslor som "kronisk sorg" (Olshansky, 1962; Wikler, 1981). Den andra är föräldrar som uttrycker starkt kritiska röster om hur dåligt det initiala omhändertagandet och informationen på BB eller nyföddhetsavdelningen var. De kan ha behov av att få återberätta och söka bekräftelse på att de faktiskt blev dåligt informerade, omhändertagna och stöttade. Detta för att bland annat dementera att de inte är "neurotiska föräldrar" som inte accepterar barnets handikapp. Vissa föräldrapar kan med rätta hävda "varför sa de inget till oss tidigare...trodde de inte att vi kunde höra sanningen om vårt barn? "

Ytterligare andra har ihållande besvikna intryck beträffande relationen mellan dem och vårdgivare som till exempel "Jag litar inte på dem nu...inte efter alla lögnar och undanglidanden... sedan kommer dom och säger att barnet har DS", "Läkaren betedde sig konstigt han tittade varken på oss eller på barnet och han gick alltid sin väg så snabbt han kunde".

Cirka 40-80 procent av föräldrar till barn med olika missbildningsyndrom/handikapp uttrycker missnöje med hur de blev informerade och omhändertagna enligt internationella studier från 1960 talet och

framåt. Det är således inte helt fel att påstå att cirka hälften av föräldrarna är och fortsätter att vara missnöjda med detta (Tabell 2). Föräldrarnas tillfredsställelse med den första informationen och det första stödet började uppmärksammas på 1960 talet. Men utvecklingen av denna del har inte följt med den utveckling som har skett med den medicinska vården av barnet.

Tabell 2. Andel föräldrar som varit nöjda med den första informationen om Downs syndrom, rapporterade från olika studier under 40 år.

Studie	Andel nöjda föräldrar %	n	År
Drillien & Wilkinson	60	71	1964
Berg, Gilderdale & Way	54	95	1969
Smith & Phillips	61	54	1978
Lucas & Lucas	52	79	1980
Cunningham, Morgan & McGucken	42	62	1984
Murdoch	50	117	1990
Kollberg*	37	104	1992
Rastelli & Pothos	25	40	2000
Hedov	45	165	2002

*Svenska DS föräldrar i Kollbergs Nordiska studie.

Tabellen ovan visar hur stor andel av föräldrarna som är missnöjda med stödet och informationen över tid och från olika delar av världen. Nu kan man fundera på hur denna process är uppbyggd i olika delar av världen och sannolikt ser den olika ut på olika platser. Men oavsett det så lyckas inte sjukvården bättre eller sämre på något ställe utan andelen missnöjda föräldrar är ungefär densamma. Att ge första informationen är en svår, komplex och kvalificerad uppgift som kräver erfarenhet och empatisk förmåga. All sjukvårdspersonal som arbetar med dessa familjer initialt behöver kunskap och läras upp. Att man framgångsrikt lyckats informera och stödja en tidigare familj betyder inte nödvändigtvis att det sättet fungerar i nästa familj. Det kommer, även med nya riktlinjer, att krävas ett visst mått av improvisation, dock inom riktlinjernas ramar, se nedan. Situationen tycks vara sådan att diagnosbeskedet och stödet i samband med födelsen i hög grad är beroende på förmågan att improvisera hos vårdpersonalen. Detta sammanfattades av Spain och Wigley redan 1975 ungefär på följande sätt "En möjlig orsak till varför goda riktlinjer inte finns tillgängliga är det faktum att ingen har det övergripande ansvaret för att föräldrarna får den hjälp och det stöd som vi redan vet att de behöver".

Föräldrarnas missnöje med första informationen

Vi vet nu alltså hur många som är missnöjda med den första informationen och stödet men vad är de missnöjda med? Ja, föräldrarnas kritik är ganska lika och kan delas in i tre breda kategorier, samtliga relaterar till den första information som föräldrarna får:

- (1) Sättet som de blev informerade om diagnosen exempelvis: osympatiskt, känslolocket (affärsmässigt), för snabbt och de förstod inte vad som sades.
- (2) Problem med informationen exempelvis: vad som kan göras, ofta alltför negativ, felaktig och motsägelsefull information, vilseledande och föråldrad och ibland även förvägrad information.
- (3) Organisatoriska aspekter på informationen, exempelvis: fördröjd information, svårigheter med att få hjälp, brist på avskildhet, brist på samordning av vårdinsatser (Cunningham 1985).

Trots att det internationellt sett kommit en del förslag på förbättringar inom området allt sedan 1960-talet (Tizard & Grad, 1961; Wolfensberger, 1967; Cunningham & Davis, 1985, Hedov, 2002 och Skotko, Capone & Kishnani 2009) verkar förändringar ske långsamt och förbättringar faller snabbt i glömska vid organisatoriska förändringarna inom vårdapparaten. Vårdproblemet kvarstår alltså efter trendskiften och personalbyten varvid arbetet med att optimera situationen för föräldrarna ständigt bör uppmärksammas.

Det finns också vissa allmänt spridda uppfattningar som fungerar som barriärer för förändringar inom området. Det kan vara uppfattningen att det är så lite man kan göra för att förbättra situationen för barnet och föräldrarna. Eller myten om att det inte finns något bra sätt att berätta ”dåliga nyheter” på och att föräldrarna alltid reagerar med ilska mot budbäraren. Man har också visat att läkare var ovilliga att tillstå att de informerat föräldrar till barn med handikapp på ett för föräldrarna dåligt sätt (Jacobs 1977). Läkarna menade istället att föräldrarnas negativa reaktion var oundviklig som en reaktion på barnets handikapp. På ett sätt är detta en patologisk tolkning av föräldrarnas reaktion. Genom att förklara deras reaktioner inför barnets icke behandlingsbara handikapp obstrueras naturligtvis sökandet efter alternativ. Denna självuppfyllande profetia är relativt utbredd inom området. Föräldrarnas minnesförmåga beträffande den första informationen och omhändertagandet är dessutom starkt ifrågasatt. De anses vara förvirrade och för känslomässigt upprörda då minnet ska återkallas. Man menar att minnet har blivit

gammalt och har på grund av senare händelser antagit en schablonartad och inövad version som föga överensstämmer med hur det en gång var. Därmed skulle föräldrarnas kritik av vad som sades och gjordes vid det initiala omhändertagandet inte vara relevant (Cunningham 1994).

Även om många föräldrar tycker att det är svårt att komma ihåg all information de fick vid denna tidpunkt är det än mer sannolikt är att de inte fått tillräckligt med tid för att tillgodogöra sig all information. Deras minnen har dock karaktären av livfulla detaljerade minnesbilder ofta förknippade med starka känslor. Detta är inte långt ifrån den forskning som görs inom minnesforskningens område "flash bulb memories". Vilket på svenska blir ungefär "skarpa minnesbilder som blixtnabbt kan återkallas". Minnena av betydelsefulla emotionella händelser som påverkar ens eget liv anses vara en mer tillförlitlig informationskälla än inläring och repetition av en händelse (Rubin 1984). Studier har även visat en hög överensstämmelse mellan föräldrarnas beskrivning av den information de fått om DS hos sitt barn kort efter födelsen och flera år senare (Cunningham 1994).

Antagandet att föräldrarnas erfarenheter av diagnosbeskedet och tiden däromkring skulle vara starkt påverkade av deras interna patologiska faktorer är allvarligt. Denna myt bygger på att de värderingar och åsikter som budbäraren har om det som ska meddelas (i detta fall ett diagnosbesked av ett medfött missbildningssyndrom) är desamma som föräldrarna har. Detta måste starkt ifrågasättas för endast mottagaren av denna information kan bedöma vilken inverkan informationen har på jaget och ens livssituation. Om budbäraren tycker att det som ska delges föräldrarna är "dåliga" nyheter som måste "avslöjas" antyder det en negativ tanke som sannolikt överförs till föräldrarna. Hur föräldrarna uppfattar informationen kan innehålla hela skalan av de uppfattningar och värderingar man har sedan gammalt. De kan inkludera ens egen uppfattning av personer med handikapp, varför man från början ville ha barnet, tidigare erfarenheter av handikapp, kulturellt invanda mönster av handikapp och en mängd faktorer relaterade till den egna familjen och slakten. Då det är vanligt att föräldrarna tycker sig få för mycket negativ information om barnets tillstånd och att de är negativa till budbärarnas sätt att informera kan faktiskt antyda ett patologiskt synsätt hos vårdgivarna snarare än hos föräldrarna. Det finns evidens som talar emot att föräldrarnas kritiska reaktion på diagnosbeskedet är oundvikligt och att de projiceras på budbäraren, se nedan.

Föräldrar är oftast overseende med att vårdgivare har det jobbigt och svårt att komma till hjälp så länge de känner att de får uppriktiga förklaringar och blir informerade om anledningarna till dessa svårigheter.

Andra uppgifter kommer från studier som visar att om ett strikt program för informationsprocessen efterlevs så uppnås tillfredsställelse men endast 25 % av föräldrarna blir nöjda om programmet inte följs (Cunningham 1984). Detta indikerar att en stor del av missnöjdheten kan relateras till ett dåligt första omhändertagande och ett dåligt stöd till föräldrarna.

Föräldrarnas tillfredsställelse var också starkare associerad till proceduren kring det första omhändertagandet och informationen än till interna karaktärer så som personlighet och deras förmåga till coping. Således, om föräldrarnas missnöje med informationen vore relaterad till interna karaktärsdrag (patologiska), borde inte missnöje med informationen alltid förekomma hos vissa föräldrar oavsett kvaliteten på den initiala informationen?

Bättre samordning av vårdinsatser, bättre service, stöd och kontaktperson gav föräldrar till barn med DS i förskoleåldern bättre tillfredsställelse i jämförelse med de som inte erhöll detta. I en tidigare studie fann man dock inget samband mellan tillfredsställelsen av den första informationen om barnets handikapp och tillfredsställelsen med samhällets service som de senare fick (Sloper 1991). Föräldrarna är bra på att hålla isär procedur och innehåll. Vilket betyder att de av förklarliga skäl mycket väl kan vara ledsna för att de fått ett barn med DS men att de skulle bli ”tilläggsledsna” för att de fått dålig/ogenomtänkt första information (procedurbetingat) och stöd verkar inte optimalt.

Det verkar således klart att föräldrarnas minnen av och tillfredsställelse med det första omhändertagandet och information kan betraktas med viss tillförlitlighet. Då iakttagelserna dessutom är specifika för situationen borde de tas på allvar och användas till att utveckla ett ”gott omhändertagande” i stället för att som så många gånger negligeras. Detta skulle sannolikt hjälpa till att reducera det trauma och den stress föräldrarna erfar och förutsättningar för att goda relationer mellan föräldrar och vårdgivare skulle därmed också kunna skapas.

I Storbritannien skrev Cunningham m fl. (1984) riktlinjer som hade positiv effekt på föräldrarnas tillfredsställelse och samtliga familjer (n=11) som deltog i studien blev nöjda med själva informationsprocessen. En teoretisk disposition för hur den första informationen och stödet har tidigare saknats. Men Dent och Carey (2006) menar att man ska skilja på själva informationsprocessen och stödprocessen. Att tänka så kan vara en bra utgångspunkt.

Skotko m fl. (2009) presenterades en systematisk litteraturgenomgång där man sammanställde vetenskapliga arbeten inom området mellan 1960 till 2008. Man ämnade formulera evidensbaserade riktlinjer för hur man ska förmedla den första informationen och stödet. Deras slutsats var att föräldrar som fått ett barn med DS vill få själva diagnosen tillsammans och av deras obstetriker och barnläkare tillsammans. Samtalet ska hållas i ett avskilt rum så fort diagnosen DS misstänks. Korrekt och uppdaterad information ska ges som också ska inkludera lokala stödgrupper och andra lokala resurser.

När det gäller svenska förhållanden har det endast ett fåtal gånger skrivits förslag på riktlinjer om vad som sägs till och görs med föräldrar som fått ett barn med medfödd missbildning/syndrom den första tiden, däribland DS. Den senaste inom område kom från Socialstyrelsen för snart 30 år sedan som nämndes ovan. Dessa riktlinjer var helt erfarenhetsbaserade.

De nya nationella medicinska riktlinjerna

Nedan sammanfattas vad nutida svenska föräldrar till barn med DS tycker är viktigt beträffande den första informationen och stödet. Förslagen baseras på den senaste forskningen om svenska förhållanden. Svenska föräldrar till barn med DS har tillfrågats om sina erfarenheter av den första informationen och stödet och deras synpunkter ligger till grund för riktlinjerna. Riktlinjerna korrelerar också bra med resultaten från den litteraturgenomgången som nämndes ovan (Skotko et al. 2009) där man sökte evidens för bästa sättet att förmedla den första informationen och stödet.

Riktlinjerna utgår från resultaten från en medicinsk doktorsavhandling (Hedov, 2002) som bland annat gav empiriskt stöd åt de äldre erfarenhetsbaserade riktlinjerna. Barnen med DS i studierna var födda 1989-1993 och var mellan 3.57 år vid tidpunkten för studien (medel 4.7 år). Endast ”friska” barn med DS ingick, det vill säga barn utan komplicerat hjärtfel, leukemi eller andra missbildningar. Föräldrar som inte behärskade det skrivna svenska språket exkluderades också. Av 207 möjliga föräldrar inkom svar från 165 som representerade 86 familjer bestående av 86 mödrar 79 fäder.

I avhandlingen användes både kvantitativ och kvalitativ metod. Ett frågeformulär som handlade om hur föräldrar till barn med DS blivit informerade och stöttade initialt utvecklades och testades. Frågorna konstruerades utifrån tidigare forskning inom området. Frågeformuläret avslutades med att föräldrarna fritt fick skriva om sin erfarenhet från den första informationen. Dessa texter analyserades med kvalitativ metod.

1. Lämna diagnosbeskedet mellan 6 och 24 timmar efter förlossningen.

Detta kan vara en optimal tidpunkt att ge den initiala informationen om barnets diagnos. Föräldrarna verkar behöva ”smälta” själva förlossningen innan de kan ta emot informationen och de som fick första informationen före 6 timmar tyckte att de fått informationen för tidigt. För sen information är dock än sämre då de mest missnöjda föräldrarna var de som fått den första informationen mer än 24 timmar efter förlossningen. Tiden är i och för sig inte en kritisk faktor. Det finns situationer där en fördröjning av information är acceptabla exempelvis vid komplicerad eller långdragen förlossning eller vid andra medicinska komplikationer. Som tidigare nämnts accepterar oftast föräldrarna sådana orsaker till fördröjningen. Det finns exempel på att informationen kan ges för tidigt, exempelvis alldeles efter ett kejsarsnitt, då föräldrarna mest av allt behöver lugn och ro för att återhämta sig. Principiellt bygger den mycket tidiga informationen på en strävan att undvika situationer där vårdgivare tvingas återhålla informationen för föräldrarna, för att man inte ska hamna i en oärlig vårdsituation.

2. Samtala med båda föräldrarna tillsammans

Se till att båda föräldrarna är närvarande vid första informationen liksom vid alla planerade samtal om deras barn och sin situation. Utgångspunkten är att de flesta människor klarar av det som är svårt bättre om de har stöd av andra närstående eller närstående vän/släkting. Om det som ska berättas för föräldrarna utgör oundvikliga problem för budbäraren, varför då sätta föräldrarna i denna sårbara position? Att vara fler än en som tar emot beskedet gör att de lättare kan hålla sig till de fakta som faktiskt delgavs dem då de vid senare tillfällen pratar om det som sades.

3. Ge föräldrarna mycket tid på en ostörd plats.

Att avsätta ”mycket tid” signalerar till föräldrarna att man tar seriöst på deras situation vilket är positivt för dem och är lätt för dem att förstå. Att få mycket tid var ett starkt önskemål från de flesta föräldrar. Många föräldrar är missnöjda med att de fick beskedet i en tidspressad situation, inte för dem men för informatören. Det fanns dåligt med tid att ställa frågor och att tänka efter vad man ville ha svar på. Detta kan föräldrarna tolka som ett undvikande. Genom att ge föräldrarna tid visar man dem respekt och samtidigt en gest som i efterhand mestadels uppfattas som positivt. Man skapar även möjlighet att etablera viss kontroll över vad det är som händer med dem. Att ge dem tillräckligt med tid är sannolikt den viktigaste av de strukturella faktorerna.

Se till att ett uppföljande samtal med föräldrarna planeras. Detta bekräftar att det är orimligt för föräldrarna att tillräckligt införliva all den information som kommer upp vid det första tillfället och att föräldrarna inte pressas att memorera allt som sades. Det kan också vara av värde för dem att notera frågor och funderingar till detta senare tillfälle.

4. Ge föräldrarna återkommande information, lyssna på dem och svara på deras frågor.

Planera in en ny träff med dem efter varje avslutat samtal under den första vårdperioden. Ge dem så pass gott om tid så att de kan formulera frågor, uppmana dem att skriva ner dem då de kommer på dem. Bekräfta föräldrarna och se till att personalen inte undviker dem.

5. Ge saklig information om barnets aktuella problem med ett enkelt språk.

Ge inte alltför ensidig negativ information. Försök att bara tala om sådant som är aktuellt just nu och utelämna eventuella tilläggsproblem som kan komma långt fram i tiden. Mängden information har visats sig vara en viktig komponent för att föräldrar ska vara nöjda med den första informationen.

6. Tala om vad som kan göras åt problemen då de förs på tal.

Kom ihåg att alla barn med DS inte har alla medicinska problem. Sträva efter berätta om vad som rent medicinskt kan göras åt de aktuella problemen och det som föräldrarna frågar om. Försök att förmedla att de flesta medicinska problemen är behandlingsbara. Nämn också att det finns ett medicinskt vårdprogram. Bara genom att lämna den informationen kan göra att det blir lite lättare för föräldrarna. Det finns en plan.

7. Tilldela föräldrarna tidigt en kontaktperson på avdelningen.

De flesta föräldrar uppskattar att tidigt få en kontaktperson på avdelningen som de i första hand kan vända sig till. Personen blir tidigt invigd i just deras situation och ska vara med vid samtalen med föräldrarna.

8. Erbjud föräldrarna möjlighet att träffa andra föräldrar till lite äldre barn, som kan ge information om det dagliga livet med barnet.

Då många föräldrar har frågor om det dagliga livet med sina barn hemma kan man erbjuda dem att få träffa föräldrar till barn som är lite äldre (se till att ha den möjligheten). Detta kan erbjudas efter den allra första tiden då föräldrarna kan tänkas acceptera ett sådant erbjudande.

Slutsats

Födelsen av ett barn med DS eller andra genetiskt betingade sjukdomar, syndrom eller missbildningar inbegriper på flera sätt hela familjen, vilket ställer speciella krav på information och omhändertagande. Personal inom hälso- och sjukvården behöver kunskaper och färdigheter för att hantera denna breda sociala situation (MFR 1994, Genetisk insyn). Informationen och stödet av föräldrar till barn med medfödd funktionsnedsättning har studerats och diskuterats sedan 1960 talet (Tabell II). Den empiriska kunskapen inom området är i nuläget relativt omfattande och entydig. Man vet hur föräldrarna vill att processen med information och stöd ska vara. Kunskapen finns men förefaller vara svår att hålla vid liv och faller lätt i glömska. Detta kan orsakas av flera saker till exempel när organisatoriska förändringar sker inom akutsjukvården, där många professioner är inblandade, rationaliseringar och där personal kommer och går.

Dessa anledningar kan förklara varför cirka hälften av föräldrarna förblir missnöjda med den första informationen och stödet, en siffra som verkar relativt stabil över tid, som visas i tabell II. Det förekommer således ingen automatisk och självklar förbättring inom området trots de stora förbättringar av den medicinska vården av barnen som skett under de senaste 50 åren.

Informationen och stödet ska vara individuellt anpassade till föräldrarna. Men innehållet i informationen och själva informationsprocessens uppbygg bör förbli detsamma. Att man framgångsrikt lyckats informera och stödja en tidigare familj betyder absolut inte att det sättet fungerar i nästa familj. Alltså, även med nya riktlinjer kommer det att krävas ett visst mått av improvisation och social finkänslighet, dock inom riktlinjernas ramar.

Avslutningsvis vill jag bara helt kort kommentera förhållandet mellan erfarenhetsbaserad kunskap och kunskap inhämtad via empirisk forskning. Empiri och internationell litteratur visar att ungefär hälften av föräldrarna fortfarande är missnöjda med den första informationen och det första stödet de får när deras nyfödda barn har en medfödd kromosomavvikelse/missbildning eller syndrom. Fyra av punkterna i det nya programmet är helt nya och kommer enbart från den empiriska forskningen. I de andra fyra punkterna stöder empiriska resultat tidigare erfarenhetsbaserade riktlinjer. Det fanns således en del likheter och kanske det som saknades i de tidigare erfarenhetsbaserade riktlinjerna är sådant som är svårt att fånga med enbart erfarenhet?

Referenser

- Annerén, G. (1983). *Behandling av barn med Downs syndrom*. Allmänna råd från socialstyrelsen (1983:1). Stockholm: Liber.
- Annerén, G., Johansson, I., Kristiansson, I. L., & Löow, L. (1997). *Downs syndrom*. Stockholm: Liber.
- Baird, P. A., & Sadovnick, A. D. (1987). Life expectancy in Down syndrome. *The Journal of pediatrics*, 110(6):849-854.
- Berg, J. M., Gilderdale, S., & Way, J. (1969). On Telling Parents of a Diagnosis of Mongolism. *British Journal of Psychiatry*, 115:1195-1196.
- Cardone, I. A., & Gilkerson, L. (1992). Family administrated neonatal activities: an Adaption for parents of infants born with Down syndrome. *Infants & Young Children, Jul*; 5(1): 40-48.
- Cullberg, J. (2000). *Kris och Utveckling: En Psykodynamisk och Socialpsykiatrisk Studie*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cunningham, C. C., Morgan, P. A., & McGucken, R. B. (1984). Down's Syndrome: Is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Developmental medicine and child neurology*, (26):33-39.
- Cunningham, C. C., & Davis, H. (1985). Early parent counselling. I M. Craft, J. Bicknell, & Hollins S, (Red.), *Mental Handicap – A Multidisciplinary Approach* London: Balliere-Tindal.
- Cunningham, C. (1994). Telling Parents their Child has got a Disability. I P. Mittler, & H. Mittler (Red.), *Innovations in Family Support for People with Learning Disabilities* (s. 85-104). Baltimore: Paul H Brookes.
- Drillien, C. M., Wilkinson, E. M. (1964). Mongolism: when should parents be told. *British Medical Journal*, 2(5420), 1306-1307.
- Dent, K. M., & Carey, J. C. (2006). Breaking difficult news in a newborn setting: Down syndrome as a paradigm. *American journal of medical genetics, Part C, Seminars in medical genetics*, 142C (3): 173-179.
- Garwick, A. W., Patterson, J., Bennett, F. C., & Blum, R. W. (1995). Breaking the News, How Families First Learn About Their Child's Condition. *Archives of Pediatrics & Adolescence Medicine*, (149):99197.
- Gustavsson, A. (1985). *Sambällsideal och föräldransvar. En explorativ studie av vad det innebär att ha ett förståndsbandikappat barn*. Doktorsavhandling. Stockholms Universitet.
- Gustavson, K-H. (1987). Mental Retardation. I J. Lindsten, & L. Iselius (Red.), *Klinisk Genetik* (s. 259-266). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hedov, G., & Annerén, G. (1993). Barn med Downs syndrom: Hur tas de nyblivna föräldrarna om hand? *Läkartidningen*, Sep 29;90(39):3319-3320.
- Hedov, G. (2002). *Swedish Parents of Children with Down syndrome: A study on the initial information and support, and the subsequent daily life* (Akademisk avhandling, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 1198) Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Jupp, S. (1987). Breaking the news: a way of telling parents their newborn child is handicapped. *Mental Handicap*, 15: 8-11.
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: Parent's response to having a mentally defective child. *Social Casework*, 43, 190-193.
- Rubin, D. C., & Kozin, M. (1984). Vivid memories. *Cognition*, 16: 81-95.
- Skotko, B. G., Capone, G. T., & Kishnani, P. S. (2009). Postnatal Diagnosis of Down Syndrome: Synthesis of Evidence on How Best to Deliver the News. *Pediatrics*, 124(4):751-758.

- Sloper, P., Knussen, C., Turner, S. & Cunningham, C. (1991). Factors related to stress and satisfaction with life in families of children with Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32: 655-676.
- Smith, B., & Phillips, C. J. (1978). Identification of severe mental handicap. *Child: Care and Development* 4: 195-203.
- Socialstyrelsen. (1977). *Barnet ni fått...Läkarens stöd till föräldrar med utvecklingsstörda barn*. Socialstyrelsen anser, Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsen. (2016). *Registret för övervakning av fosterskador och kromosomavvikelser*.(2016-3-4). www.socialstyrelsen.se, mars 2016
- Spain, B., & Wigley, G. (1975). *Right from the start*. London: Mencap.
- Tizard, J., & Grad, J. C. (1981). *The Mentally Handicapped and their Families: A Social Survey*. London: Oxford University Press.
- Wolfensberger, W. (1967). Coucelling the parent of the retarded. I A. A Baumeister (Red.), *Mental Retardation*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Barns deltagande och medskapande i sociala utredningar om barns och familjers behov och resurser – "barnavårdsutredningar" och Barnahus

Ann-Margreth E. Olsson

När ett barn misstänks vara utsatt för våld eller övergrepp ska oron anmälas till socialtjänsten. Inom socialtjänsten är det socialsekreterare som svarar för att säkra barnets omedelbara behov av skydd liksom att utreda barnets och barnets familjs behov och resurser. Det här kapitlet handlar om socialsekreterares arbete att involvera barn i detta utredningsarbete och i de s.k. barnavårdsutredningarna. Utredningsarbetet kan utformas till ömsesidigt samarbete med vårdnadshavare (vanligtvis barnets föräldrar varför denna benämning hädanefter används) och barn, där barnets och dess nätverk blir medskapande och deras resurser tas tillvara. Idéer har länge hållits levande om att det bästa för barn är att förskonas från vidare ansvarstagande som att delta i utredningsarbetet och ta del av vad utredningsprocessen avslöjar och leder till. Då tas inte hänsyn till att de förhållanden som utforskas och de processer som sätts igång genom utredningsarbetet, både handlar om och får konsekvenser i barnets vardag. Inte heller beaktas att barn kan ha egna lösningar, egna strategier i att hantera sin situation, som vuxna kan behöva ha kännedom om och ta hänsyn till. Barnen har berättelser och synpunkter som är viktiga att beakta i såväl det sociala utredningsarbetet som i forskning härom.

I kapitlet belyses, utifrån tre forskningsstudier, hur barns delaktighet och deltagande i sociala utredningar kan utvecklas genom socialsekreterares invitationer. Studierna har bedrivits som dialogisk deltagande aktionsforskning där deltagande socialsekreterare och deras ledare deltagit i studien i intervjuande samtal och med reflektioner på återkopplingar av resultat liksom samskapande av nya frågeställningar. I två av studierna har forskaren handlett och coachat socialsekreterarna som en pågående aktion inom forskningsstudien. Kapitlet syftar till att belysa hur barns medskapande kan tas tillvara genom att beakta barns rättigheter till delaktighet och deltagande inom det sociala arbetets praktik och i synnerhet i utredningsarbete. Den aktuella kontexten handlar om utredningsprocesser inom socialtjänsten. Kontexten innehåller också den institution

som i Norden kommit att kallas Barnahus (Johansson, 2012). Inom Barnahus-verksamheten samarbetar polis, åklagare, rättsmedicin, barnmedicin liksom barn- och ungdomspsykiatri samt socialtjänsten när ett barn misstänks vara eller varit utsatt för våld eller övergrepp (Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen, & Åklagarmyndigheten, 2008). Det kan också handla om att barnet har bevittnat våld i nära relationer (Broberg et al., 2015). På Barnhuset samordnas myndigheternas inledande insatser. Barnet förhörs av polis och för att barnet inte ska behöva upprepa sin berättelse, iaktas förhöret av andra involverade professionella inklusive barnets socialsekreterare genom videokoppling till ett medhörningsrum i närheten av förhørsrummet.

Barn – aktiva subjekt och medskapare

Barn är också människor. Barn omfattas, precis som vuxna, av mänskliga rättigheter om rätt till frihet och skydd, rätt till att ha åsikter, yttra sig och vara delaktiga och deltagande (Verhellen, 2000). Barn har egna lösningar och strategier för att hantera olika situationer. Dessa är viktiga att ta del av och ta hänsyn till i bedömningar och i beslutsfattande (Qvortrup, 1999). Barns medskapande är viktigt att erkänna och ta tillvara inte minst vid socialsekreterares utredningar av barns behov och föräldrars kapacitet liksom av hur barnets nätverk fungerar för och tillsammans med barnet. Barns bidrag är viktiga såväl i att bedöma barns behov av stöd och skydd som i forskning därom (Bell, 2002; Sandbæk, 2002). Detta förutsätter att barnen är villiga att bjuda in de vuxna och dela med sig av sitt perspektiv liksom att vuxna bjuder in barnen och ställer upp på ömsesidigt samarbete på barnens villkor (Olsson, 2010). Om professionella och andra vuxna verkligen menar allvar med att bjuda in barn till delaktighet och deltagande, krävs också att de är redo för att utveckla annorlunda förhållnings- och arbetssätt i sina professioner. Det kan också innebära en förändrad syn på vad som är bäst för barn liksom en förändrad syn på sig själv och sin uppgift i relation till barnet (Pinkney, 2011).

Som barnets socialsekreterare är handläggaren ansvarig för den myndighetsutövning som utredningsprocessen och utredningen innebär i relation till barnets vårdnadshavare men också i relation till och inför aktuellt barn, när barnet vill och förmår (jfr. Socialstyrelsen, 2014). Framgångsrikt samarbete underlättas av att socialsekreteraren visar respekt för barnens och föräldrarnas kunskaper och övriga resurser. Det handlar om att inbjuda till och utveckla samarbete med lämplig nivå på delaktigheten inklusive insyn och öppenhet om vad som sker och varför (Healy & Darlington, 2009). Barnet har rätt att ha tillgång till sin socialsekreterare, vad denne gör, hör och kommer fram till, när barnet så önskar (Olsson, 2007). Vad mera är, det måste ses som en viktig del av utredningsarbetet att få med och kunna beakta barnets perspektiv liksom få barnets syn-

punkter på vidare planering (Olsson, 2005). Barnet har rätt att få framföra sina synpunkter, idéer, upplevelser och värderingar till sin socialsekreterare, dvs. den professionelle som ytterst gör bedömningarna i utredningsprocessen och står för beslut eller förslag därom (jfr. Regeringskansliet, 2010; Socialstyrelsen, 2015).

Socialsekreterares utredningar av barns behov och föräldrars kapacitet

Utredningars syfte är att bedöma om insatser behöver sättas in för barnets skydd och att förbättra barnets sociala situation, hälsa och välbefinnande. Detta innebär att starta en utvecklingsstödande process i samarbete med barnet och dess föräldrar (Rasmusson, 2009). Att lyssna och beakta barnens berättelser och inhämta barn inställning är en viktig del i utredningsarbete. Informationsflödet till barnet behöver då anpassas till det aktuella barnet för att barnet ska kunna tillgodogöra sig informationen och bli reellt delaktigt (Mattsson, 2015). Deras inställning till planering och föreslagna beslut ska enligt socialtjänstlagen inhämtas (Socialstyrelsen, 2015). Detta skulle kunna ses som att barn har rätt att påverka sin egen utrednings upplägg och genomförande. Den utredningsmodell (BBIC) som socialstyrelsen rekommenderar och som numera används i en majoritet av Sveriges kommuner, bygger på Urie Bronfenbrenners idéer (Socialstyrelsen, 2006, 2015). Utifrån ekologiska systemiska idéer utvecklas barnet och barnets olika omgivande kontext (mikro, meso, exo, makro) i reflexivt samspel (Bronfenbrenner, 1979). Utredningsuppgiften är att utforska hur de olika kontexterna samspelar, vilka behov som det aktuella barnet har och vilken kapacitet systemen och samspellet har för att utvecklas vidare med barnets bästa för ögonen.

Tre studier

Den första studien genomfördes som deltagande aktionsforskning med dialogisk, dvs. ömsesidigt responderande och medskapande, samarbete mellan uppdragsgivarna Länsstyrelsen i Skåne län inklusive intresserade kommuner i Skåne och deltagande forskare (Olsson, 2014b). 55 socialsekreterare i 7 kommuner deltog när det gäller barns delaktighet och klienters deltagande i sociala utredningar som berör dem själva (Olsson, 2010). 12 barn intervjuades om sitt deltagande i socialsekreterarnas utredningar. Aktionen i studien innebar att socialsekreterarna utbildades, coachades och handledes utifrån systemiska idéer i syfte att öka och förstärka minderåriga barns skydd genom att involvera barn både i sin egen utrednings upplägg liksom dess genomförande. Barnen bjöds in till medskapande. De barn som kunde och ville inbjöds till att ha synpunkter på vad som behövde undersökas, när var och hur barnet ville träffa sin socialsekreterare och t.ex. ge förslag om vilka som socialsekreteraren

skulle lyssna på för att förstå barnets situation bättre. Såväl föräldrar som barn kan vilja ta del av vad som löpande kommer fram under utredningstiden och få chansen att tillsammans med barnets socialsekreterare reflektera över detta och vilka förändringar som kan behöva prövas både på kort och lång sikt. Här var och är det viktigt att arrangera så att aktuellt barn har möjlighet att göra sin egen röst hörd och samtidig känna sig trygg såväl under samtalen som efteråt. Ett eller flera utredningsärenden per socialsekreterare följdes steg för steg varvid socialsekreterarna reflekterade över både hittillsvarande arbets- och förhållningssätt i förhållande till nya/annorlunda sätt som de utvecklade och prövade. Resultaten från dialogisk deltagande aktionsforskning handlade såväl om vad som utvecklades i relationerna barn – socialsekreterare som mellan socialarbetarkollegor, i relation till ledning och till andra i socialsekreterarnas liv. Dessutom utforskades reflexiviteten och samspelet i relationerna coachande forskare/forskande coach och den handledning och coaching som utvecklades inom projektet (Olsson, 2006).

Socialsekreterarna kom att arbeta mer i linje med vad barnen önskade när de blev tillfrågade. Det kunde handla om saker som att barnen önskade träffa socialsekreteraren på dennes kontor, möta socialsekreterarens chef och läsa vad socialsekreteraren skrev om barnet. Barn vill också veta något om sin socialsekreterares kapacitet och kompetens: – Hur duktig är min socialsekreterare på barn? Barnen ville veta hur de kunde nå sin socialsekreterare även om de sen inte använde möjligheten: gärna e-postadress. När socialsekreterare intervenerade i barnens nätverk ville barnen vara delaktiga. Barnen önskade t.ex. information om och gärna inbjudan om att få delta när socialsekreterare besökte skola och barnomsorg. Barnen känner trygghet i att deras föräldrar också är informerade och delaktiga, men barnen ska också i görligaste mån och med hänsyn till sitt intresse och förmåga erbjudas möjligheter att delta och blir involverad, uttrycka åsikter och förslag utifrån sitt perspektiv både om hur utredningsarbetet utvecklades och vad som framkommit i utredningen. Att skriva utredningar så att barn också kan förstå visade sig svårt. Socialsekreteraren fann det möjligt att informera och involvera barnen löpande om vad som hände och skulle hända i utredningsarbetet plus muntligen läsa upp och förklara innehållet i den avslutningsvis upprättade utredningen. Genom att bjuda in barnen till delaktighet och dialog blev också socialsekreterarna mer involverade i barnen och barnens eget perspektiv och berättelser. I dialogiskt samspel är interaktionen ömsesidig – deltagarna responderar på varandras svar och reaktioner. Socialsekreteraren kunde få del av och påverka vad som skapades inifrån systemet samtidigt som barnet fick nära kontakt med sin socialsekreterare och del i hur denne resonerade och varför. Socialsekreteraren ansvarar för myndighetsutövningen och är därmed den person och befattningshavare barnet

har rätt till att ha kontakt med. Går inte att ersätta med någon annan. Socialsekreterarna kände sig i sin tur mer engagerade när de blev involverade och inbjudna i barnets perspektiv och märkte hur viktiga de var för barnen.

Den andra studien var en uppföljning av den första, ovanstående, i en av de deltagande kommunerna. Två team av socialsekreterare och ett team med familjehemssekreterare deltog. Varje team omfattade 4-6 deltagare och träffades för coachning inom studiens ram, vid vardera sju tillfällen om 2 timmar. Sammanlagt genomfördes således 21 träffar varvid 30 barnärenden aktualiserades och följdes över tid. Frågeställningarna var: Hur lever idéerna med barnets socialsekreterare och barns delaktighet vidare, hur kan arbetssättet vidareutvecklas och förstärkas? Ambitionen att involvera barnen levde vidare. Flera exempel gavs på hur viktigt det är att hålla detta förhållnings- och arbetssätt levande som en ”röd tråd” från allra första början till avslutningen av en utredning. Huruvida det kom att ske, visade sig variera. Dels påverkade omständigheterna, dels professionellas inställning till att involvera aktuellt barn. Kunnande och erfarenhet när det gällde att samtala och samverka med barn och unga, led vare sig dessa socialsekreterare eller familjehemssekreterare någon brist på. Ändå kom några av dem inte till skott med att inleda samarbete med barnen i alla fall inte förrän i slutet av utredningar och andra processer. Organisatoriska hinder identifierades där tillgången till Barnahus, som ska förstärka skyddet för barn, visade sig kunna komplicera för socialsekreterarna att inledningsvis i utredningsarbetet bjuda in till ömsesidigt samarbete med barnen och deras familjer. I kontext av Barnahus är det inledningsvis polis och åklagare som har närmaste kontakt med barnet. Socialsekreterarna i studien behandlade uppgiften att övervara polisförhöret med barnet, sittandes i medhörningsrummet på Barnahuset, som en isolerad uppgift skild från de rutiner och metoder de annars hade i inledningen av utredningar. Socialsekreterarna var nu annars vana vid, och hade goda erfarenheter av, att tidigt introducera sig för barnet och att redan från början markera att här arbetar vi tillsammans, både med föräldrar och barn. Utredningsarbete såg som i sig en chans till att skapa skillnad och förändra till det bättre. I detta var det viktigt att få med sig föräldrarna och andra viktiga personer i barnets nätverk. Socialsekreterarna var beroende av föräldrarnas deltagande och medgivande för att fullt ut kunna involvera barnen. I socialsekreterarnas berättelser talade de om exempel där de bjudit in till samarbete i utredningsarbetet genom att inledningsvis samla hela familjen och komma överens om vad som ska göras, vem som kan kontaktas och om, när och hur föräldrar respektive barn vill vara med. Socialsekreterarna träffade barnen såväl individuellt som tillsammans med föräldrarna och andra viktiga vuxna för barnet. Genom att t.ex. rita en nätverkskarta tillsammans med barnet kunde för

barnet signifikanta personer ringas in och berättelser om hur barnet upplevde samarbetet inom nätverket urskiljas och bli beaktat. Genom att både barn och vuxna var involverade i utredningsprocessen blev de delaktiga i vad som kom fram och deltog i att reflektera över tänkbara lösningar och insatser. Dessa kunde prövas direkt under utredningstiden. Att barn och föräldrar inledde andra stöd- och behandlingskontakter under utredningstiden, gjorde inte att de utredande socialsekreterarna drog sig tillbaka och förlitade sig på dessa kollegors bedömningar och referenser. De utredande socialsekreterarna fortsatte vara barnets socialsekreterare i direktkontakt med barnet och säkrade hur förändringsarbete förlöpte och att familjen fortsättningsvis samarbetade på ett sätt som skulle kunna trygga barnens framtida utveckling. Här kan sägas, att socialsekreterarna såg till att snabbt investera i förändringar i familjesystemet och att omorientera barn, föräldrar och deras nätverk så att de i framtiden skulle kunna uppmärksamma och lyssna på barnen på ett bättre sätt. Utredningen kom att bli en insats i sig.

Tredje studien handlar om barn i Barnahus och de sociala utredningar som genomförs i kontext av barnhus. I detta kapitel fokuseras på socialsekreterarnas involvering av aktuella barn ur socialsekreterarnas perspektiv. Forskningsprojektet omfattar också barnens perspektiv. Sammanlagt åtta barn har blivit intervjuade av doktorand Maria Kläfverud och av detta kapitelns författare. 56 socialsekreterare och deras närmaste chefer har deltagit i s.k. delta-reflekterande team och 33 av dessa har deltagit i individuella intervjuer. I delta-reflekterande team både berättar och reflekterar deltagarna över vad som sägs och hörs i gruppens dialog (Olsson, 2014a). Dessutom undersöks i studien samtliga sociala utredningstexter där Barnahuset varit inkopplat, som producerats i de aktuella fem kommunerna under två år.

Socialsekreterarna har berättat om exempel som visar att när socialsekreterarna bjudit in, hämtat och varit med barnen på Barnahus har de haft goda förutsättningar för att samtala med barnen både under dagen för besöket på Barnahuset och därefter under utredningstiden. Nackdelar med att socialsekreterarna är involverad att hämta barn till förhör på Barnahuset kan uppstå när kallelsen och hämtningen av barnet sker utan föräldrarnas/vårdnadshavares vetskap och godkännande. Då har domstol utsett en särskild företrädare i barnets vårdnadshavares ställe under den tid som behövs för att utröna om barnet behöver omedelbart skydd. Detta sker när vårdnadshavare, eller annan närstående person, är under misstanke för att utsätta barnet för våld eller sexuella övergrepp. Socialtjänsten och socialsekreterarna riskerar då att få ta emot negativa reaktioner på att ha varit involverade i att hämta barnet utan föräldrarnas vetskap och får sen svårt att bli inbjudna in i och få förtroende i barnets

familjesystem. Socialsekreterarna riskerar att bli betraktade i vårdnadshavarens perspektiv, som alltför knutna till det polisiära systemet. Vid det Barnahuset där studien genomfördes, beslutades under tiden för studien, att socialsekreterarna skulle undvika att bli indragna i hämningsprocesserna. Studien visar att socialsekreterarna då främst kom att göra sina bedömningar om barnets situation genom medhörning vid polisförhörtet dvs. genom att sitta i ett rum bredvid och följa polisförhörtet genom videokontakt. Socialsekreterare som inte tidigare träffat barnet, uppger att det kan bli svårt att veta när det är lämpligt att tala med barnet med hänsyn till de pågående kriminalrättsliga processerna, dvs. polis och åklagares handläggning. Socialsekreterare blir också osäkra på vad som i stunden är bra för barnet. Fokus på barnhuset blir i praktiken på att genomföra polisförhörtet och göra det på ett sådant sätt så att barnets utsagor kan användas i den rättsliga processen till barnets skydd. Detta har också kommit fram i tidigare forskning (Johansson, 2008a, 2008b). Barnet riskerar i och med detta att återvända till sin förskola och skola, utan att barnet träffat någon socialsekreterare och därmed inte tillförsäkrats något fortsatt stöd i att bearbeta vad de varit med om, någon information om vad som händer efteråt inklusive hur föräldrarna reagerar på att barnet tagits till Barnhuset. Barnet lämnas att ensam hantera situationen och riskerar att ensam möta föräldrarnas reaktion på att barnet låtit sig förhöras på Barnhuset. Barn har rätt till att känna trygghet också efteråt och i vad som kommer hända fortsättningsvis. Detta är socialtjänstens ansvarsområde, vilket uppmärksammats under studien. Socialsekreterarna har hamnat i att de fastnat i/koncentrerat sig på att möta föräldrarnas reaktioner och att fokusera på att bedöma föräldrarnas kapacitet. Detta behöver kombineras med uppmärksamhet på barnets situation och upplevelse under och efter barnahusbesöket och förhörtet. Detta ska inte hänga på, vilket det hitintills gjorts, på enskilda socialsekreterares initiativ, utan vara inbyggt i rutinerna vid Barnahuset. Direkt efter avslutat förhör kan ingå som rutin att barnets socialsekreterare också träffar barnet enskilt, eventuellt tillsammans med barnets företrädare när sådan finns med, för samtal om barnets mående och situation här och nu inklusive planering och behov av stöd omedelbart efteråt fram tills att vårdnadshavare kan ta över eller annan insats sättas in.

Polisförhörtet har fokus på att undersöka de händelser som barnet misstänks varit ut satt för: När? Var? Hur? Vem? Vad? Socialsekreteraren behöver också annan information av barnet men framför allt bjuda in barnet till fortsatt samarbete och trygga barnet om fortsättningen. Därvid bör den socialsekreterare som också fortsättningsvis kommer finnas för barnet, barnets egen socialsekreterare, närvara på Barnhuset, och ansvara för de inledande samtalen med barnet. Detta påpekande är förantlett av att i många kommuner har socialtjänsten organiserat sig i mot-

tagningsgrupper vars socialsekreterare endast deltar under själva förhöret på Barnahuset. Där gör de en förhandsbedömning om utredning ska öppnas (genomföras) eller inte. Om så är fallet överlämnas ärendet för fortsatt handläggning till en kollega som blir utredande socialsekreterare. Både i de fall när utredning öppnas och när så inte sker, behöver närvarande socialsekreterare höra med barnet om hur barnet mår, förstår situationen och säkra så att barnet har det stöd barnet behöver också efteråt när barnet lämnat Barnahuset. I detta ingår att erbjuda barn och föräldrar stöd i att tillsammans samtala om vad som hänt och säkra att barnet känner sig tryggt fortsättningsvis.

Utredande socialsekreterare har under de senaste åren kommit att arbeta under allt större tidspress. Oros-anmälningarna till socialtjänsten när det gäller barn har ökat kraftigt och arbetssituationen har blivit allt mer påfrestande inklusive hög personalomsättning av socialsekreterare (Regnér & Grefve, 2015). BBIC har både inneburit struktur, rutiner och datastöd som underlättar och att kravet på dokumentation och systematik ökat. Socialsekreterarna talar om att ambitionen finns där för att vilja involvera barnen men att de tidsmässigt inte alltid hinner ha de samtal de skulle önska. Socialsekreterarna ser samtal med aktuellt barn som ett sätt att lära känna barnet, lyssna på barnet och höra barnets berättelse om sin situation, inventera viktiga personer i barnets liv och höra på hur barnet ser på sin tillvaro och framtid. Socialsekreterarna finner det dock inte alltid nödvändigt med eget samtal med barnet särskilt som det händer att andra socialarbetare eller andra professioner har kontakt med barnet i pågående eller insatser som sätts in under utredningstiden. Då prioriteras dessa kontakter för barnet eftersom socialsekreterarna uppfattar dem mer viktiga för barnet än enstaka egna kontakter. Socialsekreterarna förlitar sig då på de andras bedömningar i yttrande och utlåtande om barnen och barnens samspel med föräldrar och andra i barnets nätverk.

Erfarenheten av att besöka Barnahuset och vad som hänt därefter har inte bedömts angeläget av socialsekreterarna att fråga barnet om. Enstaka socialsekreterare tar det dock som alldeles självklart att det är viktigt att utforska barnets upplevelser och erfarenheter under dagen för Barnahus-besöket. De ser det som en viktig källa för att lära känna barnet och familjesystemets kapacitet och förmåga att hantera ovanliga och påfrestande situationer. I utredningstexterna omnämns att barnets förhörts på Barnahuset men vanligtvis inget mer med några få undantag. Resten av dokumentationen kan finnas anteckningar vid förhandsbedömningarna om utredning ska öppnas eller ej. Dessa behandlas inte som upprättad handling. Socialsekreterare redovisar osäkerhet i hur anteckningar nedtecknade vid Barnahusbesöket ska hanteras. Anteckningarna är heller inget som barnet eller barnets företrädare verkar få rätt att få

tillgång till. I första skedet omfattas dessutom anteckningarna av förundersökningssekreteress. Detsamma gäller allt som socialsekreteraren hört under polisförhöret. Sammantaget kan detta vara det som gör att Barnahuset tenderar bli som en parentes i utredningsarbetet för socialsekreterarna. Kanske också för barnen.

Att besöket på Barnahuset blir som en parentes, är en av de hypoteser vi som forskare har reflekterat över för att söka förklaring i varför det i studien varit så svårt att rekrytera barn för intervju om deras erfarenheter av Barnahuset. Detta trots att stora ansträngningar av forskarna. Inbjudningsblad har utformats och spritts. Flera informationstillfällen har genomförts med socialsekreterare, chefer och samordnare vid Barnahuset. Samtliga har lovat och sagt sig göra vad de kan för att tillfråga barn och barns vårdnadshavare. Vid påminnelser och återkopplingar säger de professionella att det varit svårt att finna lämplig tidpunkt för forskares inträde mitt i pågående utredning. Efteråt har det känts som att det skulle riskera påminna barnet om något som barnet i detta senare skede, kommit igenom och troligen helst vill glömma. De föräldrar som tillfrågats har oftast varit tveksamma av samma skäl, enligt uppgiftslämnarna. Frågan är också om de som haft de längre kontakterna med aktuella familjerna, socialsekreterarna, själva haft möjlighet att ha så mycket kontakt med barnen med tanke på de argument som framförts, se ovan, om varför inte egna samtal med barn hållits eller hålls. Andra förslag vi forskare haft, om att följa med och observera barnen vid hämtning till Barnahuset liksom att ingående observera förloppet på Barnahuset, vilket godkänts av den Regionala Etikprövningsnämnden (dnr 2011/756; dnr 2014/84), var inget som i praktiken kunde genomföras. Barnets särskilda företrädare, åklagare och samordnare vid Barnahuset fann det olämpligt med tanke på de hänsyn som också forskningsresultat visar, att förberedelser och genomförande av förhör med barnet, sätts i främsta rum och dominerar barnets besök på Barnahuset. Närvaron av forskare skulle störa processerna och arbetet utifrån kriminallagstiftningens logiker och perspektiv. De observationer som vi som forskare ändå gjorde på Barnahuset skedde därför på liknande villkor som socialsekreterarnas; att göra sig så osynlig som möjligt och inte störa processerna. Observationen av barnet skedde i medhörningsrummet och genom att lyssna genom en dörr på glänt när barnet anlände och befann sig i vänt- och lekrummet. De professionellas övriga aktiviteter före barnets ankomst och efter att barnet lämnat lokalen, skedde helt öppet inför forskarna. Medgivande till forskares närvaro gavs av barnets särskilda företrädare som också vanligtvis informerade barnet om forskarens närvaro medan barnet var på Barnahuset.

Diskussion

Barn har egna strategier som behöver bli beaktade och tagna tillvara liksom barns unika position och perspektiv som barn. När det gäller frågor och ärenden som berör barn har vi i Sverige lagstiftning som förstärker barns rätt till att bli informerade, hörda och att deras synpunkter blir beaktade. Hänsyn till varje barns unika behov och rätt till skydd och omvårdnad liksom rätt till att få stöd och hjälp, handlar också om att stödja utvecklingen av barns förmåga att engagera sig, göra sina röster hörda, kunna formulera sig och ta ställning. Viktigt i varje demokrati att varje medborgare, unga som gamla, uppmuntras till deltagande och delaktighet. Också viktigt att underlätta utveckling av färdigheter i att debattera, kommunicera, förhandla, prioritera och delta i beslutsfattande – färdigheter påverkande den egna självkänslan och eget självförtroende. När socialtjänsten närmar sig barn för att utforska ett barns behov och utvecklingsmöjligheter i relation till de resurser och den kapacitet som föräldrar och andra i barnets omgivning erbjuder och kan utveckla, är det såväl barnets perspektiv som de vuxnas som behöver lyssnas till och utforskas. De utredningar som görs när föräldrar ansöker om stöd eller det på annat sätt initierats att barn och barns familjer kan behöva stöd, kan ses som en utredning med insamling av data, analys och slutsatser om vad som behöver göras. Men det kan också ses som en process där socialsekreteraren involvera sig dvs. bjuder in till samarbete och låter sig bli inbjuden in i barnets perspektiv. Inifrån barnets system kan socialsekreteraren stödja såväl barnets som andra i barnets omgivnings agerande förstärkande och förbättrande barnets eget nätverks kapacitet och förmåga. Utredningen kan i sig bli en insats som gör skillnad som gör skillnad för barnets framtid. Länsstyrelsen i Skåne län och kommuner i Skåne uppmärksammade tidigt hur viktigt det är att se till att processen och tillvarata själva utredningsfasen som mobiliserande och förebyggande – en intervention under pågående utredning under ledning av handläggande socialsekreterare (Olsson, 2005). Socialsekreterarna sågs som huvudaktörer i att förstärka barns rätt till att bli involverade i sina egna utredningar och bli mer delaktiga i desamma bli informerad om – inte ”bara”, även om detta också är viktigt, att bli informerad om vad som redan bestämts av vuxna och delta i enstaka s.k. barnsamtal dvs. när socialsekreterare intervjuar aktuellt barn.

Allt mer verkar behandlade insatser, som inte utredande socialsekreterare är utförare av, sättas in redan under utredningstiden. Dessa betraktas, inklusive av utredande socialsekreterare, som de avgörande åtgärderna för att förbättra för barnet och dennes familj. I takt med att utredningsarbetet ses som ett arbetsmoment som kan isoleras, organiseras i särskilda enheter av socialtjänstens organisation eller läggas ut på, i relation till den egna organisationen, fristående socialsekreterare, utvecklas ut-

redningsarbetet i en diskurs av teknisk rationalitet till att producera beslutsunderlag, observerande och insamlande av data för självständiga bedömningar. Socialsekreterare hamnar därmed att positionera sig utanför barnets system, vare sig involverande barnet eller möjlig för barnet att bjuda in. Därmed går den intervention till förändring ur barnets eget perspektiv som utredningsfasen skulle kunna innebära, förlorad. Denna utveckling är kanske en delförklaring till den accentuerade flykten av socialsekreterare från utredningsuppgiften. Utredning efter förälders ansökan eller anmälan från en oroad och ansvarstagande person, skulle kunna vara det moment som gör skillnad som gör skillnad för barnets framtid. Det är ju här som avgörandet sker om insatser och stöd ska sättas in eller inte. Ett avgörande som både kan komma kosta i mänskligt lidande och svida i kommunens kassakista, men som också kan innebära att barnet och barnets familj får förstärkta möjligheter till ett bättre liv och det bästa för barnet.

Genom åren har socialtjänsten rönt mycken kritik när det gäller brister i arbetet att förebygga, förhindra och åtgärda så att barn inte far illa. Inte minst på senare år när allt fler orosanmälningar gjorts till socialtjänsten, främst från skolan, har socialtjänstens utredningssystem satts på prov och socialsekreterares arbete kommit i fokus (brå, 2016; Regné & Grefve, 2015; Swedish Institute, 2015). BBIC har visat sig både innebära förbättring av utredningsarbetet men också mer administrativa uppgifter och ökade förväntningar med ökande upplevelser av stress och tidsbrist (Svendsen, 2012). Nyligen publicerades delresultat av en undersökning där den nationella samordnaren för social barn- och ungdomsvården Cecilia Grefve kommit fram till att socialsekreterare i snitt samtalar med barn 2 % av sin arbetstid motsvarande mindre än 10 minuter per dag (Grefve, 2016). Vad får de detta för konsekvenser för utredningarnas kvalitet, för barnen och deras familjer liksom för socialsekreterarnas tillfredsställelse med arbetet och vad de åstadkommer i sitt arbete? Här har redovisats några av de ingredienser som kan spela roll i sammanhanget.

Slutsatser

Erfarenheterna från den första och andra studien som redovisas i detta kapitel, visar att när barn blir involverade och inbjudna av sin socialsekreterare blir också socialsekreterarna själva reflexivt mer involverade i sitt arbete. Utredande socialsekreterare känner sig mer engagerade och behövda när utredningsarbetet inklusive utredningstexten i sig blir till förändringsskapande aktioner motiverande och mobiliserande resurser och förändringar.

Socialsekreterare behöver respekteras i sin viktiga position i relation till barnet såväl samverkans-, resurs- som kompetensmässigt. Verksamheten på Barnhuset domineras av kriminallagstiftningens procedurer och de hänsyn som behöver tas för att framgångsrikt förhöra barnet. Socialsekreterarna har svårigheter att orientera sig om hur och när det är lämpligt att närma sig barnet. Detta leder till att socialsekreterarna kan avstå från att samtala med barnet varpå barn riskerar lämna Barnhuset utan tillräcklig information och stöd plus att socialsekreteraren inte utforskar barnets egen upplevelse och strategi i sammanhanget. Inom Barnhusverksamhet föreslås att rutiner införs som säkrar att den socialsekreterare som fortsättningsvis ansvarar för den sociala utredningen om barnet och barnets familj, har ett eget enskilt samtal med barnet och direkt inleda samarbetet med barnet på Barnhuset.

Barnet har rätt till sin socialsekreterare. Det är viktigt att socialsekreteraren uppfattar och inser sin egen betydelse som barnets socialsekreterare och den som är ansvarig för myndighetsutövningen såväl i relation till barnet som barnets vårdnadshavare. Denna unika position kan inte lämnas över eller överföras till en ställföreträdare.

Referenser

- Bell, M. (2002). Promoting children's rights through the use of relationship. *Child and Family Social Work*, 7, 1-11.
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Röbbäck de Souza, K. (2015). *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Göteborg: Göteborgs universitet, Karlstad universitet, Mälardalens Högskola, Örebro universitet.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. London: Harvard University Press.
- brå. (2016). Barnmisshandel. Retrieved 2016-03-01
- Grefve, C. (2016). Sammanställning av mätningen. Retrieved 2016-11-13, from Regeringskansliet, Socialdepartementet
- Healy, K., & Darlington, Y. (2009). Service user participation in diverse child protection contexts: principles for practice. *Child & Family Social Work*, 14, 420-430.
- Johansson, S. (2012). Diffusion and Governance of 'Barnahus' in the Nordic Countries: Report from an On-going Project. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 13, 69-84. doi: 10.1080/14043858.2012.739323
- Mattsson, T. (2015). *Barnrättsperspektivet i LVU-sammanhang* (Vol. SOU 2015:71 Statens offentliga utredningar: Barn och ungas rätt till tvångsvård). Lund: Fritzes.
- Olsson, A.-M. E. (2005). *Barnets socialsekreterare. Coaching i dialogiska utredningar* (Vol. 2005:4). Malmö: Länsstyrelsen i Skåne län.
- Olsson, A.-M. E. (2006). *Coach i socialt arbete och dialogcoaching. Om reflektion och dialog som gör skillnad* (Vol. 2006:1). Malmö: Länsstyrelsen i Skåne län.
- Olsson, A.-M. E. (2007). *Barns berättelser om socialtjänstens utredningar. Samtal mellan socialsekreterare och barn* (Vol. 2007:1). Malmö: Länsstyrelsen i Skåne län.

- Olsson, A.-M. E. (2010). *Listening to the Voice of Children. Systemic Dialogue Coaching: Inviting Participation and Partnership in Social Work* (Vol. PhD Professional Doctorate in Systemic Practice). Luton: University of Bedfordshire.
- Olsson, A.-M. E. (2014a). Dialogical participatory action research in social work using delta-reflecting teams. In F. Rauch, A. Schuster, T. Stern, M. Pribila & A. Townsend (Eds.), *Promoting change through action research* (pp. 163-172). Rotterdam: Sense Publishers.
- Olsson, A.-M. E. (2014b). The impact of Dialogical Participatory Action Research (DPAR): riding in the peloton of dialogical collaboration In G. Simon & A. Chard (Eds.), *Systemic Inquiry Innovations in Reflexive Practice Research* (pp. 230-243). Farnhill: Everything is connected
- Pinkney, S. (2011). Participation and Emotions: Troubling Encounters Between Children and Social Welfare Professionals. *Children & Society*, 25, 37-46. doi: 10.1111/J.1099-0860.2009.00261.x
- Qvortrup, J. (1999). Barndom og samfund. In L. Dencik & P. Jørgensen Schultz (Eds.), *Børn og familie i det postmoderne samfund* (pp. 45-75). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rasmusson, B. (2009). *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Regeringskansliet. (2010). *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regné, Å., & Grefve, C. (2015). Regeringen stärker barnens rättigheter. *Regeringskansliet*.
- Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen, & Åklagarmyndigheten. (2008). *Barnabus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn*. Stockholm: Rikspolisstyrelsen Rättsmedicinalverket Socialstyrelsen Åklagarmyndigheten.
- Sandbæk, M. (2002). *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenster* (Vol. Rapport 14/02). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Socialstyrelsen. (2006). *Grundbok Barns behov i centrum (BBIC)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge* (Vol. 2014-12-40). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2015). *Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen, Socialstyrelsen. *Från enskilt ärende till nationell statistik. Barns behov i centrum (BBIC)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensden, T. (2012). *Socialarbetares förhållningssätt till BBIC, "Det finns bur många fördelar som helst, bara man har tid!"* (Vol. 1). Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro, Upplands Väsby: FoU Nordväst i Stockholms län.
- Swedish Institute. (2015). *Equal access to free education*. Stockholm: Swedish Institute.
- Verhellen, E. (2000). *Convention on the Rights of the child. Background, motivation, strategies, main themes*. Leuven/Apeldoorn: Garant Publisher.

Fysisk aktivitet en universalmedicin – förutsatt att man tar den!

Ann-Christin Sollerhed

Detta kapitel handlar om fysisk aktivitet, rörelse och idrott bland barn och ungdomar med sikte på hälsa, vuxenliv och framtid! Kapitlet startar med att förklara vad fysisk aktivitet är för någonting och dess effekter på människan. Därefter kommer en kort översikt om hur barn lär sig rörelser, hur förskola och skola arbetar med fysisk aktivitet och avslutas med en kort redogörelse av några av mina genomförda forskningsstudier bland barn och ungdomar.

Från fönstret i mitt arbetsrum på högskolan ser jag små förskolebarn i gula västar. De går släpigt två och två i ett tåg med sina fröknar. Under västarna har de moderna kläder. Under alla kläderna är det små barnkroppar. Kroppar med likadana organsystem som de små stenåldersbarnen hade på sin tid. De små stenåldersbarnen fick också gå med sin flock, fast mycket längre förstås. Det är egentligen ingen skillnad fysiskt mellan barnen då och nu, och ändå är det så stor skillnad.

Mycket tyder på att människan i evolutionen under miljontals år har anpassats för regelbunden uthållighetsaktivitet från barndom till ålderdom. Dock har tillgången på energi varit begränsad och människan anpassades på samma gång att undvika onödig ansträngning för att hålla med den mat man kunde finna. De anatomiska och fysiologiska systemen utvecklades till att kräva stimuli från fysisk aktivitet för att anpassa kapaciteten till kraven. Kort sagt, vi utvecklar de vävnader vi använder och de som inte används läggs i träda – ”use it or lose it”! Det blir problematiskt att vi inte under evolutionens gång någonsin utvecklats för att klara av de långsiktiga effekterna av kronisk inaktivitet. I det moderna teknologiska samhället kan vi välja att vara fysiskt aktiva eller helt fysiskt inaktiva eller till och med helt stillasittande/liggande, vilket gör att vi blir sjuka i dödliga icke-smittsamma sjukdomar. Det blir en mismatch då vår ”gamla” stenålderskropp inte är anpassad till våra moderna levnadsförhållanden med god tillgång på energirik mat och avsaknad av fysisk aktivitet. Särskilt problematiskt blir det för inaktiva barn om de inte ens hunnit utveckla ”so much to lose”, och tidigt tullar på sitt kapital.

Vad är fysisk aktivitet?

Från allra första början var fysisk aktivitet inte primärt något som var för hälsa eller välbefinnande, utan kort och gott - det var nödvändigt att vara fysiskt aktiv för att skaffa mat. Hela evolutionen har gått ut på att utveckla strategier för att säkra reproduktionen. Utan mat ingen reproduktion och utan fysisk aktivitet skaffades ingen mat. Samtidigt som vi utvecklade en förmåga i att vara fysiskt aktiva anpassade vi oss till att spara på energin och i puberteten slår detta till med full kraft. Människan är lika anpassad till uthållighetsaktiviteter som till att undvika ansträngning! Vi har en förnämlig uthållighetsförmåga jämfört med många andra däggdjur i och med att vi är bipeda och har en förmåga att svettas.

Fysisk aktivitet definieras som all rörelse som produceras av skelettmuskulaturen och som resulterar i en substantiell ökning av energiomsättningen. Begreppet fysisk aktivitet innefattar kroppsrörelse under såväl arbetstid som fritid och alla former av kroppsövningar, såsom gymnastik, motion, idrott och friluftsliv. Kopplingen till energiomsättningen är central. Den fysiska aktiviteten kan vara av olika intensitet, från lågintensiv till högintensiv, och följaktligen blir då också energiomsättning av olika hög grad. Under senare år har också en verkligt låg intensitet identifierats, så kallad NEAT (Non-Exercise Activity Thermogenesis) (Levine, 2004). NEAT är energi som vi använder i alla aktiviteter som inte är sömn, matintag eller träning. Det kan t ex vara att stå rakt upp, vanka lite av och an, småpyssla i trädgården, diska, gå och titta i skyltfönster, dvs aktiviteter där vi inte sitter eller ligger utan gör något med låg muskelaktivitet och energiomsättning. Även dessa triviala rörelser har betydelse för den totala metabolismen. Helt stilla bör vi egentligen bara vara när vi sover eller äter.

Barn och ungdomar rekommenderas allra minst 60 minuter fysisk aktivitet varje dag sju dagar i veckan. I våra grannländer har man redan ökat på denna dos till det dubbla. Det slås också fast att det skall vara fysisk aktivitet som är medelintensiv till kraftfull, så kallad MVPA (Moderate and Vigorous Physical Activity) (Organization, 2010). MVPA innebär att pulsen går upp och man blir varm och svettig. Det är inte tillräcklig fysisk aktivitet för barn att gå lite fram och tillbaka i skolsalen eller att promenera sakta. Denna typ av aktivitet är av mycket lågintensiv karaktär och ligger nära NEAT och är i och för sig inte att förakta, men ger inte tillräcklig träning som ett växande barn behöver. För personer från 18 år och uppåt rekommenderas minst 30 minuters fysisk aktivitet på minst måttligt intensitet (MVPA) varje dag motsvarande en energiförbrukning på 150 kcal. Påpekas ska att de här rekommendationerna är det man tror är absolut minsta dos och att dosen bör vara mycket mer. Effekterna av fysisk aktivitet är beroende av aktivitetens intensitet, men också av dess

varaktighet (duration), dess frekvens, typ av träning, individens ålder och genetiska faktorer. Den totala energiförbrukningen av en aktivitet blir därmed en funktion av alla dessa faktorer.

Effekter av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har visat sig ha mycket goda effekter på hälsan hos barn och unga under deras barn- och ungdomstid (Telama, 2009), men det anses också att aktivitet i barndomen har betydelse för hälsan i vuxen ålder och att flera av de kroniska sjukdomar som debuterar i vuxen ålder har grundlagts under barndomen (Fernandes & Zanesco, 2010; Hallal, Victora, Azevedo, & Wells, 2006). En fysiskt aktiv livsstil är förenad med minskad risk att utveckla sjukdomstillstånd som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, fetma, osteoporos, cancer, demens, depression (Reiner, Niermann, Jekauc, & Woll, 2013). Fysisk aktivitet kan ha en förebyggande effekt och därmed minska risken för ohälsa och för tidig död med 50 procent eller mer. Blodfetter, blodtryck, fettdistribution, insulinkänslighet och kroppens homeostas påverkas positivt av fysisk aktivitet. Under barndomen utvecklas vävnaderna och bland annat ”tränas” ådrornas elasticitet upp. De är helt beroende av fysisk aktivitet av uthållighetskaraktär som sätter fart på blodcirkulationen och aktiverar kärlväggarnas rörelser. Om barnens ådror stelnar till är det lättare för blodfetter att fastna på ådrornas insida och påbyggnaden börjar tidigt. Hjärt- och kärlsjukdomarna är det dominerande hälsoproblemet och vanligaste dödsorsaken i hela västvärlden. En stor mängd studier visar samstämmigt att en god syreupptagningsförmåga, i dagligt tal kondition, starkt minskar risk för insjuknande och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar (Pearson, Blair, Daniels, Eckel, Fair, Fortmann, Grundy, 2002). Vikten av att barn och unga tränar upp sin kondition i unga år kan inte nog poängteras. Om man en gång haft god syreupptagningsförmåga går denna lättare att träna upp igen senare i livet. Som tidigare nämnts är människan anpassad till uthållighetsaktiviteter och dessa ska tränas upp i ung ålder.

Många studier visar på en stark omvänd koppling mellan kondition och förekomst av det metabola syndromet (Ekelund et al., 2005). Det metabola syndromet, som är ett samlingsnamn för riskfaktorer för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar, är kopplat till ökad dödlighet i ett flertal sjukdomar. Fysisk aktivitet har också visat sig vara förknippat med minskad risk för demens, för både milda och svåra depressioner, samt för att minska ångest, fobier och olika stressrelaterade tillstånd (Biddle & Asare, 2011).

Stress är de fysiologiska och hormonella anpassningsreaktioner i kroppens organsystem som utlöses av fysiska och mentala påfrestningar, så kallade stressorer. Stress kan uppstå genom olika typer av påfrestningar, fysiska eller psykiska, inre eller yttre. Det kan vara tung fysisk belastning i arbetet, händelser på arbetsplatsen, hemma, i skolan, på vägen till och från arbetet etc. Även infektioner och andra sjukdomar, stora livshändelser, dåliga levnadsvanor och andra beteenden som påverkar vårt välmående är livsstilsfaktorer som utgör en stressbelastning för oss. Fysisk aktivitet har visats påverka sinnesstämningen hos vuxna och barn (Vlachopoulos, Biddle, & Fox, 1996) och påverkar våra stressnivåer på ett positivt sätt och har positiva effekter på den mentala hälsan, minskar ångest- och depressionstillstånd och fungerar allmänt som en humörregulator. Både biologiska och psykologiska processer är involverade i sambandet mellan fysisk aktivitet och mental hälsa. Exempel på biologiska mekanismer är ökningen av kroppstemperaturen, en ökning av adrenalin- och noradrenalinutsöndringen samt av serotonin- och dopaminhalten, vilka allihop leder till en känsla av välmående och att vara på bättre humör. Motion eller träning kan betraktas som en sorts biofeedback som lär den aktive att själv reglera sin egen "arousalnivå" och kan på så sätt hantera stressfyllda situationer i livet. Arousal är graden av fysiologisk aktivering och styrs av det autonoma nervsystemet som reagerar på stimuli (stressorer).

Träningsstillståndet påverkar upplevelsen av fysisk aktivitet. Tränade personer upplever fysisk aktivitet som mer positivt än otränade personer, speciellt vid högre intensitet. Intensiteten i den fysiska aktiviteten har också visats ha stor betydelse för effekten på sinnesstämningen. Medelhög intensitet verkar ha bäst effekt på människors känsla av välbefinnande i allmänhet (Biddle, Fox, & Boutcher, 2003). Fysiskt aktiva barn lär i högre grad känna sin kropp och därmed hantera påfrestningar och smärttillstånd på ett funktionellt sätt (Sollerhed, Andersson, & Ejlertsson, 2013). Vardaglig smärta såsom huvudvärk, mag- och ryggont har visats vara vanligt bland svenska barn. I internationell jämförelse med 41 länder visas att svenska barn ligger högt i förhållande till andra länders barn när det gäller smärtrapportering, speciellt gäller detta flickor. Samtidigt visas att svenska barn har låg daglig fysisk aktivitet (Currie et al., 2008). Det kan konstateras att en polariserad bild av svenska barn och ungdomar framstår. En del barn rör sig regelbundet i hög dos, ibland kanske för hög, medan en del barn sällan eller aldrig rör sig. Tyvärr ökar gruppen barn som inte rör sig i tillräcklig utsträckning för att utvecklas gynnsamt. Att vara fysiskt aktiv är numera ett beteende som man kan välja eller välja bort. Individens egen inställning och motivation styr i hög grad, men också samhällets normer avgör om människor är aktiva eller inte. I vissa samhällen har fortfarande fysisk aktivitet hög status,

exempelvis i Kenyas stammar Samburu och Masai har fortfarande löpning en stark koppling till social status. Det är till och med en dygd för Masaierna att vara goda löpare. Många av de nutida mest kända långlöparna kommer från dessa stammar. Barnen hjälper till i boskapsskötseln och springer i tidig ålder långa sträckor vilket gör att de tränar upp en god kondition och en ypperlig löpteknik. Bland både nord- och sydamerikanska indiankulturer var löpning den främsta av alla kunskaper, och användes inte bara till att förflytta sig med, utan var ett sätt att visa sin stams kultur och rituella status. Vår västerländska kultur anses ha startat i antikens Grekland kring 2000 f Kr. Idrott hade där en mycket stark ställning och all utbildning av unga innehöll två huvudämnen; gymnastik och musik. Gymnastiken ansågs utveckla hela människan och bidrog till att skapa en harmonisk och stark personlighet. I antikens Grekland låg Platons epistemologi till grund för en stadiindelad läroplan. I alla stadier ingick fysisk fostran och kulturell initiering som de viktigaste momenten. I det första stadiet skulle inläringen ske i form av lek och i de övriga mer strukturerat. Fysisk fostran innefattade gymnastik, dans och utbildning i mathållning. Målet var karaktärsdaning, självkontroll och mod (Blom & Lindroth, 1995; Steinsland & Sørensen, 1998). Fysisk fostran hade också en intellektuell koppling till filosofi, musik, litteratur och hade mycket hög status. Ordet gymnasium betyder för oss en skolform för tonåringar men var ursprungligen en anläggning för fysisk fostran och ordet kommer av grekiskans *gymnos* som betyder naken. Som en parentes kan nämnas att ordet skola betyder fritid och det vi benämner gymnasieskola skulle alltså egentligen kunna betyda något i stil med: plats där man idrottar naken på sin fritid! En intressant tanke eftersom dagens gymnasieelever knappt har någon idrott i skolan numera, varken påklädda eller nakna!

Under romartiden hade fysisk fostran också hög status. Ordspråket ”En sund själ i en sund kropp” (*Mens sana in corpore sano*) tillskrivs romaren Juvenalis. I Nordens historia var idrott en viktig del av människornas liv. Själva ordet *idrott* är ett fornnordiskt ord som omfattade allt som en människa skulle kunna, såväl fysiska som andliga färdigheter. Idrott var både lek och allvar och omfattade bland annat att kunna rida, simma, ro, åka skidor, använda vapen, smida, bygga skepp, spinna ull och lin, väva, sy, hugga ved och många andra saker. Idrott betydde i stort sett allt som en ung människa kunde träna upp sig i. Då barnen hade fyllt tio år skulle de ha förkovrat sig så pass att de kunde delta i de vuxnas övningar. Då de blev tolv förväntades barnen vara färdigutbildade och skulle bara förfina sin teknik. Det var viktigt för den sociala rangen vilken kapacitet man hade och man var medveten om att man kunde hålla ålderdomen på avstånd genom att hålla sig i fysiskt trim. Det fanns inga åldersgränser uppåt för att delta i lek eller tävling (Steinsland & Sørensen, 1998).

Socialisering av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har således varit nödvändigt för att överleva, främst för att vi skulle kunna skaffa föda, men har också använts som medicin, kulturbärare, statussymbol och rekreation. Barnen har tidigt deltagit och naturligt socialiserats in i ett fysiskt aktivt liv. I det moderna nutida samhället vet vi via forskning mer om varför fysisk aktivitet är bra för oss, men gör mindre än någonsin. Vi behöver inte jaga vår föda, den kan vi enkelt beställa från en affär som vi inte ens behöver uppsöka. Vi behöver inte förflytta oss av egen kraft, vi kan i stort sett leva helt orörliga och förflytta oss sittande eller liggande med hjälp av tekniska medel. Utrymmet för spontan naturlig fysisk aktivitet har minskat till nästan obefintlighet. Det gäller inte bara de vuxna utan i allra högsta grad också barnen. Barn har naturligt en inneboende, medfödd rörelselust av ren överlevnadsinstinkt, som dock lätt kan påverkas av omgivningen i negativ riktning. Barns naturliga rörelselust kan saboteras av allmän rörelsefattig miljö, trafik, teknik, media, stillasittande fritidsaktiviteter samt inte minst av influenser från vuxna som både medvetet och omedvetet påverkar barnens rörelselust, dels genom aktiv deprogrammering och dels genom att vara inaktiva förebilder och auktoriteter. Barn gör inte som vi säger utan de gör som vi gör! Som de vuxna gör!

Föräldrarna är de som är närmast barnen och de har en stark inverkan på barnens hälsostatus (Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry, 2004). Förutom den genetiska effekten påverkar föräldrarna barnen i det dagliga livet när det gäller mat- och måltidsvanor, fysiska aktivitetsvanor samt stillasittande (Jago, Fox, Page, Brockman, & Thompson, 2010). Fysisk aktivitet och stillasittande (eller muskulär inaktivitet) har hittills betraktats som ytterligheter av samma beteende, men numera ses fysisk inaktivitet och stillasittande som två helt olika riskbeteenden och riskfaktorer (Hamilton, Healy, Dunstan, Zderic & Owen, 2008). Man talar om aktiva soffpotatisar, personer som tränar och är fysiskt aktiva på vissa tider, men som sitter stora delar av dygnet i skola eller arbete och på så vis har hög risk för ohälsa i och med sittandet trots att de är fysiskt aktiva. Störst hälsorisker löper dock de som både är fysiskt inaktiva och stillasittande, de dubblar riskerna. Barn som sitter i skolan, vilket många barn gör, men som dessutom lägger till en stillasittande fritid under sina uppväxtår utvecklar således inte vävnader på ett önskvärt sätt. Förutom utvecklingen av fysiska kvaliteter så utvecklas också attityder och under tidig barndom utvecklas habitus (Bourdieu, 2005). Habitus skapas i det sammanhang barnen växer upp i och gemensamma sätt att se på omvärlden och sig själv etableras. Barnen införlivar den förhärskande habitus som finns i den grupp som de tillhör och visar smak eller avsky för olika saker på samma sätt som gruppen. Bourdieu menar att habitus är historiska prak-

tiker som, genom tid, blivit ett naturligt förhållningssätt för individen. Det blir framtida dispositioner som bestämmer hur man ser på saker och ting. Habitus är också ett medel för att avgränsa sig från andra grupper och exempelvis kan habitus med smak eller avsky för fysisk aktivitet etableras tidigt i livet.

Det beräknas att det i Sverige är högst 20 procent av den vuxna befolkningen som är tillräckligt fysiskt aktiv ur ett hälsoperspektiv (Socialstyrelsen, 2005). Enligt WHO så är dessutom färre än en tredjedel av unga människor tillräckligt fysiskt aktiva för att kunna dra fördel av aktuell och framtida hälsa. Det ser ungefär likadant ut på andra håll i världen och denna sammanfattning tros vara en underskattning av problemet eftersom man har svårt att uppskatta det ökande antalet inaktiva bland de allra yngsta. Det råder en samstämmighet bland forskare om att fetmapandemin till mycket stor del beror på fysisk inaktivitet. Dessutom förväntas antalet överviktiga och feta att öka dramatiskt eftersom unga fysiskt inaktiva riskerar att bli fysiskt inaktiva vuxna som omedvetet för över sin livsstil på kommande generationer (Organization, 2010).

Motorisk förmåga en förutsättning för fysisk aktivitet

Alarmerande trender om övervikt, fetma, låg fysisk status, fysisk inaktivitet och stillasittande hos barn sätter fokus på barns fysiska aktivitet och motoriska kompetens (Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2012). Välutvecklad motorisk förmåga är en förutsättning för att kunna göra fysisk aktivitet överhuvudtaget, både i barndomen och under resten av livet (Barnett, Van Beurden, Morgan, Brooks, & Beard, 2009). Barn föds med vissa fylogenetiska rörelser, dvs medfödda rörelser som t ex att krypa, gå, åla, gripa. Dessa rörelser utvecklas framför allt under det första levnadsåret. Därefter är det de ontogenetiska rörelserna, dvs alla rörelser som lärs in och utvecklas - eller inte utvecklas! De ontogenetiska rörelserna bygger på de fylogenetiska och kan utvecklas i all oändlighet. Man lär sig bara de rörelser som man tränar på och som till sist blir automatiserade. En automatiserad rörelse är så inövad att man inte behöver tänka på hur den ska göras. När rörelsen är helt inlärdd kan man göra nästan identiska rörelser från gång till gång. Automatiserade rörelser är mycket viktiga och grundläggande förutsättningar för att vi ska kunna röra oss i förhållande till omgivningen och samtidigt koncentrera tankeverksamheten kring något annat än att röra oss. Ett exempel är att barn kan ha svårt att koncentrera sig på trafiken om deras förmåga att cykla inte är helt automatiserad, ett annat är att kunna koncentrera sig på läsning eller matematik i

klassrummet och ändå balansera sig sittande på en stol. Tar balansakten all energi och fokus finns inte hjärnkapacitet ledig för att räkna och läsa. Hjärnan blir upptagen av att lyckas med det motoriska och inget utrymme ges till det kognitiva.

Samordning av hjärnans utveckling och neuroplasticitet för inläring av motoriska färdigheter gör att tidig barndom (före sex års ålder) är en kritisk period för att utveckla FMS (Fundamental Movement Skills) (Curlik & Shors, 2013; Myer et al., 2011). Barn som inte deltar i adekvat motorisk träning kommer inte att nå sin genetiska potential, vilket har implikationer inom kognitiva, emotionella och sociala områden under resten av livet. Under de tidiga skolåren upp till puberteten kan FMS byggas på med mer avancerade ontogenetiska rörelser. Under dessa år finns inga begränsningar på vad ett barn klarar av rörelsemässigt och motoriskt. De kan i princip lära sig allt som de får möjlighet att lära sig, givetvis med individuella variationer. Trist nog är många barns vardag stillasittande, ofta sittande framför en skärm under dessa viktiga år, och då sker inte den rörelseinläring som barnen skulle ha hunnit med före puberteten. Det kan tyckas vara onödigt med rörelserekommendationer, men i dagsläget ter de sig som mer viktiga än någonsin. Flera länder har rekommendationen minst 60 minuter per dag för barn. Våra grannländer Norge och Finland har dubblat sina rekommendationer till minst 120 minuter. Den kritik som är befogad mot rekommendationerna, oavsett om de är på 60 eller 120 minuter, är att det är så stort fokus på kvantitet och inte kvalitet. Att bara ange 60 minuters aktivitet om dagen är inte tillräckligt i rekommendationerna, utan kvalitet och inläring av FMS i en integrativ approach till hjärnans utveckling måste också beaktas (Myer et al., 2015). Frågan är dels OM barnen är aktiva 60 minuter och dels VAD de i så fall gör. Barn kan lära sig felaktiga rörelser som när de väl är automatiserade är mycket svåra att öva bort och förändra. Felaktiga rörelser kan i förlängningen innebära skador och smärta. En gyllene arbetsmarknad för framtida sjukgymnaster och ortopedier, men onödigt då barn skulle lära sig och automatisera funktionella rörelser från början.

Fysisk aktivitet i förskola och skola

Eftersom barn i Sverige vistas stor del av sin vakna tid i förskola och skola är det av stor vikt att de stimuleras till rörelse och förkovrar sin motoriska förmåga där. Ansvar för att lära barnen funktionella rörelser faller på både hemmet, förskolan och skolan. Det är viktigt att det finns kunniga och välutbildade rörelsepedagoger, som kan tajma och stimulera inläring vid rätt tidpunkt. I studier i förskolan har det visats att förskollärare inte har tillräckliga kunskaper, utbildning och erfarenhet att instruera och undervisa FMS som möter barns behov och tajmar hjärnans utveckling (Timmons, Naylor & Pfeiffer, 2007). Förskolan har ett kom-

pensatoriskt uppdrag, men inga kompensatoriska förändringar kunde påvisas när det gällde stillasittande och fysisk aktivitet (Van Cauwenbergh, De Craemer, De Decker, De Bourdeaudhuij & Cardon, 2013). I en studie mättes barnens aktivitetsnivå. Den största delen av tiden i förskolan ägnades åt stillasittande aktiviteter (85%) och endast 2% av tiden var fysisk aktivitet på minst medelnivå (MVPA) (Pate, McIver, Dowda, Brown, & Addy, 2008). Det är alltså långt kvar tills man ens når de allmänna rekommendationerna om 60 minuter, och ännu längre till att det tränas adekvat FMS. Det är intressant att fundera över varför det är så mycket stillasittande aktiviteter i förskolan. En gissning som ligger nära till hands är att kunskapen om rörelse är för låg i förskolan. En annan är att fysiskt aktiva barn upplevs som stökiga och pedagogerna initierar stillsamma aktiviteter för att slippa stöket. Många förskolor vistas inomhus i stor utsträckning och då minskar den fysiska aktiviteten automatiskt. När det gäller aktivitet i skolan kan samma mönster ses som i förskolan och tiden för stillasittande ökar dessutom ytterligare. Pedagogiken går till stor del ut på att lära barnen att sitta stilla. Redan i förskoleklass när barnen är 6 år ökar stillasittandet. Det enda skolämnet där motorisk träning och fysisk aktivitet ingår är ämnet idrott och hälsa. Problemet är dock att samtidigt som den spontana fysiska aktiviteten i barns liv har minskat, har också den tilldelade tiden för ämnet idrott och hälsa minskat till nivåer som inte är önskvärda (Armstrong & Astrand, 1997; McKenzie, Marshall, Sallis, & Conway, 2000). I Sverige drogs tiden för ämnet idrott och hälsa ner vid läroplansrevideringen 1994 och tiden har inte ändrats sedan dess. Som kuriosa kan nämnas att barn 6-18 år numera har ca en timme per vecka. År 1928 när barn var fysiskt aktiva i sin vardag på ett helt annat sätt än idag, hade de sex timmar idrott per vecka. Den nuvarande tilldelade tiden för ämnet gav Sverige en 24:e plats bland 25 länder i Europa, näst sist. Det råder en stor ämnesträngsel i skolan och konkurrensen om undervisningsminuterna är stenhård. De politiska och filosofiska uppfattningar som råder i samhället styr de prioriteringar som reglerar tidsanvändningen via läroplaner, timplaner och indelning i så kallade kärnämnen och övriga ämnen. Den förmodade största barriären för att öka tiden för idrott är rädslan för att det stjälar tid från de teoretiska ämnena. Dock har det visats i flera studier att även om ämnet fick mer tid på de teoretiska ämnenas bekostnad så resulterade det inte i någon nedgång i prestationerna i de teoretiska ämnena utan tvärtom ökade prestationerna (Trudeau & Shephard, 2008).

Några egna forskningsstudier

Här nedan ges korta sammanfattningar av några av de studier som författaren genomfört bland barn och ungdomar.

Den första studien genomfördes bland 301 gymnasieelever på olika program, varav sex praktiska program som ledde till yrken med fysisk belastning (fordonsmekaniker, livsmedelsarbetare, metallindustriarbetare, byggnadsarbetare, undersköterskor, hårfrisörer) och två teoretiska program (naturvetenskapligt och samhällsvetenskapligt program). Resultaten baseras på enkätsvar, fysiska test, antropometriska mätningar samt studieresultat i form av betyg. Som mått på fysisk kapacitet beräknades ett fysiskt index som en summering av mätresultaten i de sju fysiska testen till ett index för varje individ, en sk Z-score, med medelvärdet 0, och där ett högt värde visade på en hög fysisk kapacitet och ett lågt värde på låg kapacitet.

Den fysiska kapaciteten befanns vara högre på de teoretiska programmen än på de praktiska, både bland pojkar och flickor. Det innebär att de ungdomar som utbildades till yrken med tung fysisk belastning hade sämst fysisk kapacitet. Redan innan inträdet i arbetslivet är det således stor ojämlikhet i fysisk status. Låg fysisk status kan med stor sannolikhet innebära ökad risk för ohälsa, skador och sjukdom. När de fysiska kraven är höga är det ännu viktigare att ha en god fysisk kapacitet för att klara av ansträngning, belastning och risker utan att skada sig. Själva upplevelsen av arbetets ansträngningsgrad är avhängigt den egna kapaciteten. Ligger man nära sin maximala kapacitet muskulärt eller konditionsmässigt för att klara av att utföra sitt arbete, kommer man att uppleva det som mycket ansträngande. Har man däremot marginal till sin maximala kapacitet, upplevs arbetet som ganska lätt att utföra även om belastningen kan vara hög.

De ungdomar som var fysisk aktiva och hade hög fysisk status kan anses ha en god chans att starta arbetslivet utan större komplikationer. Det omvända gäller tyvärr för de med låg fysisk status. Skillnaderna i fysisk status var mer uttalade bland flickorna än bland pojkarna. Många flickor på de yrkesförberedande programmen hade så låg syreupptagningsförmåga att de redan som 16-åringar låg i riskzonen för hjärt-och kärlproblem. Syreupptagningsförmåga, i dagligt tal kondition, har stor betydelse för hälsan, men också för tankeförmåga, kreativitet och humör. Hjärnan tar ungefär en fjärdedel av det upptagna syret i anspråk, och är den totala mängden av syre liten blir också fjärdedelen till hjärnan mindre. Förutom yrkesrelaterade aspekter kan en annan aspekt av en del flickors dåliga fysiska status lyftas. De är presumtiva mödrar och enligt forskning är mammans fysiska status viktig för det ofödda barnets hälsa.

Det kan ses som ett samhällsligt problem att skolan utbildar elever som har dåliga fysiska förutsättningar till yrken med tung belastning. Ungdomar med låg fysisk förmåga rekryteras till yrken med hög förekomst av yrkesskador. Alarmerande var att en del elever på byggprogrammet hade mycket låg balansförmåga och styrka vilket kan vara förödande om de klättrar på byggnadsställningar och bär byggmaterial. Flickor på vårdprogrammet hade ofta mycket låg styrka i buk, rygg och armar. I vårdyrket förekommer många lyft och en stark muskelkorsett är nödvändig. Studien visade att redan under utbildningen visade elever på yrkesprogrammen tecken på belastningsskador. Skolan har ett kompensatoriskt uppdrag för att jämna ut sociala skillnader. Gymnasieskolan har också ett uppdrag att förbereda eleverna på kommande yrkes- och vuxenliv som är nära förestående. Studien visade på att skolan istället för att utjämna skillnaderna förstärkte dessa (Sollerhed & Ejlertsson, 1999). När det är så få tillfällen för fysisk träning i skolan är det svårt att göra underverk. Eleverna har hunnit långt i sin pubertet och både vävnader och attityder är etablerade. Förändringarna skulle ha skett långt tidigare i ungdomarnas liv, i förskolan och i de tidiga skolåren.

I samma studie undersöktes också gymnasieelevernas känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 1987) samt attityder till fysisk aktivitet och till skolans idrottsämne. En ömsesidig relation mellan KASAM och attityden till ämnet idrott och hälsa kunde påvisas, vilket indikerade att tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet samt skolämnet idrott kan bidra till utvecklingen av KASAM. Nivåerna av KASAM kan också påverka attityderna till fysisk aktivitet och vara betydelsefulla för aktivitet i ett livsperspektiv, vilket i sin tur har betydelse för hälsan. Flera teorier kan länkas samman med KASAM. Antonovsky såväl som Kobasa fokuserade på "hardiness", som har definierats som en personlighetsstil som hjälper individen att tåla och hantera stress (Kobasa, Maddi, Puccetti, & Zola, 1985). Denna egenskap utvecklas och är nödvändig vid fysisk aktivitet, då aktiviteterna kräver ansträngning och ofta är förknippade med kroppsliga sensationer som ibland kan upplevas som smärtsamma. Andra teorier som kan knytas till KASAM är Harters "Competence Theory" (Harter, 1985). Individer som upplever sig vara fysiskt kompetenta är mer intrinsikalt motiverade att ta sig an utmaningar, är mer ut hålliga och mindre ängsliga. I utvecklingen av positivt självförtroende, attityder och KASAM spelar omgivningen stor roll. Utvecklingen av attityder till egen kropp och fysisk aktivitet verkar också spela en viktig roll för utvecklingen av KASAM (Sollerhed, 2006).

Studien bland gymnasieeleverna genererade nya frågor och en ny studie bland yngre barn genomfördes som en longitudinell studie under tre år och sammanlagt testades 1200 barn under de tre åren. Skolbarnen på två skolor, en interventionsskola och en kontrollskola, var 6-12 år. Interventionsskolan hade utökad tid för idrott och hälsa, en lektion varje dag och den andra skolan (kontrollskolan) följde stipulerad tid enligt läroplanen, vilket var en eller två gånger per vecka. Resultaten visade att ökningen av antalet idrottslektioner hade en effekt på barns fysiska status. Statistiskt kunde det påvisas att konditionen och den motoriska förmågan ökade. Den utökade tiden visades gynna både normalviktiga och överviktiga barn. En generell trend var dock att barnens BMI ökade under de tre åren som projektet pågick. BMI (Body Mass Index) anger relationen mellan kroppsvikt och kroppslängd. För barn används iso-BMI som innebär en utökning av tolkningen för att skatta undervikt, normalvikt, övervikt och fetma i relation till barnens ålder och kön. BMI ökade inte lika mycket i interventionsskolan som i kontrollskolan, vilket kan tolkas som att ökad fysisk aktivitet kan sakta ner en generell viktökning som sker bland barn (Sollerhed & Ejlertsson, 2008). I studien undersöktes också barnens uppfattningar om fysisk kompetens, fysisk aktivitetsnivå och fysisk status. Bland barnen som var 8-12 år fanns generellt en ganska klar uppfattning om egen fysisk kompetens, fysisk aktivitetsnivå och fysisk status. Enligt Harters teori är självupplevd fysisk kompetens en starkare indikation på framtida aktivitetsbeteende än faktisk uppmätt fysisk status (Harter, 1985). Ett samband mellan faktisk uppmätt fysisk kapacitet och självupplevd fysisk kompetens kunde påvisas i studien, vilket skulle kunna indikera att barnen med både hög fysisk status och självupplevd hög kompetens kommer i framtiden att vara fysiskt aktiva som vuxna. Skolans undervisning i idrott och hälsa ska fokusera på att höja både den faktiska fysiska kapaciteten och att höja barnens uppfattningar om kompetensen. Det visades att viktökning kunde saktas ner med utökad fysisk aktivitet i skolan, men kunde inte helt radera den. Det skulle ha behövts ytterligare idrottstimmar i skolans schema och det skulle ha varit svårt att genomföra. Skolan kan inte ensam ta ansvar för viktökningen som sker bland nutida barn (Sollerhed, Apitzsch, Råstam, & Ejlertsson, 2008).

En annan del av studien omfattade barn i åldrarna 8-12 år och undersökte förekomsten av själv-rapporterade dagliga smärtsymptom. I studien visades att idrottande barn rapporterade smärta som huvudvärk och magont mer sällan än inaktiva barn. De aktiva barnen upplevde också vardagliga kroppsliga signaler såsom andfäddhet och träningsvärk som något naturligt, medan de inaktiva barnen tyckte det var besvärande.

Att hantera kroppsliga signaler är en integrerad del av fysisk aktivitet och aktiva barn lär sig att hantera dessa. I kombination med större tålighet har de aktiva barnen också en högre ”fitness”, vilket förmodligen innebär att de mer sällan har besvär (Sollerhed et al., 2013).

I en studie genomförd i fyra länder bland 15-16 åringar kunde det konstateras att förekomsten av idrottsskador bland tonåringar är ganska hög. I jämförelsen mellan länderna låg de svenska tonåringarna högst i antalet skador både på fritiden och i skolans idrottsämne, jämfört med Tyskland som låg näst högst och därefter Nya Zeeland och USA. Skolans idrottsämne har ofta kritiserats för hög prevalens av idrottsskador och skoladministratörer har ibland skurit ner timtalet på grund av detta för att undanröja problemen. Studien visade att de tonåringar som skadade sig under skolans idrottstimmar var både de elever som var mest fritidsaktiva och som också hade hög deltagandegrad i skolans idrott och de elever som inte alls var aktiva på fritiden och som mycket sällan deltog i skolans idrott. De högaktiva eleverna förnyade till stor del sina gamla fritidsskador i skolan och de inaktiva eleverna var sårbara och skadade sig lätt på grund av att de var ovana vid rörelser och hade dålig motorisk förmåga. Skolan har en stor utmaning i att hantera dessa extrema grupper när det gäller skador. Den ena gruppen har hög dos av aktivitet och slår ständigt upp dåligt läkta gamla skador, och den andra gruppen får skador på grund av att de är sköra, har dålig motorik och lågt självförtroende beroende på ovana vid aktiviteter. Frågan är om skolan ens kan klara av att hantera dessa problem (Sollerhed et al, submitted).

Slutsats

Vi står inför stora utmaningar när det gäller fysisk aktivitet. Vi måste förhålla oss till att vi är utvecklade till att röra oss regelbundet från barndom till ålderdom. Det bästa sättet är att röra sig för att det är kul, att finna rörelseglädjen! Viktigt är att involvera barnen tidigt så att det blir en naturlig och positiv vana, att tatuera in en glädje i habitus för rörelse!

Referenser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Armstrong, N., & Astrand, P.-O. (1997). Physical education and the promotion of health and well-being in Europe. *European Journal of Physical Education*, 2, 157-159.
- Barnett, L. M., Van Beurden, E., Morgan, P. J., Brooks, L. O., & Beard, J. R. (2009). Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *Journal of adolescent health*, 44(3), 252-259.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*, bjsports90185.

- Biddle, S. J., Fox, K., & Boutcher, S. (2003). *Physical activity and psychological well-being*. Routledge.
- Blom, K. A., & Lindroth, J. (1995). *Idrottens historia: Från antika arenor till modern massrörelse*: SISU idrottsböcker.
- Bourdieu, P. (2005). Habitus. *Habitus: A sense of place*, 2, 43-49.
- Curlik, D., & Shors, T. (2013). Training your brain: do mental and physical (MAP) training enhance cognition through the process of neurogenesis in the hippocampus? *Neuropharmacology*, 64, 506-514.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., . . . Barnekow, V. (2008). Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey: World Health Organization Copenhagen.
- Ekelund, U., Brage, S., Franks, P. W., Hennings, S., Emms, S., & Wareham, N. J. (2005). Physical activity energy expenditure predicts progression toward the metabolic syndrome independently of aerobic fitness in middle-aged healthy Caucasians the Medical Research Council Ely Study. *Diabetes Care*, 28(5), 1195-1200.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-Child Feeding Strategies and Their Relationships to Child Eating and Weight Status. *Obesity Research*, 12(11), 1711-1722. doi: 10.1038/oby.2004.212
- Fernandes, R. A., & Zanesco, A. (2010). Early physical activity promotes lower prevalence of chronic diseases in adulthood. *Hypertension Research*, 33(9), 926-931.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Hamilton, M. T., Healy, G. N., Dunstan, D. W., Zderic, T. W., & Owen, N. (2008). Too little exercise and too much sitting: Inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 2(4), 292-298. doi: 10.1007/s12170-008-0054-8
- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. *The development of the self*, 2, 55-121.
- Jago, R., Fox, K. R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2010). Parent and child physical activity and sedentary time: Do active parents foster active children? *BMC PUBLIC HEALTH*, 10(1), 194-194. doi: 10.1186/1471-2458-10-194
- Kobasa, S. C. O., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of psychosomatic research*, 29(5), 525-533.
- Levine, J. A. (2004). Non-exercise activity thermogenesis (NEAT). *Nutrition Reviews*, 62(suppl 2), S82-S97.
- McKenzie, T. L., Marshall, S. J., Sallis, J. F., & Conway, T. L. (2000). Leisure-time physical activity in school environments: an observational study using SOPLAY. *Preventive medicine*, 30(1), 70-77.
- Myer, G. D., Faigenbaum, A. D., Edwards, N. M., Clark, J. F., Best, T. M., & Sallis, R. E. (2015). Sixty minutes of what? A developing brain perspective for activating children with an integrative exercise approach. *British journal of sports medicine*, 49(23), 1510-1516.
- Myer, G. D., Faigenbaum, A. D., Ford, K. R., Best, T. M., Bergeron, M. F., & Hewett, T. E. (2011). When to initiate integrative neuromuscular training to reduce sports-related injuries in youth? *Current sports medicine reports*, 10(3), 155.

- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children and Adolescents, 1999-2010. *JAMA*, *307*(5), 483-490. doi: 10.1001/jama.2012.40
- Organization, W. H. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- Pate, R. R., McIver, K., Dowda, M., Brown, W. H., & Addy, C. (2008). Directly observed physical activity levels in preschool children. *Journal of School Health*, *78*(8), 438-444.
- Pearson, T. A., Blair, S. N., Daniels, S. R., Eckel, R. H., Fair, J. M., Fortmann, S. P., . . . Grundy, S. M. (2002). AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation*, *106*(3), 388-391.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity—a systematic review of longitudinal studies. *BMC PUBLIC HEALTH*, *13*(1), 1.
- Socialstyrelsen, O. (2005). Folkhälsorapport 2009.
- Sollerhed, A.-C. (2006). Young today-adult tomorrow!: studies on physical status, physical activity, attitudes, and self-perception in children and adolescents.
- Sollerhed, A.-C., Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2013). Recurrent pain and discomfort in relation to fitness and physical activity among young school children. *European journal of sport science*, *13*(5), 591-598.
- Sollerhed, A.-C., Apatzsch, E., Råstam, L., & Ejlertsson, G. (2008). Factors associated with young children's self-perceived physical competence and self-reported physical activity. *Health Education Research*, *23*(1), 125-136.
- Sollerhed, A. C., & Ejlertsson, G. (2008). Physical benefits of expanded physical education in primary school: findings from a 3-year intervention study in Sweden. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *18*(1), 102-107.
- Steinsland, G., & Sørensen, P. M. (1998). *Människor och makter i vikingarnas värld*. Ordfront.
- Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obesity facts*, *2*(3), 187-195.
- Timmons, B. W., Naylor, P.-J., & Pfeiffer, K. A. (2007). Physical activity for preschool children-how much and how? This article is part of a supplement entitled Advancing physical activity measurement and guidelines in Canada: a scientific review and evidence-based foundation for the future of Canadian physical activity guidelines co-published by Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism and the Canadian Journal of Public Health. It may be cited as Appl. Physiol. Nutr. Metab. *32* (Suppl. 2E) or as Can. J. Public Health *98* (Suppl. 2). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, *32*(S2E), S122-S134.
- Trudeau, F., & Shephard, R. J. (2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY*, *5*(1), 1.
- Van Cauwenberghe, E., De Craemer, M., De Decker, E., De Bourdeaudhuij, I., & Cardon, G. (2013). The impact of a teacher-led structured physical activity session on preschoolers' sedentary and physical activity levels. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *16*(5), 422-426.
- Vlachopoulos, S., Biddle, S., & Fox, K. (1996). A social-cognitive investigation into the mechanisms of affect generation in children's physical activity. *Journal of sport and Exercise Psychology*, *18*, 174-193.

Barn i svenska ”militära familjer” – barns berättelser om hur de reder sig när förälder åker iväg som svensk soldat på utlandsmission

Ann-Margreth E. Olsson

– Jag vill inte att pappa ska åka. Jag är rädd. Tänk om han dör...
(Marcus, 7 år)

– Min pappa sitter på en säker plats, men min kompis, han är det synd om, hans pappa sitter på farlig plats där kan han bli skjuten
(August, 7 år)

Ovanstående är röster från intervjuer med barn i en pågående dialogisk deltagande aktionsforskningsstudie vid Högskolan Kristianstad, *När en anhörig går ut i krig. Utforskande av sociala konsekvenser och utveckling av det sociala stödet – före, under, efter och sen*. Forskningsprojektet är ett led i att etablera forskning och att förstärka utvecklingsarbetet inom det sociala stödet till familjer som har anhöriga som arbetar inom Försvarsmakten och som deltar i fredsbevarande internationella militära insatser, ibland kallade (utlands)missioner. Detta kapitel fokuserar på barns berättelser om hur det kan bli för barnen när en förälder, här rör det sig om fäder, ger sig i iväg till krigs- och terrordrabbade områden i världen.

Bakgrund

I Sverige har på senare år trycket ökat på de familjer där en familjemedlem har anställning som soldat eller officer inom Försvarsmakten. En svensk försvarsanställd förväntas vara beredd på och acceptera utlandstjänstgöring i krigs- och terrorzoner. I yrket som soldat (i begreppet soldat inkluderas här alla personalkategorier inom Försvarsmakten) förväntas den försvarsanställda att lämna sina anhöriga, också minderåriga barn, för att bidra till att Sverige ska fullgöra de internationella åtaganden som Sveriges Riksdag beslutat om. På senare år har dessa militära insatser främst handlat om Afghanistan. Nu har de stora svenska insatserna flyttats till Medelhavsområdet, Afrika och Mali.

Sverige har som land varit förskonat från krig i över 200 år. Utövningen av soldatyrket i hemlandet präglas av utbildning, träning och övningar, så utlandstjänstgöringen kan för den enskilda soldaten, bli det enda tillfälle som han eller hon i skarpt läge använder sin kompetens som soldat. För

soldaterna innebär deltagande i utlandsmission således att ”få chans att delta i matchen – inte bara träna och sitta på bänken” som en intervjuad soldat uttryckte sig. För soldaternas familjer kan soldatens vilja och engagemang i att delta mötas med blandade känslor. De talar om att de å ena sidan inser att detta ingår i soldatens arbete och anställning – å andra sidan har svårt att se attraktionen i att ge sig ut i krigförande områden i världen. De kan ha svårt förstå hur soldaten kan prioritera detta före att vara med sina anhöriga, sin familj och sina barn. Forskningsresultaten i studien visar att de anhöriga responderar olika, också över tid, till soldatens deltagande i utlandsmission. Detta gäller också barnen.

För barn beror effekterna av det militära livet som allra mest på hur den hemmavarande föräldern responderar på situationen och hur föräldrarna relationellt kan samverka (C. J. White, De Burgh, Fear, & Iversen, 2011; Hedegaard Heiselberg, 2017). Barnen är varse om de risker och faror som soldaten utsätts för, liksom att det på hemmaplan blir annorlunda när en förälder är iväg på utlandsmission. Kort sagt, barnen i dessa familjer är exponerade för omständigheter de inte själva kan påverka. Särskild uppmärksamhet kan komma behövas till stöd för barn- och föräldrarelationen liksom att socialt stöd mobiliseras från barnens nätverk (Chawla & Solinas-Saunders, 2011). Det är viktigt att professionella runt barnen och deras familjer förstår vad det kan komma att innebära för ett barn att en förälder, eller annan anhörig, är tjänstgörande i internationella insatser, vad det psykologiskt och socialt kan komma att betyda för barnet och dennes familj (Lincoln, 2011). Viktiga personer i barnens omgivning behöver vara uppmärksamma på hur barnen mår och reder ut sin situation. Detta förutsätter att lärare, elevhälsan och andra kring berörda barn, är informerade om att en förälder genomför internationell militär insats. De behöver ha beredskap för att möta barnens eventuella behov av stöd och uppmuntran. Det får dock inte uppfattas som eller bli stigmatiserande att söka och få hjälp.

Svenska kontexten

Det finns många skillnader mellan de militära och civila systemen i olika länder. Erfarenheter och forskningsresultat från andra länder kräver bearbetning innan de kan överföras till och användas praktiskt i en svensk kontext. Svenska soldater är vanligtvis på utlandsmission under 6 månader föregått av 3-4 månaders träning och förberedelser. Det senare kan innebära resor inom landet och ytterligare frånvaro hemifrån. Under själva insatsen har soldaterna rätt till två hemfärder när det passar in för arbetet. Dessa 1-2 veckor hemma brukar kallas *leave* och påverkar också utvecklingen och anpassningen därhemma. Livet blir som en berg- och dalbana på gott och ont. För barnen verkar de återkommande hemmaperioderna göra missionstiden mer överblickbar och hanterbar. Barnen

ritar tidslinjer och har måttband med antalet dagar som de är utan föräldern som de klipper av vartefter dagarna går. Samtidigt kräver de upprepade omställningarna som *leave*-perioderna innebär mycket av både soldaten och dennes familj. Upplägget varierar från land till land. Det samma gäller soldatens övriga arbetsvillkor och förutsättningarna på hemmaplan.

Pågående studier och intervjuer

Studien är femårig och riksomfattande. Den genomförs som systemisk aktionsforskning med dialogiska, narrativa och socialkonstruktivistiska utgångspunkter.aktionen handlar om att delta i pågående utvecklingsprocess av stödet och genomförandet av dialogiska familje- och parsamtal i forskningsprocessen. Etikprövningsnämnden i Lund har givit sitt godkännande (Dnr 2012/459). Syftet med forskningen är att skapa ny kunskap om svenska familjer med familjemedlemmar inom det militära, att utveckla metoder för adekvat stöd till dessa familjer och soldater när de kommer hem igen som utlandsveteraner. Sammanlagt har ett par hundra dialogiska intervjuer genomförts och i flera av de familjesamtal som genomförts har barn i olika åldrar deltagit. Av gjorda individuella intervjusamtal var ett femtiotal med barn. I dialogiska intervjuer formuleras frågorna i samklang med den dialog som utvecklas varvid olika frågetekniker används t.ex. direkta, öppna, reflekterande, cirkulära eller hypotetiska (om-frågor) (se Tømm, 2000). Nedan ett exempel på dels utforskande av skillnader, dels vad som kan kallas externaliserande frågor (se M. White, 2000). Externalisering är en teknik och metod som handlar om att tala om något, i detta fall om oron, som något som i samtalet inte längre är en känsla inom Oscar utan en känsla som ligger utanför Oscar. Känslan talas om som om den vore ett externt objekt som Oscar tillsammans med intervjuaren kan studera, betrakta och undersöka. Här kan utforskas vad den gör med Oscar, vad den säger till Oscar. Utdraget är från intervjun med Oscar under tiden hans pappa är iväg. Oscar börjar:

Oscar: – Jag saknar honom. Det har också gjort att jag har fått ganska svårt att sova på grund av saknaden.

I: – Något särskilt du tänker på när du ska sova?

Oscar: – Jag tänker bara på hur han har det. Jag är så himla orolig för honom

I: – Vad säger oron då?

Oscar: – Den säger så mycket och samtidigt så lite. Om det skulle hända honom något farligt, att han skulle bli hotad – skulle vara jätteläskigt [ledsen].

Vidare i samtalet berördes också vad Oscar kunde göra och redan gjorde med oron. Den minskade när hemmet fylldes av Oscars äldre syskon och krympte när Oscar pratade med mamma och ännu mer när han hörde pappas röst från Afghanistan.

Intervjuande forskares tidigare erfarenheter av att intervjua barn indikerar att det gäller att ”smida medan järnet är varmt” och att det gäller att passa på när barnets intresse väckts och lyssna på vad barnet vill berätta. Plötsligt kan barnets intresse flyttas till något helt annat. Det gäller för intervjuaren att följa med. Forskaren kan aldrig veta vad som dyker upp i nästa samtalsämne eller vilken aktivitet som barnet kommer att föredra. Kan plötsligt komma något som blir avgörande för hela intervjunns fortsättning.

Barnen berättar om att en av de strategier de använder sig av för att värna om sitt eget välbefinnande, är att tänka bort att föräldern åkt iväg i krig och kan vara i fara. Barnen vill helst inte bli påmindas genom andras frågor och bekymmer. De söker skapa fredade zoner i sin vardag där de vill känna ”som om allt är som vanligt” – slippa att bli påmindas om vad som fattas dem. Skolan kan vara en sådan zon eller en sådan del av dagen som de vill ha fredade från påminnelser för att kunna koncentrera sig på sitt arbete i skolan och koppla av med vänner. Det är olika hur mycket barn vill prata om föräldrarnas frånvaro vare sig hemma eller med någon utomstående. Forskaren var ett undantag som barnen vanligtvis blivit tillfrågade av sina föräldrar om att träffa. I några fall hade också barnen själva blivit intresserade efter att ha träffat eller hört forskaren vid anhörigträff. Ett av barnen sa i intervjun att hon vanligtvis inte alls behövde prata så mycket om konsekvenserna för sin egen del så när hon fick intervjufråga om vem hon talar med, svarade hon kort: Med dig. Vanligast är att barnen talar med föräldrarna, både den hemmavarande och föräldern på mission. I samtliga fall i denna del av studien handlar det om en pappa som åkt iväg och en mamma som är kvar hemma.

Barnens berättelser om att ha en förälder som åker iväg

De barn som deltagit har, med några få undantag, erfarenheter av att en egen förälder och andra de känner, gjort flera missioner. Arbetet inom det militära innebär resor och uppdrag både inom landet och utomlands. Det som skapar märkbar skillnad mellan att vara i Sverige och i andra länderna, är att utomlands bär resan till krig- och terrorzoner.

- Det är faktiskt svårt att veta när han är iväg. Han är ändå så mycket borta. Han är ändå på kurser och överallt hela tiden, så det känns inte
- speciellt inte som jag vet, att han har skyttesoldater som skyddar –

han är i ett läger. [...] Han jobbar med detta. Inte jättekul att han måste åka just till landet som man kanske inte ska åka till – man kan dö där. Jag brukar inte tänka på det så mycket [...] Jag tror inte att han så gärna vill iväg eller så vill hand det, jag vet inte. Han jobbar med detta. (Fia, 12 år)

Barnen, om än inte de allra yngsta, är varse om hur farligt det kan vara där föräldrarna arbetar och att det ingår i föräldrarnas jobb att genomföra riskfyllda uppdrag. De kan undra över om föräldern egentligen vill vara där. Samtidigt kan berättelserna om vad soldaterna egentligen gör i det främmande landet bli förvirrande. Två pojkar berättar var för sig om uppdraget:

– De ska skydda andra från de där dummingarna. Det finns ju såna dumma. De försöker stoppa de dummingarna. De kan ha pistoler eller något sådant. (August, 7 år)

Jag tror att han försöker stoppa krig. Först trodde jag att han skulle gå runt och skjuta talibaner men det var fel. Han är där och ger saker [...] Han gav en penna till ett barn som blev överlyckligt. [...] Jag tror inte han ville åka dit. Det är stor risk för att dö. (Johan, 9 år)

Stina, 8 år, har varit med om att barnen i skolan säger att hennes pappa är ute i krig. Detta stämmer inte med vad hon hört från sin pappa och hon för en egen kamp på skolan:

– De retas inte men de säger att han är ute i krig men det är han inte. Jag försöker säga att han inte är det. Jag säger, men sluta, han är inte i krig han ger bara order till de andra om vad de ska göra och så är det faktiskt rätt lugnt därnere just nu, men de lyssnar inte.

Barnen är inne på vad som kan vara svenska truppers uppdrag i Afghanistan. Oscar, 10 år reder ut vad som gäller:

– ... ganska svårt att förklara men i alla fall han ska förklara för Afghanistans trupper hur de ska göra för att försvara sitt land. Det finns fiendligheter där.

Barnen är införstådda med riskerna:

– Klart man tänker på det [riskerna]. Han kan ju bli skjuten – eller en mina. När han åker iväg igen utsätts han för mer ... (Henric, 13 år)

– Ja, man är medveten om att det är farligt. Det inte något man ska sopa under mattan heller: det är farligt att åka i krig. Krig är något farligt. Och det är liksom ... mamma har aldrig sopat under mattan. De har sagt att det är farligt och de har funnits och ska finnas där så man kan prata med dem hela tiden. Om man tycker något är jobbigt,

då ska de finnas för att göra det mindre jobbigt. Det har mamma och dom varit duktiga på när det gäller mig. Jag tycker inte att det är så jobbigt längre. Det kan vara ibland man tänker på det. Eller man saknar något som bara den personen kan eller känner till (Felix, 17 år)

För de anhöriga blir det avsevärt lugnare när de vet att deras soldat är inne på campus. De svenska trupperna, liksom alla andra förband, skyddar sitt campus väl. Här Felix igen i en intervju två år tidigare än ovan:

– Det blir lugnare än när de är ute i strid för du har det i bakhuvudet att han är där, tänk om...? Jag vet inte hur man ska förklara det. Man tänker på det men ändå inte [...] så fort det är något det liksom; Oh, shit, tänk om det har hänt något med pappa eller någon annan eller vem som helst typ. Men är det liksom, att det står någonstans, ”blev av med ett ben” eller att det är något i sådana områden som han inte är, då vet jag ju redan att det inte har hänt honom – för det får man reda på först av alla. (Felix 15 år)

För att skydda sin förälder, bringa tur och lycka, liksom som påminnelse om varandra skickar barnen med maskotar i olika former. Det kan vara känslostenar med budskap, leksaker, figurer och gosedjur. Inte sällan handlas in två liknande ting/maskotar varav den ena åker med på mission och den andra är hemma hos barnet. Kompaniråttor, möss, sälar eller vad det nu är som valts, ligger kanske i pappas ficka och kan dyka upp i alla möjliga sammanhang som kan beses i hemskickade foton. Blir till ömsesidig påminnelse och lycka. Barnen berättar om ceremonier på hemmaplan som att ta fram foto på mamma och pappa och ha vid sängen för att öka barnens trygghet.

Viktigast av allt sägs vara att upprätthålla kontakten, direkt eller indirekt (alla barn vill inte prata med den förälder som rest sin väg men kan antas må bra av att märka av att föräldern vill ha kontakt) främst per telefon. Då måste av säkerhetsskäl soldaten ringa upp. Mer tidsmässigt obundet och ömsesidigt blir kontakterna på Facebook, med e-post och genom vanliga brev och paket. På hemmafronten kan också dyka upp sådant som soldaten beställt på distans via internet. Det är långt tid föräldern är och ska vara borta. Först har det varit övningar och förberedelser, nu är det långt borta och länge.

På hemmaplan

Arvid, 6 år, lyckas ringa in i några få uttalande det både äldre och yngre barn berättar om; hur det blir annorlunda hemma, lite friare och mer egen tid, mer tillgång till den hemmavarande föräldern (mamma), oron för pappan, ledsamheten och att han inte gärna pratar med andra om hur

det är att ha förälder iväg och övertygelsen om att det blir glädje och lättnad när pappa återvänder. Det har tagit tid innan Arvid velat bli intervjuad. Det är först mitt tredje besök hemma i hans familj som han vill delta:

I: – Hur är det?

Arvid: – Konstigt och roligt.

I: – Vad är det roliga?

Arvid: – Jag får inte så mycket skäll. Han säger skäll till mig.

I: – Mer som är roligt?

Arvid: – Att jag sover dåligt.

I: – Det låter inte roligt.

Arvid: – Jo, för mig.

I: – Hur då?

Arvid: – För då kan jag gå runt i huset och titta på TV. När jag blir trött då går jag dit (pekar på föräldrarnas dubbelsäng).

I: – Då går du till mamma?

Arvid: – Mmm och så kan jag titta på TV.

I: – Hur var det hemma då?

Arvid: – (Systemns namn) hon gråt. Mamma gråter. (Storebrors namn) gråter. Jag sprang omkring och jublade.

I: – När de andra gråter, hur menar du...?

Arvid: – Vet inte.

I: – Hur blir det hemma då?

Arvid: – Nästan översvämning i hela huset. De fyller hela akvariet med tårar.

Både Arvid och intervjuare skrattar.

I: – Varför gråter dom?

Arvid: – Saknar pappa.

I: – När han kommer hem hur blir det då?

Arvid: – Kramar och pussar.

I: – Annorlunda då

Arvid rycker på axlarna.

I: – Strängare?

Arvid skakar på huvudet.

I: – Lugnare?

Nickar.

I: – Känner du andra barn som har föräldrar iväg?

Arvid: – Mina kompisar.

I: – Pratar ni om det?

Arvid ser mycket allvarlig ut och skakar på huvudet.

I: – Brukar du säga det?

Skakar på huvudet igen. Och så springer Arvid vidare. Intervjufället är över.

Arvids berättande, ovan, om hur det blev hemma hos honom när pappa åkte iväg till områden med krig, eller som ett barn till en veteran, uttryckt det, till "landet osams" (Engelkes, 2010), känns troligen igen om flera berörda familjer. Barnen är varse om vad som behövs för dem när en av deras föräldrar ger sig iväg:

– En annan förälder, som kan hålla sig lugn [...] Hade min mamma varit stressad hela tiden när han varit borta – då hade jag blivit det. (Fia, 12 år)

Oscar, 10 år är på det klara med att föräldrarna är överens om att i faderns yrke och karriärsutveckling ingår deltagande i insatser, övningar och utbildningar. Detta är deras gemensamma projekt som de genomför tillsammans. Modern känner sig delaktig och bidrar med sina militära erfarenheter och sin sociala talang. Oscar vet att när fadern är iväg längtar också fadern hem till familjen och sonen. Pappa vill träffa honom så snart som det är möjligt igen, säger Oscar. Själv tycker Oscar att det är jättetråkigt att pappan inte är hemma men det finns också fördelar med att han är borta. Oscar får nu mer egentid och kan rå om mamma lite mer utan konkurrens. Både under de perioder pappan kommer hem på tillfällig ledighet från insatsen, på s.k. *leave*, och när han är iväg utomlands, väljer mamman "att tona ner arbetet för att få tid tillsammans" som sonen uttrycker det. Också hans syskon ställer upp för honom och gör att det känns bra också när pappa inte är hemma. Barn och ungdomar i de berörda familjerna är beredda att dra sitt strå till stacken, också för att underlätta för hemmavarande förälder. Stina, 6 år:

– Min bror och jag har gjort så här att mamma ska aldrig [slår ihop händerna] göra grejer [slår ihop händerna igen] vi gör alla grejer i huset [slår ihop händerna igen] så jag tvättar fönster och jag disk... nej, jag skurar golv och han dammsuger, diskar och tar ut disken. Och så ska vi göra – sopa. Men mamma får i alla fall laga maten. För det kan inte vi.

Stinas ambitioner förverkligades aldrig fullt ut men hennes uttalande säger en hel del om att barnen är varse om att den hemmavarande vuxne söker upprätthålla samma höga ambitioner i hemmet som när båda föräldrarna är hemma. Att soldaten försvinner gör att de hemmavarande kan komma att mer svetsas samman. Nya möjligheter att behövas och ställa upp för varandra kan öppna sig. Inte minst för far- och morföräldragenerationen som i en förälders frånvaro kan få ökad tillgång till sina barnbarn genom att avlösa den hemmavarande föräldern. Äldre syskon och andra närstående ställer upp och mobiliserar sig.

– Man skulle kunna sammanfatta det med att när de försvinner så blir det liksom: Nu måste vi vara starka tillsammans! Vi får mer samhörighet liksom. [...] Man lär sig att ta ansvar. (Felix, 15 år)

Felix har flera anhöriga som deltar i internationella operationer. Han säger att som storebror bekymrar han sig om sina småsyskon och vill finnas för dem när det behövs. Han har lärt sig att ta ansvar både för sig själv och andra, och att bli mer självständig. Som 17-åring kan han flytta hemifrån väl förberedd för självständigt liv. Succesivt har han vant sig vid att närstående ger sig i väg i krig. Han är väl medveten om vad deras uppgift är och vilka faror som lurar. Saknaden är stor särskilt när hans far är iväg och han ser fram emot den särskilda ”kick” som det ger att återses och förenas igen.

– Man får lära sig att klar sig och sen blir man glad när de kommer hem. Det är så skönt när de är tillbaks och vi är samlade igen. [...] Man får lära sig – det är bara så – även om det är tungt så funkar det. (Felix, 17 år)

Förutom mer egen tid och lära sig att bli självständig så talar barnen också om att de märker att föräldrarnas ekonomi blir bättre. Råd från barn till andra barn kan handla om mer egocentriska förslag om att tänka efter vad de önskar sig eller vill göra. Här är ett tillfälle för presenter, det lilla extra på hemmaplan och souvenirer från insatslandet. På perioderna av *leave* kan det också bli chans att få göra sådant som de annars inte kunnat eller haft tid till.

– Han åker för att han tycker att det är roligt men inte bara för sin egen skull – det är för oss också. När man åker ner på missioner och så får man mer betalt, vet inte hur mycket, men vi kan göra roliga saker, köpa saker och få bättre *leave*. Han hjälper ju till där nere med deras vardag så att de inte blir dödade [...] Man blir stolt. Han är ju där det är farligt. (Henric 13 år)

Leave-perioderna innebär dock också ansvar. Barnen kan behöva vilja göra prioriteringar för att vara tillgängliga för och kunna träffa den hemkommande föräldern när denne kan:

– Alltså man vet ju att han har *leave* i 2 veckor och då får man se till att inte ha någon fotbollsmatch eller avstå från matcher eller vad det nu kan vara. När han är på *leave* då vill jag vara hemma och träffa honom så mycket som möjligt. Det är väl det som inte är normalt, att man inte går på alla saker som man skulle gjort annars, men annars är det som vanligt (Felix, 15 år)

Råd till andra barn

Råd från barnen till andra barn i liknade situation, se exempel också ovan, gavs ofta med stor eftertanke. August, 7 år, sa efter lång stunds tänkande. Han såg lättad ut när han uttryckte:

– Nu kom jag på vad barnen får göra: Vara snälla mot varandra!

Marcus, också han 7 år, vill att de vuxna ska vara redo att trösta barnen. Däremot vill han inte att de ska veta något i skolan, i alla fall inte klassen:

– Nääh, det behöver dom inte veta för jag blir inte ledsen där...

Inte heller Mattias, 10 år, vill bli påmind i skolan. Han har precis som de andra barnen varit med om flera missioner. Hans lillasyster är 2,5 år och hon märker ingenting, säger han, hon är bara glad. Han är ledsen och gråter ibland precis som mamma. För att mamma ska hinna med allt, inklusive kvalificerat arbete på annan ort, vistas barnen lite längre på sina förskolor än de annars brukar göra. För Mattias är det viktigaste rådet att prata varje dag med föräldern, fråga och berätta om vardagsaker. Det säger också andra barn, särskilt tonåringarna. Här ett exempel:

– Håll kontakten och se till så att de ringer. Gör något kul på *leaven* (Henric, 13 år)

Flera barn är inne på att det handlar om hur man tänker. De ger rådet att söka tänka bort det svåra eller som Johan, 9 år, uttryckte sig:

– Jag tycker bara att man INTE ska tänka på det. Man ska tänka på det man gör, inte det som kan hända – jag tycker inte man ska tänka på det – man ska tänka på något annat.

Rosalinda, 6 år, har fått särskild professionell hjälp för att hantera situationen motiverat av att hon ofta blir sjuk och då kan behöva sjukhusvård. Hennes knep är att tänka ”hela tanken runt”. Hon förklarar att det handlar om att tänka igenom hela tanken så att man kommer igenom och ser ljusningen också. Rosalindas strategi kräver övning, säger hon. Det gör kanske också Felixs förslag, här 17 år när han uttalar:

Gör inte så stor grej av det [...] Det är bättre att säga hejdå och säga; jag älskar dig och ha det som vana alltid att säga: ja, jag älskar dig. Så att detta blir, om det är så, det blir det sista man säger till varandra. Att vara noggrann att man säger sånt man vill säga för man vet inte

när det kan vara för sent, om de går bort eller någonting. Jag tycker jag gör alltid så. Att man tar det som vana att säga något positivt i slutet så – för man vet inte när det är för sent sen...

Reflektion och slutsatser

Ovan har vi lyssnat till elva av de tjugotre minderåriga barn som i skrivande stund deltagit i studien om svenska familjer med familjemedlem anställd som soldat i Försvarsmakten, s.k. militära familjer. Samtliga samtal och intervjuer har videoinspelats och transkriberats av forskaren. Av etiska skäl inklusive hänsyn till deltagarnas integritet och säkerhet, har endast behöriga forskare tillgång till inspelningarna. Analysen intensifierades under och efter transkriberingen med inriktning på att lyssna på vad som berättats och kommunicerats i samtal där barn deltagit. Flera teman utkristalliserades sig i deltagarnas responser till att delta i mission och ha anhörig på mission. I detta kapitel har ett urval av citat valts ut som representerande de teman som utkristalliserats i deltagande barns berättelser. De kan också ha valts för att de är unika exempel eller s.k. slående exempel kompletterande de teman som här exemplifieras.

För ett par av barnen var det första gången de upplevde att en förälder åkte iväg på internationell militär insats. Övriga hade varit med om detta tidigare men verkar inte i sitt berättande komma ihåg så mycket annat än från den senaste. En slutsats som dras i studien är att inom familjerna finns överenskommelser, om än inte alltid uttalade, om att berätta för varandra om erfarenheter och funderingar, att lyssna och samtala. Här finns en öppenhet för att vara nyfiken, ställa frågor och att intressera sig för varandra och inte minst viktigt, att lyssna på varandra. De vuxna är viktiga bärare av dessa värden. Det dialogiska samspel och de samtal som föräldrarna sinsemellan håller levande ”smittar” av sig på barnen. De lär sig vikten av att stanna upp, utforska och lyssna till varandra och vad andra har att säga liksom vikten av att kunna samtala och berätta – viktigt kunnande för att hantera situationer som annars skulle kunna upplevas påfrestande och ännu mer ansträngande.

En annan slutsats i studien är att det är uppenbart att soldaternas barn och familjer är med om att fullgöra de internationella insatserna. Deras insatser är nödvändiga för att Sverige ska kunna skicka iväg soldater och verkställa de internationella åtagande som Sveriges riksdag beslutat om. För att en soldat med egna barn över huvud taget ska kunna delta i och slutföra dylika operationer, krävs att den hemmavarande föräldern är redo att ersätta den frånvarande soldatens plats. Det är också barnen i studien varse om liksom att det handlar om mer än att fylla upp ett tomrum och att göra det som soldaten brukat göra praktiskt därhemma och tillsammans med barnen. Det handlar om att hantera saknad och längtan, både egen och barns, känslomässiga konsekvenser.

Andra slutsatser handlar om att barn och vuxna kan ha svårt att förstå att nära och kära verkligen vill ge sig iväg in i detta, bort från sin familj och det trygga, utsätta sig för risker och fara. Dessutom kan hemmavarande familjemedlemmar, också barnen, hamna i att förklara och försvara för omgivningen att deras anhöriga givit sig iväg, lämnat dem, för att delta i krig. Vi hörde hur Stina berättade hur hon tappert, som det lät, försökte förklara faderns uppgift i Afghanistan. Det kan finnas flera skäl till att barnen söker freda sig från frågorna i skolan. Att behöva förklara och kanske också försvara, något man själv inte förstår, vare sig varför svenska soldater ger sig iväg eller varför just min pappa valt att åka med – att han valde att åka bort ifrån oss och mig. Hur kan jag förväntas kunna svara på frågor om något som jag själv egentligen inte vill vara med om, helst vill glömma och tänka bort?

Barnens råd till andra barn handlar om att söka styra sina tankar, prata och göra annat som leder vidare bort från påminnelser. Det finns flera skäl varför barn kan tänkas vilja hålla faderns frånvaro hemlig och tankarna därom endast avslöjade för utvalda personer hemma i familjen. De är varse om digniteten i föräldrarnas uppdrag. Att som forskare bli inbjuden till att lyssna till barnens berättelser handlade om att både vinna föräldrarnas och barnens förtroende. Det tog mer än ett år att rekrytera deltagarna i studien. Inbjudan och information om forskningen spreds med hjälp av de frivilligorganisationer som samarbetar med Försvarsmakten, genom samarbete med Södra Skånska Regementet (P 7) inklusive att forskare deltog vid sammanlagt sju anhörigträffar och mötte samtliga soldater i en kontingent direkt efter deras hemkomst från Afghanistan. Vid anhörigträffarna fanns också barn närvarande. Bland annat ett av de barn som annars var försiktig med vem han ville tala med om sin fars frånvaro och deltagande i militär insats, kom fram tillsammans med sin mamma och anmälde att han ville delta i forskningsstudien. Han är ett av barnen vars röster blir hörda i detta kapitel.

Referenser

- Chawla, N., & Solinas-Saunders. (2011). Supporting Military Parent and Child Adjustment to Deployment and Separations With Filial Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 39, 179-192. doi: 10.1080/01926187.2010.531647
- Hedegaard Heiselberg, M. (2017). Fighting for the family: overcoming distances in time and space. *Critical Military Studies*, 3(1), 68-86. doi: 10.1080/23337486.2016.1231986
- Lincoln, A. J. (2011). Considerations for the Effects of Military Deployment on Children and Families. *Social Work in Health Care* 50(1), 73-84. doi: 10.1080/00981389.2010.513921
- Tomm, K. (2000). *Systemisk intervjuetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet*. Stockholm: Mareld.

- White, C. J., de Burgh, H. T., Fear, N. T., & Iversen, A. C. (2011). The impact of deployment to Iraq or Afghanistan on military children: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, *23*, 210-217. doi: 10.3109/09540261.2011.560143
- White, M. (2000). *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm: Mareld.

Den livsviktiga musiken – Delaktighet, hälsa och funktionsmöjligheter

Bo Nilsson

Det estetiska området har visat sig viktigt för människors möjlighet att uttrycka sig och kommunicera med andra. Förmåga till socialt och kulturellt deltagande har stor betydelse för individens hälsa och välbefinnande. Intresset för att undersöka och utveckla estetiska aktiviteter för barn och unga med olika slag av funktionsnedsättning måste dock anses vara ganska begränsat, något som står i kontrast till den betydelse som ofta uttrycks i skrivelser och styrdokument. I detta kapitel kommer jag att, med exempel från några olika musikprojekt, diskutera delaktighet, hälsa och möjligheter i relation till musikaliska aktiviteter hos barn och unga med funktionsnedsättning.

Prolog

Det var i mitten av 1970-talet och jag var ung musikstudent. Tillsammans med några kamrater skulle vi genomföra ett eget musikprojekt på flera skolor. Vi hade bestämt oss för en ram i form av en slags musiksaga som innehöll sånger och aktiviteter vi själva skapat, men också medgav möjlighet till improvisationer i text, handling och musik. Vår inställning var att barnen i lågstadieåldrarna skulle vara medskapare. Upplägget var så att vi fyra musiker först träffade var sin klass och någon dag senare skulle de fyra skolklasserna, ibland fler faktiskt, sammanstråla i en större lokal, vanligtvis en gymnastiksal. Vid den inledande träffen försökte vi förbereda barnen på att kunna delta i något som de inte på förhand riktigt visste hur det skulle sluta. Lärarna i klasserna var ofta oförstående och hade i allmänhet väntat sig att vi skulle lära barnen nya sånger. Vid ett tillfälle mötte jag en specialklass som det hette på den tiden, idag skulle den korrekta benämningen kanske vara Särskild undervisningsgrupp. Kanske några av barnen i klassen hade haft nytta av att i stället gå i särskola. Jag var ung och entusiastisk och startade upp med att vi flyttade undan bänkarna och sedan satte oss på golvet. Jag hade en gitarr till hjälp och började skissera upp ett scenario där vi satt i en båt på väg till en udde där vi skulle besöka några gubbar. Alla barnen var med i leken och vi sjöng:

- Ror och vi ror och ror till gubbarna på Udden.

Vi hittade på nya textrader allteftersom resan gick vidare över havet:

- Hajar! Här är det, här är det hajar, som kommer, sjöng vi.

- Oj, sitt kvar i båten, ni kan väl simma, sjöng jag.

- JAA! ropade alla barnen.

Då sade barnens lärare som stod bak i salen:

- NEJ! DET KAN DOM INTE!

Jag minns hur jag blev alldeles ställd. Förstod läraren verkligen inte att vi lekte en lek och att i leken är allt möjligt. I vår lek kunde vi sjunga allt som vi ville skulle finnas. I sången finns det hajar. Och i leken kan alla simma som vill det!

Jag har återkommit till denna episod många gånger sedan dess och minns att jag kände hur läraren hindrade barnen från att lära sig, att fantasera, kommunicera och skapa. Läraren begränsade barnens livsvärld genom att bestämma vad barnen inte kunde (och underförstått inte *kunde* lära sig). Då hade jag ingen "lärd" analys att komma med, men med tiden har jag förhoppningsvis skaffat mig verktyg för att förstå bättre.

Musik och delaktighet

I en översikt baserad på skandinavisk forskning åren 1998-2009 av livssituationen för unga vuxna med lindrig utvecklingsstörning saknas nästan helt estetiska aktiviteter (Mineur, Bergh & Tideman, 2009). Detta är inget som författarna direkt kommenterar i sin rapport. Annan forskning visar dock hur estetisk verksamhet, särskilt ofta musik, kan ha stor betydelse för ungas identitetsutveckling och hälsa.

Att musicera innebär mycket mer än att "vara med" eller att "göra". Det betyder också ett lärande och att utveckla relationer till musik, teknik och till andra människor, det senaste kanske allra viktigast. Att kunna uttrycka sig genom musik och att delta i musikaliska aktiviteter tillsammans är en grundläggande rättighet i ett demokratiskt samhälle. Att spela och skapa musik med digitala musikinstrument, som t.ex. iPads och synthesizers ger ökad möjlighet för barn och unga med funktionsnedsättning att delta i olika slag av musikaliska aktiviteter, vilket även ökar deras handlingsutrymme.

Det slag av delaktighet som musikaliska aktiviteter innebär kan få stor betydelse för individen ur ett demokratiskt perspektiv. Musikaliska aktiviteter har visat sig ha positiv inverkan på människans välbefinnande och på upplevelser som kan beskrivas som livskvalitet. Individens välbefinnande kan i viss mån styrkas genom mätning av "lyckohormoner" som dopamin och oxytocin, men också genom studier av socialt sammanhang. Sammantaget finns många olika faktorer som visar på betydelsen av att undersöka villkoren för musikalisk delaktighet för barn och unga med olika slags funktionsnedsättning.

Ett musikaliskt sammanhang där musikaliska aktiviteter är centralt kallar musikvetaren Christopher Small för *musicking* (Small, 1998). Small menar att musik är ”något som människor gör”. När man deltar i musicking är man en del av händelser relaterade till musik. Small (1998) har en ganska kort definition av begreppet musicking:

To music is to take part, in any capacity, in a musical performance, whether by performing, by listening, by rehearsing or practicing, by providing material for performance (what is called composing) or by dancing. (s. 9)

Aktivt deltagande i samhällets kulturaktiviteter ska ses som en form av yttrandefrihet och utgör en viktig del av ett demokratiskt samhälle (Nilsson, 2011b). Därför bör olika slag av estetiska uttrycksmedel inte bara ses som en extra guldkant i våra liv. Den estetiska dimensionen är viktig på många sätt, något som också framhålls av Europeiska unionen i en av de 8 nyckelkompetenser för livslångt lärande som rekommenderas (European Union, 2006). I den svenska översättningen (Europeiska kommissionen (2007) beskrivs den åttonde nyckelkompetensen *Kulturell medvetenhet och kulturella uttrycksformer* som:

En god uppfattning om betydelsen av kreativa uttryck när det gäller idéer, erfarenheter och känslor i olika medier, inbegripet musik, scenkonsterna, litteratur och de visuella konsterna. (s. 12)

Väsentliga kunskaper, färdigheter och attityder för denna nyckelkompetens definieras inte bara som förmåga och möjlighet att uppskatta och förstå andras kulturyttringar, utan också att själv kunna använda estetiska uttrycksmedel:

Kulturella färdigheter avser både förståelse och uttryck: att uppskatta och njuta av konstnärliga verk och föreställningar samt att skapa egna konstnärliga uttryck genom en rad olika medier allt efter den inneboende förmågan. (ibid)

Genom att aktivt delta i kulturlivet utvecklas individens kreativitet, vilket kan få betydelse för yrkeslivet. I kulturella och estetiska sammanhang stärks den förståelse för andra samt respekt och samhörighet som utgör viktiga delar i ett demokratiskt samhälle:

En solid förståelse av den egna kulturen och en känsla av identitet kan vara grunden för en öppen attityd inför och respekt för mångfalden av kulturella uttrycksformer. En positiv attityd sträcker sig också till kreativitet och viljan att odla sin estetiska förmåga genom konstnärliga uttryck och deltagande i kulturlivet. (ibid)

Betydelsen av det egna uttrycket liksom deltagandet i kulturlivet uttrycks explicit i The International Classification of Functioning, Disability and

Health—ICF (ICF-CY) (WHO, 2001; 2007). Kapitel 9 handlar om de handlingar och uppgifter som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen - i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. I den svenska versionen av International Classification of Functioning, Disability and Health: Children & Youth Version: ICF-CY (Socialstyrelsen, 2010) uttrycks den estetiska dimensionen i paragrafen d9292 Konst och kultur:

Att engagera sig i eller att uppskatta konstnärliga eller kulturella händelser såsom att gå på teater, bio, museum eller konstmuseum eller att spela i ett skådespel, dansa, lyssna till högläsning, läsa för nöjes skull, sjunga i en grupp eller spela musikinstrument. (s. 245)

Här handlar det alltså om att delta och att vara delaktig, något som även understryks i regeringens skrivelse *En svensk strategi för hållbar utveckling – ekonomisk, social och miljömässig* (Regeringens skrivelse 2003/04:129).

Rätten att delta i kulturella sammanhang är emellertid också en fråga om inkludering i ett vidare och djupare perspektiv. Flera projekt inom området handlar om att skapa plattformar och händelser där människor med eller utan funktionsnedsättning kan utöva musik tillsammans. Folkhälsomyndigheten (2016) understryker i Målområde 1 att det finns ett positivt samband mellan socialt och kulturellt deltagande och fysisk hälsa. Här kan vi naturligtvis även tänka till psykisk hälsa. Att delta i olika slag av kulturella och musikaliska skeenden, både som konsument och producent, bör ses som en grundläggande mänsklig rättighet, liksom rätten att lära sig och utvecklas (Nilsson, 2011b; 2013).

Musik och hälsa

Forskning kring musik och funktionsnedsättning har ofta utförts inom musikterapiens område som enligt Ruud (2008) oftast definieras som ett område med uttalade terapeutiska mål. Musikterapi associeras ofta med intervention och bygger på biologiska och neuropsykologiska antaganden om hur människor relaterar till musik.

Bonde (2011) menar att individen kommer att utveckla en fysisk och psykisk relation till musik oavsett om detta sker tillsammans med en musikterapeut, musikpedagog eller någon annan. Enligt Ruud (2008) håller en förändring på att ske som menar att musikterapi också håller på att bli ett fält där vi kan studera hur musik kan användas i syfte att vara hälsofrämjande och öka individens välbefinnande genom exempelvis hälsopromotion. Här menar Ruud också att ”musikterapi bidrar till att i återskapa musikens ursprungliga funktioner i vår kultur”.

Med stöd av Ruud (2008) och Bonde (2011) kan vi hävda att musicerande och musikskapande främjar hälsa och välbefinnande, oavsett om detta är motivet för verksamheten eller inte.

Begreppet Känsla Av SAMmanhang (KASAM)¹ utvecklades av den israeliske forskaren Aaron Antonovsky som en väg att förstå hur individer hanterar svåra livssituationer (Antonovsky 1991; 1996). Hur kan det komma sig att en del individer förblir friska, även om de utsätts för stora påfrestningar? Antonovsky var intresserad av att identifiera faktorer som kan bringa hälsa, ett salutogent perspektiv. I sin forskning identifierade Antonovsky tre faktorer som är särskilt viktiga för att hjälpa den enskilde att förstå världen och att bidra till en upplevelse av att den har mening. Han beskriver en individ med stark KASAM som en individ som upplever världen som a) förutsägbar, begriplig och strukturerad (comprehensible), b) hanterbar (manageable) och c) meningsfull (meaningful). Enligt Antonovsky (1996) kan KASAM-begreppet användas både för forskning och i intervention för hälsopromotion. KASAM kan betraktas som en beroende variabel som kan påverkas för att leda till ökad hälsa hos individer: ”push people toward health” (s. 15).

Musikterapi formar enligt Ruud (2008) en länk mellan musicking och hälsa. Kaikkonen och Ala-Harja (2012) fann i sin studie av fem elever i behov av särskilt stöd ett samband mellan musikaliska aktiviteter och social interaktion. De fann också en koppling till vad de kallar ”control over life”, något som kan jämföras med Antonovskys faktorer begriplig, hanterbar och meningsfull. KASAM-begreppet kan, tillsammans med ett sociokulturellt perspektiv på lärande, utgöra en grund för att diskutera musik, funktionsnedsättning och hälsa.

Musikterapi har som nämnts ovan explicit formulerade terapeutiska mål (Ruud, 2008) och syftar till att genom olika slag av intervention förbättra klientens livskvalitet, fysiska, psykiska hälsa och välbefinnande (World Federation of Music Therapy, 2011). Exempel på områden där intervention med musikterapi används med framgång är behandling av personer med demenssjukdom eller olika slag av autismspektrumstörning, (eng. Autism Spectrum Disorder, ASD). Musiken erbjuder möjlighet till dialog som inte bygger på språklig eller kognitiv förmåga (Ruud, 2011).

¹ På engelska Sense of Coherence (SOC).

Några projekt som belyser olika aspekter av musikaliska möjligheter för barn och unga med funktionsnedsättning

I detta avsnitt delar jag med mig av några möten med unga människor som väl uttrycker den musikaliska potential som finns hos alla. Mina möten är hämtade från olika projekt som på olika sätt handlar om barns och ungas möjlighet att delta i musikaliska sammanhang.

En fjortis är en fjortis! – tonårskultur och musicking

Projekt Samspel genomfördes i samarbete mellan flera aktörer: Föreningen Furuboda, Höskolan Kristianstad, Söderportsgymnasiet RG/RH i Kristianstad, Musik i Syd Skåne Kronoberg och Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft. Ytterligare några samverkande organisationer fanns med: Sveriges Musik och Kulturskolor, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar i Blekinge. Projektet syftade till att öka möjligheten för personer med omfattande rörelsehinder att med hjälp av datorbaserade musikmiljöer aktivt kunna delta i musikkulturen genom att själv kunna spela.

Lisa

Vid ett tillfälle kommer tre elever från särskolan i tidiga tonåren på besök till projektet:

Det är många vuxna i släptåg: föräldrar, assistenter, specialpedagoger inklusive den specialpedagogiskt ansvarige i särskolan. En väldig massa vuxna helt enkelt, men bara tre barn. Dessutom var vi tre musikledare och en forskare på plats. De tre eleverna hade olika slags funktionsnedsättningar och vi kollar upp förutsättningarna för att musicera tillsammans. Tommy kunde använda brytare med händerna och Markus fick använda en huvudkontakt. Lisa kunde enligt uppgift skriva på tangentbord, men var osäker på om hon kan spela:

- Hur ska jag kunna spela, jag kan ju inte, säger hon.

Vi föreslår att hon använder brytare. Efter en stund går två av musikledarna iväg med de vuxna gästerna för att samtala. Vi som är kvar spelar Varm korv Boogie, en låt som blev populär med Owe Thörnquist 1959. Först måste all teknik med brytare och datorer, mikrofoner och högtalare fås på plats och fungera. Det tar en bra stund innan allt är i gång. Sedan övar vi Varm Korv Boogie ett par gånger och det funkar hyggligt.

Lisa föreslår flera gånger att vi ska spela Fairytale Gone Bad, en ny låt med de finska hårdrockarna Sunrise Avenue. Hon får inget gehör för sitt förslag, vi fortsätter att öva på Varm Korv Boogie, som vi spelar upp för lärarna när de kommer tillbaka. En av musikledarna drar se-

dan igång låten Hey Baberiba som blev populär i början av 1970-talet med den dragspelande rockaren Leif "Burken" Björklund. De tre eleverna spelar med litet halvhjärtat. (Dagbok, 2010-09-06)

Här kunde episoden slutat om inte Lisa, som i början av passet oroat sig för att inte vara duktig nog, utnyttjat en paus för att a capella (utan ackompanjemang) sjunga hela hårdrockballaden Fairytale Gone Bad. Nu hakar en av musikedarna på och sedan blir det av bara farten också Lay Your Love On Me (BWO) som han upptäckte tillhörde Lisas repertoar.

- Där ser du att jag kan, säger Lisa och sträcker upp armarna som om hon tagit medalj i OS.

I detta fall kunde en lyhörd lärare, väl insatt i aktuell musik, under gynnsamma omständigheter möta eleverna i deras egen populärkultur. För inte sitter väl dagens svenska fjortonåringar och lyssnar på Owe Thörnquist och "Burken"? En fjortis är en fjortis även om hen sitter i rullstol eller går i särskola!

Att få skapa musik – att bli sedd

Projektet Våga vara – Våga mötas byggde på djupintervjuer med 12 skånska ungdomar i 18-årsåldern (Larsson, Nilsson, Heppling & Holmgren, 2010). Ett av projektets intressanta resultat var den stora betydelse olika estetiska uttryck visade sig ha för ungdomarna. Musiken var extra viktig för flera av deltagarna. Nedan möter vi Moha, en av de deltagare för vilken musiken spelade en mycket betydelsefull roll i upplevelsen av livskvalitet.

Moha

Moha, som på grund av en CP-skada sitter mycket i rullstol gjorde egna låtar med datorn och synthesizer som verktyg. För henne var musikskapandet ett sätt att uttrycka sig och bli sedd. Musiken ger också hennes liv ett viktigt estetiskt innehåll. Mohas CP-skada gör emellertid att hon inte kan sjunga in sina låtar själv eftersom hon inte kan kontrollera sin röst tillräckligt väl. Men en av hennes personliga assistenter är sångerska i ett band och kan hjälpa Moha att spela in sångspåret på datorn.

- Det som gör mig glad är chansen till att skapa musik, säger Moha, som planerar att söka till musikproducentutbildning.

I musikens värld kan Moha utveckla sin identitet långt bortom omgivningens endimensionella bild av henne som funktionshindrad och hjälplös. Hon använder datorn för att chatta och kommunicera med hjälp av sociala medier och väntar med att berätta om sin funktionsnedsättning tills hon lärt känna den andra personen litet närmare. Moha uttrycker sin identitet även med piercingar och klädval.

Scheid (2011) menar att ungdomar med hjälp av musik och andra estetiska symboler utformar sitt eget ”varumärke”. Han kallar denna representation av identiteten för *egologo*. I musikens värld representeras *egologo* av musik man själv skapat eller kanske den egna spellistan. Allt kan delas via mobiltelefon och internet. Kanske kan Scheids begrepp *egologo* hjälpa oss att förstå såväl Mohas identitesexperiment som Lisas musikaliska intresse för finsk hårdrock som vi mötte i förra avsnittet.

Jag kan spela! – att få instrument som funk

I *Teamet* startade jag tillsammans med en musiklärare ett aktionsforskningsprojekt i en svensk grundskola med syfte att utveckla och testa digitalt baserade musikmiljöer med yngre skolbarn i behov av särskilt stöd, nästan alla med något slag av fysisk funktionsnedsättning. Datorer, iPads och syntar användes för att tillsammans med barnen utföra och skapa musik, ensamma eller i små grupper, med andra ord, att delta i *musicning*.

Data samlades in genom deltagande observation och fältanteckningar, fotografier och videoupptagning. Projektet i sin helhet ansluter till de forskningsetiska principer som formulerats av HSFR. Alla elevernas föräldrar tillät dokumentation och i flertalet fall även publicering av bild- och videomaterial. Den teoretiska ramen för projektet finns i sociokulturell pedagogisk teori, hälsoteorier och musikvetenskap. Projektet fick ett blygsamt utrustningsbidrag från Crafoordska stiftelsen som användes för inköp av digitala musikinstrument.

Genomförande

I samverkan mellan forskaren och musikläraren initierades musikaliska aktiviteter där elever i årskurserna 1-6 med olika grad av funktionsnedsättning gavs möjlighet att musicera och skapa musik med digitalt baserade musikinstrument. Vi ville veta hur nya musikaliska multimedier kunde påverka musikalisk tillgänglighet för eleverna och stödja deras musicerande och musikaliskt lärande både enskilt och tillsammans med övriga elever i klassen. Vi ställde preliminärt tre explorativa frågor:

- Hur kan digitalt baserade musikinstrument stödja musicerande och musikaliskt lärande hos elever i behov av särskilt stöd?
- Vilka slag av digitalt baserade musikinstrument är särskilt lämpliga för elever med fysisk funktionsnedsättning?
- Hur kan digitalt baserade musikinstrument stödja musicerande i klassrummet där elever med olika slag av funktionsnedsättning inkluderas i sin klass?

Barnen i studien var fullt kapabla att hantera olika digitalt baserade musikinstrument och lärde sig snabbt att använda dem för att utföra och

skapa musik, ensamma eller i sin klass. De digitala musikverktygen stärkte barnens självständighet, *autonomi*, genom att de innebar ökade möjligheter att öva på egen hand. De digitala musikinstrumenten stimulerade också elevernas musikaliska *kreativitet*. Dessa resultat får betraktas som viktiga, inte minst ur ett demokratiskt perspektiv.

Autonomi

Den som vill lära sig spela ett musikinstrument behöver också på egen hand kunna öva och träna sina färdigheter. Digitala musikinstrument som exempelvis appar för iPads, tablets och smartphones ökar i hög grad musikalisk tillgänglighet för alla, vilket får särskild betydelse för unga med någon funktionsnedsättning. I det följande exemplet möter vi 12-åriga *Hannah* som är mycket musikintresserad och vill lära sig spela keyboard och sjunga. Även trummor har väckt hennes intresse.



Figur 1. Hannah övar rockkomp på egen hand i Garagaband



Figur 2. Hannah övar ackorden till Rihannas sång Stay och behöver använda fingrar från båda händerna.

I figur 1 ser vi Hannah öva rocktrummor. Hon kan inte hantera ett fysiskt trumset, utan använder truminstrumentet i musikappen Garageband på en iPad. Att använda digitala musikverktyg innebär förstärkt självständighet och autonomi för många av barnen i Teamet, något som var extra betydelsefullt för de barn som inte hade svenska som modersmål.

I figur 2 ser vi Hannah öva ackorden till Rihannas Stay. Hon orkar inte samtidigt trycka ner de tre tangenter på keyboardet som tillsammans bildar ackorden, och använder då samtidigt fingrar från båda händerna. Hannahs lärare har markerat på keyboardets tangenter vilka toner som ingår i de olika ackorden. Läraren sjunger sången och Hannah ackompanjerar. De musicerar tillsammans! De flesta ”traditionella” instrument

kräver i allmänhet muskelstyrka och ofta att någon vuxen är närvarande och hjälper till. De lättillgängliga instrumenten gjorde att Hannah kunde öva på låtarna på egen hand. Senare på hösten spelade Hannah keyboard på scenen med skolans band och på vårterminen spelade hon in en hel popsång med alla instrument och sång på skolans musikdator.

Kreativitet

Flera barn i teamet hade svårigheter att kontrollera sin röst på det sätt man normalt behöver kunna när man sjunger. Den professionella musikindustrin har utvecklat en digital funktion, AutoTune, som kan justera tonhöjden i efterhand på en sångstämma eller instrument som inte blivit riktigt som producenten önskar. Falsksång och andra missar kan lätt korrigeras. Liknande teknologi finns också för smartphones och tablets i tämligen billiga appar där man kan justera tonhöjd och ibland även lägga till en enkel musikkbakgrund.



Figur 3. Rachel spelar upp sin senaste sång som hon på egen hand spelat in i LaDiDa. Hon och kamraten Zia håller också på att göra en egen låt på temat vänner.

I figur 3 kan vi se Rachel stolt spela upp sin senaste vokala improvisation/komposition. Hon har sjungit in sina sånger alldeles på egen hand i appen LaDiDa, som automatiskt rättar till hennes inspelade röst så att tonerna hamnar på skalan (Auto-Tune). Rachel valde bort möjligheten att lägga till en musikkbakgrund, hon vill bara ha sången inspelad. A capella alltså, utan ackompanjement. Barn har ofta signifikant högre estetisk än verbal kompetens, vilket visar sig i vad Barrett (1996) kallar *este-*

tiskt beslutsfattande (aesthetic decision-making). Lärare och föräldrar förstår inte alltid fullt ut barns estetiska värld, utan bedömer barns kompetens enbart efter deras verbala kommunikation. Rachel vill alltså sjunga in sång efter sång utan ackompanjemang: ”Jag kan göra hundra sånger”, säger hon stolt. Liksom i fallet med den betydligt äldre Moha väcker möjligheten att själv skapa musik glädje, en vilja att lära sig och beslutsamhet. Rachel har ingen uppfattning om att musiklektionen flyger i väg, hon är djupt engagerad i att göra fler och bättre låtar. Hennes kreativa process för tankarna till *flow*, ett begrepp som myntades av den amerikanske psykologen Csikszentmihalyi (1992).

Musik är möjlighet

Den estetiska dimensionen ger oss möjlighet att uttrycka oss på många sätt, vilket ökar individens handlingsutrymme. Olika uttrycksmedel har sina egna unika egenskaper, de är *mediespecifika* (Marner, 2005) och innehåller mycket som inte alltid omfattas av logik. När estetiska uttrycksmedel beskrivs sammanfattande, som icke-verbala, förlorar de sina specifika egenskaper då detta oftast innebär att vertikalt skriftspråk rangordnas överst och estetiska uttryck längst ner. I dag talar vi gärna om ett *vidgat textbegrepp* som innefattar alla uttrycksmedel som bild, musik, film, dans, drama och språk. Ofta kan dock användningen av ett vidgat textbegrepp, mer eller mindre medvetet, innehålla en vertikal hierarkisering. Exempel på detta ser vi i begreppen verbal och icke-verbal som innehåller en rangordning och ett slags avståndstagande från estetiska uttrycksmedel där det verbala hamnar överst, i överordnad position. Marner (2005) föreslår i stället ett *horisontellt medieringsbegrepp* där olika medier behåller sina specifika egenskaper. Inget uttrycksmedel är då överordnat ett annat, vilket underlättar uttrycksmedlens samverkan i medieringar och multimodalitet.

Rörelse	Tal	Dans	Bild	Musik	Film	Tecken	Mim	Skrift
---------	-----	------	------	-------	------	--------	-----	--------

Figur 4. Ett horisontellt medieringsbegrepp innebär att olika uttrycksmedel samspelar utan inbördes hierarki eller makstruktur.

Verbal kompetens fungerar inte nödvändigtvis som måttstock för färdigheter inom andra områden. Därför blir det perspektiv som ett horisontellt medieringsbegrepp utgör extra betydelsefullt och användbart. Individer med svag verbal förmåga kan ofta använda andra uttrycksmedel och kombinationer av dessa och för dem kan lärares och vårdnadshavares förståelse för ett horisontellt medieringsbegrepp innebära en utvidgad syn på barns och ungas möjlighet att kommunicera.

En färsk OECD-rapport fann ganska svag koppling mellan utbildning inom det estetiska området och transfer till andra områden (Winner, Goldstein, & Vincent-Lancrin, 2013). Men detta är inte huvudpoängen med estetisk och konstnärlig utbildning menar författarna till rapporten. Även om vi bara hittar mindre ”evidens” för effekterna av estetisk utbildning inom områden utanför konsten, behöver inte antagande om eventuella transfereffekter nödvändigtvis vara den viktigaste anledningen till estetisk utbildning i dagens skola. Konsten har funnits med oss sedan de tidigaste människorna, ingår i alla kulturer och är ett stort område för mänsklig erfarenhet vid sidan av naturvetenskap, teknik, matematik och humaniora. I det avseendet är det estetiska viktigt för sin egen skull genom att det utgör ett område utan rätt eller fel svar, som frigör fantasi och utforskande och kan vara ett sätt att skapa mening.

Rapporten tog dock inte med den ganska nya forskning som undersökt hur musikaliskt lärande hos barn kan öka förmågan inom andra områden. Schellenberg (2005) fann ett positivt samband mellan aktivt organiserat musicerande och läsning, matematik, verbal och spatial förmåga hos barn. I Schellenbergs studie gavs 144 6-åringar en fullt standardiserat IQ-test (Wechsler Intelligence Scale för barn-III, eller WISC-III) innan de började i första klass (ålder 6) och sedan igen mellan första och andra klass (ålder 7). Två barngrupper fick 36 veckors undervisning i antingen keyboard eller sång. En kontrollgrupp fick dramalektioner och en grupp följde sitt vanliga schema. Schellenbergs studie visar hur grupperna med lektioner i keyboard eller sång fick högre resultat på samtliga tester jämfört med kontrollgrupperna som fick dramalektioner eller inga extra lektioner alls (Schellenberg, 2005). De faktorer som undersöktes var IK, Verbal funktion, Perceptuell funktion, Arbetsminne, Snabbhet. En förklaring till musiklektioners positiva påverkan kan enligt Schellenberg vara att musiklektioner är speciella genom att

- (a) de är en skolliknande aktivitet som många barn tycker om,
- (b) flera färdigheter tränas under musiklektioner,
- (c) musik en domän som förbättrar abstrakt tänkande,
- (d) att lära sig musik har likheter med att lära ett andra språk.

Det verkar alltså som att musik ändå under vissa förutsättningar kan ha positiv effekt på förmåga och lärande inom andra ämnesområden.

Till sist

I detta kapitel har jag med exempel hämtade från flera projekt visat hur deltagande i musikaliska och estetiska sammanhang kan öka möjligheter till delaktighet, inkludering, lärande och välbefinnande i ett vidare perspektiv. Lisas stora musikintresse och förmåga att lära sig sånger hon tyckte om stärkte hennes självkänsla: Där ser du att jag kan! För Moha var musikskapandet och låtskrivandet en väg att bli sedd av andra för det

hon kan: Det som gör mig glad är chansen till att skapa musik. Samma jublande känsla hittar vi hos den betydligt yngre Rachel som stolt utbrister: Jag kan göra hundra sånger!

Det finns mycket som talar för att musikundervisning och delaktighet i musikaliska aktiviteter kan ha stor betydelse för barn och unga och deras möjlighet att uttrycka sig, kanske särskilt viktigt för dem i behov av särskilt stöd.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, Vol. 11, No. 1*, 11-18
- Barrett, M. (1998). Children composing: a view of aesthetic decision-making, i: B. Sundin, G. E. McPherson & G. Folkestad (Eds) *Children composing*. Malmö: Malmö Academy of Music.
- Bonde, L. O. (2011). Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and arts in action, 3(2)*, 120-140. Available online:
<http://musicandartsinaction.net/index.php/maia/article/viewArticle/healthmusicingmodel>
- Caillois, R. (1961). *Man, Play and Games*. New York: The Free Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow: den optimala upplevelsens psykologi*. New York: Harper & Row.
- Europeiska kommissionen (2007). *Nyckelkompetenser för livslångt lärande - En europeisk referensram*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikation.
- European Union (2006). Recommendation 2006/962/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning. *Official Journal L 394 of 30.12.2006*.
- Folkhälsomyndigheten (2016). Socialt och kulturellt deltagande.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/socialt-och-kulturellt-deltagande/>
[16-12-15]
- Huizinga, J. (1955). *Homo ludens*. USA: Beacon Press.
- Kaikkonen, M. & Ala-Harja, A. (2012). Effects and meanings of musical activities from the point of view of control over life of students with special needs. *Proceedings of the 18th International Seminar of the Commission on Music in Special Education, Music Therapy, and Music Medicine*. (Ed.). Lyn E. Schraer-Joiner (ebook). *International Society for Music Education*, 2012.
- Larsson, B., Nilsson, B., Heppling, L. & Holmgren, L. (2010). *Våga vara - våga mötas. Inspirationsbok*. Furuboda: Furuboda Kompetenscenter.
- Nilsson, B. (2002). "Jag kan göra hundra låtar". *Barns musikskapande med digitala verktyg*. Malmö: Musikhögskolan i Malmö.
- Nilsson, B. (2011a). Unga populärmusik och skola. I C. Ericsson & M. Lindgren (red.) *Perspektiv på populärmusik och skola*. Lund: Studentlitteratur. 83-104
- Nilsson, B. (2011b) Yttrandefrihet genom musik – estetiska uttrycksformer i ett vidgat inkluderingsbegrepp. *Specialpedagogisk tidskrift – att undervisa* (3) 6-9.

- Nilsson, B (2013). Performance and participation: A qualitative study of music education practices in digitally based musicking with young people with physical impairments. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*. 5(2).
- Ruud, E. (2008). Music in therapy: Increasing possibilities for action. *Music and Arts in Action*, 1(1), 46-60.
- Ruud E (2011). *Varma ögonblick: om musik, hälsa och livskvalitet*. Göteborg: Unipud förlag.
- Scheid, M (2011). Egologo – identitet och musik. I C. Ericsson & M. Lindgren (red.) *Perspektiv på populärmusik och skola*. Lund: Studentlitteratur. 41-53
- Schellenberg, E.G (2005). Music and cognitive abilities. In *Current Directions in Psychological Science*. Vol 14(6), Dec 2005, 317-320
- Schellenberg, E.G., & Weiss, M.W. (2013). Music and cognitive abilities. I D. Deutsch (Ed.), *The psychology of music* (3rd ed., pp. 499-550). Amsterdam: Elsevier.
- Small, C. (1998). *Musicking. The Meanings of Performing and Listening*. Hanover, N H: University Press of New England
- Socialstyrelsen (2010). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion av ICF-CY*. Svensk översättning av International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO).
- Theorell, T (2009). *Noter om musik och hälsa*. Stockholm. Karolinska Institutet University Press
- Winner, E, Goldstein, T R. & Vincent-Lancrin, S (2013). *Art for Art's Sake? Overview*, OECD Publishing.
- World Health Organization (WHO) (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

Tonårsflickors vardag och hälsa

Eva-Lena Einberg och Eva Clausson

Självskattad psykisk ohälsa ökar bland ungdomar och det finns tydliga skillnader mellan flickor och pojkar. Fler flickor rapporterar symtom på ohälsa och dessa skillnader har ökat över tid. Det är fler flickor som rapporterar att de känner sig stressade och färre flickor uppger att de trivs med livet jämfört med pojkar. Flickor är medvetna om kraven på deras utseende och kravet på att lyckas i livet. De är också medvetna om de könsskillnader som finns både i skolan och media och som påverkar dem. Samhörighet med kamrater och familj är betydelsefullt liksom trygghet i form av tillit till kamrater och att känna sig trygg där de vistas enligt tonårsflickorna själva.

Detta kapitel kommer att handla om tonårsflickors hälsa och hur tonårsflickor själva upplever sin vardag, vilket kommer att belysas med resultat från en forskningsstudie, samt diskuteras utifrån ett genusperspektiv och *Känsla av sammanhang* (KASAM).

Flickors hälsa

De vardagliga förhållandena, de omständigheter en person växer upp och lever i, är av stor betydelse för dennes hälsa (Marmot, 2009). Internationellt sett har barn och unga i Sverige en god hälsa, en bra fysisk miljö och goda sociala förhållanden. Dock uppger allt fler ungdomar psykosomatiska besvär och det har uppmärksammats att antalet flickor som upplever två eller flera psykiska eller somatiska besvär har ökat de senaste åren. WHO's studie Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten, 2014) genomförs vart fjärde år sedan början av 1980-talet. Den självskattade hälsan besvaras av skolbarn i åldrarna 11, 13 och 15 år. I den senaste undersökningen, som genomfördes 2013/2014, uppger mer än hälften av de 15-åriga flickorna att de har återkommande psykosomatiska symtom och det är det högst uppmätta antalet sedan mätningarna startade och skillnaderna gentemot pojkarna ökar med stigande ålder. De besvär flickor rapporterar är exempelvis återkommande huvudvärk, oro och stress. Allt färre flickor uppger att de trivs med livet och skillnaderna jämfört med pojkar har ökat. Flickorna är även mindre tillfredsställda med sin kropp och flickor som upplever sig vara för tjocka ökar från cirka en fjärdedel vid 11 års ålder till nästan hälften bland 15-åriga flickor. Det är fler pojkar än flickor som har övervikt men det är fler flickor

som bantar eller gör något annat för att gå ner i vikt (WHO, 2016). En studie som är baserad på nationella enkäter om skolbarns hälsa i Sverige ur skolsköterskors perspektiv, visade att vanliga orsaker för flickors spontana besök hos skolsköterskan var huvudvärk eller stressrelaterade besvär, medan de vanligaste orsakerna för pojkarnas besök var idrotts-skador, olycksfall och andra fysiska skador (Ellertsson, Garmy & Clausson, 2016).

Flickors levnadsvillkor under uppväxten påverkar deras hälsa och välbefinnande både under själva uppväxten men även senare i livet (Larsson, Johansson Sundler & Ekebergh, 2012). Under ungdomsåren utvecklas individen både kroppsligt och mentalt. Från att ha levt i nuet utvecklas tänkandet till en mer realistisk bild av verkligheten och till att omfatta även framtidsplaner (Berg Kelly, 2014). Kroppsliga förändringar påverkar även den egna kroppsbilden och under tonårstiden ökar behovet av att utveckla den egna identiteten relaterat till inre och yttre förändringar (Berg Kelly, 2014; Erikson, 1989). De unga söker sig också bort från den egna familjen för att finna nya sociala sammanhang att ingå i. Under den här perioden i livet sker en utveckling till självständighet och förmåga att interagera med andra. I utvecklingen ingår inte bara att bli självständig utan även kunskap om vart man kan vända sig för att få stöd och hjälp. Den unga människans hälsa påverkas i hög grad av vilka möjligheter till utveckling som erbjuds. Sociala determinanter som fördelningspolitik, genusstrukturer, skola och närmiljö är viktiga faktorer (Berg Kelly, 2014).

Föräldrars socioekonomiska situation påverkar ungas levnadsvillkor, som vilket bostadsområde, vilken skola och vilka fritidsintressen som står till buds. Den ekonomiska situationen kan få konsekvenser för relationerna inom familjen och påverka självkänsla och värdighet. Hälsan påverkas av de omständigheter de unga upplever sig vara i och unga från socioekonomiskt utsatta familjer har oftare sämre hälsa och välbefinnande, klyftorna ökar ofta med stigande ålder och riskerar bli permanenta. För den unga människan är det betydelsefullt att uppleva sig vara viktig för familjen, att det är tryggt och kärleksfullt inom familjen. En familj som präglas av stabilitet och stöttande relationer med en öppen kommunikation, är viktigt för ungas självkänsla, tillfredsställelse med livet och välbefinnande (Elgar, Craig & Trites, 2013; WHO, 2016). Dålig kommunikation och relation till föräldrarna samt låga krav från föräldrarna har visat sig vara associerat med generellt sämre hälsa, känslor av stress och somatiska

besvär (Nygren, Bergström, Janlert & Nygren, 2012). Att växa upp i en familj med god ekonomi och att ha goda relationer till sina föräldrar är skyddsfaktorer för den unga människan. Andra skyddsfaktorer är goda kamratrelationer och betydelsen av dessa ökar med stigande ålder. En annan skyddsfaktor är att gå i en välfungerande skola som arbetar hälsofrämjande (Persson, 2016).

Skyddsfaktorer för psykisk ohälsa relaterat till skolmiljön är stödjande relationer med lärare och vänner, delaktighet, tillfredsställelse och kompetens (Petersen, 2012/KVA). Fler elever är nöjda med skolan idag men samtidigt rapporterar fler att de känner sig pressade av skolarbetet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Det har visat sig att flickor är påverkade av höga krav i skolan och känner sig stressade avseende skolprestationer (Eriksson & Sellström, 2010). Vidare att minskad makt och ökade krav i skolan, och särskilt problem med klasskamrater påverkar flickornas hälsa negativt (Gillander Gådin & Hammarström, 2003). Skillnader i socialisering och levnadsförhållanden kan vara en orsak till flickors ökade rapportering av besvär (Torsheim, Ravens-Sieberer, Hetland, Välimäa, Danielson & Overpeck, 2006). Skillnader i socialisering innebär att olika förväntningar ställs på flickor och pojkar.

Genus kan förenklat förklaras som socialt kön eller med andra ord det socialt konstruerade könet. Egenskaper hos människor, saker och fenomen tillskrivs kvinnlighet och manlighet utan att det är biologiskt förankrat. Det handlar om föreställningar om hur kvinnligt och manligt ska förstås och tolkas samt hur det skapas i olika sammanhang. Föreställningar om vad olika människor är och vad de kan och bör göra eller vad de inte bör göra. Barn tar till sig dessa föreställningar om kvinnligt och manligt tidigt i livet, delvis utifrån de krav och förväntningar som ställs på dem och genom hur de ex. bemöts och bedöms i skolan. Barn växer upp i skuggan av samhällets genusordning och det är på så vis de lär sig om femininitet och maskulinitet i den vuxna världen (Connell, 2003). Det är dock viktigt att notera att barn inte är passiva mottagare av dessa normer men de behöver förhålla sig till dessa. Det är också svårt för de som vill bryta med de normer de växt upp med.

Föreställningarna påverkar hur vi ser på oss själva och andra, vilket får konsekvenser för sociala, ekonomiska och politiska strukturer. Vad som anses kvinnligt respektive manligt kan förändras över tid, skilja sig åt mellan olika kulturella sammanhang, ex. under 1600-talet bar män rosetter i håret och hade högklackade skor något som senare ansågs vara kvinnligt. Dock förändras inte själva genusordningen d.v.s. principen om att det som tillskrivs manliga egenskaper anses vara betydelsefullare. Detta medför att det som tillskrivs manliga egenskaper blir det eftersträ-

vansvärda (Hirdman, 2001). Ett exempel är att flickor uppmuntras att läsa naturvetenskapliga ämnen men att det motsatta där pojkar söker till vård och omsorgsämnen inte ses lika naturligt. Enligt läroplanen ska skolan aktivt och medvetet främja kvinnors och mäns lika rätt och möjligheter samt har skolan även ett ansvar för att motverka traditionella könsmönster (Skolverket, 2011). För att det ska realiseras krävs djupare kunskap om vad som styr flickors och pojkars val. Enligt Skolverkets plan för att säkerställa ett jämställdhetsperspektiv ska kunskapen hos förskollärare, lärare och skolledare om hur förväntningar och krav på pojkar och flickor påverkar deras lärande och utveckling ökas. De jämställdhetspolitiska målen förutsätter också att kvinnor och män har faktiska förutsättningar att göra aktiva val och förändra sin livssituation. Varje elev ska ges förutsättningar att uppnå målen för utbildningen, oavsett kön (Skolverket, 2015).

Kunskapen om hur flickor själva erfar sin vardag är begränsad varför en studie genomfördes där syftet var att beskriva tonårsflickors vardag som den upplevs av tonårsflickor själva (Einberg, Lidell & Clausson, 2015). Flickor i 13 till 16 års ålder i grundskolans årskurs 7-9 intervjuades individuellt. För att få så stor variation som möjligt i materialet rekryterades flickor från både kommunala grundskolor och friskolor, från stad och landsbygd. Skolsköterskor på de aktuella skolorna i södra Sverige var behjälpliga med rekryteringen. Flickornas bakgrund kom att variera; de bodde med en förälder, två föräldrar, i fosterfamilj, föräldrar födda i Sverige och föräldrar födda utomlands, bosatta i stad, på mindre ort och på landsbygd. Resultatet bygger på åtta intervjuer.

Flickors upplevelser av sin vardag

Flickorna i studien (Einberg et al., 2015) uttryckte en medvetenhet om krav och orättvisor och betydelsen av samhörighet och trygghet. Flickorna var medvetna om de krav som ställs på dem samtidigt som de ifrågasatte de orättvisor, relaterade till skillnader mellan flickor och pojkar, de upplever i vardagslivet.

Krav

Flickor uttrycker att deras vardag består av många krav relaterade till skolan men också relaterat till utseendet. I flickors berättelser om skolan och framtiden återkommer ofta kravet på prestation. De berättar att de upplever att de behöver prioritera bort fritidsaktiviteter för att hinna med skolarbetet. Skolarbetet kommer först. Enligt flickorna är bra betyg en förutsättning för att få en bra framtid. De funderar ibland över om kraven är realistiska och om de i framtiden verkligen kommer att ha någon nytta av det skolarbete de utför. Även om de är trötta, saknar energi

eller tro på sin egen förmåga, finns en medvetenhet om behovet av bra betyg. Det är tydligt för flickorna att deras skolprestationer kommer att påverka deras framtid.

Jag bryr mig inte om betyg och sånt. Egentligen är betygen viktiga men jag orkar inte plugga... Man måste ju ha bra betyg om man ska kunna få en bra framtid, bra jobb och så.

Skolprestationerna är enligt flickorna kopplade till möjligheten att skaffa sig en bra utbildning som vidare kan ge dem ett intressant arbete, bra inkomst och en position i samhället. I berättelserna om kläder och träning framkommer kravet på utseendet. När de inte prioriterar bort träningen framkommer att träningen är ett sätt att hålla vikten för att leva upp till de ideal som de upplever att de bör sträva efter. I berättelserna framkommer också att de med kläderna signalerar status och att kläderna då blir uttryck för hur lyckade de är. Kraven på utseendet kommer både från media men även från pojkar i deras närhet. Den bild media förmedlar av hur kvinnor ska se ut och bete sig är flickorna väl medvetna om och även om de vet att den bilden inte är sann har de svårt att inte låta sig påverkas av den.

Det påverkar ändå en, ja man blir liksom inte gladare av det... så mycket bilder och så, ja jag tittar ju på om man ser någon tjej som är smal och så typ tycker att man inte duger... det blir ju bara ännu mer problem.

Kraven flickorna upplever påverkar deras agerande i vardagen. De försöker anpassa sig och ta ansvar. Samtidigt framträder i berättelserna även en medvetenhet och ett begynnande ifrågasättande av kraven. När flickor i kravet på att lyckas väljer bort träningen är det ibland även ett uttryck för att de upplever att de måste välja mellan att satsa på skolan eller träningen. De kan få besked att om de t.ex. tränar fotboll eller gymnastik, antingen ska komma på alla träningstillfällen eller så kan de inte vara med längre. Att vara med i laget är enda möjligheten att delta då andra alternativ inte finns tillgängliga. En fråga som väcks utifrån flickornas berättelser är om det inte finns utrymme att delta på motionsnivå i dagens idrottsaktiviteter för barn och unga. Är elitsatsning och tävling ett krav för att få vara med?

Orättvisa

I flickors berättelser om sin vardag återkommer ofta beskrivningar av upplevelser av att vara utsatta för begränsningar och negativa förväntningar. Flickorna upplever att pojkar tillåts ta mer plats både i skolan och media. I flickornas berättelser framkommer att de ser den genusordning som råder i samhället och att de önskar en förändring av denna struktur mot ett mer jämlikt samhälle. När de berättar om sin vardag i skolan

framkommer att pojkar ofta tillåts ta mer plats och att flickorna försöker anpassa sig efter det. De berättar att de försöker hitta en annan plats att sitta på om de blir störda av pojkarna i sitt skolarbete.

Blir jag störd så får jag ju säga till läraren. Alltså då får vi hjälpas åt om jag kan sitta någon annanstans eller killarna ska gå ut och sätta sig i korridoren och jobba.

Flickorna tar ansvar för situationen, påkallar uppmärksamhet från lärare och försöker hitta en lösning. Flickorna får också stå ut med en hel del negativa kommentarer från pojkarna vilket inte alltid uppmärksammas av lärare och även om flickorna försöker att inte ta åt sig är det svårt att inte göra det, som en flicka uttryckte det: ”det känns ju ändå inte kul att folk tycker och säger så”. De försöker hitta förklaringar till pojkarnas beteende som att de är omogna och att det kommer att förändras till det bättre när de blir äldre. Flickornas upplevelser av att pojkar tillåts ta mer utrymme och bete sig illa är inte begränsat till skolan utan förekommer även utanför skolan som i lokaler där de vistas på fritiden.

På fritidsgården brukar vi spela biljard och pingis och lyssna på musik och sitta och prata. Det är kul fast det är mycket killarna som gör det för tjejerna får inte så mycket... Nä, killarna vill alltid spela. Killarna är såna här som vill bestämma, alltså bestämma över vad tjejerna får göra och inte göra.

Även i den egna familjen kan de se att de får ta större ansvar jämfört med sina bröder. I deras berättelser om media uppmärksammar de även att pojkar ofta, som de upplever det, får mer utrymme och även i mer positiva sammanhang. De upplever att pojkars resultat inom sport får mer utrymme och att det inte förväntas av flickor att åstadkomma bra prestationer. Det senare kopplas även till hur det förhåller sig på idrottslektionerna i skolan. De upplever att när tonårsflickor omnämns i media är det ofta i negativa sammanhang där de framställs som offer för ohälsa, våld och droger.

Alltså är det någonting om oss tonårsflickor så är det oftast att det har hänt någonting, blivit våldtagen, eller alltså så här och... det är ju tråkigt att det är just bara tråkiga grejer att det aldrig är något roligt alltså så vi blir alltid utsatta för någonting.

I berättelserna om orättvisa framkommer även att flickorna inte vill framstå som offer. Frågan som infinner sig är om alla rapporter om flickors ohälsa också i förlängningen leder till en syn på flickor som offer och hur det kan motverkas utan att förminska den ohälsa som ändå rapporteras. Den medvetenhet flickorna uttrycker kan i sig vara ett uttryck för att de inte enbart är offer utan även medvetna personer som också försöker göra något åt sin situation genom att påtala hur det förhåller sig samt att försöka hitta strategier för att hantera det. Medias makt över hur

flickor framställs är också uppenbar. Enligt Skolinspektionen (2016) behöver elevernas delaktighet i det förebyggande arbetet avseende kränkningar på nätet öka i majoriteten av de granskade skolorna. Medverkan från elever är central för att kunna identifiera risker och upptäcka om kränkningar på nätet pågår (aa).

Trygghet

För flickor är trygghet en viktig aspekt i deras vardagsliv. Trygghet handlar både om tillit i relationer, till vänner och föräldrar, men även om platsens trygghet. Att uppleva att skolan är en trygg plats och att känna sig trygg där man befinner sig på fritiden, hemma hos någon eller utomhus. Känslan av trygghet eller avsaknad av det påverkar deras relationer till andra och deras rörelsemönster utomhus. Rapporteringen i media om våld och överfall skapar osäkerhet och rädsla. De tänker efter var de kan gå när de är ute på kvällar och helger och de går inte gärna ensamma utomhus utan helst tillsammans med någon eller några kompisar. I flickornas berättelser framträder både den trygghet vänner kan ge ex. när de rör sig utomhus men även motsatsen att det kan vara svårt att lita på sina kompisar och den osäkerhet det skapar i relationerna.

Äh, att det kan vara jobbigt ibland, ja att det är skitsnack som man har i skolan, vi tjejer är ju jättebra på att snacka skit, man vet aldrig vad som sägs bakom ryggen på en.

Flickorna uttrycker att det är svårt att veta vad som sägs bakom ryggen på dem och att det ibland kan vara tufft i skolan av den anledningen. Vänner låtsas att de är bra kompisar men kan sedan bryta det förtroende de skapat. Här framträder en bild av att flickor även begränsar varandra genom att den som inte följer normen, det gruppen förespråkar, lätt hamnar utanför och förtalats. Flickorna reproducerar själva bilden av hur de bör vara samtidigt som de kan ifrågasätta det. Å andra sidan beskriver flickorna att när de har någon de känner stor tillit till, som de kan anförtro sig till, ger det en känsla av lättnad. Trygghet i relationen till föräldrar innebär att de vågar be föräldrarna om hjälp. Det kan handla om att våga ringa hem om något händer när de är ute och som en flicka uttryckte det:

Mamma har alltid sagt det, alltså om det händer något så är det bara att ringa så hämtar jag dig, så jag känner mig trygg, så att det alltid är någon som kan hämta mig vilken tid på dygnet [det än är].

När tilliten till föräldrar eller andra vuxna saknas är det vännerna som får stå för tryggheten. Vänner skapar en känsla av trygghet både i och utanför skolan, och under kvällar och helger. Med en kompis känns det tryggare att gå på fest hemma hos någon annan samtidigt som de är medvetna om att objudna gäster kan komma och skapa bråk. Om alla på festen där de vistas känner varandra och det finns möjlighet att komma i

kontakt med föräldrar snabbt känns det tryggare. De berättar också att det känns tryggare om alla hejar på varandra i bostadsområdet där de bor. Idag rapporteras i media en bild av unga kvinnor som offer för övergrepp i samband med ex. konserter. Detta kan leda till rädsla och isolering.

Samhörighet

Samhörighet är betydelsefullt och ett ofta återkommande tema i flickornas berättelser om sin vardag. Det handlar både om gemenskapen med vänner men även i familjen och skolan. När de träffar sina vänner är det främst för att umgås och samtala.

Det behöver inte vara så mycket, bara vi träffas och gör nåt. Ibland sitter man hemma hos någon och tittar på någon film och bara sitter och pratar.

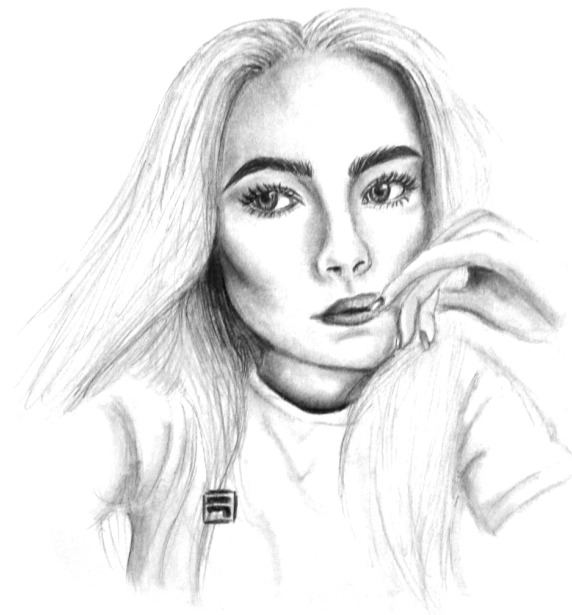
Vänner innebär stöd och någon som lyssnar och bryr sig om dem. Oavsett om de tycker om skolan eller inte så uttrycker de att skolan i form av en fysisk plats där de befinner sig samtidigt innebär möjlighet att träffas och prata med kompisar. Möjligheten till samhörighet som ges genom skolan som gemensam plats är särskilt viktig om flickorna geografisk har långt till varandra på fritiden, som när de inte bor på samma ort. De upplever dock att det kan vara svårt att delta i samtalen i skolan om de inte varit delaktiga i aktiviteterna under fritiden. De hamnar då lätt utanför samhörigheten bland klasskamrater och kompisar vilket kan upplevas vara tufft. Fritidsaktiviteter som sport kan möjliggöra samhörighet utanför skolan enligt flickorna men det förutsätter att de känner att de hinner med det och inte prioriterar bort det till fördel för skolarbetet. Flickorna funderar även över hur de ska behålla kontakten med varandra efter grundskolan då de inte hamnar på samma gymnasium beroende på olika val av gymnasieutbildning. Betydelsen av samhörighet uttrycks inte bara i olika former av gemenskap utan även i rädslan av att bli utesluten. Det kan leda till att de gör sig till, förställer sig inför sina kompisar istället för att vara sig själva.

Jag tänker på att man gör sig till ibland för att bli omtyckt... efteråt tänker man, jaha, varför gjorde jag så, varför är man inte bara sig själv... så tänker man jaha då kommer jag inte bli värst omtyckt av den personen, man får ändå för sig att man blir utanför.

Flickorna uttrycker att familjen också är betydelsefull relaterat till samhörighet och de berättar om när de umgås i familjen. De uttrycker att det är viktigt att ha bra relationer till sina föräldrar för att våga ta upp saker som hänt och prata om det. Genom att umgås i familjen och göra saker tillsammans med föräldrarna finns möjlighet att skapa goda relationer, som en flicka uttryckte det:

Ja, vi gör faktiskt mycket, det är kul, man vill ju ha en bra relation med sina föräldrar eller så, så att man kan våga snacka med dom om saker, om något sånt skulle ha hänt eller man undrar någonting så man vågar ha en bra relation till dom

Betydelsen av samhörighet framträder även när flickor uttrycker besvikelse över den egna familjen som inte kan erbjuda samhörighet, föräldrar har kanske inte förmåga att skapa samhörighet inom familjen. En önskan om att leva med och tillhöra en annan familj kan framträda och ger då uttryck för att samhörighet med andra är viktigt för dem. Samhörighetens betydelse framträder även i flickors berättelser av saknad av syskon som flyttat hemifrån, och då det blir svårt att ses i vardagen. Det kan vara syskon som är äldre och flyttat hemifrån och/eller studerar på annan ort. När alla i familjen samlas och umgås känns det bra, ex. vid gemensamma familjemiddagar. När flickorna berättar om vänner som inte längre går kvar på deras egen skola, som endera flyttat eller enbart bytt skola, framträder också ett behov av att hålla kvar en samhörighet de skapat tidigare. Internet och/eller sociala medier kan då vara en hjälp i att upprätthålla kontakt och därmed en känsla av fortsatt samhörighet med kompisar som flyttat. Flickorna uttrycker att de på så vis kan prata med sina vänner oavsett var de befinner sig.



Minna Wallman

Teckning av Minna Wallman

KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) handlar om ett sätt att se på tillvaron som sammanhängande, strukturerad och meningsfull (Antonovsky, 1991). Begriplighet, beskrivs som den kognitiva dimensionen och avser i vilken utsträckning man kan uppleva stimuli som förnuftsmässigt gripbara i motsats till slumpmässiga och oförklarliga. Hanterbarhet beskrivs som den beteendemässiga dimensionen och definierar i vilken grad man upplever att det finns resurser till förfogande. En hög känsla av hanterbarhet kan innebära att man inte känner sig som ett offer för omständigheterna. Meningsfullhet är den tredje komponenten och inbegriper engagemang och delaktighet. En person med hög grad av meningsfullhet kan se utmaningar som värda att investera i och söker efter resurser istället för att se dem som betungande och kravfyllda.

Enligt Antonovsky (1991) utvecklas KASAM genom barndomen fram till slutet av ung vuxen och blir sedan stabil. Miljö, kultur och normer samt erfarenheter av enskilda möten i livet formar ett starkare eller svagare KASAM (aa).

En studie från Norge (Misund Dahl & Blindheim, 2016) om KASAM i en grupp ungdomar i åldern 12-15 år visade att pojkar skattade högre värden på komponenterna begriplighet och hanterbarhet jämfört med flickorna i båda åldersgrupperna. Flickorna skattade däremot något högre värde på komponenten meningsfullhet. Skillnaderna var något mindre vid 15 års ålder. Med detta i åtanke, kan flickornas erfarenhet av sin vardag påverka utveckling av deras KASAM. Studier har också funnit att unga flickor mellan 15 och 18 år har lägre KASAM än pojkar i samma ålder (Rivera, Garcia-Moya, Moreno & Ramos, 2012). Dessutom har det visat sig att stöd från familjemedlemmar, ett positivt klimat i familjerelationer och stöd från vänner kan främja KASAM. Det finns också indikationer på att grannskapet kan påverka utvecklingen av KASAM (Rivera et al., 2012). Flickornas erfarenhet av samhörighet möjliggör deltagande och stöd samt förståelse, som hjälper flickorna att hantera krav och orättvisa. Å andra sidan, och i förhållande till KASAM och meningsfullhet, kan trygghet ses som en faktor i flickornas miljö som främjar utvecklingen av KASAM och även som skyddsfaktorer relaterade till flickornas hälsa och välbefinnande.

Slutsats och implikationer

Flickors upplevelser av sin vardag präglas av en medvetenhet om den genusordning som råder i samhället med olika krav och orättvisa där pojkar ofta får extra utrymme i mer positiva sammanhang. Å ena sidan förväntas flickor vara duktiga i skolan, utbilda sig och göra karriär samt ta för sig inom arbetslivet, å andra sidan ska de behaga och tillfredsställa. Betydelsen av samhörighet med jämnåriga och det stöd som vänner kan ge liksom goda relationer med familjen är något som flickorna är väl medvetna om. Samtidigt kan en splittring ses hos flickorna mellan att uppfylla de olika förväntningar som ställs på dem av t.ex. föräldrar, lärare, ledare, vänner och media. Att kunna lita på andra i sin närhet är viktigt för att känna trygghet och det kan uppväga den rädsla för att bli utsatt för våld och övergrepp som finns i flickors vardag. Tonårsflickors känslor av samhörighet och trygghet kan även vara skyddande faktorer i form av hanterbarhet och meningsfullhet som uppväger krav och orättvisa i vardagen. Kunskap om såväl flickors som pojkars vardag är viktig för att skapa förutsättningar för dem som arbetar med barns fostran och lärande för att säkerställa ett jämställdhetsperspektiv enligt skollagens intentioner. Sådan kunskap kan också vara viktig för att förstå hur förväntningar och krav på pojkar och flickor påverkar deras lärande och utveckling samt skapa faktiska förutsättningar för att kunna göra aktiva val och förändra sin livssituation oavsett kön.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* [Unraveling the mystery of health]. Stockholm: Natur och Kultur.
- Berg Kelly, K. (2014). *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Connell, R. W. (2003). *Om Genus*. Göteborg: Daidolos.
- Einberg, E-L., Lidell, E., & Clausson, E. K. (2015). Awareness of demands and unfairness and the importance of connectedness and security - Teenage girls' lived experience of their everyday life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10:27653. doi.org/10.3402/qhw.v10.27653
- Elgar, F. J., Craig, W., & Trites, S. J. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52, 433-438. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.012.
- Ellertsson, A-S., Garmy, P., & Clausson, E. K. (2016). Health among schoolchildren from the school nurse's perspective. *Journal of School Nursing*, doi:10.1177/1059840516676876.
- Erikson, E. H. (1989). *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, U., & Sellström, E. (2010). School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: A multilevel study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 344-350. doi:10.1177/1403494810364683.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Skolbarns hälsovanor 2013/2014*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201314/>

- Gillander Gådin, K., & Hammarström, A. (2003). Do changes in the psychosocial school environment influence pupils' health development? *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(3), 169-177. doi:10.1080/14034940210134121.
- Hirdman, Y. (2001). *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber AB.
- Larsson, M., Johansson Sundler, A., & Ekebergh, M. (2012). The influence of living conditions on adolescent girls' health. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 19059. doi:10.3402/qhw.v7i0.19059.
- Marmot, M. (2009). Social determinants and adolescent health. *International Journal of Public Health*, 54, S125–S127. doi:10.1007/s00038-009-5402-z.
- Misund Dahl, B., & Blindheim, K. (2016). Sense of coherence in a group of young people at age of 12 and 15. Health Promotion – An International Forum, “Next Society”, September 28-30, Trondheim. Programme and abstracts, s.27.
- Nygren, K., Bergström, E., Janlert, U., & Nygren, L. (2012). Parents matter - But relations to parents do not explain gender differences in self-reported health in adolescents. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 643-653. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00973.x.
- Persson, L. (2016). *Health Promotion in Schools - Results of a Swedish Public Health Project*. Doktorsavhandling. Karlstad University. Faculty of Health, Science and Technology. 2016:24.
- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A.-M., ... Hägglöf, B. (2010). *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungliga vetenskapsakademien.
- Rivera, F., Garcia-Moya, I., Moreno, C., & Ramos, P. (2012). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 800-812. doi: 10.1177/1359105312455077.
- Skolinspektionen. (2016). *Skolors arbete mot trakasserier och kränkande behandling på nätet*.
- Skolverket. (2011). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011*. Reviderad 2016.
- Skolverket. (2015). *Redovisning av uppdrag om plan för ökad jämställdhetsintegrering av Skolverkets verksamhet 2015 – 2018 (Dnr 2015:857)*.
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimäa, R., Danielson, M., & Overpeck, M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine*, 62(4), 815-827. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.047.
- WHO. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: main findings from the 2013/2014 survey – Key findings.

Hur hänger inåtvända problem och utagerande beteenden hos tonåringar ihop med deras föräldrarelation?

Johanna G. Masche-No

Detta kapitel redovisar en studie av sambanden mellan inåtvända problem och utagerande beteenden hos tonåringar och deras relation till sina föräldrar. Tidigare forskning har oftast bara tittat på hur föräldrars beteenden påverkar barnen, och ibland även på hur barns problem och beteenden förändrar föräldrars förhållningssätt. Men det behövs information om varför barn och föräldrar gör som de gör. Den aktuella undersökningen utforskar därför även barns och föräldrars emotionella reaktioner i relation till varandra, deras målsättningar och strategier. Syftet är att bidra till en djupare förståelse för hur och varför föräldrars beteenden och tonåringars inåtvända problem och utagerande beteenden påverkar varandra. I förlängningen kan detta ligga till grund för utvecklandet av förebyggande åtgärder.

Inåtvända problem och utagerande beteenden hos tonåringar

Depression är ett internationellt ökande folkhälsoproblem i tonårspopulationen, både i USA (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2015) och i Sverige. I de senaste svenska mätningarna har 29 % av 13-åriga flickor och 36 % av flickor i 15-årsåldern uppgett att de flera dagar i veckan under det senaste halvåret känt sig nere. Hos pojkar är motsvarande siffror 11 respektive 14 % (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Andelen lagförda tonåringar mellan 15 och 17 år har sjunkit under 90-talet och legat relativt stilla vid cirka 4 % per år (Ungdomsstyrelsen, 2013). Ytterligare minskning noteras i början av 2010-talet. Den beror främst på att egendomsbrott som snatterier minskat. Å andra sidan ökade antalet lagförda för narkotikabrott. Eftersom det finns ett mörkertal och andelen lagförda ungdomar både beror på hur många som faktiskt begår brott och hur många av begångna brott som reds ut, är det svårt att dra slutsatser. Man kan dock anta att om en av 25 ungdomar lagförs varje år, vilket är en högre siffra än hos vuxna (Ungdomsstyrelsen, 2013), så finns det avsevärt fler ungdomar som engagerar sig i mindre grova normbrytande beteenden. Även mindre allvarliga utage-

rande beteenden under tonåren är förknippade med negativa följder senare i livet som psykisk ohälsa, beroendesjukdomar, finansiella problem och egendomsbrott (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Därför är det önskvärt att kunna förebygga dem.

Tittar man specifikt på alkoholvanor från mellersta tonåren och in i unga vuxenåldern, så rapporterar drygt var tredje en riskabel konsumtion (Ungdomsstyrelsen, 2013). Tvärtemot den vanliga stereotypen är det något flera kvinnor än män som medger en riskkonsumtion. Även om alkoholkonsumtionen har minskat under de senaste åren (Englund, 2014), är den fortfarande höga andelen unga med riskabel alkoholkonsumtion oroväckande.

Faktorer inom familjen som kan orsaka inåtvända problem hos tonåringar

Bland de många möjliga faktorer som påverkar tonåringars mående finns föräldrars beteenden. Mycket forskning har kretsat kring auktoritativt föräldraskap som kombinerar föräldrars visade kärlek med att ställa krav på barns beteenden (Steinberg, 2001). Mer specifikt antas föräldrars värme ha en positiv effekt, liksom att föräldrar ger sina barn utrymme till psykologisk autonomi. Motsatsen, låg värme och psykologisk kontroll, anses som orsak till depressiva symptom. Med värme menas visad acceptans, emotionellt stöd och rent allmänt beteenden som låter barnet känna sig älskat. Psykologisk kontroll innebär taktiker att förmedla skuld känslor eller begränsa barnens frihet att tänka och känna. I en senare definition av Barber, Xia, Olsen, McNeely och Bose (2012) betonas särskilt föräldrars nedvärderande beteenden.

Det finns empiriskt stöd för samband mellan *psykologisk kontroll* och tonåringars depression eller mer allmänt definierade inåtvända problem såsom ensamhet eller låg självkänsla (Pesigan, Luyckx & Alampay, 2014; Wei & Kendall, 2014). I en del undersökningar hade föräldrars *värme* samband med låga nivåer av depression eller mer allmänt med inåtvända problem hos tonåringar (Pesigan m.fl., 2014; Wei & Kendall, 2014), medan i andra studier hittades bara små eller inga samband alls (Geurtzen, Scholte, Engels, Tak & van Zundert, 2015). Sammanfattningsvis finns det evidens för kopplingar mellan depression och mer allmänna inåtvända problem och föräldrars psykologiska kontroll liksom till viss grad även deras värme.

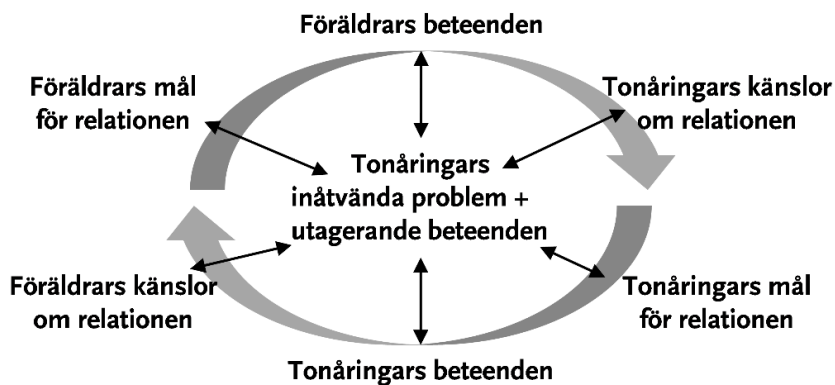
Det finns två svårigheter med ovanstående forskningsresultat, en forskningsmetodologisk och en teoretisk. Det metodologiska problemet är att tvärsnittliga samband som framkommit vid mätningar vid samma tidpunkt inte ger någon garanti för att det ena är orsak till det andra. Det kan vara tvärtom, att depressiva tonåringar är så svåra att umgås med att föräldraskapet påverkas.

Få studier har longitudinellt undersökt om de nämnda kännetecknen av föräldraskapet har en effekt på tonåringars inåtvända problem. Två undersökningar har funnit en effekt av *psykologisk kontroll* på inåtvända problem (Hunter, Barber & Stolz, 2015; Lansford, Laird, Pettit, Bates & Dodge, 2014), medan en tredje studie, som dock fokuserade på ångest, inte hittade några entydiga resultat (Wijsbroek, Hale, Raaijmakers & Meeus, 2011). Det saknas alltså tillräcklig evidens för att psykologisk kontroll bidrar till tonåringars inåtvända problem.

Vad gäller föräldrars *värme*, så har Reitz, Deković och Meijer (2006) visat att tonåringars inåtvända problem leder till minskad värme, men två andra studier har inte hittat sådana effekter (Barbot, Crossman, Hunter, Grigorenko & Luthar, 2014; Brenning, Soenens, van Petegem & Vansteenkiste, 2015). I den omvända riktningen visade studieresultat att värme minskar depressiva symptom och delvis ger ökad självkänsla (Hunter m.fl., 2015; Ozer, Flores, Tschann & Pasch, 2013). Ytterligare en studie visade att värme höjde tonåringars självkänsla medan effekter på depressiva symptom inte gick att påvisa (Smokowski, Bacallao, Cotter & Evans, 2015). Ytterligare studier fann inte någon påverkan av föräldrars värme på tonåringars inåtvända problem (Barbot m.fl., 2014; Reitz m.fl., 2006; White, Liu, Nair & Tein, 2015). Sammanfattat finns viss, men otillräcklig evidens för hypotesen att bristande värme och psykologisk kontroll bidrar till tonåringars inåtvända problem.

Även om dessa resultat vore mer entydiga, så finns ett bekymmer med en teori som postulerar att vissa föräldrabetenden är bra eller dåliga. Det hjälper kanske inte så mycket att skylla på föräldrarna och kritisera dem för att bete sig ”fel”. Istället är det viktigt att förstå varför de gör som de gör. Utifrån en handlings- och systemteoretisk modell (Figur 1) reagerar båda parter, tonåringar och föräldrar, på varandra och gör det på ett meningsfullt sätt utifrån sina respektive perspektiv. Varje part upplever och tolkar den andra partens beteenden, reagerar känslomässigt på vad de upplever, utvecklar mål om hur de vill att relationen ska förbli eller ändra sig och agerar på ett sätt som de tror ska föra dem närmare det de vill åstadkomma. Denna ”black box” med vad som kan pågå mellan föräldrars beteenden och tonåringars mer eller mindre utpräglade inåtvända problem är praktiskt taget utforskad. Det kan tänkas att det

finns onda cirklar, att tonåringars depression yttrar sig i deras beteenden, som föräldrar reagerar på genom beteenden som i sin tur bidrar till depressiva symptom. Som redan Watzlawick, Beavin och Jackson (1967) påpekat kan man börja beskrivningen av de ömsesidiga reaktionerna på olika ställen, och de inblandade individerna upplever sig ofta som "bara" reagerande på vad den andra har gjort. Cirkeln som visas i Figur 1 har alltså inte någon början. Tonåringars inåtvända problem kan vara orsak till eller följd av varje bit på denna cirkel: beteenden och deras upplevelse, känslomässiga reaktioner, målsättningar, strategier och så den respektive andra generationens beteenden. Resultat visar att tonåringars inåtvända problem leder till genomsnittligt försämrade relationer till föräldrarna (Reitz m.fl., 2006).



Figur 1. Handlings- och systemteoretisk familjemodell för tonåringars inåtvända problem och utagerande beteenden.

Faktorer inom familjen som kan orsaka utagerande beteenden hos tonåringar

Enligt teorin om auktoritativ uppfostran (Steinberg, 2001) motverkar föräldrars principfasthet, hur de sätter regler och gränser för sina barns beteenden och formulerar förväntningar, motverka utagerande beteenden (normbrytande beteenden, aggression och konsumtion av alkohol och andra droger). Även föräldrars värme och psykologisk autonomi anses ha en viss gynnsam effekt. Forskning kring föräldrars principfasthet har dock kritiserats för att mätningarna i själva verket ofta handlade om föräldrars kunskap om tonåringars fritidssysslor, något som bara till liten del har med föräldrars kontroll att göra (Kerr & Stattin, 2000; Masche, 2010). Föräldrars kontroll hade däremot endast svagt samband med låga nivåer av utagerande beteenden (Kerr & Stattin, 2000), vilket skulle kunna förklaras av att kontrollen även upplevs som inkräktande på tonåringars autonomi.

Ändå finns visst stöd från longitudinella studier för hypotesen att *kontroll*, regler och gränser skulle kunna motverka utagerande beteenden (Willoughby & Hamza, 2011). Andra arbeten fann ingen effekt av föräldrars kontroll på utagerande beteenden i allmänhet (Huh, Tristan, Wade & Stice, 2006), däremot en effekt på substanskonsumtion och missbruk. De få undersökningar som finns av effekter i omvänd riktning tyder på att tonåringars utagerande beteenden leder till minskad kontroll (Huh m.fl., 2006). Det saknas alltså samstämmig evidens för effekter av föräldrars kontroll när det gäller att motverka utagerande beteenden hos barn och i frågan huruvida utagerande beteenden leder till minskad kontroll hos föräldrarna. De få longitudinella undersökningarna om föräldrars *värme* har levererat ännu mer motstridiga resultat, i vissa studier var föräldrars engagemang till och med förknippat med högre istället för lägre nivåer av normbrytande beteenden (Barbot m.fl., 2014; Reitz m.fl., 2006). En longitudinell studie kring *psykologisk autonomi eller kontroll* (Hunter m.fl., 2015) visade slutligen att psykologisk kontroll var en följd av utagerande beteenden. Eftersom tvärsnittliga samband vid första mätningen inte kontrollerades statistiskt, så är dock kausala slutsatser osäkra. Undersökningar av likadana föräldrabeteenden gav oenhetliga utfall. Det finns alltså visst stöd för föräldraeffekter, men just psykologisk kontroll verkar sällan ha undersökts, och omvända effekter från barnet på föräldrar är för lite utforskade.

En del forskning stödjer på ett allmänt plan grundtanken bakom modellen i Figur 1, att föräldrabeteenden och tonåringars utagerande beteenden har samband med föräldra-barnrelationen under tonåren. Utagerande beteenden motverkas av en förtroendefull relation, där tonåringar berättar och föräldrar har kunskap om sina barns fritidssysslor, där man gör saker tillsammans och även föräldrarna känner sig nöjda med att det går bra att kommunicera (Burke, Pardini & Loeber, 2008; Low, Snyder & Shortt, 2012; Willoughby & Hamza, 2011). Få studier har undersökt, och då ofta funnit, även omvända effekter av utagerande beteenden på en försämrad föräldra-barnrelation (Burke m.fl., 2008; Willoughby & Hamza, 2011). Det finns även evidens för att beteenden hos föräldrar eller barn leder till förändringar i relationen. I likhet med modellen i Figur 1 leder till exempel tonåringars berättelser till en mer nära relation där man umgås med varandra, och i omvänd riktning bidrar gemensamma aktiviteter i viss mån till barns berättelser (Willoughby & Hamza, 2011). Dessa

och liknande resultat talar för att en mer systematisk utforskning av orsakscirkeln om hur föräldrar och barn upplever varandra, sätter mål i relationen, väljer strategier som yttrar sig i beteenden som upplevs av den ena respektive andra generationen kan ge nya insikter i hur både utagerande beteenden och inåtvända problem uppstår och återverkar på föräldra-barnrelationen.

Föreliggande studie

Syftet med studien som är i fokus här var att undersöka föräldrars olika beteendens betydelse för tonåringars inåtvända problem och utagerande beteenden. Därutöver syftade studien till att undersöka hela processen – de inblandade personernas emotionella reaktioner, målsättningar, strategier och beteenden och hur dessa möjligen bidrar till eller påverkas av tonåringars inåtvända problem och utagerande beteenden. Istället för att skuldbelägga föräldrar för barns problem och beteenden var förhoppningen att undersökningen skulle bidra till en mer omfattande förståelse för orsakskedjorna där tonåringars inåtvända och utagerande problem är en del. Detta skulle kunna lägga grunden för att utveckla mer effektiva förebyggande program när det gäller folkhälsoproblemet inåtvända problem hos tonåringar och även förebygga utagerande beteenden, däribland konsumtion av alkohol och andra droger.

Vid all forskning av denna typ är det underförstått att det finns ytterligare påverkansfaktorer, t.ex. samhälleliga inflytanden, kamratkretsen, tonåringens individuella copingförmåga och värderingar med mera. Att hitta orsaker i familjen förminskar inte på något vis dessa andra faktorer betydelse. Forskningen är på gruppnivå. Om den till exempel skulle komma fram till att föräldrars värme motverkar tonåringars depressiva symptom, så betyder detta att tonåringars mående *i genomsnitt* förbättras som följd av att de upplever kärlek från sina föräldrar. Detta är dock inte samma sak som att en sådan kausalitet skulle kunna visas *i varje enskilt fall*, kanske inte ens i flertalet fall, utan kanske bara i en viss grupp som förbättras så avsevärt att hela genomsnittet lyfts. Samma sak gäller samtliga undersökta orsakssamband. Man skulle kunna säga att om alla övriga faktorer vore lika, så skulle sambanden gälla varje individ, men eftersom det, som ovan sagts, finns fler än de undersökta orsakerna och eftersom dessa även kan påverka familjens effekter, så gäller de undersökta orsakssambanden enbart genomsnittet. Även om slutsatser i det enskilda fallet inte är möjliga, så kan denna forskning vara av betydelse ur ett folkhälsoperspektiv.

Undersökningsmetod

Rapporten baserar på de första två mätningarna i en longitudinell enkätstudie i en medelstor kommun i södra Sverige, år 2013 och 2014. Att samla in data två gånger hos samma personer möjliggör att statistiskt utvärdera effekter av exempelvis föräldraskap, istället för att bara förlita sig på vad människor tycker angående hur de påverkats. Statistiken kräver stora urval, som enkätmetoden gör det möjligt att samla in.

Urval

Samtliga klasser i årskurserna 7-9 vid kommunala grundskolor samt årskurs 1 i de större teoretiska gymnasieprogrammen i kommunen deltog i enkätundersökningen. Samma klasser deltog igen året därpå, när de alltså hade kommit upp till årskurserna 8-9 respektive 1-2 på gymnasiet. Framförallt övergången mellan skolorna, dessutom frånvaro vid ett av tillfällena och att en del av personnumren blev felaktigt angivna, gjorde att bara en del av eleverna kunde matchas mellan de två tillfällena. Deltagandet var frivilligt, efter omfattande information, och även föräldrarna till barn under 15 år fick skriftlig information om studien och hade möjlighet till att avanmäla sina barn från studien. Det var dock bara en handfull föräldrar som gjorde så; även de flesta eleverna var villiga att delta. Att fylla i enkäten tog ungefär en timme, något mindre hos de äldre eleverna. Totalt samlades 1 281 enkäter in år 2013 och 1 274 enkäter år 2014, varav 824 enkäter från samma elever båda åren. 52 procent av de deltagande eleverna var flickor. Urvalet av grundskoleelever kan anses vara representativt för de respektive bostadsområdena. På gymnasiet är urvalet något mer selektivt eftersom alla ungdomar inte uppnår gymnasiebehörighet och även i så fall inte alltid väljer teoretiska program.

Vid det andra tillfället fanns även finansiering för en föräldraenkät. Samtliga föräldrar till barn i de deltagande skolklasserna fick en enkät hemskickad samt svarskuvert. Totalt kom 290 ifyllda föräldraenkäter tillbaka, varav 236 kunde matchas med barn vid samma undersökningstillfälle och 195 med första datainsamlingen.

Mätningar

Tonåringar och föräldrar rapporterade var sin del av familjemodellen enligt Figur 1. Tonåringarna rapporterade sina upplevelser av föräldrars beteenden, sina känslor inför relationen, sina mål för relationen och sina beteenden gentemot föräldrarna, samt sina inåtvända problem och utagerande beteenden. Föräldrarna rapporterade vid andra datainsamlingen om sina känslor kring relationen till sina barn och sina mål i relationen.

Närmare bestämt uppgav tonåringarna hur mycket värme de upplevde från sina föräldrar, hur mycket psykologisk kontroll, beteendekontroll och överdriven kontroll, det sistnämnda utifrån en skala som angav extrema, inkräktande kontrollerande beteenden. Som mått på känslor uppgav tonåringar sin grad av tillfredsställelse i relationen. Målsättningar rörde huruvida tonåringarna eftersträvade autonomi gentemot sina föräldrar och huruvida de ville underordna sig deras auktoritet. Som beteenden mättes i vilken mån de berättade hemma om sitt liv och i vilken mån de var hemlighetsfulla, alltså aktivt undanhöll information. Inåtvända problem mättes genom skalor av depressiva symptom, ensamhet och (låg) självkänsla. Utagerande beteenden handlade om substanskonsumtion (fyra frågor kring alkoholdrickande och berusning, en fråga vardera om rökning och cannabis), normbrytande beteenden som skolk eller snatteri och slutligen fysisk aggression.

Föräldrarna uppgav även de sin grad av tillfredsställelse i relationen, sitt förtroende för barnet samt av känslor att de ville ge upp. På liknande sätt som tonåringarna uppgav även föräldrarna huruvida de önskade höja sina barns autonomi samt i vilken mån de önskade främja deras underordnande och nära anknytning.

Skalorna som visar tonåringars inåtvända problem och utagerande beteenden, föräldrars och barns beteenden mot varandra och föräldrars känslor av tillit respektive av att vilja ge upp var helt eller till stora delar tagna från internationellt publicerade studier och i många fall även beprövade i Sverige (t.ex. Kerr & Stattin, 2000). De övriga skalorna var speciellt utvecklade för den här studien. En skala består av ett antal utsagor kring ett visst tema, där svarspersonen ska gradera i vilken mån utsagorna stämmer för personen. Dessa graderingar omvandlas till poängsummor som analyseras statistiskt.

För att ta till vara hela det insamlade datamaterialet, även från familjer där bara en person hade svarat eller svarat vid bara ett av tillfällena, tillämpades avancerade metoder för hantering av ofullständiga data (Schaffer & Graham, 2002), något som motverkar förvriddningen på grund av begränsningen av representativitet i föräldraurvalet. Metoderna innebär att ju fler data som saknas, desto större effekter behövs för att säkerställa statistiska samband. På så vis undviker man att dra för stora växlar på de delarna i datamaterialet där bortfallet var stort och ojämnt.

Resultat

Redovisningen av resultat är indelad i två avsnitt. Första avsnittet redogör för inåtvända problems och utagerande beteendes samband med barns och föräldrars beteenden, känslomässiga reaktioner på varandra och målsättningar i relationen. Bara om sådana samband finns är det meningsfullt att i ett andra steg av resultatredovisningen undersöka kausala effekter och om det finns orsakskedjor enligt Figur 1.

Tvårsnittliga samband

Föräldra-barnrelationerna och föräldraskapet skilde sig på nästan alla undersökta sätt mellan tonåringar med mera eller mindre utpräglade inåtvända problem. Närmare bestämt var tonåringars depressiva symptom, ensamhet och låg självkänsla förknippade med deras upplevelser av att föräldrarna var mindre varma, något mer kontrollerande, mer överdrivet kontrollerande samt mer psykologiskt kontrollerande. Inåtvända problem visade även samband med tonåringars lägre tillfredsställelse i relationen med föräldrarna, lite högre strävan efter autonomi, mindre strävan efter att underordna sig föräldrarnas auktoritet samt att de var mindre benägna att berätta hemma och i högre grad hemlighetsfulla. Föräldrar hade lägre tillfredsställelse i relationen till dessa tonåringar samt en känsla av att vilja ge upp. Föräldrars självrapporterade förtroende för barnen visade ett svagt samband med barnens depressiva symptom, men inte med ensamhet och självkänsla, och föräldrars målsättningar i relationen hade inte något samband med tonåringars inåtvända problem. Sammanfattningsvis pekade de flesta undersökta beteenden och upplevelser i samband med tonåringars depressiva symptom, ensamhet och låg självkänsla i den teoretiskt förväntade riktningen. Särskilt starka var sambanden mellan inåtvända problem och tonåringars mindre relationstillfredsställelse och upplevelsen av bristande värme och psykiskt kontrollerande beteenden hos föräldrarna.

Med bara enstaka undantag kunde även samband mellan utagerande beteenden och de undersökta föräldraskaps- och relationsegenskaperna statistiskt säkerställas. Tonåringar hade större substanskonsumtion, mer normbrytande beteenden och mer utpräglad fysisk aggression, ju mindre varma deras föräldrar var. Eftersom tidigare forskning har visat att beteendekontroll kan vara tveeggad, beroende på om den upplevs som rimlig eller överdriven, använde den här studien två skalor av ”normal” kontroll och av överdriven kontroll. Som förväntat visade tonåringar fler utagerande beteenden, ju mindre kontrollerande och ju mer överdrivet kontrollerande och ju mer psykiskt kontrollerande som föräldrarna upplevdes. Utagerande beteenden var även mer utpräglade i samband med tonåringars låga grad av tillfredsställelse i relationen, strävan efter autonomi och efter att inte underordna sig föräldrarnas auktoritet, med att

vara mindre benägna att berätta hemma och i högre grad hemlighetsfulla. Föräldrars rapporter om missnöje med relationen, bristande förtroende för barnen och känslan av att vilja ge upp hade också samband med tonåringars utagerande beteende. Sambandsmönstret var alltså mycket liknande det som gällde inåtvända problem. Även om sambanden nästan genomgående gick att statistiskt säkerställa, så var dessa dock generellt lite svagare. Tvärtemot den teoretiska förväntningen var beteendekontroll bara svagt förknippad med substanskonsumtion och inte med aggression, och med normbrytande beteenden bara vid första mätningstillfället. De starkaste sambanden visade sig med barns hemlighetsfullhet, vilket känns rimligt med tanke på att barn som engagerar sig i många förbjudna aktiviteter kanske inte precis vill avslöja sig inför sina föräldrar.

Longitudinella förutsägelser

Inåtvända problem

Att det finns ett samband mellan två mätningar är en nödvändig, men inte tillräcklig förutsättning för att kunna dra slutsatser om vad som orsakar vad. Longitudinella analyser ger en säkrare information i denna fråga, särskilt om den statistiska analysen rensar bort tvärsnittliga samband från förutsägelsen över tid. Gällande föräldrars rapporteringar måste avsteg från denna optimala analys göras, eftersom det inte fanns någon mätning år 2013. Därför gick betydelsen av föräldrars upplevelser om relationen för eventuell utveckling av tonåringars inåtvända problem inte att undersöka, och förutsägelser i omvänd riktning är visserligen longitudinella, men utan statistisk kontroll för tvärsnittliga samband. När det gäller barns rapportering om sina problem, upplevda föräldrabetenden, egna emotionella reaktioner, målsättningar och beteenden är däremot den fullständiga kausala analysen möjlig eftersom data från två tidpunkter finns.

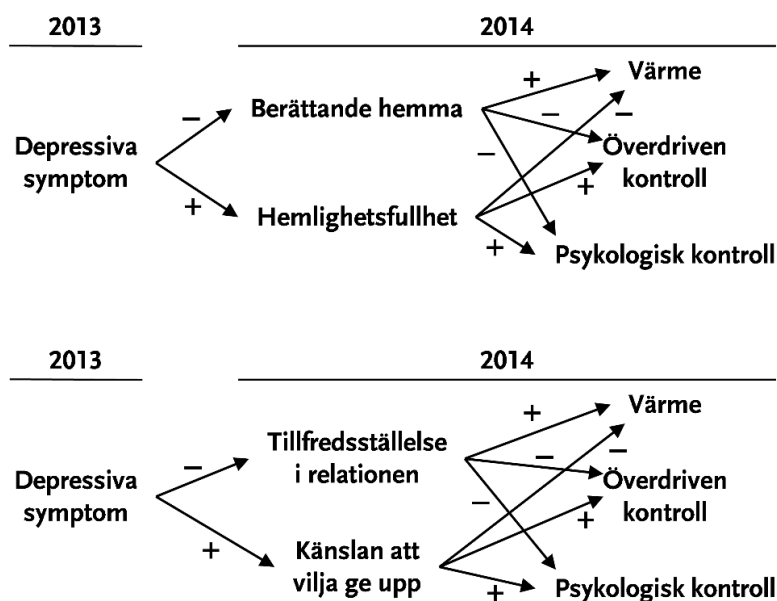
Tonåringars inåtvända problems påverkan på föräldra-barnrelationen. Tonåringars depressiva symptom och nästan lika genomgående även deras ensamhet ledde till att tonåringar blev mindre nöjda i relationen till sina föräldrar över tid, möjligen inte ville underordna sig föräldrarnas auktoritet längre i samma utsträckning, att de berättade mindre och blev mer hemlighetsfulla samt att de upplevde sina föräldrar som mindre varma, mer överdrivet kontrollerande och mer psykologiskt kontrollerande. Observera att detta inte bara är ett uttryck av att se världen i dystra färger när man är nedstämd, eftersom sambandet vid första mätningen – som skulle kunna förklaras genom en sådan svarstendens – har räknats bort. Låg självkänsla ledde till att tonåringarna berättade mindre och var mer hemlighetsfulla gentemot sina föräldrar. Utsträckningen av tonåringars depressiva symptom, ensamhet och låg självkänsla förutsade även föräld-

rars låga tillfredsställelse i relationen samt känslan av att vilja ge upp, men som diskuterats ovan går det utan föräldrars rapportering vid första tillfället inte att säkra kausala slutsatser här. Sammanfattat förutsade främst depressiva symptom och ensamhet och i mindre mån även låg självkänsla omfattande försämringar i familjelivet vad gäller den ömsesidiga tillfredsställelsen i föräldra-barnrelationen och de ömsesidiga beteenden som annars skulle skapat närhet respektive bidrag till motsättningar.

Föräldra-barnrelationernas påverkan på tonåringars inåtvända problem. I den omvända kausala riktningen (där föräldrars upplevelser inte kunde undersökas) fanns det bara två statistiskt säkerställda effekter och en som närmade sig signifikans, i totalt 21 analyser. Om föräldrarna upplevdes som överdrivet kontrollerande, så ökade tonåringarnas depressiva symptom och som tendens verkade även deras självkänsla minska. Och om tonåringar berättade bara lite för sina föräldrar, så ökade deras känsla av ensamhet.

Orsakskedjor i förklaringen till försämrat föräldraskap på grund av barns depressiva symptom. Eftersom det knappt fanns något som förutsade tonåringars inåtvända symptom, kunde inte några orsakskedjor undersökas kring vad som ledde till tonåringars problem. Däremot gick det att undersöka teoretiskt meningsfulla orsakskedjor i förklaringen till försämrat föräldraskap till följd av inåtvända problem. I det följande ligger fokus på depressiva symptom som orsak, och föräldrars bristande värme, överkontroll och psykologisk kontroll som följder och hur vart och ett av barns beteenden eller föräldrars upplevelser kan förklara denna effekt. Även om den respektive förklaringsvariabeln är uppmätt vid samma tillfälle som föräldrarnas mer eller mindre varma, överkontrollerande och psykologiskt kontrollerande beteenden, och därmed denna del av analysen inte bevisar ett kausalt samband, så talar analyserna åtminstone för att de undersökta orsakskedjorna *kan* vara en förklaring.

Figur 2 visar de undersökta orsakskedjorna. De talar för att tonåringars minskade öppenhet att berätta om sig själva, som följd av sina depressiva symptom, kan vara en bidragande faktor till att föräldrarna bemöter dem med mindre värme och med överdrivet kontrollerande och psykologiskt kontrollerande beteenden. Likaså kan tonåringars ökade hemlighetsfullhet på grund av deras depressiva symptom leda till dessa negativa föräldrabeteenden.



Figur 2. Orsakskedjor av tonåringars depressiva symtoms inverkan på upplevt föräldraskap, förmedlad genom tonåringars beteenden (övre panel) respektive genom föräldrars känslor i relationen (nedre panel). Minus: minskande effekt; plus: höjande effekt.

Även föräldrars emotionella reaktioner fick stöd som möjlig förklaring till deras negativa reaktioner på tonåringars depressiva symtom, som den nedre delen av Figur 2 visar. Om barn hade depressiva symtom, så rapporterade föräldrarna låg tillfredsställelse i relationen till detta barn året efter, vilket förklarade föräldrarnas minskade värme och ökade psykologiska kontroll. Likaså förklarade känslorna av att vilja ge upp hur barns depressiva symtom ledde till minskad värme och ökad psykologisk kontroll. De beräknade effekterna på överdriven kontroll var likadana, men för svaga för att kunna bli statistiskt säkerställda.

Utagerande beteenden

Tonåringars utagerande beteendens påverkan på föräldra-barnrelationen. Tonåringar som uppvisade relativt högre substanskonsumtion (alkohol, cannabis) tenderade att med tiden underordna sig mera under föräldrars auktoritet och att berätta mera för dem. Båda dessa effekter är tvärt emot vad man skulle förvänta sig, i synnerhet då de tvärsnittliga analyserna hade visat att utagerande beteenden var kopplade till *mindre* underordning och berättande. Efter en omfattande granskning av dessa oväntade effekter (t.ex. analys av mer specifika delar av urvalet) förefaller det som om det finns sanning i dessa oväntade resultat. Möjligen får en del av tonåringarna föräldrarnas tillåtelse att konsumera alkohol eller att röka och kän-

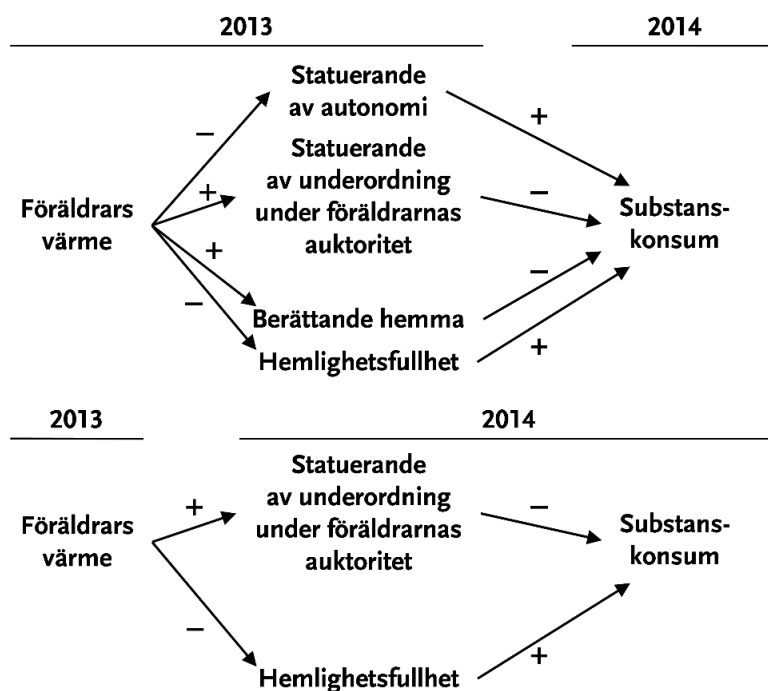
ner som följd att de kommer väl överens och kan vara öppna gentemot föräldrarna.

Både substanskonsumtion och normbrytande beteenden förutsade reaktioner enligt föräldrars rapporter. De visade sig mindre nöjda, förlitade sig mindre på sina barn och kände i större utsträckning en uppgivenhet. Samma sak gällde tonåringars aggression, men lät sig inte statistiskt säkerställas. Det fanns alltså tydliga tankemässiga och emotionella reaktioner hos föräldrarna, trots att utagerande beteenden och föräldrars reaktioner rapporterades av olika generationer i familjen. Däremot visade resultaten inte på några ändringar i föräldrars beteenden gentemot sina barn, till följd av tonåringars utagerande beteenden.

Föräldra-barnrelationens påverkan på tonåringars utagerande beteenden. I prediktionen av normbrytande och aggressiva beteenden över tid fanns bara ett enda statistiskt säkerställt resultat, att överdriven kontroll ledde till *mindre* normbrytande beteenden. Även om detta kan tyckas som ett rimligt resultat i sig, så strider detta mot de tvärsnittliga sambanden där överdriven kontroll är förknippad med *mer* problembeteenden. Kontrollberäkningar kunde inte bekräfta effekten. Detta resultat ska därför inte diskuteras vidare.

Många prediktioner fanns däremot för substanskonsumtion. Ju mindre värme som tonåringar upplevde hos sina föräldrar, ju mer de strävade efter autonomi och ju mindre efter fortsatt underordning under föräldrars auktoritet, ju mindre de berättade och ju mer de höll hemligt, desto mera tog de till alkohol eller andra droger.

Orsakskedjor i förklaringen av substanskonsumtion på grund av föräldrars bristande support. Eftersom det fanns ett flertal beteenden hos föräldrar och målsättningar hos tonåringar som förklarade substanskonsumtion, så går det att undersöka delar av möjliga orsakskedjor enligt Figur 1. Figur 3 visar vilka det är. Effekten av bristande värme från föräldrar på tonåringars ökade substanskonsumtion ska förklaras genom tonåringars strävan efter autonomi respektive efter fortsatt underordning under föräldrars auktoritet samt genom strategierna att berätta respektive hålla hemligt, alltså de målsättningar och strategier som visat inflytanden i förra stycket. Figur 3 visar att testet av orsakskedjorna gjordes på två olika sätt, som skilde sig i huruvida målsättningarna och strategierna, som skulle förklara effekten av föräldrars bristande värme, var tagna från första eller andra datainsamlingen. Båda analyserna kom fram till att det var det övergivna målet att underordna sig samt strategin att hålla saker och ting hemliga som förklarade den ökade substanskonsumtionen.



Figur 3. Två sätt att testa orsakskedjor av föräldrars värmes inverkan på tonåringars substanskonsumtion, förmedlad genom tonåringars målsättningar att statuera autonomi respektive underordning och tonåringars beteenden gentemot föräldrarna. Minus: minskande effekt; plus: höjande effekt.

Diskussion

Föräldra-barnrelationen och inåtvända problem

Tonåringar som har inåtvända problem, som depressiva symptom, ensamhet och låg självkänsla, har även sämre relationer med sina föräldrar än tonåringar utan inåtvända problem. Detta bekräftar den överhängande delen av tidigare forskning (Pesigan m.fl., 2014; Wei & Kendall, 2014) och tillför som ny kunskap att föräldrarna även upplevs som kontrollerande. Även båda generationernas upplevelse av den ömsesidiga relationen är försämrade, tonåringar önskar vara mera autonoma och hålla sig på avstånd från föräldrarna, och därmed är tonåringarna mindre öppna och mer hemlighetsfulla, vilket enligt tidigare forskning påverkar föräldrars förtroende för dem negativt (Kerr, Stattin & Trost, 1999).

Trots dessa omfattande samband visade sig bara ett fåtal effekter över tid av föräldraskapet på tonåringars inåtvända problem. Upplevde tonåringar att deras föräldrar lade sig i alldeles för mycket i deras liv, så blev de mera deprimerade och möjligen sjönk även deras självkänsla. Och rapporterade tonåringar att de berättade bara lite för sina föräldrar, så

kände de sig mer ensamma året efter. Vid detta fåtal effekter, utspridda över olika facetter av inåtvända problem, gick det inte att göra efterföljande analyser av möjliga orsakskedjor, hur tonåringars och föräldrars upplevelser, målsättningar och strategier påverkade varandra och i slutändan ledde till dessa inåtvända problem.

I kontrast till den teoretiska litteraturen (Steinberg, 2001) förklarade bristande värme och utövad psykologisk kontroll inte tonåringars inåtvända problem som till exempel depressiva symptom. En möjlig orsak skulle kunna vara att merparten forskning kring psykologisk kontroll har utförts med en tidigare skala av Barber (1996), medan den aktuella studien använde en nykonstruerad skala (Barber m.fl., 2012) som skiftar fokus på nedvärderande beteenden. Att de tvärsnittliga sambanden med psykologisk kontroll tillhörde de största i undersökningen och att psykologisk kontroll gick att förutsäga genom inåtvända problem talar dock emot att resultat uteblev på grund av mätinstrumentet. Snarare tyder resultaten på att psykologisk kontroll och bristande värme inte är orsaker till, utan följd av tonåringars depressiva symptom, ensamhet och till viss del även deras låga självkänsla.

Betydelsen av värme och psykologisk kontroll respektive autonomi har således antagligen överskattats i tidigare forskningslitteratur. Det kan ha funnits en bias i publiceringen så att noll-effekter mera sällan når ut till vetenskapliga tidskrifter. Och även om de publiceras finns en risk att mera lägga märke till statistiskt signifikanta samband, både vid rapportskrivningen och som läsare. Tanken att elaka, känslökalla föräldrar får tonåringarna att må dåligt, kan verka så omedelbart övertygande att man lätt är frestad att tolka den omfattande tvärsnittliga evidensen kausalt och uppfatta psykisk kontroll och bristande värme som orsaker till problemen, fast det faktiskt kan vara tvärtom. Både en bias i publicering och reception och att teorin kan kännas så övertygande kan alltså ha lett till en överskattning av effekterna. I själva verket finns det bara ett fåtal tidigare longitudinella undersökningar av exempelvis psykologisk kontroll som orsak till inåtvända problem. De undersökningar som finns har inte resulterat i några konsekventa effekter (Wijsbroek m.fl., 2011) eller använt suboptimala statistiska analyser (Hunter m.fl., 2015; Lansford m.fl., 2014). Denna studie har undersökt hypotesen om den psykologiska kontrollens och bristande värmens effekt på tre sorters inåtvända problem, genom effektiva statistiska metoder och med ett stort urval, och inte funnit stöd för denna effekt.

Ett fåtal resultat talar för att föräldrars överdrivna kontroll skulle kunna vara en orsak till tonåringars inåtvända problem. Överdriven kontroll kan antas strida mot tonåringars behov av autonomi, vilket skulle kunna

orsaka negativa emotioner eller inlärld hjälplöshet, motsatsen till vissa facetter av en bra självkänsla och en förklaring till depression (Curry & Craighead, 1990). Men även om dessa resultat är teoretiskt rimliga, så är de inte konsekventa i den longitudinella analysen.

Detta lämnar frågan i stort obesvarad, vad gäller orsaker till tonåringars inåtvända problem, till exempel depression. Man kan anta att andra faktorer spelar roll såsom socioekonomiska förhållanden, vänner, kärleksrelationer eller skolan (ett sidoresultat av studien var att depressiva symptom var mest påtagliga på måndagar och gick ned under veckan till fredagar då eleverna var på bäst humör). Men det kan vara för tidigt att helt överge förklaringar inom familjen. Förutom de ”stora” dragen i föräldrars uppfostran som i den här undersökningen, så kan man utom genetiska orsaker även tänka på exempelvis syskon och medlemmar i den utvidgade familjen, föräldrars finkänslighet, att kunna anpassa sina beteenden till barns momentana behov, olika facetter av kommunikationen mellan föräldern och tonåringen eller i vilken utsträckning föräldrar specifikt lär sina barn att hantera sina olika känslor (s.k. emotionsreglering). Dessa och andra förklaringar bör testas i framtida undersökningar.

Vad som blivit tydligt genom den här undersökningen är att problemen inte stannar vid att tonåringar har depressiva symptom, känner sig ensamma eller har låg självkänsla. Dessa problem leder till en omfattande försämring av föräldra-barnrelationen inklusive föräldrars bemötande av sina barn. Dessa försämrade familjeförhållanden utgör ett problem i sig och bör därför förebyggas. Vidare analyser har visat att det kan finnas orsakskedjor så att tonåringars depressiva symptom, ensamhetskänslor och låg självkänsla leder till att tonåringarna själva berättar mindre för sina föräldrar och döljer fler hemligheter för dem, samt att föräldrar blir mer missnöjda med relationen och tappar förtroendet, vilket enligt Kerr m.fl. (1999) kan orsakas av barnens hemlighetsfulla beteende. Allt detta slutligen leder till att föräldrarna inte längre lyckas med att visa kärlek, blir mer psykologiskt kontrollerande och i vissa analyser även mer överkontrollerande.

Denna förklaringsmodell kan tolkas som att inåtvända problem leder till brister i föräldra-barnkommunikationen. Här skulle det möjligen kunna finnas sätt att förebygga den omfattande försämringen av relationen som också leder till att föräldraskapet försämras åt det auktoritära hållet. Om det lyckas att motivera tonåringar till att, trots sina olyckliga känslor, inte stänga sig inne utan fortsätta med att vara öppna för sina föräldrar, så skulle ett möjligt led i orsakskedjan brytas. För att förebygga problematiska familjerelationer, utöver befintliga inåtvända problem, kanske föräldrar kan uppmärksammas på att försöka reagera på barnens berättelse

så att de känner sig förstådda och accepterade samt även vågar berätta fortsättningsvis.

Föräldra-barnrelationen och utagerande beteenden

Till skillnad från inåtvända beteenden som påverkade föräldra-barnrelationen negativt på bred front, var det enbart föräldrar som reagerade negativt på tonåringars substanskonsumtion och normbrytande beteenden. De blev missnöjda med relationen, kände inte lika mycket förtroende för barnet längre – vilket kan anses som en alldeles berättigad reaktion – och kände sig hopplösa inför uppgiften att uppfostra sitt barn. Detta kompletterar tidigare forskningsarbeten där effekter också visade sig i just föräldrars rapporter av missnöje med relationen, få gemensamma aktiviteter, rädsla att inverka på barns beteende på grund av barns aggressiva reaktioner samt barska föräldrabetenden (Burke m.fl., 2008). Till skillnad från den aktuella undersökningen visade några tidigare arbeten dock även en påverkan på barn-rapporterade minskad kontroll från föräldrar samt minskad kunskap om barns fritidssysselsättningar (Reitz m.fl., 2006; Willoughby & Hamza, 2011). Tydligt är dessa tidigare resultat inte stabila.

Trots att barns aggressiva beteenden hängde ihop med föräldrars beteenden och relationen till dem vid samma mätningstillfälle, gav studien inte något stöd för kausala förklaringar över tid. En förklaring kan vara att aggressiva tendenser formas mycket tidigare i livet (Granic & Patterson, 2006). Men hur är det med normbrytande beteenden? Föräldrar verkar påverkas av dem, men vad påverkar beteendena? En stor roll spelar kamrater, men alla barn väljer inte att umgås med kamrater som drar in dem i utagerande beteenden (Burk, Steglich & Snijders, 2007). Tror man på tonåringars egna berättelser, så spelar föräldrars värderingar en viktig roll (Cook, Buehler & Henson, 2009). Dock talar inte mycket i denna undersökning för detta, annars hade tillfredsställelse med föräldrarna eller underordning under föräldrars auktoritet varit avgörande attityder. En möjlighet skulle vara att dela upp denna underordning i olika teman (Smetana, 1988). För utagerande beteenden kan moraliska värderingar och undvikandet av risker vara avgörande. En annan möjlighet är bland annat att föräldra-barnrelationen i yngre år gör tonåringar immuna mot eller mottagliga för frestelser ur kamratkretsen. Framtida forskning kan undersöka dessa och andra möjliga förklaringar.

I denna undersökning finns inte några föräldrarapporterade beteenden gentemot tonåringarna, utan enbart rapporter om föräldrars upplevelser och attityder. Enligt den citerade tidigare forskningen är det rimligt att anta att föräldrars negativa emotionella reaktioner på barns utagerande problem påverkar uppfostringssättet, till exempel i form av minskad

värme. Detta kan i sin tur – enligt den aktuella studien – leda till att tonåringar förlorar glädjen av att vara tillsammans med och respektera sina föräldrar och de blir mer hemlighetsfulla, vilket kan förklara ökad substanskonsumtion framöver. Undersökningen tyder således på en ond cirkel av substanskonsumtion, föräldrars och barns emotionella och beteendemässiga reaktioner som i sin tur bidrar till ytterligare konsumtion. Samma förhållande kan dock även formuleras i positiva termer, som goda cirklar mellan stödjande föräldrar, barn som gärna fortsätter respektera sina föräldrar och som inte har behov av hemligheter, som inte dricker alkohol eller tar andra droger, vars föräldrar är nöjda, litat på dem och har känslan av att kunna påverka sina barn på ett positivt sätt, och som kanske (den delen har inte undersökts här) lyckas bemöta sina barn på ett varmt sätt. Här sluter sig cirkeln. Även tidigare arbeten (Huh m.fl., 2006) har visat att särskilt alkoholkonsumtion, men inte utagerande beteenden allmänt gick att påverka genom föräldrabetenden. En cirkel har fördelen att kunna låta sig påverkas på olika ställen. Framtida forskning bör undersöka möjligheter att exempelvis upprätthålla föräldrars hopp om att kunna göra någonting, för att lyckas bemöta barnen på ett sätt som får dem att uppskatta föräldrars närhet och ledning. Att Steinbergs (2001) beskrivning av auktoritativ föräldrastil fokuserar på kontroll påminner om hundressyr snarare än om hur föräldrar ska bemöta barn i tonårsåldern, i synnerhet då kontroll inte har visat sig vara en effektiv metod för att förhindra utagerande beteenden. Till skillnad från Steinbergs beskrivning talar resultaten för ett något annorlunda auktoritativt ledarskap där föräldrar leder sina barn genom värme, förtroende och närhet.

Referenser

- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development, 67*, 3296–3319. doi:10.2307/1131780
- Barber, B. K., Xia, M., Olsen, J. A., McNeely, C. A., & Bose, K. (2012). Feeling disrespected by parents: Refining the measurement and understanding of psychological control. *Journal of Adolescence, 35*, 273–287. doi:10.1016/j.adolescence.2011.10.010
- Barbot, B., Crossman, E., Hunter, S. R., Grigorenko, E. L., & Luthar, S. S. (2014). Reciprocal influences between maternal parenting and child adjustment in a high-risk population: A 5-year cross-lagged analysis of bidirectional effects. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*, 567–580. doi:10.1037/ort0000012
- Brenning, K., Soenens, B., Van Petegem, S., & Vansteenkiste, M. (2015). Perceived maternal autonomy support and early adolescent emotion regulation: A longitudinal study. *Social Development, 24*, 561–578. doi:10.1111/sode.12107
- Burk, W. J., Steglich, C. E. G., & Snijders, T. A. B. (2007). Beyond dyadic interdependence: Actor-oriented models for co-evolving social networks and individual behaviors. *International Journal of Behavioral Development, 31*, 397–404. doi:10.1177/0165025407077762
- Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 679–692. doi:10.1007/s10802-008-9219-7
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Retrieved August 28, 2016 from

- <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.htm>
- Cook, E. C., Buehler, C., & Henson, R. (2009). Parents and peers as social influences to deter antisocial behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 1240–1252. doi:10.1007/s10964-008-9348-x
- Curry, J. F., & Craighead, W. E. (1990). Attributional style in clinically depressed and conduct disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 109–115. doi:10.1037/0022-006X.58.1.109
- Englund, A. (red.). (2014). *Skolevers drogvanor 2014* (Rapport nr 146). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14: Grundrapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Nedladdat 2016-08-28 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18915/skolbarns-halsovanor-sverige-2013-14.pdf>
- Geurtzen, N., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Tak, Y. R., & van Zundert, R. M. P. (2015). Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: Non-judgmental acceptance of parenting as core element. *Journal of Child and Family Studies*, *24*, 1117–1128. doi:10.1007/s10826-014-9920-9
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, *113*, 101–131. doi:10.1037/0033-295X.113.1.101
- Huh, D., Tristan, J., Wade, E. & Stice, E. (2006). Does problem behavior elicit poor parenting? A prospective study of adolescent girls. *Journal of Adolescent Research*, *21*, 185–204. doi:10.1177/0743558405285462
- Hunter, S. B., Barber, B. K., & Stolz, H. E. (2015). Extending knowledge of parents' role in adolescent development: The mediating role of self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, *24*, 2474–2484. doi:10.1007/s10826-014-0050-1
- Kerr, M. & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, *36*, 366–380. doi:10.1037/0012-1649.36.3.366
- Kerr, M., Stattin, H., & Trost, K. (1999). To know you is to trust you: Parents' trust is rooted in child disclosure of information. *Journal of Adolescence*, *22*, 737–752. doi:10.1006/jado.1999.0266
- Lansford, J. E., Laird, R. D., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (2014). Mothers' and fathers' autonomy-relevant parenting: Longitudinal links with adolescents' externalizing and internalizing behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*, 1877–1889. doi:10.1007/s10964-013-0079-2
- Low, S., Snyder, J., & Shortt, J. W. (2012). The drift toward problem behavior during the transition to adolescence: The contributions of youth disclosure, parenting, and older siblings. *Journal of Research on Adolescence*, *22*, 65–79. doi:10.1111/j.1532-7795.2011.00757.x
- Masche, J. G. (2010). Explanation of normative declines in parents' knowledge about their adolescent children. *Journal of Adolescence*, *33*, 271–284. doi:10.1016/j.adolescence.2009.08.002
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, *14*, 197–207. doi:10.1017/S0954579402001104
- Ozer, E. J., Flores, E., Tschann, J. M., & Pasch, L. A. (2013). Parenting style, depressive symptoms, and substance use in Mexican American adolescents. *Youth & Society*, *45*, 365–388. doi:10.1177/0044118X11418539
- Pesigan, I. J. A., Luyckx, K., & Alampay, L. P. (2014). Brief report: Identity processes in Filipino late adolescents and young adults: Parental influences and mental health outcomes. *Journal of Adolescence*, *37*, 599–604. doi:10.1016/j.adolescence.2014.04.012
- Reitz, E., Deković, M., & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, *29*, 419–436. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.003

- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147–177. doi:10.1037/1082-989X.7.2.147
- Smetana, J. G. (1988). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority. *Child Development*, 59, 321–335. doi:10.2307/1130313
- Smokowski, P. R., Bacallao, M. L., Cotter, K. L., & Evans, C. B. R. (2015). The effects of positive and negative parenting practices on adolescent mental health outcomes in a multicultural sample of rural youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 333–345. doi:10.1007/s10578-014-0474-2
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1–19. doi:10.1111/1532-7795.00001
- Ungdomsstyrelsen. (2013). *Ung idag 2013: En beskrivning av ungdomars villkor* (Ungdomsstyrelsens skrifter 2013:2). Stockholm: Ungdomsstyrelsen. Nedladdat 2017-01-19 från http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ung-idag-2013.pdf
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Child perceived parenting behavior: Childhood anxiety and related symptoms. *Child & Family Behavior Therapy*, 36, 1–18. doi:10.1080/07317107.2014.878175
- White, R. M. B., Liu, Y., Nair, R. L., & Tein, J.-Y. (2015). Longitudinal and integrative tests of family stress model effects on Mexican origin adolescents. *Developmental Psychology*, 51, 649–662. doi:10.1037/a0038993
- Wijsbroek, S. A. M., Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q. A. W., & Meeus, W. H. J. (2011). The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 361–371. doi:10.1007/s00787-011-0183-3
- Willoughby, T., & Hamza, C. A. (2011). A longitudinal examination of the bidirectional associations among perceived parenting behaviors, adolescent disclosure and problem behavior across the high school years. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 463–478. doi:10.1007/s10964-010-9567-9

Att förebygga psykisk ohälsa i skolan

Utvärdering av DISA

Pernilla Garmy och Eva Clausson

Skolan är en värdefull arena för hälsofrämjande arbete enligt såväl gällande skollag som vägledningsdokument för elevhälsan. På många skolor har livskunskap införts på schemat som ett led i det hälsofrämjande arbetet. De senaste decenniernas rapporter om ökande självrapporterad psykisk ohälsa har även lett till lansering av ett flertal manualbaserade (standardiserade) program med syfte att minska utåtagerande beteende, eller för att förebygga stress, depressiva symtom och ångest. Din Inre Styrka Aktiveras (DISA) är ett skolbaserat program som används frekvent på svenska högstadieskolor, framför allt för flickor, men även för pojkar. En utvärdering av DISA är genomförd i form av en doktorsavhandling (Garmy, 2016). I detta kapitel presenteras en sammanfattning av denna undersökning.

Stress och depressiva symtom hos ungdomar

Även om de flesta ungdomar anser att de har god hälsa, är besvär som stress och nedstämdhet vanliga och ökar med stigande ålder (Hutton, Nyholm, Nygren, Svedberg, 2014). Stress är en naturlig del i livet, och inte något negativt i sig, men om stressreaktionen pågår alltför länge utan möjlighet till återhämtning, kan belastningen bli alltför stor. Negativ stress uppstår ur en obalans mellan krav och förmåga (Skärsäter 2009). Depressiva symtom och stress hänger ihop med förändringar under ungdomstiden och med förväntningar på skolprestationer och på den sociala arenan (Olsson 2013). Undersökningen *Skolbarns hälsövanor* genomförs vart fjärde år sedan mitten av 1980-talet. De självrapporterade symtomen på psykisk ohälsa har fördubblats jämfört med den första undersökningen (Folkhälsomyndigheten 2014) och besvär som sömnproblem och oro har ökat bland 15-åringar.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är depression den största sjukdomsbördan för ungdomar globalt (WHO, 2014). Diagnosen depression ställs när personen har haft depressiva symtom i minst två veckor som innebär en försämrad daglig funktion (Olsson 2013). Hos förskolebarn och skolbarn före puberteten förekommer depression hos 1–2 procent, och är vanligare hos pojkar än flickor (von Knorring, von Knorring &

Waern, 2013). Förekomsten av depression ökar efter puberteten till 5–8 procent, vilket är samma som hos den vuxna befolkningen (Haarasilta, Martuunen, Kaprio & Aro, 2001). Efter puberteten är depression 3–4 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar (Olsson & von Knorring, 1999). I vuxen ålder riskerar varannan eller var tredje kvinna, och var fjärde man, att någon gång i livet drabbas av en behandlingskrävande depression (Mattisson, Bogren, Nettelblatt, Munk-Jørgensen & Bhugra, 2005).

Depression ökar risken för självmord, och de flesta unga självmordsoffer rapporterade ha en depression vid tidpunkten för dödsfallet (Olsson 2013). Självskadehandlingar är vanligare hos flickor, medan fullbordade självmord är tre gånger vanligare hos pojkar än flickor i tonåren (SBU, 2015). Ungdomar med internaliserade symtom som depression och ångest, har ökad risk för sociala problem, skolfrånvaro och även självmordsförsök (Rew, 2005). Symtomen på depression är i stort sett likartade hos ungdomar och vuxna, med undantag för att hos ungdomar är irritation snarare än nedstämdhet ett nyckelsymtom. Det är vanligt att depressiva symtom hos ungdomar förblir oupptäckta, eftersom varierande symtom som åtstörningar, ångest, skolvägran, nedgång i studieresultat, missbruk, eller beteendemässiga problem inte alltid identifieras som tecken på depression (Merikangas, Burstein, Swanson, Avenevoli, Cui & Swendsen, 2010; Thapar, Collishaw, Pine, Thapar, 2012). Ungdomar med depression drabbas ofta av återkommande episoder i vuxen ålder, och därför är det viktigt att tidigt förebygga depression hos ungdomar (von Knorring m.fl., 2013). Barn och ungdomar vistas i skolan en stor del av sin tid och skolan har därmed möjlighet att tidigt uppmärksamma ohälsa och främja hälsa bland barn och unga.

Hälsofrämjande arbete i skolan

Hälsopromotion innebär åtgärder för att främja välmående och positiv hälsoutveckling (WHO, 1986), och här ingår både prevention och hälsofrämjande arbete. I Socialstyrelsens och Skolverkets ”Vägledning för Elevhälsan” betonas hur viktigt det är att främja ungdomars hälsa på ett systematiskt sätt (Socialstyrelsen, 2014).

Prevention innebär förebyggande åtgärder för att minska risken för ohälsa. Preventionsprogrammen delades tidigare in i primär, sekundär och tertiär prevention. Men dessa begrepp har i dag alltmer ersatts av begreppen *universell*, *selektiv* och *indikerad prevention* (Mrazek & Haggerty, 1994):

- *Universell prevention* vänder sig till samtliga personer utan hänsyn till eventuella riskfaktorer, exempelvis en klassrumsbaserad intervention.

- *Selektiv prevention* vänder sig till grupper av personer som har någon gemensam riskfaktor för psykisk ohälsa, till exempel kön, en tidigare depressiv episod eller depression hos föräldrarna.
- *Indikerad prevention* riktas till personer som löper uppenbar risk för att utveckla psykisk ohälsa, till exempel om de i en screening visat sig ha depressiva symtom.

Gränsen mellan indikerad prevention och tidig behandling för personer med utvecklad sjukdom är ofta otydlig (SBU, 2010). Fokus för hälsoprevention är att undvika negativa konsekvenser av sjukdom eller skada. Hälsopromotion och hälsoprevention kan ske på såväl samhälls-, grupp- som individnivå.

Metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar används mer och mer inom skolan, i form av manualbaserade (strukturerade) program (Figur 1) med bland annat skolsköterskor, skolkuratorer och pedagoger som ledare (Socialstyrelsen 2008). Etiska fördelar med att erbjuda hälsopromotion i skolan är att alla barn och ungdomar kan erbjudas insatsen, oberoende av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet eller vårdnadshavarnas omsorgsförmåga (SBU, 2015). Dessutom kan tidiga insatser stärka den psykiska hälsan och därmed ge ökad livskvalitet och minskat lidande (Desrochers & Houck, 2014). Även för skolpersonal och elever som inte själva drabbas av psykiska problem kan insatsen öka den allmänna kunskapen om psykisk ohälsa, vilket kan leda till större öppenhet och minskad stigmatisering. Etiska risker med skolbaserade interventioner som omfattar alla elever skulle kunna vara att en enskild individ inte vågar eller kan avstå från att delta. En elev som då inte mår bra och som kanske varken vill eller orkar delta skulle då kunna betraktas som ovillig eller trotsig, alternativt tvingas att delta i något som hen skulle uppleva som belastande. Ytterligare en risk med klassrumsbaserade insatser är om någon elev får svårt att dölja inför kamrater och skolpersonal hur hen mår, vilket skulle kunna kännas som ett intrång i den personliga sfären (SBU, 2015). Informerat samtycke tillämpas vanligen inte när det gäller preventionsprogram som används i skolan utan kan vara obligatoriskt för eleverna att delta i som ett led i skolans värdegrundarbete. Föräldrar/vårdnadshavare informeras utan formellt godkännande. Risker med att inte erbjuda hälsopromotion i skolan ska också beaktas eftersom det kan medföra att elever inte får den hjälp de behöver.

Resultatet av en granskning genomförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2010) av de preventionsprogram som används i svenska skolor var att det fanns ett stort behov av vidare utvärdering. SBU efterlyste undersökningar om de program som i internationella

studier visat sig ha effekt, har tillräckligt stöd även på olika svenska populationer, och i så fall hur lång tid effekten kvarstår. SBU (2010) varnade för att det är stor risk att barn och deras familjer utsätts för ineffektiva program. Ett av de program för internaliserade problem som borde prioriteras för vidare forskning enligt SBU är DISA som syftar till att förebygga depressiva symtom. Som en följd av SBU:s rekommendation genomfördes en utvärdering av DISA i Sverige 2012-2014 (Garby, 2016). De ledare som arbetar med genomförande av DISA-programmet i skolorna tillhör nästan uteslutande elevhälsans personal och är engagerade i det hälsofrämjande arbetet på olika nivåer.

Elevhälsan

Grundförutsättningarna för att arbeta med ungdomars hälsa i skolan regleras av skollagen (SFS 2010:800). Här definieras krav på en samlad elevhälsa med tillgång till skolsköterska, skolläkare, kurator, psykolog och personal med specialpedagogisk kompetens. Det ska finnas elevhälsa för alla elever från förskoleklass till och med gymnasieskola. Insatserna, som är obligatoriska för skolan att erbjuda men frivilliga för eleverna att ta emot, ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Det överensstämmer med artikel 24 i barnkonventionen (Unicef, 1989) om barns rätt att uppnå bästa möjliga hälsa och att ha tillgång till hälso- och sjukvård med särskild tonvikt på förebyggande hälsovård. Elevhälsan har ett betydelsefullt uppdrag i att förebygga, upptäcka och ge stöd till barn i behov av särskilt stöd. I elevhälsans generella insatser ingår undervisning om livsstilsrelaterad ohälsa och värdegrund för enskilda och grupper (Socialstyrelsen 2014). Dessutom ska elevhälsans arbete främja elevernas lärande och elevhälsan samarbetar nära med föräldrar och vårdnadshavare. Genom att finnas med i skolans vardag och genom regelbundna kontakter med eleverna finns goda förutsättningar att arbeta såväl förebyggande och hälsofrämjande generellt som med enskilda elever (Clausson & Morberg, 2012, Clausson, 2008). Ett program som implementerats i flera skolor från slutet av 1990 talet och där elevhälsopersonal är engagerade som ledare är DISA.

DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar

DISA är ett skolbaserat program som används i Sverige och i svensktalande delar av Finland. Namnet var från början en akronym för ”Depressive symptoms In Swedish Adolescents”, men i mötet med tonåringar omformulerade ledarna akronymen till ”Din Inre Styrka Aktiveras”. Idag används namnet främst som ett namn och inte en akronym (Thomas, Lindberg, Svensson, Treutiger & Koertge, 2015).

Efter att tonårsflickors försämrade psykiska hälsa rapporterats i bland annat *Skolbarns hälsovanor* (Kolip & Schmidt, 1999) gav politikerna i Stockholms läns landsting uppdraget till folkhälsoenheten i Stockholms stad att ta fram en metod för denna målgrupp under slutet av 1990-talet. De modifierade och anpassade programmet Coping with Stress Course (CWS) som var utvecklat i USA (Clarke & Lewinsohn, 1995) och kallade det DISA. Programmet består av tio strukturerade gruppträffar med cirka tio deltagare en gång i veckan, 1½ timme per gång, under tio veckor tillsammans med en eller två ledare som är utbildade i metoden. Varje gruppträff har ett särskilt tema, se Figur 1.

Gruppträff Tema

1	Lära känna varandra
2	Att hantera stress och hur man ändrar sitt sätt att tänka
3	Stressiga situationer och negativt tänkande
4	Det positiva tänkandets kraft
5	Ändra negativt tänkande till positivt tänkande
6	Orimligt tänkande
7	Undersöka ursprunget till negativa tankar och finna sätt att hantera stressiga händelser
8	Stoppa negativa tankar, kommunikationsträning del I
9	Kommunikationsträning del II
10	Att planera för att må bättre

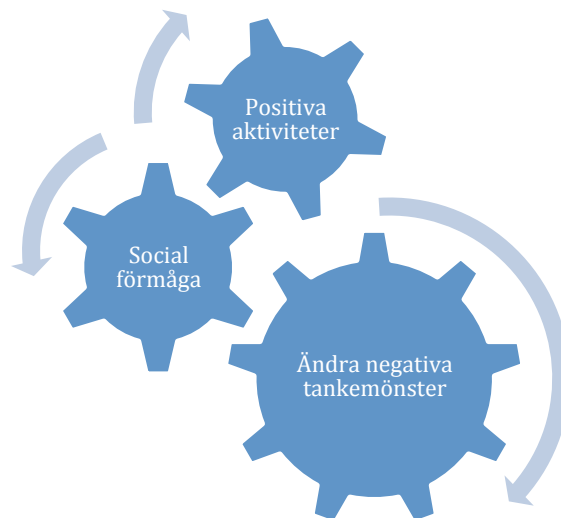
Figur 1. DISAs teman Källa: Thomas m.fl. (2015).

Skillnaden i målgrupp mellan DISA och CWS är att CWS är riktat till tonåringar av båda könen med risk för eller tecken på depressiva symptom (ett indikerat program).

Initialt användes DISA som ett selektivt program enbart för högstadies flickor. Sedermera har det använts för såväl pojkar och flickor på högstadiet och i vissa fall även på gymnasienivå. DISA erbjuds till elever oavsett symptom på ohälsa, och räknas därför som ett universellt preventionsprogram. En utvärdering av DISAs effekt på depressiva symptom hos

flickor genomfördes under åren 2003–2004. Interventionsgruppen förblev symtomfria, medan kontrollgruppen rapporterade fler depressiva symtom efter tolv månader (Treutiger & Lindberg, 2013). I studien fanns flera metodologiska brister, bland annat var urvalet litet och otydligt beskrivet, vilket innebar att den exkluderades ur SBU:s granskning. Det fanns därmed behov av ytterligare utvärderingar.

Den teoretiska ramen för CWS och DISA utgår från en modell av Lewinsohn, Hoberman, Teri & Houtzinger (1985), där depressiva symtom antas vara resultatet av flera faktorer, till exempel negativa tankar, stressande händelser, medfödd sårbarhet, riskfaktorer (till exempel att vara kvinna, en tidigare historia med depression, deprimerade föräldrar), och motståndskraft mot depression (till exempel hög självkänsla, förmåga att hantera stressfyllda situationer, många positiva aktiviteter). Liksom majoriteten av program som syftar till att förebygga depressiva symtom, har CWS och DISA sin grund i kognitiv beteendeterapi (KBT), utvecklad av Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) och Ellis & Harper (1961). Tekniker baserade på KBT fokuserar på individens tankar, känslor och beteende utifrån ett inlärningsperspektiv, se figur 2. Betydelsen av självhjälp och att lära sig handskas med sina problem betonas (SBU, 2007).



Figur 2. DISA bygger på att ändra negativa tankemönster, utveckla social förmåga samt att inspirera till positiva aktiviteter.

Utvärdering av DISA

Ett forskningsprojekt ”Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar” genomfördes 2012-2014 (Garmy, 2016). Det övergripande syftet med projektet var att undersöka erfarenheter, betydelse och effekter av det skolbaserade programmet DISA. I undersökningen, som var prospektiv, besvarade drygt 400 elever enkäter som mäter upplevd stress och hälsa innan start av DISA, samt ett år efteråt. Elever som inte deltagit i DISA utgjorde kontrollgrupp och besvarade enkäter med samma intervall. Resultatet visade signifikanta skillnader när det gäller upplevd stress och hälsa till fördel för interventionsgruppen efter tolv månader. Separata analyser för flickor och pojkar visade att flickorna hade en större fördel av programmet. Kostnadseffektiviteten mättes i form av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Kostnaden beräknades till 42 500 kr/elev vilket betecknas som en låg kostnad (under 100 000 kr). Erfarenheter av att leda respektive delta i DISA utvärderades i form av fokusgruppsintervjuer vilka presenteras enligt nedan.

Ungdomars erfarenhet av att delta i DISA

Resultatet av de fokusgrupper (tolv grupper, nio med flickor och 3 med pojkar, tre till elva deltagare i respektive grupp) där ungdomar (89 elever mellan 14 -15 år, median 14 år) berättade om sina erfarenheter av att delta i DISA programmet visade på såväl positiva som negativa aspekter (Garmy, Berg & Clausson, 2015). De positiva erfarenheterna var i majoritet. Ungdomarna menade att de lärt sig att identifiera och vända negativa tankar till positiva. Detta hade i sin tur inneburit att de kände sig gladare. Exempel på en negativ tanke kunde vara att känna sig uttråkad av att behöva gå till skolan. Detta kunde då vändas till positiva tankar på mötet med vänner och klasskamrater samt den gemenskap och styrka det innebar. Även insikten om sambandet mellan tankar, känslor och handling lyftes fram som en positiv effekt av DISA och som kunde leda till en minskad stress.

Tankar, handlingar och känslor hänger ihop ... om du ändrar ditt beteende då kan dina känslor automatiskt ändras och även dina tankar (Flicka)

Möjligheten att påverka andras känslor och tankar genom eget beteende hade tydliggjorts genom en bild av en triangel som visade på sambandet. Kursen hade även hjälpt dem att tänka innan de pratar och agerar samt att tänka på konsekvenserna av sina ord och handlingar.

Innan, jag tänkte inte så mycket innan jag agerade – t ex slogs jag mycket (Pojke)

Ökat självförtroende nämndes av ungdomarna som en annan positiv effekt av att ha deltagit i DISA.

Jag känner mig mycket säkrare i mig själv. Du är bra som du är. Du behöver inte vara någon annan (Flicka)

Ledarens roll lyftes fram som en positiv och betydelsefull faktor för att stärka självförtroendet genom att påpeka saker som ungdomarna var bra på.

Ungdomarna beskrev hur DISA hade hjälpt dem att fokusera mer på positiva aktiviteter och att välja sådant som fick dem att må bra. Aktiviteterna skilde sig åt mellan ungdomarna men DISA hade hjälpt dem att bli mer medvetna om vad det var som fick dem att må bra och att njuta mer av det. En övning i kursen som hade bidragit till detta var att göra en lista på aktiviteter som fick dem att må bra och därmed balansera sådant som var mer negativt.

En annan positiv effekt av DISA-kursen var, enligt ungdomarna, att de fått en ökad gruppgemenskap under och efter kursen. De hade kommit närmare sina klasskamrater och genom att prata öppet om sina egna problem hade de lärt sig att de inte var ensamma om att ha negativa tankar och att tvivla på sig själv. De hade även lärt känna andra och fått nya perspektiv på varandra. Exempelvis hade personer som tidigare upplevts som tuffa och hårda visat sig ha mjukare sidor. Kursen hade även lett till en ökad kunskap om andras känslor och beteende samt till en ökad empatisk förmåga. Detta hade inneburit en ökad tolerans och hänsyn. De flesta ungdomar ansåg att det var bra att ha separata DISA-grupper för flickor och pojkar trots att de i vanliga fall föredrog mixade grupper. En anledning som fördes fram var att DISA-kursen mycket handlar om att diskutera känslor. Däremot ansåg de inte att ledarens kön hade någon betydelse utan att det handlade mer om personliga egenskaper hos vederbörande. Det fanns också en undran över att det ansågs att flickor behövde det i större utsträckning än pojkar då det i vissa skolor enbart erbjöds till flickor.

Det fanns ett önskemål att innehållet i DISA skulle vara mer hälsofrämjande och positivt. Negativa aspekter som framkom i fokusgrupperna var innehållets tyngdpunkt på negativa tankar. Detta kunde få små problem att framstå som större än de var vilket också kunde leda till stress.

Jag tror att det hade varit en bättre hjälp om istället för att fokusera på negativa tankar du istället hade fokuserat mer på att få positiva tankar. Då hade du kanske blivit lite gladare ... (Flicka)

En annan negativ kritik mot DISA som framkom i fokusgrupperna var att kursen fokuserade på prestation och på att lösa uppgifter då det fanns en manual att följa. Det fanns ett önskemål om att vissa uppgifter skulle vara mer inriktade på deras åldersgrupp och vissa uppgifter upplevdes som konstruerade och irrelevanta. Några menade att det hade varit bättre att utgå från gruppens behov. Å andra sidan ansågs manualen vara viktig för ledaren eftersom diskussionerna annars kunde bli mindre meningsfulla.

Ledares erfarenhet av att leda DISA grupper

DISA-ledarnas erfarenheter undersöktes genom fokusgruppsintervjuer (Garmy, Berg & Clausson, 2014). I fokusgrupperna (fyra fokusgrupper med fyra-sex ledare) deltog 22 aktiva DISA-ledare, samtliga kvinnor, med olika utbildningsbakgrund. Skolkuratorer var den största andelen (13) följt av skolsköterskor (6) och lärare (2) samt skolpsykolog (1). Två av grupperna var mixade och två grupper bestod av enbart skolkuratorer respektive skolsköterskor. Resultatet sammanfattades som en avvägning mellan att strikt följa manualen och att möta elevernas behov. Samtliga ansåg att det var viktigt att följa manualen men kunde ibland erfara att i vissa grupper behövdes en viss flexibilitet. En ledare uttryckte det så här:

Den andra gruppen vi hade var svår. Vi behövde ha pauser och göra det lite roligare

Å andra sidan ansåg ledarna det vara viktigt att inte utelämna olika delar av kursen men ibland behövdes olika aktiviteter läggas till för att göra innehållet attraktivare för eleverna. Det ansågs också viktigt att ta tillvara diskussionerna i gruppen kring ämnen som eleverna ansåg vara viktiga. Nackdelen med manualbaserade program kunde vara att något viktigt försvann på vägen.

DISA-ledarnas erfarenheter var att de gjorde något bra genom att ge eleverna verktyg att hantera framtida svårigheter i livet. Att kunna verbalisera sina tankar och på det sättet bli medveten om orimliga sådana. En ledare menade:

Jag tänker att de förstår hur mycket de kan påverka sitt eget beteende ... du kan påverka dig själv

Begränsningar för DISA-ledarna i genomförandet av kursen kunde vara, förutom manualens begränsningar i vissa grupper, bristande stöd från skolans ledning och lärare. T ex saknades ibland framförhållning i planering och genomförande. I de fall DISA-kursen var frivillig för eleverna att delta i blev de inte alltid motiverade till deltagande av sina lärare. Flera ledare menade att rollen som DISA-ledare hade en positiv inverkan på dem själva. De uppskattade ledarutbildningen som omfattade tre da-

gar och som inte bara gav dem fler verktyg att arbeta med ungdomar utan även ledde till djupare kunskap om kognitiva beteende tekniker samt personlig utveckling. En ledare uttryckte det så här:

Du vill inte vara utan detta sätt att tänka; du har lärt en hel del själv också

Flera av ledarna menade också att det var värdefullt att arbeta tvärprofessionellt när t ex skolkuratorer och skolsköterskor genomförde DISA-kursen tillsammans. Det kunde leda till ökad arbetstillfredsställelse och kreativitet.

Slutsats

Resultatet från utvärderingen tyder på att DISA kan förebygga depressiva symtom och stärka ungdomars självskattade hälsa, samt att kostnaden är låg i förhållande till dess effekt. Resultatet indikerar därmed att DISA kan anses vara kostnadseffektivt. Slutsatsen grundar sig på data från svenska högskolor.

Kritiken mot DISA är framför allt att programmet har ett patogent och negativt fokus. Rekommendationen utifrån den genomförda utvärderingen är att öka dess hälsofrämjande och positiva fokus samt att satsa på att stärka ungdomarnas förmågor i stället för att lägga avsevärd tid på att identifiera negativa tankar. Dessa salutogena komponenter finns redan i programmet, men kan behöva lyftas fram mer.

Annan kritik gällde att DISA i vissa fall var en obligatorisk kurs bara för flickor, men det resultatet är inte entydigt. I flera skolor fungerar det med en kurs enbart för flickor, och på andra skolor och i vissa DISA-grupper framkom missnöje mot detta. Organiserandet av DISA behöver diskuteras vidare.

Elevhälsans roll i det hälsofrämjande arbetet och som DISA-ledare synes självklar. I Socialstyrelsens (2014) vägledningsdokument för elevhälsan framgår att den ska vara en resurs i arbetet för en hälsofrämjande skolutveckling. Med det menas att hälsoarbetet i skolan ska vara en del av en långsiktig skolutvecklingsprocess. I dokumentet framgår också att elevhälsan främst ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande samt att elevhälsans personal ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. I elevhälsans uppgifter ingår även att ta del av aktuell vetenskaplig utveckling för att utveckla elevhälsans arbete. Utvärderingen av DISA tyder på att programmet kan vara hälsoekonomiskt försvarbart för att främja hälsa bland eleverna på längre sikt. Barn och unga som inte mår bra har svårigheter att nå upp till läroplanens mål samt har också större risk för framtida ohälsa. Det kräver dock att resurser till genomförandet sker

både strukturellt och ekonomiskt på en övergripande nivå. Det är även viktigt att programmet utvärderas vidare och då med fokus även på pojkar. En annan diskussion som behöver föras är hur skolan kan arbeta förebyggande på olika nivåer utan att kränka den personliga integriteten hos eleverna samt hur föräldrar/vårdnadshavare kan involveras i det arbetet även med hänsyn till de ungas begynnande autonomi.

Referenser

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Clarke, G.N., & Lewinson, P.M. (1995) *Instructor's Manual for the Adolescent Coping with Stress Course*. Portland, OR: Oregon Health Sciences University.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., & Sheeber, L.B. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:312-321.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., & Beardslee, W. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry* 58:1127-34.
- Clausson, E.K. (2008) *School health nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren's health*. Doctoral Thesis at the Nordic School of Public Health. Göteborg: NHV.
- Clausson, E.K., & Morberg, S. (2012) *Skolsköterskans hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Desrochers J.E., & Houck GM (2014) *Depression in Children and Adolescents. Guidelines for School Practice*. Silver Spring: National Association of School Nurses
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1961) *A guide to rational living*. Hollywood CA: Wilshire Book.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14 Grundrapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone TR (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 301:2215-24.
- Garmy, P. (2016) Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar. Doktorsavhandling. Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet.
- Garmy, P, Berg, A., & Clausson, E.K. (2015). A qualitative study exploring adolescents' experiences of a school-based mental health program *BMC Public Health*, 15:1074.
- Garmy, P., Berg, A., & Clausson, E.K. (2014). Supporting positive mental health development in adolescents with a group cognitive intervention. *British Journal of School Nursing*, 9 (1).
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio J., & Aro, H. (2001). The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*. 31:1169-79.
- Hutton, K., Nyholm, M., Nygren, J., & Svedberg P (2014). Self-rated mental health and socio-economic background: a study of adolescents in Sweden. *BMC Public Health*, 14:394 DOI: 10.1186/1471-2458-14-394

- von Knorring, A.L., von Knorring, L., & Waern, M., (2013). Depression från vag-
gan till graven. *Läkartidningen*. Feb (9), s. 1–10.
- Kolip P., & Schmidt B. (1999). Gender and health in adolescence. *Health policy for
children and adolescents (HEPCA) series* No.1. Copenhagen: WHO.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrat-
ed theory of depression. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in be-
havior therapy* (s. 331–359). New York: Academic Press.
- Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen, M.R., O'Connor E., &
Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depres-
sion in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*. 62(11):1241–8.
- Mattison, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra, D. (2005).
First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time
periods 1947–1972 and 1972–1997. *Journal of Affective Disorders* (87):151–160.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., &
Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adoles-
cents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement
(NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(10): 980–989.
- Mihalopoulos, C., Vos, P., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The Population Cost-
effectiveness of Interventions Designed to Prevent Childhood Depression. *Pedi-
iatrics* vol 129,3, 1–8.
- Mrazek, P., & Haggerty, P. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preven-
tive intervention research*. Washington DC: National Academy Press.
- Olsson, I.G., & von Knorring, A.L. (1999). Adolescent depression: prevalence in
Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;99:324–31.
- Olsson, G. (2013). *Depressjoner i tonåren. Ung, trött och ledsen*. 3 uppl. Stockholm:
Gothia utbildning.
- Rew, L. (2005). *Adolescent health. A multidisciplinary Approach to Theory, Research, and
Intervention*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Ohman, R., Ojesjo L., & Otter-
beck, L. (1990). A prospective study of first-incidence depression. The Lundby
study, 1957-72. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv
beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (SBU Alert-rapport nr 2007-03).
Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering ISSN 1652-
7151.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Program för att förebygga
psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport nr 202).
Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering ISBN 978-91-
85413-38-6.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Skolbaserade program för
att förebygga själfskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt*.
(SBU-rapport nr 241). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvär-
dering. ISBN 978-91-85413-85-0.
- SFS 2010:800. *Skollagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Skärsäter, I. (2009) Psykisk ohälsa i *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*, red. Ed-
berg, A.K., & Wijk, H. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2008). *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En
nationell inventering i kommuner och landsting*. Rapport 2008-126-50. Stockholm: So-
cialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för elevhälsan*. Artikelnummer 2014-10-2. ISBN 978-91-7555-208-8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–1067.
- Thomas, E.M., Lindberg, L., Svensson, J., Treutiger, B.M., & Koertge, J. (2015) DISA. En metod för tonåringar att hantera stress och påfrestningar. Grupple-
darmanual/Elevmanual. Uppdaterad och översatt version av Clarke G & Lew-
insohn PM (1995) *Instructor's Manual for the Adolescent Coping with Stress Course*.
Portland, OR: Oregon Health Sciences University.
- Treutiger, B.M., & Lindberg, L. (2013) Prevention of Depressive Symptoms Among
Adolescent Girls in Andershed, A.K. (red.). *Girls at Risk*. New York: Springer.
- Unicef. (1989). *The Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United
Nations, Treaty Series, vol. 1577, s. 3.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: World Health Or-
ganization.
- WHO. (2014). *Health for the world's adolescents*. Genève: World Health Organization.

Författarpresentationer

Eva Clausson

Eva Clausson har en bakgrund som skolsköterska och är verksam som biträdande professor i omvårdnad vid Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan Kristianstad med bland annat undervisning inom specialist-sjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska. Hon disputerade 2008 med en avhandling i folkhälsovetenskap om skolsköterskans roll för att främja skolbarns hälsa. Efter disputationen deltog hon som expertgranskare vid Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) i ett projekt som utvärderade program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Hennes forskning innefattar utvärdering av preventionsprogrammet DISA samt familjefokuserad omvårdnad vid uttryck för psykisk ohälsa hos tonårsflickor och familjesamtal som modell för att vända en negativ viktutveckling hos förskolebarn med övervikt.

Eva-Lena Einberg

Eva-Lena Einberg är universitetslektor i vård-/hälsovetenskap med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan i Kristianstad, där hon undervisar i sjuksköterskeprogrammet och distriktssköterskeprogrammet. Hon är utbildad barnsjuksköterska och distriktssköterska och har arbetat i över 10 år som skolsköterska. Hon disputerade 2016 med avhandlingen *To promote health in children with experience of cancer treatment*. Hennes forskning innefattar barns hälsa, hälsofrämjande och tonårsflickors vardag.

Pernilla Garmy

Pernilla Garmy är universitetslektor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad och postdoktor vid medicinska fakulteten, Lunds universitet. Hon undervisar främst inom specialistsjuksköterskeprogrammet till distriktssköterska och i grundutbildningen till sjuksköterska. Hon disputerade 2016 med avhandlingen *Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar*. Hennes forskning innefattar sömn, medievanor och psykisk hälsa hos skolbarn. Pernilla Garmy medverkade i utformandet av Läkemedelsverkets kunskapsdokument ”Sömnstörningar hos barn” och är verksam i Svensk Sjuksköterskeförenings nätverk ”Sömn och Hälsa”.

Gerth Hedov

Gerth Hedov är universitetslektor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad, där han främst undervisar inom sjuksköterskeprogrammet och specialistsjuksköterskeprogrammet. Han disputerade i pediatrik 2002 vid Uppsala universitet. Hans forskning handlar om föräldrar till barn med Downs syndrom och den information och det stöd och de fått vid födel- sen men också om hur vardagslivet kan gestalta sig för dem. Gerth forts- ätter arbeta med uppföljande studier inom detta område. Nu studerar han också fysisk aktivitet hos Svenska barn med Downs syndrom. Gerth har varit aktiv vid bildandet av flera föräldraföreningar (NOC och Svenska Downföreningen). Han har också varit expertföreläsare i SIDA- projekt om funktionshindrade barn och ungdomar.

Johanna Masche-No

Johanna Masche-No är docent i psykologi och disputerade 1997 med en avhandling om utvecklingen av föräldra-barnrelationen i tonåren i sam- band med steget från skolan till yrkesutbildning efter årskurs 10 i Tysk- land. Sedan år 2000 har hon fokuserat sin forskning på föräldraskapet i växelverkan med tonåringars inåtvända och utagerande problembeteen- den. Sedan 2008 är hon anställd vid Högskolan Kristianstad, där hon undervisar familjepsykologi, utvecklings- och personlighetspsykologi samt statistiska forskningsmetoder.

Bo Nilsson

Bo Nilsson är docent i musikpedagogik vid Konstnärliga fakulteten vid Lunds Universitet och biträdande professor i pedagogik vid Högskolan Kristianstad, där han främst undervisar inom lärarutbildning och i folk- hälsopedagogik. Han disputerade 2002 med avhandlingen *Jag kan göra hundra låtar – barns musikaliska skapande med digitala verktyg*. Hans forskning innefattar barns musikaliska skapande, musik, delaktighet och hälsa, ungdomskultur och populärkultur. Bo medverkade i utformandet av den nya kursplanen för musik i Lgr 11 och är verksam i International Society for Music Education Commission for Music in Special Education and Music Therapy.

Ann-Margreth E. Olsson

Ann-Margreth E. Olsson är universitetslektor i socialt arbete med arbets- livsinriktning vid Högskolan Kristianstad. Hon disputerade 2011 vid University of Bedfordshire, UK, i Systemic Practice med avhandlingen *Listening to the Voice of Children. Systemic Coaching: Inviting, Participation and Partnership in Social Work*. Ann-Margreth bedriver deltagande aktions-

forskning med fokus på socialt välbefinnande genom delaktighet och deltagande i dialogiskt samspel. Ann-Margreths forskningsområden är dels socialsekreterares utredningsarbete med barn och barns familjer, dels det sociala stödet för soldater, veteraner och deras anhöriga i samband med svenska soldaters deltagande i internationella militära insatser.

Ann-Christin Sollerhed

Ann-Christin Sollerhed är universitetslektor i folkhälsovetenskap med inriktning idrott och hälsa vid Högskolan Kristianstad. Hon har lång erfarenhet av undervisning i idrott/gymnastik på alla skolans stadier och har arbetat med lärarutbildning under 25 år. Hon disputerade 2006 vid Lunds universitet med avhandlingen *Young today – Adult tomorrow!* Hennes forskning innefattar fysisk aktivitet, idrottande och hälsa bland barn och ungdomar, utseende och kroppsuppfattning i arbetslivet samt motivation för fysisk aktivitet och motion i ett livsperspektiv. Hon är ordförande i SVEBI (Swedish Association for Behavioural and Social Research in Sport) samt verksam i International Olympic Academy.

