



Nordic Council
of Ministers

Barnets første 1000 dager i Norden

Anbefalinger til forældre og
børnehaver

Om denne publikasjonen

Barnets 1000 første dager i Norden: Anbefalinger

Daníelsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2022)

Bidragstere fra Danmark: Jens Kristoffersen, Liv Lingå von Folsach

Bidragstere fra Finland: Petra Kouvonen, Marjo Kurki

Bidragstere fra Norge: Gun-Mette Røsand, Kari Slinning, Hege-Maria Aas og Brit Roland

Bidragstere fra Sverige: Ann-Cristine Jonsson

Nord 2022:006

ISBN 978-92-893-7231-2 (PDF)

ISBN 978-92-893-7232-9 (ONLINE)

<http://dx.doi.org/10.6027/nord2022-006>

Publisert:

© Nordisk ministerråd 2022

Denne publikasjonen er finansiert av Nordisk ministerråd. Innholdet gjenspeiler imidlertid ikke nødvendigvis Nordisk ministerråds synspunkter, meninger, holdninger eller anbefalinger.

Layout: Gitte Wejnold

Alle bilder: Unsplash.com

Oversatt fra engelsk til norsk av Semantix

Nordisk samarbeid

Det nordiske samarbeidet er en av verdens mest omfattende regionale samarbeid, og omfatter Norge, Danmark, Sverige, Island, Finland og Færøyene, Grønland og Åland.

Det nordiske samarbeidet har politiske, økonomiske og kulturelle røtter, og spiller en viktig rolle i europeiske og andre internasjonale arenaer. Det nordiske fellesskapet arbeider for et sterkt Norden i et sterkt Europa.

Det nordiske samarbeidet fremmer regionale interesser og verdier globalt. Verdiene de nordiske landene har til felles, bidrar til at Norden er en innovative og konkurransedyktig region.

Nordisk ministerråd

Nordens Hus

Ved Stranden 18

DK-1061 København – Danmark

www.norden.org.no

Innhold

Oppsummering	4
Innledning	5
Bakgrunn	6
Situasjonsanalyse – 2019	7
Kunnskapsgjennomgang 2020	8
Utviklingen av anbefalinger	9
Anbefalinger	10
Konklusjoner	13
Vedlegg: Nasjonale workshops	14
Danmark	18
Finland	27
Island	36
Norge	45
Sverige	50
Referanser	55

Oppsummering

«Barnets første 1000 dager i Norden» er et treårig nordisk samarbeidsprosjekt lansert i 2019 i forbindelse med Islands formannsskapsperiode i Nordisk ministerråd. Målet for prosjektet er å sørge for en sunn utvikling og god psykisk helse i barnets første 1000 dager, fra graviditet til to års alder. Prosjektet ble ledet av det islandske Helsedirektoratet, i samarbeid med Helsedirektoratet og Regionsenter for barn og unges psykiske helse i øst og sør (RBUP Øst og Sør) i Norge, Sundhedsstyrelsen i Danmark, Folkhälsomyndigheten i Sverige, samt Itla Children's Foundation og Instituttet for helse og velferd (THL) i Finland.

Prosjektet har tre leveranser:

1. En situasjonsanalyse der det ble samlet inn informasjon om de nordiske landenes praksis for å støtte opp under et positivt foreldre-barn samspill og trivsel samt identifisere risikofaktorer hos små barn og deres familier.
2. En forskningsbasert gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for intervensjoner og kartleggingsverktøy som brukes i Norden for å evaluere og kartlegge barnets trivsel og identifisere risiko i de første leveårene.
3. Denne rapporten: "Barnets første 100 dager i Norden – anbefalinger" der resultatene fra prosjektet er anvendt som forslag til videre tiltak og anbefalinger for å støtte barnas psykiske helse og velvære i de første leveårene.

Situasjonsanalysen fra 2019 avdekket felles styrker og svakheter i arbeidet med å sørge for at barna får en god start på livet i de nordiske landene. Selv om hvert land har sine egne utfordringer på feltet, er mange av utfordringene felles i de nordiske landene. Forskningsgjennomgangen i 2020 viste at de nordiske landene har mange av de samme problemene når det gjelder tilgjengelighet og implementering av kunnskapsbasert praksis. På denne bakgrunn er det et tydelig grunnlag for en felles strategiplan med anbefalinger som kan være til nytte i Norden i arbeidet med å støtte barn og familier i denne kritiske perioden i livet.

Anbefalingene i planen setter søkelys på seks hovedområder der myndighetene i de nordiske landene oppfordres til å:

- **Anerkjenne** betydningen barnets 1000 første dager har på livslang psykisk helse og livskvalitet.
- **Gi** omfattende støtte til foreldrene i barnets første 1000 levedager.
- **Identifiser** og responder systematisk på risikofaktorer tidlig i livet.
- **Forbedre** kvaliteten på tjenestene for små barn og deres familier, og sørge for lik tilgang til tjenestene.
- **Styrke** det tverrsektorielle samarbeidet til beste for små barn og deres familier.
- **Styrke** forskningen på, kunnskapen om og forståelsen av barnets 1000 første dager.



Innledning

Barnets 1000 første dager i Norden er et treårig samarbeidsprosjekt mellom de nordiske landene. Samarbeidet ble initiert da Island hadde formannskapet i Nordisk ministerråd i 2019. Det overordnede målet er å tilrettelegge for sunn følelsesmessig utvikling og god psykisk helse i løpet av livets første 1000 dager, fra graviditet til to års alder.

Dette er i tråd med flere av FNs bærekraftsmål:

- god helse og livskvalitet (mål 3)
- god utdanning (mål 4)
- likestilling mellom kjønnene (mål 5)
- mindre ulikhet (mål 10)
- fred, rettferdighet og sterke institusjoner (mål 16)

I den første fasen av prosjektet ble det utført en situasjonsanalyse med innsamling av informasjon om hvordan man jobber i praksis for å ivareta små barn og familier og identifisere tidlige risikofaktorer i svangerskapsomsorg, helsestasjonstjenesten og barnehagene (ECEC – early childhood education and care) i Norden¹.

Den andre fasen innebar en forskningsbasert vurdering av psykologiske kartleggingsverktøy og psykososiale for foreldre og små barn i de nordiske landene. Resultatene ble publisert i en rapport med detaljerte profiler for 96 tiltak og kartleggingsinstrumenter som benyttes i helse- og velferdstjenestene i Norden².

Den siste fasen av prosjektet handlet om å utarbeide anbefalinger i form av en strategiplan, som er det viktigste i denne rapporten. Dette arbeidet ble utført i to trinn. Først organiserte hvert av deltakerlandene nasjonale workshops der eksperter og interessenter kom sammen for å drøfte resultatene fra prosjektet og foreslå anbefalinger for videre arbeid med målgruppen. Deretter gikk prosjektets nordiske partnere gjennom resultatene fra de nasjonale workshopene for å finne felles anbefalinger som kunne brukes til å utarbeide en felles strategiplan for de nordiske landene. Konklusjonene og anbefalingene er presentert på slutten av denne rapporten.

2. [Danielsdottir, S. & Ingridottir, J. \(2020\). *The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis*. København: Nordisk ministerråd.](#)

3. [Martinussen, M. & Kurki, M. \(Red.\) \(2021\). *The First 1000 Days in the Nordic Countries. Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence*. København: Nordisk ministerråd.](#)

Bakgrunn

De første årene i et barns liv danner grunnlaget for og preger barnets psykiske og fysiske helse og trivsel resten av livet^{3 4}. I løpet av de første leveårene utvikler hjernen seg raskere enn på noe annet tidspunkt i livet, og grunnlaget legges for nervebaner og områder i hjernen som påvirker læring, språkutvikling, følelsesmessig utvikling og atferd^{5 6}. Gjennom støttende relasjoner og en trygg oppvekst utvikler barna evnen til å regulere sine egne følelser, styre egen atferd og etablere positive relasjoner på egen hånd i fremtiden. Dette legger grunnlaget for god psykisk helse, som er sentralt for god trivsel og livskvalitet⁷.

Påkjenninger i løpet av de første årene, som mangel på nærhet, kjærlighet og et trygt forhold til foreldrene, omsorgssvikt, vold eller andre alvorlige trusler kan svekke grunnlaget for god psykisk helse permanent. Nasjonale retningslinjer og tiltak som støtter foreldrene i foreldrerollen kan derfor ha vidtrekkende positive effekter som går langt ut over helse og velferd, og kan også bidra til en vellykket skolegang, høyere utdanningsnivå, redusert kriminalitet og forbedret sosioøkonomisk status⁸. De fleste barna i de nordiske landene starter i barnehagen (ECEC – early childhood education and care) fra ett års alder, og det er nødvendig å styrke den rollen psykisk helse og forebygging har i ECEC. Det er svært viktig at ECEC fremmer en positiv psykososial utvikling og ivaretar små barns behov for trygghet, stabilitet og stimulering, med solide, meningsfylte og trygge bånd til pedagoger og til de ansatte og til de andre barna i barnehagen.

På verdensbasis er det nå økende bevissthet om å investere i barnets første leveår⁹¹⁰. Etableringen av FNs bærekraftsmål har synliggjort samfunnets ansvar for å styrke en god utvikling og velferd for alle barn i enda større grad^{11 12}. Med økende dokumentasjon om en tendens til generell negativ utvikling i barns psykiske helse¹³^{14 15 16} er det helt avgjørende at de nordiske landene styrker arbeidet med å sørge for en god følelsesmessig start på livet for alle barn. Det er viktig å samle inn, evaluere og formidle den omfattende kunnskapen og ressursene som finnes, slik at vi kan lære av hverandre og bidra til å skape en situasjon der alle barn som er født i Norden får en god start på livet.

-
4. Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Mathews, S.G. m.fl. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 389, 91–102.
 5. Stewart-Brown, S.L. & McMillan, A.S. (2010). *Home and community based parenting support programmes and interventions: report of Workpackage 2 of the DataPrev project*. Coventry: Warwick Medical School.
 6. Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C.H., Andersen, C.T. m.fl. (2016). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 389, 77–90.
 7. Shonkoff, J.P. & Phillips, D.A. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. *National Research Council and Institute of Medicine Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academies Press.
 8. Herrman, H. & Jané-Llopis, E. (2012). The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Reviews*, 34, 1–21.
 9. Herrman, H. & Jané-Llopis, E. (2012). The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Reviews*, 34, 1–21.
 10. Graça, M. (2017). Good early development — the right of every child. *Lancet*, 389, 13–14.
 11. Lo, S., Das, P. & Horton, R. (2017). A good start in life will ensure a sustainable future for all. *Lancet*, 389, 8–9.
 12. Barros, A.J.D. & Ewerling, F. (2016). Early childhood development: a new challenge for the SDG era. *Lancet Global Health*, 4, e873–e874.
 13. Daelmans, N., Darmstadt, G.L., Lombardi, J., Black, M.M., Britto, P.R., Lye, S. m.fl. (2017). Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet*, 389, 9–11.
 14. Sundhedsstyrelsen (2017). *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
 15. Anna Rósa Arnardóttir (2016). *Mental health among youth in Iceland*. Stockholm: Nordens velferdssenter.
 16. Mona Sommer (2017). *Mental health among youth in Norway*. Stockholm: Nordens velferdssenter.
 17. Bremberg, S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*, 104. DOI: 10.1111/apa.13075.

Situasjonsanalyse – 2019

Situasjonsanalysen er basert på informasjon og data samlet inn av deltakerlandene om hvordan man jobber i de nordiske landene for å fremme psykisk velvære og identifisere risikofaktorer blant små barn og familiene deres i svangerskapsomsorgen, helsestasjonstjenesten og i barnehagen (ECEC). Analysen avdekket både styrker og utfordringer i Norden i arbeidet med å ivareta små barns velvære og gi dem en god start på livet¹⁷.

Alle landene har systemer med universelle helse- og sosialtjenester basert på tanken om sosial likhet i helse og sosial rettferdighet, som innebærer at innbyggerne får et omfattende folkehelse tilbud og trygderettigheter. Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten er veletablerte systemer som er gratis og åpne for alle familier. Det legges stor vekt på å sikre kontinuitet i helse- og omsorgssektoren, gi personlig tilpassede tjenester og etablere nære og tillitsfulle forhold mellom helsepersonell og vordende foreldre. Som regel møter familiene de samme fagfolkene gjennom hele svangerskapet eller spedbarns- og småbarnsperioden. Det er også en vektlegging på å støtte foreldre-barn-relasjonen og en god følelsesmessig utvikling hos små barn fra svangerskapet og utover, samt å respondere tidlig på risikofaktorer i barnets første leveår. Alle de nordiske landene har også omfattende ordninger for foreldre etter fødselen, med egne permisjonskvoter for hver av foreldrene, ettersom foreldrerollen generelt er ansett som et likestillingsspørsmål.

De nordiske landene har også universelt tilgjengelige barnehager/ECEC-systemer, der de fleste landene har definert ECEC som en lovbeskyttet rettighet for alle barn.

Situasjonsanalysen identifiserte også områder med behov for forbedring. Generelt kan arbeidet med både informasjonsteknologi, kvalitetsovervåking og formidling av kunnskapsbaserte praksis styrkes ytterligere. I tillegg, selv om alle de nordiske landene legger vekt på tidlig identifisering av risikofaktorer hos foreldre og barn i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten, skjer det ikke alltid på en rutinemessig måte eller ved hjelp av validerte screeninginstrumenter. Videre har forebyggingsarbeidet og tidlige innsats vært rettet mot barnets mor. Det finnes et stort potensial for å ivareta barnets og familiens livskvalitet ved å gjøre en bedre jobb i å inkludere begge foreldrene i møtet med svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten.

Alle landene rapporterte også om enkelte begrensninger i tilgjengeligheten av ulike tjenester, som tidlig innsats ved mildere grad av psykiske problemer eller familievansker. Det ble meldt om ulik tilgang til tjenester i de fleste landene som følge av kommunestørrelse og tjenesteleverandørenes administrative autonomi. I alle landene var omfattende og spesialiserte tjenester mer tilgjengelig i større byer enn på mindre steder/i bygdene. Det ligger et potensiale i å bedre det tverrsektorielle samarbeidet, herunder å styrke båndene mellom barnehagen/ECEC og helsestasjonstjenesten, som begge spiller en viktig rolle i å ivareta velferden for de minste barna. Til slutt finnes det felles utfordringer i de nordiske ECEC-systemene knyttet til mangel på faglært personell, store gruppestørrelser i ECEC, høyt stressnivå og mangel på tilstrekkelige ressurser.

18. Daniëlsdottir, S. & Ingudottir, J. (2020). *The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis*. København: Nordisk ministerråd.

Kunnskapsgjennomgang 2020

To forskersteam samarbeidet om en kunnskapsoppsummering om psykososiale tiltak og kartleggingsmetoder som er tilgjengelige i de nordiske helse- og velferdssystemene. Teamene besto av fjorten forskere fra Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord) ved UiT – Norges arktiske universitet, og forskere fra Itla Children's Foundation i Finland. Arbeidet ble ledet av Monica Martinussen fra RKBU Nord og Marjo Kurki fra Itla Children's Foundation. Målet var å gi en oversikt og en kort kunnskapsoppsummering av de psykososiale tiltakene og kartleggingsmetodene som brukes i Norden i barnets første 1000 dager, herunder under svangerskapet og i barnets to første leveår.

Deltakerlandene leverte informasjon om tiltak og tester som brukes for målgruppene (dvs. barn og foreldre fra svangerskapet og gjennom barnets to første leveår) i hvert av landene. Totalt 63 tiltak og 33 kartleggingsmetoder ble gjennomgått. Det ble utført et systematisk og standardisert litteratursøk for de enkelte tiltakene og metodene i databaser. Hver gjennomgang ble utført av minst to forskere med kompetanse på feltet, i tillegg en redaktørgjennomgang.

Resultatene viste:

- Halvparten (57%) av de 63 psykososiale tiltakene ble vurdert til å ligge på nivå 1, med manglende eller svak dokumentasjon, og bare 3 % på nivå 4, med dokumentasjon av høy kvalitet¹⁸.
- Av de 33 kartleggingsmetodene ble 12 % vurdert til å ligge på nivå 1 og 12 % på nivå 4, mens majoriteten (61 %) ble vurdert til nivå 2, med noe utilstrekkelig kvalitetsnivå.

Selv om et stort antall kartleggingsmetoder er tilgjengelige for målgruppene i Norden, er kunnskapsgrunnlaget for metodenes psykometriske egenskaper eller hvor effektive de er, enten manglende eller utilstrekkelig. Forfatterne påpeker at mangelen på dokumentasjon ikke nødvendigvis betyr at tiltakene «ikke virker», men at mangelen på forskning av god kvalitet gjør at en ikke kan si noe om effekten. Det betyr at tid og ressurser som brukes på disse tiltakene, muligens ikke er en god investering.

Forfatterne påpeker også at selv om det finnes noen tiltak der effekten er godt dokumentert, ser det ikke ut til at disse er mer utbredt enn tiltak med svakere kunnskapsgrunnlag.

Det er viktig at forskningsarbeidet i Norden får et løft for å styrke kunnskapsgrunnlaget for tiltakene og kartleggingsmetodene som brukes for å vurdere og støtte god psykisk helse blant barn og familier i denne kritiske perioden i livet. Videre er det viktig at formidlingen av kunnskapsbaserte metoder og tiltak får fast og rutinemessig støtte.

19. Martinussen, M. & Kurki, M. (Red.) (2021). *The First 1000 Days in the Nordic Countries. Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence*. København: Nordisk ministerråd.



Utviklingen av anbefalinger

Strategiplanen med anbefalingene ble utviklet i to trinn. Først organiserte hvert av deltakerlandene ett eller flere nasjonale workshops for å drøfte resultatene fra prosjektet med nasjonale eksperter og interessenter, og utarbeide anbefalinger til tiltak som passer inn i hvert enkelt lands nasjonale kontekst. Deretter gjennomgikk prosjektets nordiske partnernetverk resultatene fra de nasjonale workshopene for å finne fellestrekk som kunne brukes som grunnlag for en felles strategiplan for de nordiske landene.

De nasjonale workshopene ble arrangert i første halvdel av 2021, da alle de nordiske landene hadde innført sosiale restriksjoner som følge av covid-19-pandemien. Dermed ble alle workshops holdt online. Hvert land ble bedt om å levere et sett med nasjonale anbefalinger til tiltak for hvert av prosjektets fire hovedtemaer:

- styrke arbeidet med å ivareta foreldrene under svangerskapet og forberede dem på foreldrerollen
- støtte positive foreldre- og barn-relasjoner
- avdekke og respondere på risikofaktorer under svangerskapet og i barnets første leveår
- ivareta de minste barnas følelsesmessige behov i barnehagen/ECEC

Utenom dette kunne landene selv velge hvordan de ville strukturere og organisere workshopene, dvs. antall, oppsett, hvordan oppfølgingen skulle gjennomføres, og så videre. De nordiske partnerne kunne selv bestemme egen presentasjon, konklusjoner og anbefalinger fra workshopene. Følgelig varierer oppsummeringene fra de nasjonale workshopene fra land til land, men alle er konstruert rundt de nevnte fire hovedtemaene.

Nasjonale workshoper ble holdt i de respektive nordiske språkene, og oppsummeringene i rapporten er oversettelse til engelsk av hvert lands opprinnelige sammendrag. Det er opp til hvert enkelt land å bestemme hvordan konklusjonene og anbefalingene fra de nasjonale workshopene skal brukes i deres lokale kontekst. Sammendraget for hver workshop ligger i vedlegget på slutten av denne rapporten.



Anbefalinger

Etter presentasjonen av resultatene fra de nasjonale workshopene gjennomgikk prosjektets nordiske partnernettverk resultatene og anbefalingene fra hvert land for å identifisere felles temaer. Basert på disse samarbeidet partnerne over en periode på flere uker høsten 2021 om å utarbeide felles strategiplan for Norden.

Anbefalingene:

Anerkjenne betydningen av barnets 1000 første dager for livslang psykisk helse og livskvalitet

- Økt politisk og faglig oppmerksomhet på barnets første 1000 dager i eksisterende regelverk og handlingsplaner, eller utarbeid nye som fokuserer spesifikt på barnets første leveår, inkludert svangerskapet.
- Støtte iverksettingen gjennom tydelige implementeringsplaner.
- Sørge for oppmerksomhet på de yngste barnas rettigheter i alle eksisterende retningslinjer og handlingsplaner.
- Prioritere finansiering av tjenester for vordende og nybakte foreldre samt barn under to år.

Gi omfattende støtte til foreldrene i barnets første 1000 dager

- Aktiv involvering av både mor og partner i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten.
- Individuell og gruppebasert støtte til alle vordende og nybakte foreldre, med søkelys på å mestre foreldrerollen, bygge en positiv tilknytning mellom foreldre og barn, støtte foreldrerelasjonen og styrke foreldrenes sosiale nettverk.
- Benytte digitale løsninger i oppfølgingen, informasjonen og tiltakene som inngår i tilbudet til foreldre.
- Studere hvordan man kan tilrettelegge for større fleksibilitet mellom jobb og familieliv for foreldre til små barn.

Identifisere og respondere systematisk ved risikofaktorer tidlig i livet

- Innføre validerte og pålitelige metoder for å oppdage psykiske problemer, sosiale vansker, problemer i parforhold, alkohol- og rusmiddelmisbruk, vold og skader i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten.
- Påse at vurderinger og tiltak når ut til begge foreldrene og barnet, der det er aktuelt.
- Etablere systematiske og trinnvise rutiner for oppfølging etter screening og vurdering.
- Legge vekt på tidlige, tilpassede og kunnskapsbaserte tiltak for utsatte små barn og familier.

Sikre likeverdig tilgjengelighet og god kvalitet på tjenestene til små barn og deres familier

- Utvikle effektive nasjonale strategier for å utjevne ulikheter i tjenestene for små barn og deres familier.
- Sett av tilstrekkelige ressurser for å sikre individuelt tilpassede tjenester av høy kvalitet i alle tilbud til små barn og familiene deres, inkludert familier som har behov for ekstra støtte.
- Regelmessig kompetanseutvikling, faglig veiledning og opplæring av høy kvalitet i kunnskapsbaserte praksiser i alle systemer som tilbyr tjenester til små barn og deres familier.
- Sørge for at systemene for overvåkning og kvalitetskontroll har riktig frekvens.

Styrke det tverrsektorielle samarbeidet til det beste for små barn og deres familier

- Sørge for systemer som koordinerer samarbeid mellom svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten.
- Etablere faste samarbeidsrutiner mellom helsestasjonstjenesten og barnehagen/ECEC.
- Sørge for effektivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, svangerskapsomsorgen, helsestasjonstjenesten, sosialtjenesten og barnevernet ved psykiske vansker og lidelser, alkohol- og rusmiddelmisbruk, vold eller andre risikoforhold hos foreldrene.
- Gi en juridisk definisjon av ansvaret alle relevante institusjoner har for samarbeid med og mellom systemer som leverer tjenester til de minste barna og familiene deres.

Styrke forskningen på, kunnskapen om og forståelsen av barnets 1000 første dager

- Prioritere nordisk forskning på barnets 1000 første dager, på områder der det er identifisert kunnskapshull og et behov for mer forskning, med øremerkede midler til forskningssamarbeid i Norden.
- Oppmuntre til utlysninger i de nordiske landene på forskning rettet mot effekten av psykososiale tiltak og implementering av disse. Bør omfatte alle nivåene i en trinnvis modell for styrking av barnets psykiske helse og trivsel i de første 1000 dager.
- Styrke kunnskapen om spedbarns psykiske helse og betydningen av barnets første 1000 dager blant foreldre, helsepersonell og ansatte i sosialtjenestene, barnevernet og barnehagen/ECEC.

Oppsummert oppfordres myndighetene i de nordiske landene til å sette søkelys på følgende seks områder:

- **Anerkjenn**e betydningen barnets 1000 første dager har på livslang psykisk helse og livskvalitet.
- **Gi** omfattende støtte til foreldrene i barnets første 1000 levedager.
- **Identifiser** og responder systematisk på risikofaktorer tidlig i livet.
- **Forbedre** kvaliteten på tjenestene for små barn og deres familier, og sørge for lik tilgang til tjenestene.
- **Styrke** det tverrsektorielle samarbeidet til beste for små barn og deres familier.
- **Styrke** forskningen på, kunnskapen om og forståelsen av barnets 1000 første dager.



Konklusjoner

I løpet av dette treårige prosjektet har de nordiske landene brukt sin samlede kompetanse til å kartlegge hvordan de jobber for å gi barna en god start på livet. Prosjektet har hatt søkelys på å samle inn, undersøke og formidle kunnskapen, erfaringen og ressursene som finnes i disse landene for å identifisere vellykkede praksiser, dele erfaringer og lære av hverandre. I tillegg har det vært oppmerksomhet på å definere områder for videre forskning og utvikling, der man kan bidra til en stadig voksende kunnskapsbase i Norden om spedbarns og små barns helse. Prosjektet har publisert to omfattende rapporter – i tillegg til denne rapporten – med en bred situasjonsanalyse og en vitenskapelig gjennomgang av eksisterende tiltak og kartleggingsverktøy. Det endelige målet er å sørge for at alle barn i Norden får den beste starten på livet, og dette avhenger av fremtidig politisk vilje og påvirkningsarbeidet i regionene.

I lys av de solide velferdssystemene og de offentlige helse- og utdanningssystemene i Norden ligger alt til rette for å sikre optimale forhold for en positiv utvikling hos barn. For oss som har jobbet med dette prosjektet de siste årene, er det likevel tydelig at mye mer kan gjøres. Det er behov for mer systematisk støtte til foreldre i løpet av de sårbare tidlige årene, mer konsekvent og individuelt tilpasset støtte til utsatte familier, bedre tilgang til kunnskapsbaserte tiltak og bedre tverrsektorielt samarbeid. I tillegg kan de nordiske landene bli bedre på å støtte opp om et genuint barnevennlig samfunn der behovene til de minste barna prioriteres, og der barnehagene for de minste får den nødvendige oppmerksomheten og tilstrekkelige ressurser.

Gode vilkår i barndommen, særlig i graviditetsfasen og gjennom barnets to første leveår, legger grunnlaget for psykisk helse og trivsel gjennom hele livet, og dermed også for et levende og blomstrende samfunn. Dette er ikke bare viktig i et folkehelseperspektiv, men også en kritisk problemstilling for økonomisk og sosial bærekraft. Vi håper at kunnskapen og innsikten fra dette prosjektet vil kunne veilede de nordiske landene mot en god og sosialt bærekraftig fremtid der den kritiske fasen gjennom fosterlivet og i barnets første leveår får den anerkjennelsen og støtten den fortjener.

Vedlegg: Nasjonale workshops



Danmark

I Danmark var det en forutsetning at den nasjonale workshopen skulle ha søkelys på tiltak som ville være gjennomførbare innenfor eksisterende finansielle og organisatoriske rammer, og arbeidet ble derfor basert på nåværende oppfatninger og tiltak på feltet. Nedenfor gis det en oppsummering av de danske nasjonale workshopene og diskusjonene før, under og etter. Forslagene som kom frem, gjenspeiler den generelle konsensusen fra workshopene, sammen med kontekstuell informasjon basert på anbefalingene som ble utarbeidet av deltakerne i forkant, samt utsagnene fra Mentimeter (se nedenfor).

I samarbeid med Uddannelse- og Forskningsstyrelsen og Socialstyrelsen gjennomgikk Sundhedsstyrelsen i Danmark forslagene for å velge ut de viktigste forslagene for hvert av prosjektets tidligere definerte fire temaer. Forslagene presenterer imidlertid perspektiver som vil kreve videre forskning og diskusjon før de kan implementeres. Denne oppsummeringen har ikke oppmerksomhet på spesifikke verktøy, tester eller metoder, men peker i stedet på potensielle løsninger som kan brukes som grunnlag for det videre utviklingsarbeidet. De mulige anbefalingene for veien videre er ikke drøftet på politisk nivå.

Deltakere og fremgangsmåte

I to nasjonale workshops i Danmark utforsket deltakerne de fire hovedtemaene i Situasjonsanalyserapporten. Målet var å finne kunnskap om disse temaene som et grunnlag for arbeidet med potensielle utviklingstiltak. Workshop 1 tok for seg temaer innen helsefremmende virksomhet, med oppmerksomhet på generelt arbeid. Workshop 2 på risikofaktorer og de mest sårbare gruppene. Deltakerne skulle være eksperter på svangerskap eller sosial- og helsetjenester for små barn og/eller jobbe i ECEC som forskere, ansatte eller ledere i relevante organisasjoner. Det ble sendt ut invitasjoner til å delta på enten en av eller begge workshopene, selv om mottakerne ble bedt om å si fra om de trodde det ville være mer relevant for dem å delta på den andre workshopen. Omtrent en tredel av de 35 deltakerne deltok på begge workshopene, noe som medførte at enkelte deltakere i Workshop 1 kunne redegjøre videre for sine synspunkter i Workshop 2. For å sikre størst mulig produksjon ble rundt 20 eksperter plassert i hver workshop og delt inn i tre grupper på 5–7 personer.

Med tanke på hvordan covid-19-situasjonen var på det tidspunktet, ble det drøftet om de to workshopene kunne holdes fysisk. Ettersom deltakerne var spredt over hele landet, var det risiko for at de ville måtte avlyse på kort varsel på grunn av lokale nedstengninger eller hvis de havnet i karantene. Derfor ble de to workshopene arrangert online, til tross for utfordringene dette gir for et dynamisk samarbeid. Onlineformatet begrenset også hvor lenge man kunne forvente å holde deltakerne engasjert, så den avsatte tiden ble forkortet med en time. Deltakerne ble bedt om å forberede seg ved å lese Situasjonsanalyserapporten. De fikk også tilsendt de følgende arbeidsrelaterte spørsmålene basert på temaene som skulle drøftes i workshopen(e).

Spørsmål til Workshop 1:

1. Hvordan kan vi, innenfor det eksisterende rammeverket for svangerskapsomsorg, fremme god psykisk helse og velferd i familier under svangerskapet og i spedbarn-/småbarnsperioden på en bedre måte?
2. Hvordan kan vi fremme tilknytning og god følelsesmessig utvikling blant sped-/småbarn og foreldrene?
3. Hvordan kan vi fremme psykisk helse og velferd blant de minste barna i ECEC? Hvordan kan vi forbedre samarbeidet mellom foreldre og faginstansene?

Spørsmål til Workshop 2:

1. Hvordan kan vi bli bedre på å identifisere og reagere på tidlige risikofaktorer knyttet til psykisk helse og velferd blant spedbarn, småbarn og familien, og hvordan kan vi bedre foreldresamarbeidet i denne konteksten?
2. Hvordan kan vi forbedre det tverrsektorielle samarbeidet ved tidlig innsats, med oppmerksomhet på psykisk helse og velferd?

Deltakerne ble bedt om å kort formulere skriftlig tre refleksjonspunkter for hvert av spørsmålene for workshopen så gruppen skulle kunne arbeide effektivt, la alle få sjansen til å bli hørt, og dra nytte av muligheten til å dele skriftlige innspill på skjermen, som et digitalt whiteboard, for å få i gang samtalen. Workshopene ble holdt på Microsoft Teams 31. mai og 2. juni 2021. De hadde i stor grad samme struktur, og startet med en generell rammepresentasjon før deltakerne gikk sammen i grupper og brukte en time på å jobbe med hvert av spørsmålene. Gruppeøkten begynte med at hver deltaker delte refleksjonspunktene de hadde forberedt, på skjermen via PowerPoint. Ordet ble deretter fritt, der deltakerne kunne drøfte problemstillingen mer bredt

for å komme frem til et felles sett med anbefalinger. Hver av gruppene produserte rundt fem refleksjonspunkter/anbefalinger. De to workshopene ble rundet av med at alle deltakerne kom sammen i Mentimeter (www.menti.com) for å identifisere det viktigste de hadde kommet frem til i arbeidet med hvert av spørsmålene. Deltakernes skriftlige svar var synlige for alle på skjermen i sanntid, slik at man fikk et samlet bilde av det gruppen hadde gjort. Mentimeter-svarene og gruppesammendragene utgjør utfallet fra de to workshopene.

Oppfølgingsarbeidet besto i å kondensere refleksjonspunktene/anbefalingene fra de to workshopene. Rundt 20 svar på hvert spørsmål ble analysert, sammenlignet, konsolidert og i enkelte tilfeller omskrevet for å formidle de viktigste aspektene ved det samlede budskapet. Prosjektdeltakere fra Socialstyrelsen, Uddannelse- og forskningsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen hadde deretter en faglig gjennomgang av bidragene fra gruppene i lys av rammene som var fastsatt for workshopene, og det pågående arbeidet på feltet.

Anbefalte tiltak

1. Styrk arbeidet med god psykisk helse og velferd i svangerskapsomsorg

Generelt er svangerskapsomsorgen i Danmark av høy kvalitet. Den danske helsetjenesten utvikler seg hele tiden, og det gjør også folks behov og forventninger til det. Deltakerne i de nasjonale workshopene uttrykte et ønske om å lære mer om hvordan de gjeldende anbefalingene iverksettes, og hvordan man kan overvåke dem. De var generelt enige om behovet for å ruste kommende mødre og partnerne deres enda bedre for foreldrerollen, og at sundhedssykepleier bør komme på hjemmebesøk til alle gravide kvinner og partnerne deres. Det ble også etterlyst en større oppmerksomhet på involvering av fedre/partnere, da de har en sentral rolle som foreldre i barnets oppvekst.

Deltakerne understreket også viktigheten av tverrsektorielt samarbeid, særlig i det å gi støtte til sårbare familier. Andre punkter som ble diskutert, var behovet for tverrsektorielt samarbeid for å identifisere de mest sårbare familiene, at sårbare familier må få støtte så tidlig som mulig, at vordende foreldre må få støtte for alle relevante utfordringer og behov, samt behovet for å forbedre samspillet og samarbeidet mellom de ulike aktørene i svangerskapsomsorg.

Anbefalinger:

1. Fortsett prosessen med å gjennomføre den danske Sundhedsstyrelsens eksisterende anbefalinger for svangerskapsomsorg for å forbedre kvaliteten av universelle tjenester over hele landet. Følg opp implementeringen ved å registrere og overvåke fremdriften underveis.

2. Bruk den eksisterende lovgivningen som grunnlag for å innføre et fast tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid, slik at tjenestene og tidlige tiltak rettet mot sårbare og særlig utsatte kvinner og familier koordineres.

- Etabler systematisk samarbeid ved hjelp av delte verktøy og IT-systemer.
- Etabler systematiske metoder for overgangen fra fødeavdelingen til kommunen.

3. Jobb systematisk med å finne ut om gravide er i en sårbar eller særlig utsatt posisjon, med henvisninger på rett nivå¹⁹ fra fastlegene til både svangerskapsomsorg og helsebesøktjenestene så raskt som mulig.

- Etabler tverrfaglige prosedyrer hos lokale og regionale myndigheter for å være oppmerksom på disse problemstillingene tidlig i svangerskapet.

4. Ved behov: suppler standardbesøkene hos vordende foreldre med avtaler for psykososiale og/eller medisinske tjenester; generelt via avtaler med fastleger, jordmødre og sosialfaglig personell om helsebesøk tidlig i svangerskapet (gestasjonsalder 16–20 på nivå 3 og 4, gestasjonsalder 26–32 på nivå 1 og 2). Foreldre bør også gjøres oppmerksom på at de har muligheten til å be om besøk.

- Arranger hjemmebesøk hos alle vordende mødre og deres partnere.
- Gi sunnhetspsykeleier muligheten til å ha med sosialfaglig personell eller jordmor.
- Ha en sterkere oppmerksomhet på tidlige tiltak/støtte/ behandling for foreldre under svangerskapet for å dra nytte av det «åpne vinduet» under den korte svangerskapsperioden.

5. Fokuser systematisk og separat på involvering av far/partner, både for å dra nytte av ressursene deres og identifisere mulige utfordringer.

6. Gi tverrfaglig (jordmor og sunnhetspsykeleier) opplæring, i små grupper med begge foreldre, i å forberede seg på fødselen og foreldrerollen.

- Tilby foreldreveiledning i følelsesmessig kontakt, herunder regulering av barnets og sine egne følelser. Dette er særlig viktig for sårbare grupper, som foreldre som selv har vært utsatt for omsorgssvikt som barn.

19. Dette viser til nivå 3 og 4 etter det danske systemet.

- Ta opp viktigheten av fysisk trivsel og velvære for både foreldre og barn. Tilknytningen starter allerede under svangerskapet, og fysisk velvære og trivsel er nært forbundet med tidlig relasjonsbygging og tilknytning under svangerskapet.
- Sørg for at foreldrene har realistiske forventninger til perioden rett etter fødsel.

7. Gjennomfør systematiske analyser av sosiale nettverk tidlig i svangerskapet for å identifisere ressurser og oppmuntre foreldre til å etablere eller benytte seg av eksisterende nettverk.

- Oppfordre jordmødre til å spørre om nettverk og muligheter for sosial støtte.
- Gi informasjon om lokale nettverkstjenester – og henvis til disse tjenestene ved behov for å styrke familienes kompetanse og muligheter.

8. Bruk validerte forskningsverktøy til å prøve å fange opp risikofaktorer for psykiske problemer under svangerskapet på en systematisk og strukturert måte.

- Sjekk om det finnes problemer knyttet til misbruk, psykiske problemer, vold i hjemmet eller andre stressfaktorer.
- Påse at det finnes relevante tiltak for risikoer som avdekkes.

9. Lær opp sosialfaglig personell og helsepersonell i å samarbeide tettere (både i teori og praksis).

- Ha innsikt i andre fagområder det kan være relevant å inngå samarbeid med, og grensene for den enkeltes fagkunnskap.
- Avklar viktigheten av systematisk tverrfaglig samarbeid.
- Oppretthold et høyt faglig nivå samtidig som den tverrfaglige innsikten styrkes, og sørg for at fagfolk får en felles språklig referanseramme, for eksempel gjennom felles opplæring.

2. Styrk arbeidet for god følelsesmessig tilknytning og trivsel i sped- og småbarnsomsorgen

Dette temaet dreier seg primært om universelle tjenester innen såkalt psykososial støtte for foreldre, med sikte på å 1) forbedre forståelsen av samspillet med barnet, og 2) formidle viktig psykologisk kunnskap om sped- og småbarns utvikling samt typiske foreldreutfordringer, med henblikk på å fremme et nært forhold mellom foreldre og barn. Det legges vekt på bedre implementering av nåværende anbefalinger, samt å utvikle bedre muligheter for å jobbe med psykisk helse hos både foreldre og barn. Drøftingene på workshopene tok også for seg mor og fars/partners psykiske helse og relasjonen mellom dem, som er som avgjørende for familiens generelle trivsel og evne til å støtte og regulere barnets følelser. Viktigheten av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og koordinering ble også understreket, der spesialister jobber sammen om å gi familier tverrfaglig støtte.

Anbefalinger:

1. Fortsett prosessen med å iverksette Sundhedsstyrelsens eksisterende anbefalinger for svangerskapsomsorg og helsebesøk for å forbedre kvaliteten av universelle tjenester over hele landet. Følg opp implementeringen ved å registrere og overvåke fremdriften underveis.

2. Gi veiledning og støtte for begge foreldrene i små grupper.

- Gi foreldrene økt kunnskap om f.eks. sped- og småbarns sosiale og fysiske utvikling, hva man kan forvente i samspillet med barn i ulike alderstrinn, samvær i familien, motorisk utvikling, lek, sosialisering, kosthold, søvnvaner og skjermtid samt viktigheten av et sunt parforhold.
 - Øk kompetansen blant førstelinjepersonell om foreldretilknytning og sunn følelsesmessig utvikling.

3. Øk søkelyset på psykisk helse i helsepersonells møter med foreldre og barn.

- Systematisk oppmerksomhet på personlige og psykososiale problemstillinger ved forebyggende helseundersøkelser hos fastlegen.

4. Videreutvikle systematiske metoder for – og forbedre kvaliteten på – arbeidet med å støtte gode relasjoner mellom foreldre og barn gjennom bedre tverrfaglig samarbeid, og basert på felles kunnskapsbaserte metoder og verktøy.

- Sikre konsistens i screeninger/forskningsmetoder og undersøkelser (f.eks. for fødselsdepresjon) for alle vordende og nye foreldre.
- Standardiser verktøy for tverrfaglig samarbeid.

5. Fokuser systematisk og separat på involvering av far/partner, både for å dra nytte av ressursene deres og identifisere mulige utfordringer.

6. Sørg for tettere koordinering mellom ulike fagområder som jobber med den samme familien, for å kunne tilby familien bedre støtte og kontinuitet.

3. Tilrettelegg for god psykisk helse og trivsel blant de minste barna og familiene deres i ECEC

Deltakerne drøftet viktigheten av å støtte og utvikle et pedagogisk læringsmiljø av høy kvalitet gjennom den danske styrkede pedagogiske læreplanen (Den styrkede pædagogiske læreplan). I konteksten av dette prosjektet må ECEC av høy kvalitet, basert på gjeldende læreplaner, omfatte: 1) barns psykiske helse, utvikling og velferd, 2) arbeid med samspill i fellesskap med barn, der alle barn får styrket deltakelseskompetansen, 3) jobb med samspill og samhandling i foreldrefellesskap, og 4) relasjonen mellom foreldrene, livet hjemme og ECEC. Indikasjoner på dårlig psykisk helse må avdekkes tidlig og håndteres i tett kontakt/samarbeid med foreldrene, ettersom dette er en forutsetning for gode relasjoner mellom både barna og de voksne, og mellom foreldrene og de ansatte i ECEC.

Tettere samarbeid med foreldrene er avgjørende – særlig for barn og familier i en sårbar posisjon – og systematisk søkelys på overgangen mellom hjemmet og ECEC. Poenget med samarbeid er at man skal jobbe mot et felles mål. Dette forutsetter at man behandler foreldrene som eksperter på både sine egne og barnas liv. En annen forutsetning er kunnskap om indikatorer på dårlig psykisk helse, samt om tiltak som kan fremme god psykisk helse.

Tverrfaglige partnerskap mellom sosialpedagoger og helsepersonell basert på en felles forståelse av trivsel og velferd vil også være til hjelp i å utvikle tiltak for å fremme trivsel og psykisk helse.

Anbefalinger:

1. Forbedre kvaliteten på det pedagogiske læringsmiljøet i ECEC ved å fortsette prosessen med å iverksette gjeldende anbefalinger og retningslinjer i den styrkede pedagogiske læreplanen. ECEC av høy kvalitet har stor betydning for særlig de sårbare barnas velferd og oppvekst.

- Forbedre evalueringsprosessen for den løpende utviklingen i de pedagogiske læringsmiljøene – særlig for barn i sårbare situasjoner. Ha oppmerksomhet på løpende kompetanseutvikling om barns trivsel, velferd og utvikling blant ECEC-personell.

2. Gjør en systematisk innsats for å styrke profesjonelle omsorgspersoners relasjonsevner for å etablere trygge og utviklende relasjoner med utsatte barn/barn i sårbare situasjoner, f.eks. ved å sørge for at de ansatte jobber med hvert enkelt barn for å etablere en trygg tilknytning til minst én voksenperson i ECEC. Dette kan kreve ytterligere kompetanseheving og å rette et sterkere søkelys på å beholde personell over tid for å sikre stabilitet i personalgruppen.

3. Styrk samarbeidet med foreldrene gjennom kompetanseutvikling hos ECEC-ansatte, systematisk bruk av former for dialog som støtter godt samarbeid og lederforankring av organisering av samarbeidet med foreldrene.

- Forbedre den faglige kunnskapen om – og styrke lederoppmerksomheten på – viktigheten av samarbeid basert på involvering av foreldre, skreddersydd til barnets og familiens behov.
- Arranger tverrfaglige introduksjonsmøter for foreldre, sunnhetssykepleier og ECEC-personell.
- Sørg for tilstrekkelig med tid til å bygge et tillitsforhold mellom foreldre og ECEC-medarbeiderne.
- Etabler et tydelig rammeverk for foreldresamarbeid.

4. Rett større oppmerksomhet på overganger fra hjemmet til ECEC og mellom institusjoner i barnets liv. Dette vil bidra til utviklingen av viktig helsefaglig kunnskap, f.eks. via tredjepartsmøter med sunnhetssykepleier, foreldre og ECEC-ansatte. Ved behov må det gis støtte til risikoutsatte barn/barn i sårbare situasjoner og foreldrene deres i disse overgangene.

- Ved utveksling av informasjon mellom sunnhetssykepleier og ECEC-personell må begge sider vite hvorfor denne spesifikke informasjonen må overleveres som en del av det pedagogiske og helserettede arbeidet.

5. Styrk det tverrfaglige samarbeidet, f.eks. gjennom temadager med helsebesøkende og ECEC-personell. Målet skal være å øke bevisstheten rundt hverandres fagkompetanse og arbeid, som forutsetter at det tilrettelegges for dialog mellom fagområdene, særlig på felter som omhandler sosiale problemer (f.eks. i samarbeid med familiesentrerte tilbud «trivselskaféer» mv.).

- Sørg for at ECEC-personell har enkel tilgang til tverrfaglige diskusjoner om spesifikke og generelle problemstillinger knyttet til psykisk helse/dårlig psykisk helse blant barn i alderen 1–5.

6. Utforsk muligheten for å styrke samarbeidet mellom kommunale pedagogisk-psykologiske (PPT) rådgivningstjenester og ECEC med søkelys på barnets utvikling, f.eks. i forbindelse med situasjoner der det er utfordringer i samarbeidet med foreldrene.

7. Utvid den rådgivende rollen sundhedssykepleier spiller i ECEC.

- La sundhedssykepleier påta seg rollen som sparringspartner med sikte på å utveksle og utvikle kunnskap blant sosialfaglig personell og helsepersonell, som forutsetter at helsebesøkende har innsikt i den styrkede pedagogiske læreplanen.
- Rent praktisk kan samarbeid mellom barnehagene og sundhedssykepleier/rådgivere skje i tverrfaglige møter som involverer helsebesøk-tjenesten og ECEC.

8. Sørg for systematiske metoder og kvalitet i læringsmiljøet med sikte på å støtte barnets velferd, læring og utvikling.

4. Identifiser og handle ved oppdagelse av tidlige risikofaktorer blant sped- og småbarn og deres familier

Deltakerne identifiserte et tydelig behov for å styrke evnen til identifisering av tidlige tegn på dårlig psykisk helse hos både barn og foreldre, eller risikofaktorer som kan føre til dårlig psykisk helse, slik at målrettede tiltak kan treffes så tidlig som mulig. Dette innebærer å se på faktorer som vold, overgrep, sykdom, mestring av foreldrerollen og foreldrenes psykiske helse, samt familiens sosiale nettverk og situasjon. Det bør være oppmerksomhet på dette fra den gravide kvinnens første besøk hos helsepersonell, og fortsette i hverdagen i barnehagen. Dette vil kreve en tverrfaglig forståelse av hvordan man kan identifisere dårlig psykisk helse, og verktøyene som brukes i dette arbeidet. Det vil være nyttig om alle fagdisipliner bruker de samme kriteriene for sårbarhet og verktøy for å ta tak i problemer.

Og til slutt må familier og barn med dårlig psykisk helse få tilgang til oppfølgingstjenester. Dette forutsetter også at de ulike faginstansene som er involvert, er kjent med tilbudet som finnes for å fremme trivsel og velferd både for barna og familien. Arbeidet bør baseres på familiens behov og en forståelse av kompleksiteten av mulige tiltak.



Finland

Deltakere og fremgangsmåte

Tre nasjonale workshops ble gjennomført i Finland i mai 2021, der hver hadde 11-17 deltakere pluss fasilitatorer og teknikere. Workshopene hadde deltakere med ulik bakgrunn basert på temaene som skulle drøftes, med forskere, utviklere, ledere og ansatte på feltet barne- og familietjenester og i barnehagen, samt folkehelsepsykiatere, jordmødre, leger og psykologer fra mødre- og barnehelseklinikker og spesialiserte helsetjenester.

Deltakerne ble bedt om å forberede seg til workshopen ved å lese relevante deler av situasjonsanalyserapporten. Workshopene ble gjennomført via Teams i mai 2021, og hver av dem varte i fire timer. Programmet ble delt inn i tre faser, som ble rundet av med en diskusjonsrunde der gruppen skisserte forslag til fremtidige prosedyrer. Fasilitatorer og personalet ved Itla bearbeidet deretter utkastet til forslag og sendte det til deltakerne for kommentar. Prosessen for workshopene var som følger:

- SWOT-analyse
- fremtidsvisjon og fordeling av ansvar
- prioriteringer
- en avsluttende diskusjon om de foreslåtte prosedyrene

Deltakerne ble delt opp i to grupper som drøftet det aktuelle temaet i hvert sitt rom. Arbeidet som ble utført i disse gruppene, ble dokumentert via en virtuell tavle i Google Jamboards (<https://jamboard.google.com>). Fasilitatoren og en referent samlet inn dokumentasjonen. Gruppene kom deretter tilbake til fellesrommet for å presentere funnene og delta i den bredere diskusjonen.

Anbefalte tiltak

1. Styrk arbeidet med å sikre god psykisk helse og velvære i svangerskapsomsorgen

Som sterke sider identifiserte SWOT-analysen den solide grunnutdanningen og -opplæringen av personell i svangerskapstjenestene i Finland og de lovbestemte og periodiske helsekontrollene, på grunn av mulighetene de gir for å støtte familien gjennom svangerskapet. Andre styrker som ble nevnt, er tilbudet innen familieveiledning, støtte for tidlig samspill mellom foreldre og barn, screening for risikoer i svangerskapet, bruken av standardiserte skjemaer, det at begge foreldrene hensyntas i svangerskapstjenestene, og at organisasjonene tilbyr lavterskeltjenester. Deltakerne i workshopen anså også det integrerte samarbeidet mellom mødre- og barnehelseklinikkene (neuvola) som en positiv utvikling, fordi det tilrettelegger for preventive besøk med vekt på psykisk helse. SWOT-analysen identifiserte at svangerskapstjenestene for øyeblikket ikke legger tilstrekkelig vekt på de positive effektene god psykisk helse har for barnet og for familien som helhet. Det er et behov for bedre utnyttelse av evidensbasert kunnskap som kan støtte foreldre og sikre mer effektiv koordinering av opplæringen for ulike tiltak og praksiser.

Deltakerne konkluderte med at den rådende oppfatningen i dag er at personalet forventes å koordinere praksisopplæringen, men at dette faktisk er et lederansvar. De identifiserte også et behov for mer effektiv utnyttelse av tverrfaglige tjenester i familiesentrene og hjemmetjenestene. I tillegg konkluderte de med at regionale ulikheter må tas hensyn til.

Når det gjelder identifisering av risikoer, nevnte gruppen muligheten for å åpne for flere besøk på føde- og barselavdelingen, og viste også til HAL-poliklinikkene (narkotika, alkohol og rusmidler), som tilbyr løpende tjenester for familier med rusmiddelproblematikk. Sistnevnte ble nevnt som en modell som kan brukes som referanse for den fremtidige utviklingen av de perinatale psykiske helsetjenestene. Gruppen pekte også på svakheter som høyt gjennomtrekk av personell i svangerskaps og restriktive driftsparametere (f.eks. det sentraliserte avtalesystemet) som ikke støtter opp under tette og løpende relasjoner mellom familier og helsepersonell. I tillegg fant gruppen at navnet «kvinneklinikk» (maternity clinic) kan indikere at oppgaven ikke er på å ivareta hele familiens velferd. Andre svakheter som ble avdekket i SWOT-analysen, dreier seg om behandling for angst, mangel på tjenestekjeder, manglende opplæring hos leger om hvordan de kan styrke arbeidet for psykisk helse, og samarbeidet mellom ulike fagområder, som ble oppfattet som utilstrekkelig i enkelte sektorer (f.eks. mellom sosialtjenestene og helseklinikkene), men også mellom organisasjoner og andre tjenesteleverandører.

Gruppen ga uttrykk for at utviklingsarbeidet bør sette søkelys på temaene seksuell helse, relasjonsspørsmål og det å bruke de eventuelle støttenettverkene familien har. De oppfattet også at arbeidet med å avdekke vold og responsen på dette var utilstrekkelig, og ønsket en styrket innsats på dette feltet. De fant at instruksjonene for identifisering av risikoer ikke alltid var tydelige nok, og identifiserte svakheter som mangel på koordinering av den nevnte kunnskapen og opplæringen. I SWOT-analysen nevnte deltakerne i workshopen også mangelen på kompetent personale, svak ledelse og ressursmangel som trusler mot opplæring og kunnskapstilegnelse. De identifiserte også tematiske trusler knyttet til mangel på traumebevissthet,

begrenset tilgang til psykiatere, vansker med å sette ord på psykiske problemer og å innlemme dette som en del av det rutinemessige arbeidet, samt reduserte ressurser.

Gruppen påpekte at fragmenteringen av finansieringen for den tredje sektoren var særlig bekymringsverdig, i tillegg til strukturelle problemstillinger som lav anerkjennelse av forebyggende arbeid samt at kompetansen i barne- og familietjenestene var mangelfull og ikke spesifikk nok på ledernivå. Det sistnevnte dreide seg om oppfatningen av at det er viktig at ledere har den nødvendige kompetansen på feltet, og gruppen nevnte rekrutteringen av ledere uten slik kompetanse som en spesifikk trussel.

Anbefalinger:

1. Søkelys i svangerskapsomsorgen på hvor viktig god psykisk helse er for barnets velferd og trivsel, og hvordan en positiv foreldrerolle og en god relasjon mellom foreldrene også spiller en nøkkelrolle her.
2. Gi spesifikke instruksjoner til helse- og sosialfaglig personell om hvordan de skal ta opp og formidle hvor viktig god psykisk helse er som et grunnlag for barnets livskvalitet og velferd.
3. Videreutvikle innholdet i de omfattende helsekontrollene og forbedre potensialet til familiesentrene som en lokal tjeneste som tilbyr støtte til familier, f.eks. ved å gjøre dem mer multifunksjonelle.
4. Hjelp lokale og regionale myndigheter som har ansvar for å organisere svangerskapstjenester, med å introdusere kunnskapsstyringssystemer. Rent praktisk innebærer dette å velge kunnskapsbaserte tiltak, opplæring, implementering og oppfølging, som sammen utgjør en sømløs helhet som sikrer at nye metoder tas i bruk i alle sektorer. I tillegg bør det etableres tverrfaglige plattformer for organisering av spesifikk opplæring for ledere i spørsmål knyttet til psykisk helse i svangerskapet.
5. Utvikle nasjonale strukturer og kompetanser som samler sammenlignbare oppfølgingsdata om de kunnskapsbaserte metodene som brukes i svangerskapstjenestene. Disse kompetansene bør være tilgjengelige på både nasjonalt og regionalt nivå, og bør støtte utviklingsarbeidet på feltet.
6. Sikre at de polikliniske tjenestene omfatter tjenester for psykisk helse under svangerskapet, for å garantere at informasjon flyter mellom de ulike involverte partene (f.eks. fødeavdeling, barne- og barsel- og barneavdelinger, sosialfaglige institusjoner), og tilrettelegge for konsultasjon og koordinering mellom de ulike sektorene og nivåene. I tillegg bør regionene og de ulike organisasjonene samarbeide tettere om forskning.

7. Forbedre dokumentasjonen på effektiviteten til det psykososiale arbeidet i svangerskapsomsorg og kommunikasjonen om viktigheten av forebyggende arbeid.
8. Videreutvikle praksisopplæringen og kompetansen med søkelys på å ivareta personalet. Systematisere praksisopplæringen slik at den styrker kompetansen til regionalt og kommunalt ansatte, herunder deres flerkulturelle kompetanser.
9. Etabler en nasjonal (og digital) ressursbank for familieveiledning som omfatter et digitalt støtteprogram for par, tilgjengelig for alle, som støtter foreldrene i foreldrerollen og styrker relasjonene mellom dem.
10. Sørg for at svangerskapstjenestene også tar hensyn til innvirkningen fra covid-19-pandemien. I den post-pandemiske situasjonen er det for eksempel viktig å være bevisst på ventelister og ressursmangler.

2. Styrk arbeidet med foreldrenes mestring av foreldrerollen og sunne foreldre-barn-relasjoner og andre relevante systemer.

SWOT-analysen identifiserte som en svakhet det faktum at disse positive praktiske eksemplene, der møtene med familiene går på tvers av kulturelle bakgrunner, ikke gjenspeiler situasjonen på nasjonalt nivå. Det er ikke alltid tilfellet at begge foreldrene deltar på møtene; foreldre som ikke bor sammen, mottar ikke støtte på lik linje; og tjenestetilbudet knyttet til ammeveiledning er ikke konsistent, noe som fører til ulikheter i støtten som gis for tilknytningsarbeidet mellom foreldre og barn samt foreldrerollen generelt. SWOT-analysen identifiserte også ensomhet og det at mange familier ikke har store sosiale nettverk, som trusler. Gruppen bemerket at mange familier sliter, selv om de ikke viser det offentlig. Tilliten til samfunnet generelt kan også være svakere blant familier med ikke-finsk kulturbakgrunn. Høy fagkompetanse er svært viktig, særlig i møter med familier med voldsproblematikk eller andre problemer. I praksis har det vært mangelfull fremgang i den langsiktige utviklingen og implementeringen av kunnskapsbaserte tiltak for helse- og sosialfaglig personell på dette feltet.

I plenum etter arbeidet i grupper var alle deltakerne enige om behovet for en diskusjon rundt grunnleggende problemstillinger som hvordan man skal gjennomføre de omfattende helseundersøkelsene som er unike for det finske mødre- og barnehelsesystemet, beste praksis for dokumentasjon, hvordan man kan iverksette kunnskapsbaserte tiltak, hvordan man skal støtte foreldre-barn-relasjoner, hvordan man skal støtte ammingen mv. Gruppebaserte støttetjenester (familieveiledning og andre grupper) må styrkes på nasjonalt nivå for å kunne gi et enhetlig tilbud i hele landet, og det må understrekes for familiene at deltakelse i disse gruppene er obligatorisk og krever aktivt engasjement.

Under diskusjonen understreket gruppen at det er særlig viktig å forbedre de perinatale psykiske helsetjenestene er særlig viktig. Mye kunne bli gjort på dette feltet, både under svangerskapet og umiddelbart etter fødselen, hvis tjenesteforløpet for perinatal psykisk helse var bedre organisert.

Anbefalinger:

1. Utvikle utvidede helsekontroller som også tar fedrene med i betraktningen. Utvikle potensialet for at også ikke-biologiske foreldre (f.eks. sosiale foreldre, partnerne til fødeforelderene) kan komme på føde- og barselavdelingen.
2. Gjør større bruk av digitale tjenester på føde- og barselavdelingene som et supplement til hjemmebesøk.
3. Gi helse- og sosialfaglig personell enkel tilgang til dokumentasjon om støttebehovene til hver familie og hvilke typer støtte som finnes for å ta tak i disse behovene. Sørg for at den eksisterende kunnskapen om tiltak og effektiviteten av dem er lett tilgjengelig.
4. Utvikle tjenesteforløp som sikrer at alle foreldre får samme nivå av støtte. Vær spesielt oppmerksom på å sørge for lik støtte for ikke-samboende foreldre. Tilrettelegg for god tilknytning mellom mor og barn, for eksempel ved å fremme amming på de ulike overgangstrinnene.
5. Forbedre prosessene på familiesentrene slik at de muliggjør bedre utnyttelse og integrering av tjenestene (f.eks. målrettet familieveiledning).
6. Forbedre grunn- og videreopplæringen for faglært helse- og sosialpersonell for å kunne danne et bedre bilde av familienes psykososiale behov og forbedre opplæringen de får i kunnskapsbaserte tiltak og bruken av disse.
7. Forbedre prosessene for bruk av forskningsbasert kunnskap og bruk av kunnskapsbaserte tiltak som fremmer psykososial helse på alle nivåer av systemet. I tillegg må det utvikles nye strukturer som garanterer for kvaliteten, bruken og oppfølgingen av f.eks. tiltak og omfattende helseundersøkelser.
8. Innfør et nasjonalt foreldreprogram som tar sikte på å sørge for at implementeringen av lovgivningen og anbefalingene knyttet til et støttesystem for foreldrene faktisk munner ut i god familievelferd i praksis.

3. Identifiser og reager tidlig på risikofaktorer blant spedbarn og småbarn og deres familier

De anbefalte tiltakene for dette temaet er basert på SWOT-analysene for de andre temaene.

Anbefalinger:

1. Sørg for effektiv identifisering av perinatale psykiske problemer, og at behandlings- og tjenesteforløp er tilgjengelige for alle tjenestene som brukes av vordende foreldre og familier med barn under to år.
2. Utvikle tjenestene på føde- og barselavdelingene for familier med behov for ekstra psykososial støtte, der de får tilbud om ytterligere besøk på klinikken i tillegg til standardkontrollene. Antallet besøk bør skreddersys til familiens spesifikke behov. For noen familier er standardkontrollene tilstrekkelig.
3. Forbedre verktøyene for informasjonsinnsamling i sosialsektoren for en planmessig og konsekvent risikoidentifisering og rapportering om behov for perinatal psykososial støtte.
4. Sørg for tydelig dokumentasjon av kanalene for rådgivning, tjenesteforløpene og ansvarsfordelingen i de ulike tjenestene, slik at helse- og sosialfaglig personell er i stand til og føler seg trygge på å handle på risikosituasjoner.
5. Øk omfanget av reflekterende team i alle tjenestene som tilbys vordende foreldre eller familier med barn under to år, for å styrke de ansattes evne og vilje til å ta tak i problemer.
6. Forbedre kompetansen innen håndtering av vold og skader (f.eks. å ta opp temaet, evaluering, støtte) i alle tjenester som besøkes av vordende foreldre eller familier med barn under to år.

4. Støtt arbeidet for god psykisk helse under foreldrepermisjonen og blant de minste barna i barnehagen.

Som sterke sider pekte SWOT-analysen på lengden på foreldrepermisjonen for begge foreldrene, samt universell og tverrfaglig opplæring i barnehagen. Gruppen påpekte at foreldrepermisjonssystemet gjør det mulig for foreldrene å sette søkelyset på barnet, blant annet ved å tilrettelegge for amming. De påpekte også at det er rom for at de aktuelle tjenestene kan nyttiggjøre seg utviklings- og forskningsbasert kunnskap på en bedre måte. I tillegg drøftet gruppen barnehagedekningen og om det er regional likhet i tilbudet, og identifiserte mangler på begge områdene. SWOT-analysen identifiserte også det at foreldrepermisjon ikke alltid er gunstig i et sysselsettingsperspektiv, som en svakhet i systemet.

Gruppen drøftet også utdanningen, opplæringen og kompetansen til personell som jobber i barnehagen, fra en rekke vinkler. De påpekte at ansatte som jobber i barnehagen, trenger opplæring i konkrete situasjoner av ulik art, som hvordan de skal forholde seg til ulike typer familier (f.eks. med ikke-finsk bakgrunn) og familiesituasjoner (f.eks. skilsmisse, sorg mv.) i tillegg til emner knyttet til ernæring og amming. De identifiserte også en svakhet i måtene barnehagepersonell gir informasjon til «fjernforelderen», fosterforeldre og biologiske foreldre eller sosiale foreldre på, for å sørge for at alle får informasjonen de trenger. De påpekte at alle foreldre, uansett bakgrunn, bør føle seg velkomne i barnehagen, og identifiserte mangelen på støtte for kompetanseutvikling for å håndtere familier med ikke-finsk bakgrunn som en trussel. I et familieperspektiv dreide diskusjonen om hva som skjer med ammingen hvis mammapermisjonen avsluttes før ammingen er avsluttet, og mor returnerer til arbeidet – særlig hvis arbeidsplassen ikke er forberedt på dette. Fallende fødselsrater og regional ulikhet ble identifisert som trusler mot tilgangen til barnehagetjenester av høy kvalitet. Potensialet for svensktalende eller tospråklige familier som skaffer seg barnehageplass i en svenskspråklig barnehage nær hjemmet, er ennå ikke fullt ut realisert, til tross for at svensk er det andre offisielle språket i Finland. Dette gjør det vanskelig for foreldrene i svensktalende familier å returnere til arbeidet, og betyr også at barnet får færre muligheter til å forbedre språkferdighetene/tospråkligheten, som igjen kan begrense barnets potensial i skolen, nettverk osv. Diskusjonen berørte også den kommende foreldrepermisjonsreformen, der forhåndsbestemte kvoter kan føre til problemer.

Anbefalinger:

1. Sikre adekvat og kompetent bemanning i barnehagen, for eksempel ved å sørge for god grunnleggende utdanning og opplæring av personell, som sørger for at attraktiviteten til yrket opprettholdes, og fremmer engasjement for tjenesten.
2. Gi praksisopplæring med elementer fra ulike fagfelt, for faglært personell som jobber med barn under to år.
3. Garantere for adekvat praksisopplæring for personell som jobber i barnehagene, slik at de er rustet til å håndtere alle typer familier (f.eks. aleneforeldre, familier med ulik kulturell bakgrunn, fosterfamilier der barnet bor deler av tiden hos sin biologiske familie, familier med en sosial forelder eller «fjernforelder», og familier som vil fortsette med amming etter overgangen til barnehagen). I tillegg må praksisopplæringen omfatte hvordan man håndterer ulikheter som springer ut av barnas ulike bakgrunner.
4. Ivareta de ansatte i barnehagene ved å gi dem god nok praksisopplæring og tilstrekkelige ressurser til å heve kompetansen til både ansatte og lederne.
5. Gjør overgangen fra foreldrepermisjon til barnet begynner i barnehagen lettere, både i selve barnehagesystemet og på arbeidsplassen, ved å gi konkret støtte til både barna og foreldrene deres. I tillegg bør saksbehandlingen for barnehagene forbedres.
6. Utvikle et kvalitetssikringssystem som garanterer samme kvalitetsnivå i barnehagetjenestene fra samtlige aktører i både offentlig og privat sektor, slik at barna får like muligheter med hensyn til deres psykososiale utvikling.
7. Tilrettelegg for måter å kombinere jobb og foreldrepermisjon på i den kommende foreldrepermisjonsreformen som fremmer barnas psykososiale velferd og gjør det mulig for foreldre å kombinere jobb og familie, f.eks. ved å sørge for ammepauser og lagringsmuligheter for melk på arbeidsplassen og i barnehagen.
8. Etabler og gjennomfør et tverrfaglig forsknings- og utviklingsprosjekt som tar for seg kravene for og effektene av støtten som gis til foreldre med små barn, og oppmuntre til tverrfaglig samarbeid om den psykososiale velferden til barn og familiene deres.

9. Etabler strukturer og prosesser som garanterer at ressurser øremerkes for evaluering og videreutvikling av prosjekter og forskning som omhandler psykososial støtte til barn og deres familier. Det er også behov for en prosess som legger til rette for implementering av de psykososiale tiltakene som vurderes som effektive i evalueringsprosessen, og forankrer dem i barnehagene og andre tjenester som støtter foreldrene i foreldrerollen og ivaretar barnas psykososiale velferd.

 10. Sørg for pedagogiske tjenester i barnehagene som er skreddersydd hvert barns individuelle behov.
-



Island

Deltakere og fremgangsmåte

Den islandske workshopen ble holdt i slutten av februar 2021. Fagfolk fra svangerskapsomsorgen, helsestasjonstjenesten, psykiske helsetjeneste, barnevern, akademia, førskolen og barnehagene ble invitert til å delta på en workshop på nettet med sikte på å gjennomgå resultatene fra prosjektet «Barnets første 1000 dager i Norden»: En situasjonsanalyse», og å foreslå reformer. Workshopen varte i én dag og var delt inn i to økter. Den første besto av en presentasjon av «Barnets første 1000 dager»-prosjektet, målsetningene for dette og resultatene så langt. I den andre økten gikk deltakerne sammen i grupper der de drøftet og formulerte forslag til videre tiltak på Island.

Deltakerne ble delt inn i fire grupper basert på fagområdet deres. Hver av gruppene tok for seg et av prosjektets hovedområder: 1) trivsel og velvære i svangerskapet og forberedelsene til foreldrerollen, 2) mestring av foreldrerollen og positive foreldre-barn-relasjoner, 3) identifisering av og tiltak for tidlige risikofaktorer, og 4) god psykisk helse og trivsel blant de minste barna i barnehagen.

De 6-8 deltakerne i hver gruppe gjennomgikk resultatene av situasjonsanalyse-rapporten, og på grunnlag av sin kompetanse og erfaring kartla de de viktigste styrkene, svakhetene, mulighetene og truslene på Island (SWOT-analyse) med hensyn til gruppens temaområde. De skisserte deretter forslag til hvordan man kan ivareta velferden til barnet og familien i løpet av barnets første leveår.

I mai 2021 ble det holdt et åpent rådgivende symposium for alle interesserte i landet. Symposiet ble annonsert i sosiale medier, og invitasjoner ble sendt til de viktigste fagorganisasjonene og institusjonene som er involvert i arbeidet med å ivareta barna og foreldrene i svangerskapet og i den tidlige barndommen. Prosjektet og resultatene fra den nasjonale workshopen ble presentert på symposiet, og deltakerne drøftet forslagene som ble anbefalt av arbeidsgruppene.

Anbefalte tiltak

God psykisk helse under svangerskapet og forberedelser til foreldrerollen

1. Kjør forberedende kurs for alle vordende foreldre i svangerskapsomsorg.
2. Oppfordre det islandske utviklingscenteret for primærhelsetjenesten (DCPHI) om å utarbeide en strategiplan og metodikk for å jobbe med psykisk helse under svangerskapet og i barnets første leveår i primærhelsetjenesten.
3. Øk antallet jordmødre i svangerskapsomsorg slik at hver jordmor følger opp færre familier, hver familie får mer tid med jordmor, og svangerskapsomsorg kan håndtere flere oppgaver.
4. Tilrettelegg for diskusjon og styrk formidlingen av informasjon til vordende foreldre om psykisk helse og velferd i svangerskapet, og etabler en formell prosedyre for å sikre at alle vordende foreldre får slik veiledning og opplæring i svangerskapet.
5. Styrk kunnskapene om kulturell kommunikasjon og kulturelle ferdigheter blant ansatte i svangerskapsomsorg. Sørg for at alt av informasjon, kurs og instruksjoner er tilgjengelig på de viktigste språkene som snakkes på Island.
6. Øk antallet spesialiserte fagfolk i DCPHI som har kompetanse på problemstillinger rundt psykisk helse blant vordende foreldre, nybakte foreldre og spedbarn, samt kompetanse på foreldre av ikke-islandsk opprinnelse.
7. Styrk fagkunnskapen og ferdighetene blant jordmødre, f.eks. ved å tilby obligatoriske kurs i hvordan man skal ivareta vordende foreldre med psykiske vansker og identifisere behovet for ytterligere støtte og tjenester, tilby regelmessig faglig veiledning fra psykisk helsepersonell til jordmødre, og sørg for at foreldrestøtte inngår i både den grunnleggende og videregående opplæringen av jordmødre.
8. Styrk kontinuiteten og samarbeidet mellom svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten, og utforsk mulighetene for å innpasse dem i ett felles system.
9. Oppmuntre til tettere tverrfaglig samarbeid og større tillit mellom helsepersonell, f.eks. med felles planleggingsdager, samarbeidsprosjekter og kurs i tverrfaglig samarbeid.
10. Oppmuntre til forskning på barnets 1000 første dager, svangerskapsomsorg og effekten av tiltak.

Mestring av foreldrerollen og positive foreldre-barn-relasjoner

1. Forbedre fagkunnskapen og ferdighetene i primærhelsetjenesten for å fremme samarbeid og sørge for at de fleste problemer kan løses i primærhelsetjenesten uten henvisning til andre tjenester.
2. Sørg for mer faglig opplæring og ressurser (f.eks. tid) for å sikre at helsepersonell kan ivareta behovene til hver familie på en god måte, gi informasjon og veiledning og tilby positive tiltak, for eksempel rekreasjonstilbud og andre ressurser. Etabler et profesjonelt verktøysett med konstruktive tilnærminger som hjelper foreldre til å ivareta sin egen psykiske helse.
3. Gjennomfør koordinert screening i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten hos begge foreldrene ved hjelp av kunnskapsbaserte vurderingsverktøy. Gi spesifikk opplæring for jordmødre og sykepleiere i bruk av screeningverktøy og resultatene fra disse, f.eks. knyttet til hvordan man kan ta opp og snakke med foreldrene om vanskelige problemstillinger.
4. Utarbeid kurs om mestring av foreldrerollen, pedagogisk materiale på nettet og digitale løsninger for å nå ut til unge foreldre. Etabler foreldregrupper basert på foreldrenes behov og ønsker, f.eks. felles foreldregrupper eller separate grupper for mor og far.
5. Iverksett praktiske løsninger for å eliminere ventelister for bestemte tjenester.
6. Distribuer standardisert undervisningsmateriell og informasjon til foreldre i helsestasjonstjenesten om psykisk helse hos spedbarn, foreldrerollen, effektene av helseskadelig stress mv.
7. Tilrettelegg for mer tverrfaglig samarbeid innenfor og mellom institusjoner. Dra nytte av teamarbeid på en bedre og mer direkte måte, og forbedre samarbeidet med andre systemer, som barnehager og sosialtjenestene.
8. Forbedre tjenestene og støttefunksjonene for sårbare grupper på deres egne premisser, f.eks. foreldre med funksjonshemninger, foreldre med ikke-islandsk opprinnelse, unge foreldre osv.
9. Etabler lokale «familiehus» eller familiesentre der alle de grunnleggende tjenestene er tilgjengelige under ett tak, og der oppmerksomheten er på tverrfaglige, familieorienterte lavterskeltjenester.

Identifiser og handle ved oppdagelse av tidlige risikofaktorer hos barn og familier

1. Vedta ny lovgivning om implementering av tjenester som skal ivareta barnas velferd²⁰, innfør forskrifter som tydeliggjør ansvaret for alle relevante institusjoner, og sørg for finansiering, profesjonell oppfølging og støtte for en planmessig utbredelse på landsbasis.
2. Knytt svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten sammen for å tilrettelegge for utveksling av informasjon og sikre kontinuitet i alle tjenestene for barn og voksne, fra svangerskapet og gjennom barnets første leveår.
3. Forbedre screeningen i svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten slik at den dekker alle de viktigste risikofaktorene for begge foreldrene. Skaff oversettelser og kulturelle tilpasninger av anerkjente vurderingsverktøy for å screene etter risikofaktorer som alkohol- og narkotikamisbruk, vold og parproblemer. På grunnlag av screeningsresultatene bør risikofaktorer flagges i det digitale journalsystemet for å sikre at egnede tiltak treffes.
4. Etabler en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til etablering av familiesentre eller «familiens hus» på linje med tilbudet i mange av de andre landene i Norden, der alle de grunnleggende tjenestene for barn og familier er samlet under ett tak, f.eks. svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten, skoletjenester, skolehelsetjenester, sosialtjenester og familierådgivning.
5. Etabler et mottak eller hjem for familier eller vordende foreldre i utsatte omstendigheter, etter inspirasjon fra de danske familieklinikkene, med definerte prosedyrer og ansvar for langsiktig, tverrfaglig oppfølging av barn som er i en utsatt posisjon som følge av f.eks. alkohol- eller rusmiddelmisbruk hos foreldrene.
6. Etablere formelle bånd og samarbeid mellom helsestasjonstjenesten og barnehagene.
7. Forbedre definisjonen av prosedyrer og ansvar for varsling av barnevernet i svangerskapsomsorg, helsestasjonstjenesten og barnehagene.
8. Definer oppfølgingen av juridiske endringer i hvordan barn som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom eller rusmiddelmisbruk, og gjennomfør rutinemessige tilsyn med disse problemstillingene i alle institusjoner som ivaretar barn og foreldre.
9. Gjennomfør en behovs- og barriereanalyse om eliminering av interne og eksterne ventelister i tjenestene for barn og familier, og utarbeid en tydelig og realistisk, langsiktig plan – med øremerkede ressurser – for å løse problemet.

20. I tiden etter at den islandske nasjonale workshopen ble arrangert, har det foreslåtte lovforslaget om integrering av tjenester for å ivareta barnas velferd blitt vedtatt som ny lovgivning i det islandske parlamentet. Loven krever at det skal iverksettes strukturelle reformer for å fremme et systematisk samarbeid mellom sektorer som leverer tjenester rettet mot barn og familier, som helsetjenester, sosialtjenester, utdanning og barnevernstjenester.

Styrk arbeidet med god psykisk helse hos de minste barna i barnehagen

1. Forny og oppdater lover og forskrifter som omhandler barnehageaktiviteter for de minste barna, med søkelys på barnas velferd og trivsel, f.eks. ved å fastsette alderskriterier for maksimalt antall barn per ansatt, definere et minimumskrav for størrelsen på og egenskapene ved utendørs- og innendørsarealene i barnehagen, definere krav til opplæring og videreutdanning hos barnehagepersonell og gjøre hjemme-barnehager underlagt det islandske utdannings- og kulturdepartementet.
2. Treff tiltak for å skape et genuint barnevennlig samfunn, for eksempel ved å sørge for kortere arbeidsdager for barn og foreldre, forlenge foreldrepermisjonen til 18 måneder, garantere barnehageplass på slutten av foreldrepermisjonen (for dem som ønsker det), samt øke foreldrestønadene.
3. Evaluer muligheten for å tilby ekstra stønad til foreldre som ønsker å bli hjemme lenger – på hel- eller deltid – med barna sine etter foreldrepermisjon.
4. Etabler familiesentre som et tverrfaglig forum for helsetjenester, sosialtjenester, barnevernstjenester, spørsmål rundt funksjonshemninger samt skole- og barnehagespørsmål.
5. Gi støtte til barnehageansatte som har utdanningen, følsomheten og motivasjonen som kreves for å jobbe med små barn, f.eks. ved å tilby høyere lønn, gjøre arbeidsmiljøet mer attraktivt og introdusere tiltak for å redusere arbeidsmengden, f.eks. ved å fastsette et maksimalt antall barn per ansatt og tilby mer fleksible valgmuligheter for hvor lenge barna skal være i barnehagen hver dag.
6. Utarbeid en nasjonal læreplan for barn under to år, eller gjør det til et offisielt krav at alle barnehager som tar inn barn under to år, skal utarbeide en læreplan for denne aldersgruppen.
7. Tilrettelegg for å skape miljøer som stimulerer til utvikling, lekenhet og trivsel hos små barn, både utendørs og innendørs, i barnehagen og i hjemme-barnehager.
8. Organiser hjemme-barnehagetjenester etter dansk modell, f.eks. der barnehagepersonalet er ansatt av kommunen og jobber under veiledning av førskolelærere, i samsvar med den gjeldende læreplanen for de minste barna.

Oppsummering av anbefalinger:

1. Forbedre koordineringen og samarbeidet innen svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten

- Etabler tettere forbindelser mellom svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten for å sikre kontinuitet i tjenestene fra svangerskapet og barnets første leveår, tilrettelegge for informasjonsutveksling og sørge for at det jobbes systematisk med familier i risikogrupper før og etter fødselen.

2. Forbedre støtten til foreldre og forberedelsene til foreldrerollen

- Gjennomfør foreldreforberedende kurs, både på nettet via den nasjonale netthuben Heilsuvera.is, og via lokale kurs med søkelys på endringer i foreldrenes trivsel og atferd i kjølvannet av en fødsel, herunder forholdet mellom foreldrene, de utviklingsmessige, psykiske og følelsesmessige behovene hos små barn, positive foreldre-barn-relasjoner, effekten av skadelig stress og barndomstraumer mv.
- Etabler pilotprosjekter om særskilte foreldregrupper i svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten som en tilleggstjeneste for å forbedre foreldrenes sosiale nettverk og gi en plattform for støtte fra fagfolk og andre i samme situasjon.
- Sørg for lavterskeltilbud for foreldre- og familierådgivning i primærhelsetjenesten eller sosialtjenestene, som foreldrene kan kontakte ved behov.
- Gjør bedre bruk av teknologi for å nå ut til foreldre, f.eks. med nettbaserte kurs, digitalt opplæringsmateriell, videoer og podkaster.

3. Jobb systematisk for et barnevennlig samfunn

- Øk bevisstheten og kunnskapen om betydningen av barnets første leveår.
- Skap større respekt for viktigheten av foreldrerollen.
- Utvid foreldrepermisjonen.
- Definer ansvaret regjeringen, kommunene og næringslivet har når det gjelder å prioritere barns interesser.
- Støtt tiltak som lar foreldre og barn tilbringe mer tid sammen i barnets første leveår, f.eks. lovfestet kortere arbeidsuke for foreldre med små barn.
- Reduser antall timer per dag som barna tilbringer i barnehagen.

4. Inkluder begge foreldre i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten

- Reorganiser svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten slik at begge foreldrene blir fullt inkludert i tjenesten, og det også tas hensyn til ikke-fødeforeldre.
- Sørg for at det brukes nok tid på samtaler med begge foreldrene om endringene som venter, inkludert når det gjelder forholdet dem imellom (uavhengig av om de er et par eller ikke) osv.

5. Forbedre de grunnleggende tjenestene for vordende og nybakte foreldre

- Gjør en vurdering av hvor mange det er ønskelig og realistisk for hver enkelt jordmor og sykepleier å ha ansvaret for i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten, og etabler faglige standarder for dette som helseinstitusjonene pålegges å følge.
- Legge større vekt på kurs, karriereutvikling og veiledning for helsepersonell som gjør dem i stand til å håndtere de fleste problemstillingene de møter i grunntjenestene, i stedet for å måtte henvise foreldre og barn videre i systemet.
- Styrk kunnskapen om psykisk helse hos spedbarn blant helsepersonell som jobber med barn og foreldre.
- Styrk det tverrfaglige samarbeidet, koordinerte arbeidsprosedyrer og tilliten mellom ulike fagområder gjennom tiltak som felles planleggingsdager, samarbeidsprosjekter og medarbeiderkurs, slik at barn og foreldre kan dra nytte av mangfoldet i fagkunnskap.

6. Mer målrettet screening for risikofaktorer under svangerskapet og barnets første leveår

- Gjennomgå screeningprosedyrene for risikofaktorer i svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten, og sørg for at de omfatter definerte og nivådelte post-screening-prosedyrer og tar for seg alle de viktigste risikofaktorene for begge foreldrene.
- Oversett og lokaliser kunnskapsbaserte vurderingsverktøy for å screene for alkohol- og narkotikabruk, vold, vansker i forholdet og tilknytningen mellom foreldre og barn.
- Flagg risikofaktorer i digitale journalsystemer for å sikre at foreldrene får riktig oppfølging, basert på screeningsresultatene og i samsvar med kliniske retningslinjer.

7. Forbedre tjenestene for sårbare og marginaliserte grupper

- Sørg for at all informasjon og alt opplæringsmaterieil for foreldre (både på nettsidene for primærhelsetjenesten og netthubene Heilsuvera.is) oversettes til de viktigste språkene som snakkes i landet.
- Tilby kurs for helsepersonell om kulturell kompetanse og de sosiale helsedeterminantene. Sørg for at både fagfolk og representanter for marginaliserte grupper er involvert i utviklingen av disse kursene.
- Lanser en tjeneste etter mønster fra familiepoliklinikkene for sårbare foreldre i Danmark, med definerte prosedyrer og ansvarsområder for langsiktig oppfølging av utsatte barn f.eks. som følge av psykiske problemer eller alkohol- eller rusmiddelmisbruk hos foreldrene.
- Etabler et mottak for vordende og nybakte foreldre som er i sårbare omstendigheter som følge av alvorlige psykiske eller rusmiddelrelaterte problemer.

8. Styrk det tverrsektorielle samarbeidet til fordel for barn og foreldre

- Vedta ny lovgivning om implementering av tjenester for barns velferd, og utarbeid en tydelig implementeringsplan med øremerkede ressurser, faglig støtte og systematisk oppfølging over hele landet. Definer det praktiske ansvaret for alle institusjoner og servicesystemer. Kartlegg eksisterende systemer ut fra dette, slik at det ikke finnes gråsoner, uklare prosesser eller usikkerheter rundt prosedyrene og oppfølgingen.
- Implementer prosedyrer for alle institusjoner i tråd med nye juridiske endringer knyttet til barn med foreldre som sliter med alvorlig psykisk sykdom eller misbruksproblematikk, og definer rollen til ansvarlige aktører i hver enkelt institusjon som har myndighet og ressurser til å følge opp disse sakene.
- Evaluer mulighetene for å etablere et formelt samarbeid mellom barnehagene og helsestasjonstjenesten.
- Se på muligheten for å etablere familiehus eller andre tverrfaglige lavterskeltilbud i familienes nærmiljøer der foreldrene kan få støtte, opplæring, utdanning og rådgivning under ett og samme tak.

9. Styrk effektiviteten og kvaliteten på tjenestene for små barn og foreldrene deres

- Gjennomfør en behovs- og barriereanalyse av potensialet for å eliminere interne og eksterne ventelister i systemet for barn og familier, og utarbeid en realistisk, langsiktig plan med øremerkede ressurser for å bryte ned barrierene som identifiseres.
- Sørg for økt finansiering, arbeidskraft og ressurser for alle systemer som er rettet mot små barn og foreldre, med sikte på å rekruttere flere fagfolk og redusere arbeidsmengdene og gjennomtrekk av ansatte.
- Styrk teamene som jobber med psykisk helse for familier, og videreutvikle de tverrfaglige teamene for psykisk helse i helsevesenet slik at de også når ut til barn, og er tilgjengelige på landsbasis.

10. Forbedre formidling av informasjon, registrering av informasjon og kvalitetskontroller

- Etabler tydeligere arbeids- og oppfølgingsprosedyrer for å sikre at opplysningene fra hjemme-jordmortjenestene formidles til helsestasjonstjenesten.
- Forbedre overvåkingen av at kliniske retningslinjer og beste praksiser etterleves i arbeidet med små barn og foreldrene deres.
- Oppdater de kliniske retningslinjene for svangerskapsomsorg hyppigere.
- Anvend digitale journalsystemer på en bedre måte for å sikre oppfølging og høy kvalitet på tjenestene, f.eks. ved å kunne krysse av for at foreldrene har mottatt nødvendig informasjon, at det er screenet for visse risikofaktorer, og at resultatene er fulgt opp i tråd med standard prosedyrer mv.

- Gi helsepersonell større tilgang til informasjon om klienter i og mellom ulike systemer når det anses som nødvendig for å ivareta barnas og foreldrenes velferd.
 - Øk antallet interne og eksterne evalueringer og støtten som gis til pedagogisk arbeid i barnehagene.
-



Norge

Deltakere og metode

Den norske workshopen ble avholdt 4. juni 2021. Den samlet et bredt spekter av representanter fra den offentlig sektor koblet til graviditet, svangerskapsomsorg og små barn i alderen 0–2 år. Mange av deltakerne representerte faginstusjoner og fagområder. Helsearbeidere fra relevante sektorer var også til stede, men dessverre ikke så mange som forventet. I løpet av workshopen ble sju tverrfaglige grupper med 3–6 deltakere hver bedt om å utarbeide fem konkrete løsninger på hvert sitt tema. Det ble strukturert gruppeoppgaver rundt de gitte temaene, med spørsmål om alt fra hvordan bestemte utfordringer skal løses, til mer generelle spørsmål om selve temaet. Sammendraget fra den norske workshopen er basert på gruppeoppgavene og analyser av diskusjonene og løsningene som ble skissert, for å presentere en felles stemme om de ulike temaene som ble drøftet på workshopen. For å finne riktige interessenter og fremme forståelse for prosjektet, ble det laget en film som beskrev bakgrunn, mål og funnene fra situasjonsanalysen. Filmen var tilgjengelig som vedlegg til invitasjonen for å skape en større interesse og motivasjon for deltagelse

Anbefalte tiltak

De følgende overordnede temaene utkrystalliserte seg som hovedområder:

- **Ta større hensyn til begge foreldrenes synspunkter i oppfølgingen i sped- og småbarnsfasen**

For flertallet av familier er det å få barn et felles prosjekt som involverer begge foreldrene. I dag blir imidlertid partneren ikke aktivt involvert i oppfølgingen. Vi tror at dersom partnerne også får mulighet til å delta i samtaler om sin egen oppvekst og psykiske helse, vil de også bli mer mottagelige for veiledning som forbereder dem på foreldrerollen.

Gruppen anså det som avgjørende at partneren blir sidestilt med moren, ved å inkludere begge i informasjonen som sendes fra helsestasjonen, påpeke deres juridiske rett til foreldrepermisjon, ansette flere menn i helsetjenestene og støtte ny forskning på partnerens rolle når det gjelder perinatal helse.

- **Styrk fagkompetansen**

Det er et generelt behov for en kompetanseheving hos helsepersonell for å tematisere psykisk helse under svangerskapet og mulighetene for å samarbeide med kolleger fra andre fagområder. Dette er et problem i det daglige arbeidet på feltet og i de eksisterende opplæring- og utdanningsprogrammene. Helsetjenesten må jobbe aktivt for å beholde og videreutvikle ekspertisen i tjenesten. Ugunstige arbeidsforhold og for stort arbeidspress har medført høy turnover. Personell med lang erfaring og god kompetanse velger seg vekk fra tjenesten og erstattes med mindre kvalifisert personell. Ansatte kjenner og nyttiggjør seg i for liten grad av generell kompetanse og tiltak som finnes i andre institusjoner og tjenester. Begrensninger i henvisningsrett til andre tjenester begrenser og problematiserer det ytterligere.

- **Bedre modeller for samarbeid mellom institusjoner**

Det er presserende utfordringer med siloer i og mellom institusjoner, som hindrer sårbare barn å motta hjelpen de har behov for i en tidlig fase. På kommunalt nivå er det behov for bedre samarbeidsarenaer mellom disse institusjonene, ettersom en rekke aktører er involvert – sosialfaglige tjenester, barnehagene, helsestasjonene, fysioterapi, barnevernet mv. Som et generelt tiltak er det behov for å revurdere, sammenstille og tydeliggjøre ansvarsforholdet i kunnskapsformidlingen på ulike fagområder som er involvert.

Følgende tiltak ble foreslått som prosjektets hovedtemaer:

Styrk arbeidet med god psykisk helse og velferd i svangerskapsomsorgen

1. Etabler et tverrfaglig, validert kartleggingsverktøy for psykisk helse under svangerskapet for begge foreldrene

Det er et behov for et validert verktøy som treffer hele familien. Verktøyet bør kunne

3. Modeller som sikrer gode overganger, behandling og oppfølging av familier

Helsepersonell har behov for bedre sammenheng mellom tjenestene og løsningene på alle nivåer, og det er svært viktig at alle relevante parter er klar over dette behovet. Vi foreslår at det skal stilles større krav til brukermedvirkning i utviklingen av tjenester for både foreldre og barn. Vi ser også behovet for større kontinuitet i møtet med helsepersonell, da dette vil styrke relasjonen over tid og gjøre de ansatte bedre i stand til å følge med på familiens helse og utvikling.

4. Nasjonalt screeningprogram for mødre og deres partnere

En kartlegging av begge foreldrenes psykiske helse vil kunne forebygge en rekke ulike problemer. Vi ønsker også tydeligere nasjonale retningslinjer og veiledere som kan forklare hvilke metoder og løsninger som er tilgjengelige og anbefalt. Et eksempel på dette er om det kunne vært en forflytning i oppmerksomhet, fra hvilke metoder/verktøy man kan bruke, til hvilke metoder man bør bruke.

Kunnskapsbaserte tjenester bør være tilgjengelige både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Identifiser og responder ved oppdagelse av tidlige risikofaktorer blant sped- og småbarn og familier

1. Pålegg en opprettelse av Sped- og småbarnsenhet i BUP

En obligatorisk Sped- og småbarnsenhet i BUP vil gjøre det enklere å levere tjenester til gravide, familier og foreldre til små barn, det kan tilrettelegge for veiledning i andre familierettede tjenester. Selv om slike enheter eksisterer, er de ikke tilgjengelige over hele landet, og noen av dem er i ferd med å bli nedlagt. Småbarnsenhetene utgjør en viktig ressurs, de bidrar til å kartlegge foreldrenes behov og supplerer det eksisterende tiltaksapparatet med spesialisert kompetanse til foreldre som trenger hjelp.

2. Nasjonal plan/rapport/utredning

Formålet med rapporten er å utarbeide en nasjonal plan og føringer for psykiatri og psykisk helse, og sikre de nødvendige ressursene. Dette vil gi et helhetlig tjenestetilbud, kontinuitet og forbedringer i familienes psykiske helse. Det vil også gjøre det enklere å kartlegge og evaluere tiltak som treffes, og identifisere mangler i helsevesenet generelt. Dette igjen vil gi helsepersonell en bedre forståelse av og oversikt over tjenestene som tilbys, og til syvende og sist forbedre kommunikasjonen med foreldrene og deres opplevelse av å bruke disse tjenestene.

3. Psykisk helse og oppfølging av foreldre

Helsetjenestene setter ikke av nok tid i konsultasjoner med vordende og nybakte foreldre, noe som resulterer i at de ofte henvises til annet personell. Foreldrene oppsøker ulike tjenester og det tar tid både for dem og personalet som er involvert. Dette er særlig problematisk når det dreier seg om psykisk helse, og illustrerer behovet for bedre koordinering mellom den kommunale- helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bedre samhandling vil muliggjøre bruk av nasjonal kunnskapsbasert screening, særlig delen som er rettet mot å avdekke depresjon hos foreldrene.

4. Styrk «Barnets 1000 første dager»-prosjektet

Prosjektet «Barnets 1000 første dager»-prosjektet må gjøres tilgjengelig og brukervennlig, ved å øke kjennskapen til tiltaket hos både familier og helsepersonell. Gruppen kom med følgende konkrete forslag:

- Lag informasjonskampanjer for foreldre, helsepersonell og foreldrerettede tjenester.
- Søk om forskningsmidler til å følge-evaluere tiltak knyttet til prosjekt «barnets 1000 første dager».
- Etabler ett felles telefonnummer, en app eller et nettsted («én vei inn») der foreldrene kan komme i kontakt med rett tjeneste og riktig personell.
- «Barnets første 1000 dager»-team bør være tilgjengelig i alle kommuner som et likeverdig satsningstiltak med lett tilgjengelighet. Teamet skal også sikre kompetanseheving særlig hos de mindre kommunene – ikke som erstatning for de nåværende førstelinjetjenestene, men som en støtteenhet som kan sikre samarbeid mellom de ulike tjenestene for familier med behov for hjelp.

Styrk arbeidet for psykisk helse blant de minste barna i barnehagen

1. Forbedre overgangen fra hjemmet til barnehagen

Å hjelpe foreldre tilvenne barnet start i barnehagen kan gi barnet gode opplevelser. Dette har også en effekt på lang sikt, ettersom positive overganger på et tidlig tidspunkt i livet kan bidra til å forme holdningene våre til endringer senere i livet. I tillegg kan samarbeidet mellom barnehage og foreldre sannsynligvis bedres hvis det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til tilvenningsprosessen.

Grunnlaget for en god tilvenningsprosess bør legges i god tid før barnet starter i barnehagen – ideelt fra øyeblikket man får tildelt barnehageplass. Foreldre og barn kan for eksempel bli invitert til å besøke barnehagen i forkant, under foreldrepermisjonen. Da kan barna få hilse på personalet og bli kjent med de nye omgivelsene. Det er også viktig å ikke generalisere ett- og toåringer, i dette bildet.

2. Godt samarbeid mellom foreldrene

Godt samarbeid mellom foreldrene er viktig hvis barna deres skal oppleve barnehageoppholdet som givende og meningsfylt. Det gjør det også mye lettere for foreldrene å ta opp saker med hverandre og med barnehagepersonalet om det oppstår problemer eller spørsmål.

Dette forutsetter at barnehagepersonalet er aktivt engasjert å tilrettelegger for samarbeid og tillitt. Personalet bør sørge for at alle foreldre – uavhengig av sosial status og kulturell bakgrunn – kan delta og melde fra om det de har på hjertet. Selv om det har vært gjort noe forskning på foreldrenes perspektiver på tiden i barnehagen og samarbeidet med personalet, er det fortsatt behov for ytterligere forskning.

3. Forbedret kunnskap om signaler og risikofaktorer

Det er viktig å styrke kompetansen hos barnehagepersonell slik at det tidlig kan identifiseres og iverksettes nødvendige. Dette kan forebygge uønsket utvikling hos barna og hindre at problemer øker og blir mer alvorlige.



Sverige

Deltakere og fremgangsmåte

Folkhälsomyndigheten (Sverige) har i samråd med prosjektets eksterne referansegruppe pekt ut relevante organisasjoner og invitert nøkkelrepresentanter fra disse til å delta på workshopene. Totalt 35 representanter ble rekruttert fra faglige nettverk på de relevante områdene (svangerskapsomsorgen (mödrahälsovården), helsestasjonene (barnhälsovården), barnehagen, offentlige etater, tilstøtende forskningsfelt og Sveriges nasjonale system for kunnskapsstyring. Som utgangspunkt for diskusjonen ble alle deltakerne bedt om å lese den nevnte situasjonsanalyserapporten som kartlegger styrker og utfordringer i de nordiske landene. De fikk også muligheten til å lytte til en online-presentasjon av resultatene fra prosjektets andre rapport om forskningsgjennomganger som beskriver forsknings kvaliteten på psykososiale tiltak og tester. En av forfatterne av rapporten presenterte funnene. På starten av hver workshop oppsummerte fasilitatoren fra det Folkhälsomyndigheten hovedresultatene.

Folkhälsomyndigheten valgte å bruke en SWOT-analyse etter anbefaling fra prosjektgruppen for workshopene. De valgte også å arrangere fire workshops – ett for hvert prosjektområde. På slutten av hver workshop ble gruppen bedt om å legge frem og prioritere forslag til tiltak.

Workshopene ble gjennomført på nettet, via Zoom, og hadde en varighet på rundt fire timer. Mellom åtte og ti personer deltok på hver av workshopene, som ble ledet av en fasilitator fra Folkhälsomyndigheten, og en referent som tok notater for å dokumentere det de kom frem til. Notatene er distribuert til deltakerne for kommentering. Deltakerne ble også bedt om å komme med innspill på hvilke av tiltakene de anså som mest relevante, og hva de tenkte ville vært enkelt eller vanskelig å endre. Basert på disse tilbakemeldingene har Folkhälsomyndigheten fortsatt arbeidet med dokumentasjonen, med søkelys på hvordan de best kan sikre lik tilgang til støttetjenestene, og har samlet ti forslag for hvert område som de anser som viktige for å kunne få gjennom endringer.

Anbefalte tiltak

Styrk arbeidet for å fremme god psykisk helse og velferd blant gravide kvinner i svangerskapsomsorgen

1. Utarbeid bindende nasjonale retningslinjer for tiltak og aktiviteter i svangerskapsomsorgen med sikte på å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske problemer i svangerskapet og etter fødselen.
2. Definer en formåls erklæring for den ikke-fødende forelderen som en del av de bindende nasjonale retningslinjene for psykisk helse i svangerskapet og etter fødselen.
3. Utarbeid nettbasert metodisk veiledning for helse- og sosialfaglig personell basert på retningslinjene for psykisk helse i svangerskapet og etter fødselen samt etter lignende prinsipper som andre nettbaserte kunnskapsressurser i Sverige, som den nasjonale håndboken for barnehelsetjenesten (Rikshandboken i barnhälsovården).
4. Utvikle en nasjonal nettbasert kunnskapsressurs for helse- og sosialfaglig personell om hvordan de skal arrangere foreldregrupper om likestilling i foreldrerollen, som er tilgjengelig for alle, er kunnskapsbasert og kan tilpasses de ulike behovene til hver enkelt forelder.
5. Generer kunnskap om og øke bruken av familiesentre som arenaer for tverrsektorielt samarbeid, der personell fra svangerskapsomsorgen, barnehelsetjenestene, sosialfaglige tjenester og andre aktører kan jobbe sammen om å ivareta det kommende barnet.
6. Sett opp en nasjonal arbeidsgruppe som tar for seg temaet «svangerskapsomsorg» som en del av Nasjonalt programområde i Sveriges nasjonale system for kunnskapsstyring i helsevesenet.
7. Utvikle og forbedre samarbeidsformene som fungerer bra i svangerskapsomsorgen (mödravårdscentraler) og hos aktører på områder som voksenpsykiatrien, primærhelsetjenestene (primærhelsesentre) og helsestasjonene. Avklar henvisningsforløpene mellom svangerskapsomsorgen og andre aktører, spesielt i saker der mor diagnostiseres med en psykiatrisk lidelse i løpet av svangerskapet.
8. Gi jordmødre i svangerskapsomsorgen (mödravårdscentraler) tilgang til opplæring og videreopplæring i hvordan de skal arrangere foreldregrupper med søkelys på likestilling i foreldrerollen, og identifisering og håndtering av psykiske helseproblemer hos gravide kvinner.
9. Sørg for at jordmor har mulighet til å konsultere en lege ved behov som et ledd i svangerskapsomsorg.
10. Sett av tid og rom til arbeid med oppmerksomhet på god psykisk helse hos det ufødte barnet, moren og hennes partner under svangerskapet. Fastsett regler for hvor mange gravide kvinner én enkelt jordmor kan ha ansvar for.

Jobb for å etablere gode relasjoner mellom barn og foreldre i helsestasjonstjenesten

1. Utarbeid et nasjonalt helseprogram for barn fra fødselen og utover som regulerer hvilke tjenester alle barn skal tilbys.
2. Utvikle et nasjonalt program for universelle foreldregrupper, med særlig søkelys på å forbedre foreldre-barn-relasjoner, som også omfatter ferdighetstrening for helse- og sosialfaglig personell. Programmet skal være tilgjengelig for alle IHC-sentre.
3. Øk antallet og hyppigheten av opplæringsprogrammer for hvordan IHC-personell skal organisere foreldregrupper.
4. Utarbeid opplæringsprogrammer for IHC-personell som omfatter tidlige regulatoriske vansker hos barn, tidlige symptomer på utviklingsproblemer, samspillet mellom foreldre og barn, følelsesmessig tilknytning og hvordan man arrangerer grupper.
5. Sørg for at det utvidede programmet for hjemmebesøk rett etter fødselen blir en permanent ordning, med søkelys på amming og den tidlige foreldre-barn-relasjonen, der begge foreldrene er involvert.
6. Evaluer og introduser kunnskapsbasert screening for vurdering av familiens livssituasjon, livsstil, spedbarnets sosiale og emosjonelle kapasitet, samspillet mellom barn og foreldre samt risikofaktorer som eksponering for alkohol- og rusmisbruk, vold og psykiske lidelser.
7. Gjennomfør og formidle resultatene fra forskning på viktigheten av familiesentre når det gjelder å fremme god psykisk helse hos barn, og undersøk muligheten for å etablere familiesentre (i alle regioner, og minst én i hver kommune).
8. Evaluer mulighetene for å introdusere en strukturert metode for vurdering av samspillet mellom foreldrene og barnet, og barnets sosiale og emosjonelle kapasitet.
9. Sett et tak for antall brukere ved hvert IHC-senter, basert på CNI-indeksen (Care Needs Index), for å sikre at det er nok tid og rom til å fungere som en fullverdig IHC, og at personalet har tilstrekkelig arbeidstid.
10. Sørg for at familier i alle regioner har tilgang til spesialiserte spedbarnsteam og helsetjenester som spesialiserer seg på det tidlige samspillet mellom foreldre og barn.

Identifiser og responder på tidlige risikofaktorer i barnets 1000 første dager

1. Utarbeid nasjonale retningslinjer for å identifisere og følge opp de vanligste risikofaktorene (f.eks. alkohol- og rusmiddelmisbruk, vold og psykiske problemer).
2. Utarbeid rutiner for oppfølging av de vanligste risikofaktorene (f.eks. alkohol- og rusmiddelmisbruk, vold og psykiske problemer) og for å dokumentere spedbarns psykososiale utvikling.
3. Etterspør spesifikk forskning med sikte på å utvikle metoder for å forbedre den psykiske helsen og styrke velferd og trivsel blant barn i alderen 0–2 år. Iverksett tiltak basert på resultatene i rapporten for prosjektet «Barnets første 1000 dager i Norden».
4. Etabler regionale sentre for fremragende forskning som kan gi utvidet støtte til familier med problemer (f.eks. for foreldre med alkohol- og rusmiddelproblemer, vold og psykiske problemer). Sentrene kan ha ansvar for kunnskapsformidling, implementering, oppfølging og evaluering.
5. Etabler en fungerende omsorgskjede for barn i alderen 0–2 år, med tydelige henvisningsforløp for forebyggende tiltak og styrket støtte i alle relevante omsorgssektorer.
6. Videreutvikle samarbeidet mellom teamene i svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten, samt barne- og voksenpsykiatrien og andre aktører.
7. Utvikle og utvide familiesentrene kapasitet til å fungere som et lavterskeltilbud.
8. Utvikle og utvid hjemmebesøksprogrammet som nok en lavterskelaktivitet.
9. Forbedre systemene for vern av de minste barna (0–2 år) som har vært utsatt for vold, og legg større vekt på deres rettigheter.
10. Reguler tilgangen til psykososial støtte i barnehagen for barn i denne aldersgruppen for å fremme god helse, og implementer forebyggende tiltak. Spesialister bør jobbe sammen med barnehagepersonale om disse problemstillingene.

Støtt arbeidet for god psykisk helse blant barn i alderen 1–2 år i barnehagene

1. Samle eksempler på gode praksiser innen samarbeid på tvers av sektorer mellom barnehagene og andre av de viktigste aktørene innen tidlige tiltak for å fremme god psykisk helse blant barn i alderen 1–2 år.
2. Utvikle en tverrfaglig dialog om tverrsektorielt samarbeid mellom de viktigste aktørene (stat, regioner, kommuner) for å kartlegge nåværende behov og skape gode forutsetninger for å fremme god psykisk helse hos barn i alderen 1–2 år.

3. Utvikle en nasjonal kunnskapsbase for barnehagepersonell som omfatter opplæring i helsen til de minste barna og et kunnskapsbasert program som fremmer små barns trivsel, velvære og tilknytning i et barnehagemiljø.
4. Tilrettelegg for en reduksjon i størrelsen på barnegruppene i barnehagen for barna i denne alderen. Fastsett retningslinjer som regulerer størrelsen på barnegruppene for barn i denne alderen, og formidle gode eksempler på hvordan størrelsen på gruppene er redusert i praksis.
5. Reguler måten det tverrsektorielle samarbeidet om helsefremmende aktiviteter mellom barnehagen og andre viktige aktører skal organiseres på for barn i alderen 1–2 år.
6. Start med kompetanseutvikling for barnehagepersonell med oppmerksomhet på identifisering av barn med særskilte behov, for å fange opp problemer på et tidlig stadium, styrke den følelsesmessige tilknytningen og identifisere måter å gi behovsbasert støtte på.
7. Fastsett regler for at barnehagepersonell skal ha tilgang til støtte fra spesialpedagogikk, logopeder og psykologer samt støtte fra spesialister i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i barnehagen, og i forbindelse med henvisninger til helsetjenestene og konsultasjon med foreldre/foresatte.
8. Tilpass barnehagelokalene for barn med flere funksjonshemninger. Introduser oppfølgings- og tiltaksprogrammer for disse barna.
9. Etabler et nasjonalt tilsynssystem for barnehagene som omfatter både kommunale og private barnehager, og tilsvarer tilsynssystemet for skolen.
10. Reguler den statlige utformingen av utdanningssystemet for barnehagelærere slik at det er dimensjonert for å kunne forsyne alle deler av landet med autorisert personell.

Referanser

- Danielsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020). *The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis*. København: Nordisk ministerråd.
- Martinussen, M. & Kurki, M. (Red.) (2021). *The First 1000 Days in the Nordic Countries. Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence*. København: Nordisk ministerråd.
- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Mathews, S.G. m.fl. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 389, 91–102.
- Stewart-Brown, S.L. & McMillan, A.S. (2010). *Home and community based parenting support programmes and interventions: report of Workpackage 2 of the DataPrev project*. Coventry: Warwick Medical School.
- Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C.H., Andersen, C.T. m.fl. (2016). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 389, 77–90.
- Shonkoff, J.P. & Phillips, D.A. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. *National Research Council and Institute of Medicine Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Herrman, H. & Jané-Llopis, E. (2012). The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Reviews*, 34, 1–21.
- Herrman, H. & Jané-Llopis, E. (2012). The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Reviews*, 34, 1–21.
- Graça, M. (2017). Good early development — the right of every child. *Lancet*, 389, 13–14.
- Lo, S., Das, P. & Horton, R. (2017). A good start in life will ensure a sustainable future for all. *Lancet*, 389, 8–9.
- Barros, A.J.D. & Ewerling, F. (2016). Early childhood development: a new challenge for the SDG era. *Lancet Global Health*, 4, e873–e874.
- Daelmans, N., Darmstadt, G.L., Lombardi, J., Black, M.M., Britto, P.R., Lye, S. m.fl. (2017). Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet*, 389, 9–11.
- Sundhedsstyrelsen (2017). *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Anna Rósa Arnardóttir (2016). *Mental health among youth in Iceland*. Stockholm: Nordens velferdssenter.
- Mona Sommer (2017). *Mental health among youth in Norway*. Stockholm: Nordens velferdssenter.
- Bremberg, S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*, 104. DOI: 10.1111/apa.13075.