

Sociala barn- och ungdomsvårdskommitténs hearing Vetenskap och praktik

Forskningshearing

Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén anordnade en forskningshearing med temat Vetenskap och praktik onsdagen den 31 mars 2004.

Syftet med hearingen var att få resultaten av aktuell nationell forskning presenterad samt att få en verksamhetspresentation från två av de kommuner som sekretariatet besökt. Vi eftersträvade också att få en konstruktiv dialog omkring vilka slutsatser som bör dras och om vilka åtgärder som samhället bör vidta för att möta otillfredsställda behov inom den sociala barn- och ungdomsvården.

I denna bilaga återfinns de tre inbjudna forskarnas inledningsanföranden samt Strömstad och Gävle kommuns presentation av sitt arbete inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Kommittésekreterare Anders Nyman var moderator.

Kommitténs ordförande, riksdagsledamoten Annika Nilsson ledde diskussionen.

De medverkandes anföranden återges i den form de skickades in till kommittésekreterariatet.

Innehåll

Barn i riskzonen, vilka är de och hur ser riskzonen ut?

Av professor Håkan Stattin, Örebro universitet 437

Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison of 15-year olds.....	437
Abstract	437
Time Trends in the Adjustment of Swedish Teenage Girls: A 26-year Comparison of 15-year-olds.....	438
Time Trends in Child and Adolescent Behavior Problems.....	439
Time Trends in Psychosocial Disorders.....	440
Increasing Variability?	442
This Study.....	442
Method	443
Instrument.....	444
Variables	445
Analyses.....	446
Results.....	447
References.....	457
Acknowledgements.....	461
Appendix	463

Vetenskap och värderingar i social barnavård

Av fil.dr Claes Levin, Socialhögskolan, Lund 466

Inledning.....	466
Problem inom den sociala barnavården	473
Förslag till lösningar	477
Referenser.....	484

Kunskap, organisation och resurser i den sociala barn- och ungdomsvården

Av professor Tommy Lundström, Stockholms universitet **486**

Resurscentrum Strömstad En – berättelse om samverkan

Av rektor Ann-Catrin A-Göthlin, Göran Antonsson, chef för Socialtjänsten Barn och Ungdom **496**

Kommunmedborgaren i centrum.....496

Resurscentrum.....499

Utvecklingsområden 2004501

Gävle kommun – Hur arbetar vi med familjen som resurs?

Av Gunnar Löholm, Mattias Bengtsson, Margareta Kamlen och Jim Salamon, Socialtjänsten i Gävle kommun . **505**

Barn i riskzonen, vilka är de och hur ser riskzonen ut?

Av professor Håkan Stattin, Örebro universitet.

Underlag till denna föredragning är skriven på engelska

Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison of 15-year olds

Margit Wångby
Dept. of Psychology, Stockholm University, Sweden
David Magnusson
Dept. of Psychology, Stockholm University, Sweden
Håkan Stattin
Dept. of Behavioural, Social and Legal Sciences,
Örebro University, Sweden

RUNNING HEAD: Time trends in the adjustment
of Swedish teenage girls

DRAFT 04 01 27

Abstract

Wångby, M., Magnusson, D., & Stattin, H. (2004). Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison of 15-year olds. *Scandinavian Journal of Psychology*.

The aim of this study was to investigate stability and change over 26 years in self-reported adjustment of Swedish teenage girls. Data were collected with the same questionnaire from two school-cohorts in a middle-sized Swedish community: 522 girls attending Grade 8 (approximately at age 15) in 1970, and 529 girls attending Grade 8 in 1996. The first cohort was part of the longitudinal research programme Individual Development and Adaptation

(IDA). In most domains, adjustment problems were approximately as common in 1996 as in 1970, with the exception for increases in problems with self-esteem and antisocial problems. In the anti-social domain, a polarization process was indicated, with increases also in positive adjustment. Furthermore, positive adjustment was also more common in relations to others, especially in relations to peers. The results are discussed in relation to earlier findings and to social changes during the period.

Keywords: adjustment problems, polarization, positive adjustment, repeat study, secular change, teenage girls

Corresponding author:

M. Wångby

Dept. of Psychology

Stockholm University

S-106 91 Stockholm

mwy@psychology.su.se

tel. +46 8 16 38 71

fax: +46 8 15 93 42

Time Trends in the Adjustment of Swedish Teenage Girls: A 26-year Comparison of 15-year-olds

Since the 90s, increasing interest has been focused on the question whether the widespread social changes during past decades have caused changes in levels of psychosocial disturbances among children and adolescents (Cohen, Slomkowski, & Robins, 1999; Rutter & Smith, 1995). The identification of such changes is of high concern and has important implications for public health policies and the planning of prevention and intervention efforts. It is also essential for understanding the relation between social conditions and the development of psychosocial disturbances (Achenbach & Howell, 1993; Fombonne, 1995a; Verhulst, 1995).

To identify and measure time trends in psychosocial disturbances, two main types of study designs are preferable: the *prospective longitudinal study of multiple birth cohorts*, which provides unbiased estimates of incidence and age of onset; and *repeated cross-sectional surveys of community samples* which supply time series of point prevalences for specific age groups (Fombonne, 1995). Information on time trends from these types

of studies is still scarce, however (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003; Rutter & Smith, 1995). Repeat surveys on substance abuse, for example, have been performed in the USA and in Sweden since the 1970s (CAN, 1998; Silbereisen, Robins, & Rutter, 1995). But, to our knowledge there are only a few repeat surveys that cover a broader spectrum of problems among young people.

Time Trends in Child and Adolescent Behavior Problems

The first study that is usually cited in this connection was performed by Cederblad and co-workers in Sudanese villages near Khartoum (Cederblad, 1968; Rahim & Cederblad, 1984) between 1964/65 and 1979/80. This was a period of rapid urbanisation of the area. The methodological procedures employed at each phase of the study were strictly identical: First, there was a screening of all children aged 3–15 years in the area concerning four behavior problems. Secondly, a psychiatric investigation was made of a stratified sample of children from three different symptom groups. Both in the extensive and the intensive study, the mother was interviewed about the children's symptoms. The results showed that behavioral problems had increased in 1980, particularly among boys of school age, who were the children most exposed to the rapidly changing social conditions. Still, however, the children in the area showed remarkably low frequencies of most behavioural problems as compared with children in other (both developing and developed) countries.

In the USA, a series of studies have been carried out on time trends in the problems and competences of American children and adolescents with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach & Rescorla, 2001). This series spans the 23-year period from 1976 to 1999, and makes use of both parent-ratings (Achenbach & Howell, 1993; Achenbach et al, 2003) and teacher ratings (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2002a) for demographically similar samples of non-referred American children aged 7–16 years at three time points. In 1989 and 1999, data were also collected for randomly selected population-based national samples, using parent- and teacher-ratings for children aged 7–16 years and parent-, teacher- and self-ratings for children aged 11–18 years (Achenbach, Dumenci, & Rescorla,

2002b). The main findings from these studies were that adjustment problem scores increased and competence scores decreased among American children during the first time period between 1976 and 1989, but that these trends were reversed during the following time period, between 1989 and 1999. The total problem scores using parental ratings were higher in 1999 than in 1976, but not as high as in the intermediate time point, 1989 (Achenbach et al., 2003). A partly similar pattern was found for teacher ratings over an 18-year period: the total problem score was highest in 1989 but non-significantly lower in 1999 than in 1981/82 (Achenbach et al., 2002a). These time trends were similar for boys and girls and for children of different ages. All effect sizes were small, however. The authors suggested that childrearing conditions might have been enhanced by better economic conditions, lower unemployment, and less crime during the 1990s than the 1980s and that this might have contributed to the identified pattern of time trends (Achenbach et al., 2003, p. 9).

A similar study with instruments from the ASEBA system was also performed for Dutch children over a 10-year period by Verhulst, van der Ende and Rietbergen (1997). They compared problems and competencies rated by parents and teachers in 1983 and 1993, for two random samples of Dutch children, aged 4 - 16 years. No significant differences were found on the total scores of the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a) or the Teacher's Report Form (TRF; Achenbach, 1991b). A few differences indicating an increase in problems were found for the CBCL somatic complaints, delinquent behavior and thought problem scales and for the TRF attention problem scale. The magnitude of these differences was very small, however, accounting for 1% or less of the variance. The overall conclusion made by the authors was that there was no evidence of a clear increase in the malfunctioning of Dutch children and adolescents over the 10-year period.

Time Trends in Psychosocial Disorders

While the findings from repeat studies of adjustment problems in general population samples suggest that there has been little change over the past decades, the study of time trends in psychosocial disorders has presented a different picture. In 1990, Academia Europaea established a study group to consider the scientific

evidence on whether psychosocial disorders in young people had become more, or less, frequent over the past 50 years. The psychosocial disorders covered were crime, suicide and suicidal behavior, depression, eating disorders, and the abuse of alcohol and psychoactive drugs. The overall conclusion of the study group was that for all of the disorders, except eating disorders (for which no conclusions could be drawn), there was unmistakable evidence of an increase since the Second World War in nearly all developed countries (Rutter & Smith, 1995). For several of the disorders the increase was most pronounced up to the 80s, however, and then levelled off. This was true at least for alcohol consumption and suicide and to a certain extent also for crime (Rutter, Giller, & Hagell, 1998). The repeat studies of general population samples were mainly confined to the 80s and the 90s. This difference in time frame makes it difficult to decide whether there is a real discrepancy between the findings concerning psychosocial disorders and the findings concerning adjustment problems in general population samples. To be sure, a small but general increase in adjustment problems among American children was reported by Achenbach and coworkers for the time period between 1976 and 1989.

The Academia Europaea study group reported substantial difficulties in finding measures for each of the target disorders, and in establishing reliable time series data (Smith & Rutter, 1995). The difficulties appear to have been especially troublesome for disorders with a female preponderance, such as depression, eating disorders and suicidal behavior. Unlike crime, alcohol abuse, and completed suicides, these disorders leave few traces in official statistics. Concerning depressions, it is only in recent years that general population surveys have been carried out that provide estimates of their prevalence (Fombonne, 1995a). Crucial to the conclusion of a rise in depressive conditions were the results of a number of cross-sectional general population surveys, of which the US Epidemiological Catchment Area Study (ECA; Robins, Locke & Regier, 1991, cited from Fombonne, 1995a) was one of the most important. The population survey data on subjects' earlier depressions in these surveys were retrospective. The conclusion of the Academia Europaea study group, however, was that recall effects were not likely to be the main explanation for the increase of depressive disorders in younger age cohorts (Fombonne, 1995a; Smith & Rutter, 1995).

Increasing Variability?

In a review of the Academia Europaea study, Fergusson (1996) made the note that, with their focus on psychopathology, the study group might only have presented one side of the story about young people's adjustment during the past 50 years. Fergusson suggested that the increasing structural diversity characterizing childrearing conditions in the western societies during this time period "would lead to an increasing variability in adolescent adjustment patterns" (p. 486), which might be expressed not only in increasing numbers of young people with adjustment problems at one tail of the distribution, but also in increasing numbers of young people showing positive adjustment at the other tail of the distribution. This is a description of a polarization process, although the term is not used by Fergusson. As pointed out by Achenbach et al. (2003), the decrease in competence scores and increase in problem scores among American children between 1976 and 1989 would not be in line with Fergusson's hypothesis. Consistent with the hypothesis, however, Achenbach and coworkers found an increasing variability (i.e., larger standard deviations) in problem scores of American children across the whole time period from 1976 to 1999.

This Study

One way of investigating time trends in young people's psychosocial adjustment is to repeat earlier cross-sectional studies of adjustment problems, originally not intended as repeat surveys. This is the approach taken in the present study, which compares the findings from two surveys of adjustment problems among 15 year-old Swedish girls. The first survey was made in the community of Örebro in 1970 as part of the Swedish longitudinal research program Individual Development and Adaptation (IDA); the repeat survey was made in the same community 26 years later, in 1996.

These two school-cohorts are compared with regard to three aspects of the girls' adjustment reports: (a) overall adjustment, (b) negative adjustment, and (c) positive adjustment. There are important theoretical reasons for studying negative and positive adjustment separately, the most fundamental being that positive adjustment can be something qualitatively different from negative

adjustment and not just the negation of it (Bergman & Magnusson, 1997; Magnusson & Mahoney, 2002). The distinction between good and poor adjustment might be of specific importance in the study of time trends, if there are different time trends in good and poor adjustment, as indicated by Fergusson (1996). Further, if there is an increasing diversity in young people's adjustment patterns, as suggested by Fergusson, this may show up in an increased variability of overall adjustment. To test for this possibility we followed Achenbach et al. (2003) in comparing the standard deviations of the two cohorts in the various areas of adjustment. Where differences in standard deviations were found we also tested if this was the result of a polarization process.

Method

Samples

Data from two Swedish school-cohorts were used in the present study. The 1970 school-cohort included all adolescent girls attending Grade 8 in Örebro in the spring term 1970. These girls were all enrolled in the Swedish longitudinal research program "Individual Development and Adaptation" (IDA; Magnusson, 1988). A detailed description of the 1970 investigation is given by Crafoord (1972) and by Magnusson, Dunér and Zetterblom (1975). The 1996 school-cohort included all adolescent girls attending Grade 8 in Örebro in the spring term 1996. Data were taken from a series of data collections performed by professor Håkan Stattin in the schools of Örebro in 1995 and 1996. Both in 1970 and 1996, the data were collected in May when the subjects were 14 years and 10 months at the average.

The 1970 cohort. The 1970 school cohort included 590 girls, and 522 (88.5%) of them were present at school and filled out the questionnaire when the data were collected. An analysis of the drop-out was made for the 1970 data (Crafoord, 1972, 1986): The absence from school at the time of the data collection was mostly due to illness (67% of absentees), but girls with severe adjustment problems were over-represented among the absent girls. For instance, girls who had been in contact with any professional network because of their own adjustment problems constituted 9% of

those who filled out the questionnaire, but 34% of those who did not.

The 1996 cohort. The 1996 school cohort included 602 girls, and 529 (87.9%) of them filled out the questionnaire. This drop-out was of the same size as in the 1970 cohort. Unfortunately, no data were available for an analysis of the drop-out.

The reduced 1996 cohort. In the time period between 1970 and 1996, the immigration to Sweden increased substantially. In the 1996 version of the questionnaire, the girls were asked about the birth country of their mother and their father, respectively. Five-hundred and nine girls answered both of these questions. Out of these, seventy girls (14%) stated that their mother and/or their father was born in a non-Nordic country. For some analyses these girls were excluded from the 1996 cohort. The reduced 1996 cohort included 439 girls (see below).

Instrument

Teenage girls' adjustment problems were documented with a self-report questionnaire, the Symptom Questionnaire, constructed by the investigators of the IDA research program (Crafoord, 1972; Crafoord & Magnusson, 2001; Magnusson et al., 1975). Measures of adjustment problems based on data from this questionnaire have been used in several studies that have found associations with contemporary, registered adjustment problems (Bergman & Wångby, 1995), biological age (Stattin & Magnusson, 1990), and registered adjustment problems in early adulthood (Wångby, 1997), which suggests that it has a reasonable validity.

The questionnaire includes a total of 132 items, covering ten different adjustment domains: *physical problems, emotional problems, self-esteem, antisocial problems, relation to mother, relation to father, relations to parents (unspecified), relations to teachers, relations to peers and sexuality*. The main purpose of the questionnaire was to measure adjustment problems, but most items in the questionnaire have scales that span from very good to very bad adjustment. The 26-year comparisons presented here concerned 95 items that fulfilled five criteria: a) The item belonged to one of the nine adjustment domains; b) the item scale had one pole that reflected an adjustment problem while the other pole reflected good adjustment or at least absence of an adjustment problem;

c) the item scale level was at least ordinal; d) the item scale had five scale-steps; and e) the item was identical in the 1970 and 1996 version of the questionnaire. These items are presented in the Appendix.

Variables

For each individual and domain, three different sum scores were computed, reflecting (1) overall adjustment (a sum score of the full-scale items), (2) negative adjustment (number of adjustment problems), and (3) positive adjustment (number of well-adjusted item-scores). It should be noted that the three types of sum scores are not independent measures, but based on the same sets of items: Physical problems: 13 items; emotional problems: 13 items; self-esteem: 13 items; antisocial problems: 12 items; relation to mother: 4 items; relation to father: 5 items; relations to parents (unspecified): 9 items; relations to teachers: 7 items; relations to peers: 15 items; and sexuality: 4 items.

Overall adjustment within domains. For each individual and domain, a sum-score of the full-scale items was computed. Before being summed up, all items were turned so that a high value signified poor adjustment, while a low value signified good adjustment. This sum-score reflected the overall adjustment of the individual within the domain. The main reason for computing this sum score was to study possible changes over time in the variability of overall adjustment.

Cronbach's alpha was computed for each domain sum score. For all sum scores except sexuality, Cronbach's alpha was at least acceptable, varying between .73 and .89 in 1970 (median: .80); and between .71 and .88 in 1996 (median: .83). Cronbach's alpha of the overall sum score in the sexuality domain was very low, however (1970: .26; 1996: .27). No further analyses were performed within this domain, but the items included in the domain are presented in the Appendix.

Number of adjustment problems within domains. All items were dichotomised at the negative end of the distributions: For each item, scores of 4 and 5 were considered as presence of an adjustment problem and recoded into "1", while lower scores were considered as absence of an adjustment problem and recoded into "0". It should be noted that this cut-off point to some extent was

arbitrary; it was not intended to define adjustment problems in any absolute or clinical sense. However, as the dichotomizations were made in the same way at both time points the frequencies for each item will be comparable between the two cohorts. These frequencies are presented in the Appendix.

For each individual and domain, except the sexuality domain, the sum score of the dichotomised items was computed, signifying the number of adjustment problems experienced by the individual in the specific domain. Cronbach's alpha for these problem sum scores was at least acceptable, varying between .62 and .83 in 1970 (median: .70); and between .61 and .83 in 1996 (median: .73).

Number of well-adjusted item scores within domains. For each individual and domain, except the sexuality domain, a sum score was also computed with the item-dichotomizations made at the positive end of the five-point scales: For each item, scores of 1 and 2 were considered to indicate good adjustment and recoded into "1", while higher scores were considered as absence of good adjustment and recoded into "0". These sum scores signified the number of well-adjusted item scores for each individual and domain. The frequencies of good adjustment for each item are presented in the Appendix. Cronbach's alpha for the well-adjusted item sum scores was at least acceptable, varying between .66 and .83 in 1970 (median: .71); and between .66 and .82 in 1996 (median: .75).

Analyses

The differences between 1970 and 1996 in the mean values of the overall sum scores, the problem sum scores and the well-adjusted sum scores were tested for significance with two-tailed *t*-tests in each of the nine adjustment domains. In addition, the significance of the differences in standard deviations of the overall sum scores was tested with Levene's test. In domains where a significant increase in the standard deviation of the overall sum score was found, additional analyses were performed in order to decide whether the increase in variability had the form of a polarization.

The mass significance problem. In all studies where a number of significance tests are carried out the mass significance problem is present. Of course, the problem is especially salient when a large number of tests are made and the theoretical expectations are not very precise. This is the situation in the present study. In all,

significance tests were made of 27 differences in sum score means and 9 differences in standard deviations. Differences significant at the nominal one-percent level should be regarded as tendencies; and differences significant at the .0014-level ($.05 / 36$) should be regarded as significant at the 5% level after Bonferroni correction for mass significance. It should be observed that, of course, the tests for the three types of sum scores are to some extent dependent.

Controlling for ethnicity. In order to investigate the effect on the results of the increased ethnic heterogeneity of the population between 1970 and 1996, each of the presented analyses was made twice: First, the complete 1996 cohort was compared to the 1970 cohort. Secondly, all girls with a mother and/or a father born in a non-Nordic country were excluded from the 1996 cohort, and the reduced cohort was compared to the 1970 cohort. Differences in the results of the two types of comparisons were then investigated.

Results

Overall Adjustment Within Domains

As a starting point, the mean values in overall adjustment in each domain were compared between 1970 and 1996. The results are presented in Table 1. Significant differences in mean values were found in two domains: relations to parents and relations to peers ($p < .05$, corrected for mass significance). In both domains, the mean value was lower in 1996 than in 1970, signifying a better adjustment in 1996. Also in a third relational domain, relations to teachers, the mean value was lower in 1996 than in 1970, although this difference only tended towards significance ($p < .01$). In a fourth domain, relations to mother, there was a tendency towards a higher mean value in 1996 than in 1970, which suggested a somewhat poorer adjustment in 1996 ($p < .01$). The effect sizes of all differences were small, however ($-.31$ to $.17$).

Variability in overall adjustment. The size of the standard deviation in each domain was also compared between 1970 and 1996. Significant differences were found in two domains: Self-esteem and antisocial behavior (Table 1). In both domains, the standard deviation was larger in 1996 than in 1970.

Polarization. While the standard deviations in self-esteem and antisocial problems were significantly larger in 1996, there were no

significant differences in the mean values of the distributions, which might indicate a polarization over time. This was tested in the following way: Two somewhat arbitrary cut-off points were set in each of the two overall sum-score distributions: one cut-off point for high scores ("poor" adjustment) at one standard deviation above the mean; and one cut-off point for low scores ("good" adjustment) at one standard deviation below the mean (pooled standard deviations). With these cut-off points, 11.4% of the girls had high scores and 15.2% of the girls had low scores in the self-esteem distribution in 1970; the corresponding percentages in the same distribution in 1996 were 19.4 and 18.0, respectively, which means that the percentages were larger at both ends of the distribution in 1996 than in 1970. The increase in percentages was only significant at the negative end ($z = 3.45, p < .01$, one-tailed), however, and not at the positive end ($z = 1.12, ns$), which does not give full support for the polarization hypothesis in the self-esteem domain.

In the antisocial behavior domain, 11.0% of the girls had high scores and 8.8% had low scores in 1970; the corresponding percentages in 1996 were 15.5 and 15.7, respectively, which means that the percentages were larger at both ends of the distribution in 1996 than in 1970. Both increases were significant ($z = 2.01, p < .05$, and $z = 3.24, p < .01$, respectively, one-tailed), which supports the hypothesis of a polarization process in the antisocial behavior domain.

Number of Adjustment Problems Within Domains

Next, mean numbers of problem scores in the nine domains were compared between 1970 and 1996. The results are presented in Table 2. No significant differences in mean numbers of adjustment problems were found. The mean number of problems in self-esteem was somewhat higher in 1996 than in 1970, however, and this difference had a tendency towards significance ($p < .01$).

Number of Well-Adjusted Items Scores Within Domains

Finally, mean numbers of item scores signifying good adjustment in the nine domains were also compared between 1970 and 1996

(Table 2). A significant difference in mean number of well-adjusted item scores was found for relations to peers, where the mean number of well-adjusted item scores was higher in 1996 than in 1970 ($p < .05$, corrected for mass significance). In addition, the higher mean number of well-adjusted item scores in relations to parents tended towards significance ($p < .01$). Also for these differences, the effect sizes were small, however (.32 and .19, respectively).

Controlling for Ethnicity

As already described in the Method section, the immigration to Sweden increased substantially between 1970 and 1996. To investigate the extent to which the results were influenced by this increase in the ethnical heterogeneity of the population, all of the previous comparisons between the two cohorts were run a second time, excluding from the 1996 cohort all girls with a mother and/or a father born in a non-Nordic country.

Overall adjustment within domains. The significant differences in mean values of overall adjustment in relations to parents and relations to peers, which were found in the comparison between the 1970 cohort and the complete 1996 cohort, were also found in the comparison with the reduced 1996 cohort (relations to parents in the reduced 1996 cohort: $m = 17.7$, $p < .05$, corrected for mass significance; relations to peers: $m = 27.2$, $p < .05$, corrected for mass significance). In addition, the difference in the mean value for relations to teachers, which only tended towards significance in the comparison with the complete 1996 cohort, also reached significance in the comparison with the reduced 1996 cohort ($m = 14.4$, $p < .05$, corrected for mass significance).

Concerning differences in standard deviations, a significant difference in the standard deviation of self-esteem was found in the comparison with the reduced 1996 cohort ($sd = 7.6$, $p < .05$, corrected for mass significance), while the difference in the standard deviation of antisocial behavior only had a tendency towards significance ($sd = 6.8$, $p < .01$). The polarization process in antisocial problems could no longer be demonstrated when the 1970 cohort was compared to the reduced 1996 cohort: The increase in the percentage of girls with a good adjustment remained significant (15.8%, $z = 3.16$, $p < .01$, one-tailed), but the increase in the

percentage of girls with negative adjustment did not (13.7%, $z = 1.15$, *ns*, one-tailed). In the self-esteem domain, the results were similar to the results of the comparison with the complete 1996 cohort: the increase in percentage of girls with poor adjustment was significant (19.0%, $z = 3.16$, $p < .01$, one-tailed), while the increase in the percentage with good adjustment was not (18.5%, $z = 1.26$, *ns*, one-tailed).

Number of adjustment problems within domains. As in the comparison between the 1970 cohort and the complete 1996 cohort, no significant differences in mean numbers of adjustment problems were found in the comparison with the reduced 1996 cohort. A tendency towards a decreased number of problems in relations to peers was found in the reduced cohort ($m = 0.6$, $p < .01$). The tendency towards an increased number of problems in self-esteem, which appeared in the comparison with the complete 1996 cohort, was not found in the reduced cohort, however ($m = 1.9$, *ns*).

Number of well-adjusted item scores within domains. Also for the occurrence of good adjustment, the results were similar in the comparisons including and not including girls with immigrated parents: The mean numbers of well-adjusted item scores in relations to parents and peers were significantly higher in the reduced 1996 cohort than in the 1970 cohort (relations to parents: $m = 6.3$, $p < .05$, corrected for mass significance; relations to peers: $m = 11.9$, $p < .05$, corrected for mass significance).

Discussion

This study is a comparison over a quarter of a century of self-reported adjustment in a cohort of 15-year-old girls in a Swedish community in 1970 and a cohort of 15-year-old girls in the same community in 1996. The study covered several adjustment domains: physical problems, emotional problems, self-esteem, anti-social problems, relations to parents, relations to teachers, relations to peers and sexuality. Within each of these domains, the two school-cohorts were compared with regard to the occurrence of adjustment problems and of positive adjustment. Overall adjustment and especially the variability in overall adjustment were also considered.

The main conclusion from these comparisons was that, at large, girls' adjustment in mid-adolescence appeared to be remarkably

similar over the 26-year period. In most domains, adjustment problems were equally common in 1996 as in 1970, with two exceptions: Problems with self-esteem and antisocial problems appeared to be more common in 1996. In the antisocial domain, evidence was found of the polarization process suggested by Fergusson (1996): not only were there somewhat more girls in 1996 than in 1970 who had a poor adjustment (15 versus 11%), but there were also more girls with a good adjustment (16 versus 9%). Positive adjustment also appeared to be more common in girls' relations to important others, especially peers; the effect sizes for the differences were small, however.

Translating these findings into time trends, they suggest a substantial stability in the adjustment of Swedish mid-adolescent girls. One should remember, however, that only two time points were compared. Although few differences were detected between the 1970 and 1996 cohorts, time trends might have shifted during the intervening period. For example, when Achenbach and colleagues (Achenbach et al., 2003) compared adjustment problems reported by the parents of American children and adolescents over a time period almost as long as in the present study (23 years), they had measurements from three time points: 1976, 1989 and 1999. They found that adjustment problem scores increased and competence scores decreased over the first time period, but that these trends were reversed in the second time period. In this way, the deterioration in the adjustment of American children and adolescents was less apparent after 23 years than after the first 13 years of the period.

As already described, the evidence in favour of a polarization process in young people's adjustment over past decades (Fergusson, 1996) was limited to antisocial problems and was not found in any of the other adjustment domains. The finding is important, however, in pointing to the possibility of changes over time that are not captured by the study of mean values; as might be noted, the mean values of the separate distributions for good and poor adjustment in the antisocial domain were unaffected by the polarization process.

A large number of statistical tests were made in the present study, and it was necessary to guard against the mass significance problem by applying very strict nominal significance levels. This, of course, diminished the power of the tests we carried out, and it raises the question whether we have failed to detect important time

differences because of this. According to the following reasoning this is not likely, however: In the comparisons of the sum scores in each domain there were approximately 500 girls in each group and the nominal significance level was $.05/36$. With these conditions, the effect size necessary to obtain a significant result with a power of 90% is $.28x$. To carry out this computation, the program Simple Interactive Statistical Analysis (SISA), available on the internet, was used (interpolation was undertaken to find the exact power level). This effect size is normally regarded as small, which means that any time difference in the studied scales that was of a medium or large effect size would almost certainly have been detected in the present study.

Emotional Problems

In their Academia Europaea study, Rutter and Smith (1995) reported evidence of a marked increase in depression in recent birth cohorts. Although this evidence mainly concerned depressive *disorders*, we still expected to find some traces of this time trend in our comparison of girls' reports of emotional problems in 1970 and 1996. No indication of such an increase was found, however, neither in the occurrence of negative adjustment, nor in the variability in overall adjustment in the emotional domain. A visual inspection of single problems related to depression also suggested that these problems were equally common in both cohorts (see Appendix): In 1970, 14 percent of the girls reported feeling sad and depressed, while the corresponding figure in 1996 was 12 percent. Similar findings were made for feeling like not wanting to live anymore (11 vs. 12%) and seldom feeling that it was wonderful to be alive (11% in both cohorts). Physical problems that might be related to depression, such as bad appetite and sleeping disturbances, were also equally common in 1970 and 1996. These findings are in line with the results for Dutch children and adolescents reported by Verhulst et al. (1997): They found somewhat higher scores for Dutch children in 1993 than in 1983 on the item 'unhappy, sad, depressed' but did not find any changes on the anxious/depressed syndrome scale. Achenbach et al. (2003) did find higher scores for American children and adolescents on the anxious/depressed scale in 1989 than in 1976, but these scores were lower in 1999 than in 1989. In all, these findings are not supportive

of an ongoing increase in depressive feelings and symptoms among young people.

Problems With Self-Esteem

In contrast to the lack of evidence of an increase in emotional problems, some findings in the present study indicated an increase in problems related to self-esteem: There was a tendency towards a higher mean number of adjustment problems in the self-esteem domain in 1996 compared to 1970 ($p < .01$), and the proportion of girls who had an overall sum score above one standard deviation from the mean increased from 11 to 19% ($p < .01$). The exploration of changes in frequencies of single adjustment problems indicated that the increased problems of self-esteem might have been related to appearance and attractiveness (see Appendix): The percentages of girls reporting that they seldom were satisfied with their looks increased substantially (from 22 to 37%). In addition, more girls often felt ashamed of themselves (increasing from 5 to 11%), would have liked to change themselves fairly or very much (from 17 to 24%), and often blamed themselves for things they knew they really could not help (from 7 to 13%). The substantially increased percentage of girls who felt very little or not at all popular among boys might be added to this picture (from 35 to 50%; see the sexuality domain in Appendix).

This suggests that the increase in self-esteem problems might have been related to an increased impact of societal ideals of attractiveness. Internalization of societal standards of attractiveness – usually labelled *thin-ideal internalization* – has been suggested as a risk factor for the development of body-image disturbances and eating disorders (Thompson & Stice, 2001). Unfortunately, it is not known from the present study whether girls' reduced satisfaction with their appearance was related to increases in the occurrence of eating disturbances. Comparative data on eating disturbances are missing from the data sets used in this study. In itself this is a clear illustration of the absence of interest in this issue in the early 70's when the symptom questionnaire used in this study was constructed.

Relations to Parents and Peers

Signs of an improved adjustment were found in the girls' relations to important others, especially in relations to peers, but also in relations to parents (although it might be noted that there was a weak tendency in the opposite direction for girls' relations to their mothers when overall adjustment in this domain was studied). These findings of improvements in relations to parents and peers occurred over a period that has been characterized by substantial transformations in family patterns and family functioning in Sweden. In the 1970 school cohort, 83% of the girls were still living with both their parents at age 15. In 1996 this figure had dropped to 70%. Moreover, most mothers with small children were not employed outside the home in the 50s when the 1970 cohort was in their pre-school years. In the eighties, when the 1996 cohort was in their pre-school years, most children were in some kind of day care. Although it is difficult to speculate about causal connections, it might be hypothesized that the more positive perceptions the girls had of their peer relations in 1996 were related to their early social training in safe and familiar day care environments.

Immigration

Another change in the Swedish society during the time period, which might have had some influence on the picture of young girls' adjustment, is the increase in immigration. When girls with immigrated parents in the 1996 cohort were excluded from the comparison, the polarization in the antisocial problem domain could no longer be demonstrated: The significant increase in the proportion of girls who had a good adjustment in this domain remained, but the increase in the proportion of girls who reported a poor adjustment no longer reached significance. This suggests that the increased ethnical heterogeneity in the population might have contributed to the increased variability in the antisocial problem domain.¹ Beside this difference, no large discrepancies were found between the time comparisons including and not including girls with immigrated parents.

Limitations of the Study

One limitation of the study has already been considered: Only two time points were involved, and we do not know what has happened during the intervening period. Three additional points should be made concerning possible limitations: First it should be noted that the samples investigated in the present study were school-cohorts of 15-year-old girls from only one Swedish community. The representativeness of those who participated in the basic data collection in the IDA program was investigated by Bergman (1973), who found the cohort to be reasonably representative of many Swedish urban populations with regard to parents' education and intelligence of the children.

Secondly, as described in the Method section, girls with severe adjustment problems were over-represented in the drop-out from the 1970 cohort (Crafoord, 1972, 1986). No similar analysis could be performed of the drop-out in 1996. There are no reasons to assume, however, that the bias in the drop-out would be very different between the two cohorts, especially since the drop-out is of a similar size at both time points. If this assumption is correct, the bias in the drop-out should not have had a significant influence on the relative *differences* in frequencies of adjustment problems in the two cohorts, although it of course might have influenced the absolute frequencies themselves.

Finally, we do not know to what extent respondents interpret the questions in a similar way when surveys are repeated after a long time interval. In this study, the issue probably is of most concern when interpreting the results on peer problems: The Swedish word "kamrat" that is used for "peer" in the peer questions might be somewhat less natural for teenagers to use today than in 1970. It cannot be decided from available data whether the girls have thought of comparable groups of friends and peers when answering the questions in 1996 and 1970. If the girls in 1996 have thought of a more limited circle of close friends, this might be an alternative explanation of their lower problem rates than the influence of time trends.

Future Research

In the present study we have investigated time trends in measures of good and poor adjustment in different adjustment domains. Time trends might also appear in the *multivariate distributions* of different adjustment problems considered simultaneously, independently of any changes in their frequencies. Future studies should therefore also consider the tendencies for various adjustment problems to form *syndromes* together at the level of the individual, which is possible within a person-oriented frame of reference (Bergman & Magnusson, 1997; Bergman et al., 2003). This approach may for example cast a new light on the hypotheses presented by Fergusson (1996), if the processes described by him operate multi-dimensionally. It is only with a person-oriented approach that account can be taken of whole patterns of adjustment (Bergman & Magnusson, 1997; Bergman, Magnusson, & El-Khoury, 2003).

Another issue is whether externalizing and internalizing adjustment problems are related to the same interpersonal relations and to the same social conditions today as in the 70's. For example, could it be the case that the associations between adjustment problems and family structure have changed as a result of the large increase in family break-ups over the past decades? Preliminary results actually suggest that they have not (Bartl, 2002) but this will also be investigated further.

Some years have passed since the collection of the data analyzed in this study, and as already have been pointed out, the girls in the youngest cohort were born already in the beginning of the 80s. We do not know what will happen in the future. During the 90s Sweden has suffered from an economic recession and many social services, such as day care centers for example, have experienced cut-downs. It is an open question whether our findings of rather stable frequencies of adjustment problems over past decades will generalize to the cohorts raised during the 90s.

References

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the CBCL and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the TRF and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (2002a). Is American student behavior getting worse? Teacher ratings over an 18-year period. *School Psychology Review*, 31, 428–442.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (2002b). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 194–203.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1–11.
- Achenbach, T.M., & Howell, C.T. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145–1154.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Bartl, C. (2002). *Secular trends in the association between family structure and girls' self-reported adjustment problems*. Unpublished diploma thesis, Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck, Austria.
- Bergman, L.R. (1973). Parents' education and mean change in intelligence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 14, 273–281.
- Bergman, L.R. & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 291–319.
- Bergman, L.R., Magnusson, D., & El-Khoury, B.M. (2003). *Studying individual development in an interindividual context: A person-oriented approach*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

- Bergman, L.R. & Wångby, M. (1995). The teenage girl: Patterns of self-reported adjustment problems and some correlates. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 171–188.
- Folkhälsoinstitutet and CAN (1998). *Alkohol- och narkotika-utvecklingen i Sverige, Rapport 98* [Trends in the use of alcohol and drug abuse in Sweden, Report 98] (Rep. No. 6). Sweden: Author.
- Cederblad, M. (1968). A child psychiatric study on Sudanese Arab children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 200.
- Cohen, P., Slomkowski, C., & Robins, L.N. (Eds.). (1999). *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Crafoord, K. (1972). *Symptom eller ålderstypiskt beteende? En studie av 15-åriga flickor* [Symptom or age-specific behavior? A study of 15-year-old girls]. Unpublished licentiate thesis, Stockholm University, Sweden.
- Crafoord, K. (1986). *Flickproblem och problemflickor i tidiga tonåren*. [Problem behavior and problem-girls in early youth] (Report from the project Individual Development and Adjustment, No. 65). Sweden: Stockholm University, Department of Psychology.
- Crafoord, K. & Magnusson, D. (2001). *Symptom questionnaire: Early adolescence. Female version*. (Reports from the project Individual Development and Adaptation, No. 78). Sweden: Stockholm University, Department of Psychology.
- Diekstra, R.F.W., Kienhorst, C.W.M., & de Wilde, E.J. (1995). Suicide and suicidal behaviour among adolescents. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 686–761). Chichester, UK: Wiley.
- Fergusson, D.M. (1996). Critical Notice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 485–487.
- Fombonne, E. (1995a). Depressive disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 544–615). Chichester, UK: Wiley.

- Fombonne, E. (1995b). Eating disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 616–685). Chichester, UK: Wiley.
- Magnusson, D. (1988). *Individual development from an interactional perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Magnusson, D., Dunér, A. & Zetterblom, G. (1975). *Adjustment: A longitudinal study*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Magnusson, D. & Mahoney, J.L. (2002). A holistic person approach for research on positive development. In L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rahim, S.I.R. & Cederblad, M. (1984). Effects of rapid urbanisation on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 629–641.
- Robins, L.N., Locke, B.Z., & Regier, D.A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic Catchment Area study* (pp. 328–366). New York: Free Press.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., & Smith, D.J. (1995). *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. Chichester, UK: Wiley.
- Silbereisen, R.K., Robins, L., & Rutter, M. (1995). Secular trends in substance use: Concepts and data on the impact of social change on alcohol and drug abuse. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 490–543). Chichester, UK: Wiley.
- Smith, D.J. & Rutter, M. (1995). Time trends in psychosocial disorders of youth. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 763–781). Chichester, UK: Wiley.

- Stattin, H. & Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Thompson, J.K. & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10, 181–183.
- Verhulst, F.C. (1995). The epidemiology of child and adolescent psychopathology: strengths and limitations. In F.C. Verhulst & H.M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 1–21). Oxford: Oxford University Press.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 7–13.
- Wångby, M. (1997). *Externalizing and internalising adjustment problems in teenage girls: A longitudinal study*. Unpublished doctoral thesis, Stockholm University, Sweden.

Acknowledgements

The authors are grateful to Prof. Lars R. Bergman, Prof. Lars-Gunnar Lundh, Prof. Berit Hagekull, and two anonymous reviewers for very valuable suggestions and comments on the manuscript.

This study was made possible by access to data from the longitudinal research program Individual Development and Adaptation (IDA). Responsible for the program is Prof. Lars R. Bergman. Responsible for the planning, implementation, and financing of the collection of data was Prof. David Magnusson. The data collection in 1970 was supported by grants to Prof. David Magnusson from the Swedish Board of Education.

The data collection in 1996 was supported by grants to Prof. Håkan Stattin from Axel and Margaret Ax:son Johnsons Foundation.

The research reported in this article was supported by grants from the Swedish Council for Social Research.

Footnote

¹ A significantly higher percentage of girls with immigrated parents than of girls with non-immigrated parents had high values in the overall sum score in the antisocial domain (24.6 versus 13.7%; $\chi^2(1, N = 492) = 5.481, p = .019$) // but the association was not very strong (contingency coefficient = .105). //

Table 1 Comparison Between the 1970 and the 1996 Cohorts with regard to a) Mean and b) Standard Deviation of the Sum Score In Each Domain.

Sum Score	Mean ^a			Standard Deviation ^b	
	1970	1996	Effect size	1970	1996
Physical problems	32.7	32.7		7.2	6.8
Emotional problems	29.4	29.5	.02	7.2	7.4
Self-esteem	28.9	29.7	.11	6.5	7.6**
Antisocial problems	18.3	18.7	.07	5.7	7.2**
Relation to mother	8.4	9.0*		3.6	3.6
Relation to father	10.4	10.9	.11	4.7	4.9
Relations to parents	19.2	17.9**	-.23	5.6	5.6
Relations to teachers	15.3	14.6*	-.17	3.9	4.3
Relations to peers	30.0	27.6**	-.31	7.8	7.8

^aTwo-tailed t-tests. ^bLevene's test.

* $p < .01$; ** $p < .05$ with correction for mass significance ($p < .0014$); two-tailed tests.

Table 2 Comparison Between the 1970 and the 1996 Cohorts with regard to a) Mean Number of Items With Scores Signifying Problems, and b) Mean Number of Items With Scores Signifying Good Adjustment In Each Domain.

Domain	Problems			Good adjustment		
	1970	1996	Effect size	1970	1996	Effect size
Physical problems ^a	2.8	2.7	-.02	6.7	6.8	.01
Emotional problems ^a	1.7	1.8	.05	7.8	7.8	-.01
Self-esteem ^a	1.7	2.0*	.16	7.8	7.7	-.01
Antisocial problems ^b	0.7	0.8	.09	10.1	10.0	-.05
Relation to mother ^c	0.5	0.6	.10	2.6	2.5	-.11
Relation to father ^d	0.6	0.7	.08	3.4	3.3	-.07
Relations to parents ^e	0.9	0.9	-.03	5.8	6.2*	.19
Relations to teachers ^f	0.5	0.5	-.05	4.5	4.8	.13
Relations to peers ^g	0.9	0.7	-.13	10.7	11.7**	.32

Note. Sample sizes: 1970: 489-508; 1996: 503-522. Sum score min.-max.: ^a0-13; ^b0-12; ^c0-4; ^d0-5; ^e0-9; ^f0-7; ^g0-15.

* $p < .01$; ** $p < .05$ with correction for mass significance ($p < .0014$); two-tailed t-tests.

Appendix

Percentages of Girls With Various Adjustment Problems in 1970 and 1996.

Items	Negative adj.		Positive adj.	
	1970	1996	1970	1996
Physical problems				
1. Headache ^a	25.0	30.5	40.9	34.1
8. Nail biting ^b	32.2	30.5	48.3	52.6
13. Restlessness ^c	19.8	23.3	56.0	43.6
17. Bad appetite ^a	29.3	33.8	47.0	41.4
35. Nervous stomach ^a	17.7	14.9	50.3	56.9
50. Difficulties falling asleep ^d	31.8	32.0	32.7	40.2
56. Allergy ^e	8.5	12.5	83.3	75.6
58. Tense in new situation ^c	21.4	15.5	49.6	49.6
60. Snacks between meals ^c	47.8	43.2	22.9	23.3
67. Tired, lazy and irritable ^c	13.1	8.7	51.4	59.5
73. Disturbed sleep ^f	11.8	11.9	55.3	62.3
86. Concentration difficulties ^c	16.6	14.0	44.6	46.2
103. Stammering ^e	3.1	2.3	90.6	92.2
Emotional Problems				
3. Sadness ^c	13.7	11.7	49.6	56.0
11. Fear ^c	4.6	2.9	82.1	86.1
15. Fear of losing anger control ^c	13.6	10.5	64.7	66.0
20. Worries about body ^c	14.5	14.1	58.4	59.1
22. Worries about homework ^c	15.0	30.3	56.9	35.6
26. Nightmares ^g	5.2	3.6	75.5	74.2
45. Suicidal thoughts ^e	10.6	11.9	72.2	73.3
63. Afraid of hurting people ^b	15.8	14.4	51.8	55.5
77. Worries about future ^b	24.2	27.5	42.0	40.9
89. Loneliness ^c	10.6	6.9	65.6	73.7
97. Worries about diseases ^b	12.5	13.0	62.4	55.7
118. Angry without showing it ^c	15.5	16.9	41.3	41.0
120. Wonderful to be alive ^h	11.2	10.7	58.5	63.8
Self-esteem				
10. Wants to be older ^c	15.3	17.3	54.5	46.1
16. Satisfied with school-work ⁱ	19.5	11.5	41.6	57.8
31. Desires change in self ^j	16.9	23.6	40.4	39.9
37. Poor self-esteem ^g	11.5	13.0	59.5	65.2
47. Boys are better off ^b	10.4	14.5	64.0	55.2

54.	Satisfied with looks ⁱ	22.5	37.0	38.8	40.8
71.	Self-accusations ^b	7.5	13.3	63.8	58.0
76.	Satisfied with way she acts ⁱ	15.9	10.1	44.8	58.2
78.	Prefers to be a boy ^b	4.0	3.8	86.4	84.1
88.	Wants to be someone else ^c	7.4	11.4	75.0	65.5
101.	Shame ^c	4.8	11.0	66.5	58.3
105.	Looking forward to children ^k	29.8	27.8	46.4	53.0
121.	Wants to be younger ^c	1.4	1.9	93.3	91.8
Antisocial problems					
6.	Shop lifting ^l	7.5	17.6	82.9	71.6
21.	Alcohol abuse ^l	23.8	18.7	59.3	69.3
30.	Signature forgery ^l	2.1	4.7	94.0	86.4
33.	Pilfering ^l	8.9	8.2	70.2	73.6
48.	Truancy ^l	10.4	9.6	70.4	75.0
51.	Hashish ^l	0.6	0.8	98.1	97.9
61.	Other drugs ^l	1.4	1.4	97.9	97.0
68.	Vandalism ^l	2.9	3.7	90.9	88.4
92.	Evasion of payment ^l	1.0	3.4	95.2	88.7
106.	Has hit somebody ^b	6.6	6.5	74.2	77.7
109.	Harassment ^l	1.8	1.7	92.1	96.0
116.	Loitering in town ^m	3.5	7.6	89.2	82.3
Relation to mother					
38.	Disappointed in mother ^g	8.3	9.4	70.2	74.2
49.	Understand. in mother-relation ⁿ	7.8	6.1	75.7	74.8
79.	Quarrels with mother ^g	16.6	20.3	60.0	49.9
87.	Angry with mother ^c	13.1	19.8	57.3	49.0
Relation to father					
27.	Wishes father different ^b	16.0	15.2	65.9	67.7
43.	Angry with father ^c	15.7	21.2	58.4	53.8
75.	Understanding in father-relation ⁿ	15.0	14.2	61.0	61.7
93.	Quarrels with father ^g	9.7	11.4	73.5	69.4
108.	Disappointed in father ^c	8.6	12.1	78.9	73.2
Relations to parents					
4.	Parents listen ^o	8.7	5.9	72.4	79.0
7.	A bother at home ^b	3.4	3.6	85.4	87.1
19.	Feels like defying parents ^c	16.0	27.4	46.3	31.4
24.	Parents are angry ^c	10.2	9.9	63.1	66.6
46.	Preferred level of p:s' decisions ^p	5.2	2.1	63.7	81.9
57.	Parents are disappointed ^c	5.8	5.5	76.6	82.9

70.	Cares most for parents ^h	30.7	19.5	33.3	46.8
82.	Opposition against parents ^c	8.6	10.2	63.2	62.6
113.	Criticism from parents ^g	4.6	5.1	80.2	84.5
Relations to teachers					
9.	Likes teachers ^q	6.5	5.9	50.7	53.1
23.	Feels defiant against teachers ^f	1.7	1.7	96.4	95.8
44.	Teachers are fair ^q	4.7	3.6	74.2	74.5
72.	Liked by teachers ^q	8.5	6.0	37.6	60.6
81.	Teachers understand ^q	15.2	15.6	42.8	44.0
96.	Talks back to teachers ^c	9.0	10.4	66.5	62.9
111.	Teachers are against her ^s	4.2	1.7	80.8	84.5
Relations to peers					
2.	Understanding in peer-relations ⁿ	3.8	1.5	83.5	89.0
5.	Angry with peers ^c	13.0	11.0	51.2	49.2
12.	Shy around peers ^c	5.9	3.3	72.0	87.5
28.	Trust in peers ^t	10.9	5.9	58.9	79.7
36.	Outsider among peers ^c	6.9	5.3	75.6	82.9
52.	Best friend ^u	2.3	4.6	85.8	78.0
59.	Gets tired of peers ^c	3.7	2.7	82.5	84.7
64.	Peers are unfair ^c	3.7	5.3	77.4	80.9
74.	Difficulties making friends ^c	8.0	4.5	71.0	74.8
83.	Displeased with peers ^c	8.6	6.6	60.7	69.8
95.	Liked by peers ^v	7.9	3.3	33.7	76.2
98.	Quarrels with peers ^c	5.8	4.5	72.3	73.7
104.	Peers are against her ^b	4.1	3.3	80.0	86.5
112.	Afraid peers get tired ^c	5.4	8.8	73.3	72.9
115.	Subjection to peers ^c	1.9	2.3	87.7	86.7
Sexuality					
53.	Fear of sex ^x	2.3	7.4	87.0	85.7
91.	Fear of going too far sexually ^b	5.3	2.7	75.6	86.5
99.	Sexually less experienced ^e	4.8	4.4	81.9	79.7
110.	Popular among boys ^k	34.6	49.9	18.7	10.7

^a never – several times/week; ^b never or almost never – very often; ^c seldom – very often; ^d never – several evenings/week; ^e never – very often; ^f never – several nights/week; ^g almost never – very often; ^h very often – seldom; ⁱ most often – almost never; ^j not at all – very much; ^k very much – not at all; ^l never – more than 10 times; ^m never – every evening; ⁿ very well – very badly; ^o most often – seldom; ^p very little – very much; ^q all or almost all – none; ^r hardly anyone – against all; ^s none – all or almost all; ^t totally – not at all; ^u both have had before and have now – have never had and do not want to have; ^v much – not at all; ^x not at all – very much;

Vetenskap och värderingar i social barnavård

Av Fil.dr. Claes Levin, Socialhögskolan, Lund

Inledning

I dag kommer jag att tala en del om några av mina forskningsresultat som rör behandlingsarbete inom socialtjänsten – eller snarare inom den sociala barnavården. Jag kommer att diskutera en del av de problem jag ser inom dagens barnavård och några betydligt äldre problem som har med sekelgamla värderingar att göra. Slutligen ska jag ge några förslag till möjliga och angelägna förändringar. Mitt eget forskningsområde är det som kallas ”människobehandlande organisationer” och främst har jag studerat det som i dag kallas ”särskilda ungdomshem” eller § 12-hem och samhällets åtgärder mot ungdomskriminalitet. Men social barnavård och dess organisering, och behandlingstanken har varit i fokus för de flesta av mina forskningsprojekt – på ett eller annat sätt (Levin 1996, Levin 1998 a och b).

Många av socialtjänstens insatser har svårt att visa på goda behandlingsresultat. Ett skäl är att mycket lite av arbetet utvärderas och vi saknar helt enkelt kunskap om olika åtgärders effekter. Detta gäller såväl kontaktfamiljer som fosterhem och HVB, men i högsta grad en av de kraftigast ingripande åtgärderna, de särskilda ungdomshemmen. Riksdagens revisorer har nyligen konstaterat att det saknas vetenskapligt stöd för att institutionsvård ger positivt resultat och att det finns stora brister i uppföljningen av vårdens resultat och därmed i våra kunskaper om vårdens resultat. De föreslår att SiS och de särskilda ungdomshemmen ska konkretisera målen för verksamheten och förbättra uppföljningen av verksamheten och i ökad utsträckning använda sig av behandlingsmetoder som bygger på vetenskaplig kunskap.[1] Från Socialstyrelsen och det nu nerlagda Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) har kommit starka signaler om att det sociala arbetet måste bli ett kunskapsbaserat arbete vars effekter ska utvärderas.

Så visst ska vi bekymra oss om dåliga och okända behandlingsresultat, och visst ska vi driva utvecklingen mot ett kunskapsbaserat arbete. Men lösningen på det problemet är inte enbart mer kunskaper om barns behov, kriminalitetsutveckling och vetenskapligt baserade behandlingsmetoder.

Kunskaper produceras sedan drygt 20 år inom ämnet socialt arbete och angränsande discipliner. Trots det visar studier att socialarbetare i liten uträkning tar del av forskningsresultat och dessutom är tveksamma till kunskapens relevans för deras eget yrke (Bergmark & Lundström 2000, Norrman 2003). Kunskapsbildningen framstår som ett individuellt projekt och utgör inte en del i en systematisk kunskapsuppbyggnad utifrån klienternas behov. Arbetsledarnas roll är otydlig. Vi vet också att det finns ytterst lite inom individ- och familjeomsorgen som ger incitament för en sådan kunskapsinhämtning (Utvärdering av FoU. En studie av FoU-enheter inriktade på individ- och familjeomsorg 2002).

Det påstås ibland att orsakerna skulle vara ett glapp mellan forskning och praktik. Att forskarna inte intresserar sig för praktiken och arbetets resultat. Det tror jag inte på. De flesta forskare i socialt arbete är själv praktiker som beslutat sig för att söka kunskap om det sociala fältet och om frågeställningar från sin egen praktik. Forskning och praktiskt socialt arbete är olika slags verksamheter inom olika verksamhetsfält. Ofta innebär det att problem och lösningar visar sig betydligt mer komplexa och problematiska än man kanske trodde som praktiker. De svar som forskningsarbetet ger formuleras också på ett sådant sätt och med ett sådant språk att forskare och praktiker har svårt att förstå varandra.

Nej, problemet är ett annat. Vi måste undersöka *varför* det inte tycks finnas större behov av att använda kunskap inom barnvården. Varför utvärderas så lite av barnvårdens arbete? Varför finns så lite hjälpande behandling för ungdomar på §12-hem trots över 150 års erfarenhet? Vad baseras beslut om vård på för underlag om det inte är kunskap om åtgärdernas effekter? *Varför* blir de unga inte rehabiliterade i någon större utsträckning på våra institutioner? Detta är västenliga frågor med komplicerade svar.

Vi har alla ett viktigt uppdrag är att utveckla en kunskapsbaserad barn- och ungdomsvård – i samarbete mellan universitet, kommuner/kommunal socialtjänst och de olika åtgärdssystem som står till barnvårdens förfogande.

Men vi måste också vara klara över att det finns mekanismer som hindrar en sådan utveckling – och de är inte enbart rationella. Det finns mekanismer som *upprätthåller* nuvarande organisering av den sociala barnvården och kanske *förhindrar* tillämpning av effektiva behandlingsmetoder och evidensbaserad kunskap. För *om* syftet med t.ex. våra ungdomsinstitutioner vore rehabilitering av narkotikamissbrukare och ungdomskriminella, att ge social kompetens

och ge stöd till förbättrade familjerelationer etc., skulle arbetsformerna antagligen se helt annorlunda ut; personalens utbildning skulle vara annorlunda, institutionerna skulle ligga på andra platser än de gör och kanske vara organiserade på andra sätt än de är i dag.

Den sociala barnvården är ett fält som fortfarande rymmer ett antal gamla moraliska värderingar och föreställningar från fattigvårdens tid, som hindrar förändring och utveckling av invanda arbetssätt och handlingsmönster, som hindrar att socialtjänstlagens värderingar slår rot, och som hindrar att den sociala barnvården blir en allmänt uppskattad och integrerad del av den sociala välfärden. I samklang med en stark betoning på administrativa och juridiska tolkningar av lagen hindrar detta förändring och utveckling. I dag befinner sig barnvården i gränslandet mellan politisk-ekonomisk styrning och en gryende professionalisering och vetenskaplighet. Om vi vill ha vetenskaplig kunskap som grund för tänkande och handling inom barnvården krävs ett antal (svåra) steg och strategier som på kort sikt kan kosta en del men på sikt bli både billigare och bättre för fattiga och utsatta människor och för samhället i stort.

Socialtjänstens organisatoriska blindhet

1978 analyserade jag, tillsammans med en kollega, en grupp utagerande ungdomar som ställde till svårigheter för socialvårdens institutioner i Malmö (Levin & Nilsson 1979). Vi var psykodynamiskt intresserade och sökte svaret på varför ungdomarna blivit så utagerande i deras livshistoria, och vi sökte svaren via socialvårdens akter – något som tål att hålla ett särskilt anförande om. Det vi fann var visserligen synnerligen omilda livsöden, men främst en helt annan sak - en ytterst särpräglad behandlingsorganisation som slussade runt ungdomarna i stor omfattning och på ett sådant sätt att det kontinuerligt tycktes förvärra deras problem. De tolv ungdomar vi undersökte, och som presenterades för oss som de svåraste ungdomarna inom socialvården, hade innan 16 års ålder *omplacerats inte mindre än 121 gånger*. Myndighetsmisshandel kallade vi det då. Sättet att organisera och utföra det sociala arbetet tycktes i sig både förhindra socialarbetarnas förståelse av ungdomarnas problem och förvärra deras livssituation. Det var kanske den tidpunkt då jag lämnade min psykologiska inriktning och

började tänka i riktning mot organisationssociologi och forskning i socialt arbete.

Den trevande teori vi då framförde var att det handlade om utslutnings- eller utstöttningsprocesser som startade i familjen, av ett eller annat skäl, och som fortplantades i vårdapparaten på ett närmast automatiskt sätt. Orsakerna antog vi vara dels teoretisk oförståelse inför vad de unga uttryckte genom sitt utagerande beteende, dels faktorer som hade med vårdapparaten i sig att göra: stor tillgång till institutionsplatser, täta byten på socialsekreterartjänsterna, ovilja att söka kunskap om tidigare vårderfarenheter på institutionerna ("Här börjar vi alltid från scratch") och upprepade utstöttningsprocesser i fosterhem och på institutioner som motive- rades med att den unge förstörde för de andra ungdomarna. Har ni hört det förut? Bristande kunskaper kring ungdomars behov, och orsaker till varför de handlar som de gör, i kombination med okun- skap om de lämpliga insatserna och vårdapparatens brister (t.ex. omfattande sammanbrott) är ett tema som är med oss än i dag.

Moraliska föreställningar från fattigvårdens tid

Institutioner och fosterhem är inte enbart rationella resurser och verktyg i en barnavårdens vårdplanering utan de är också associe- rade med sekelgamla värderingar och sätt att tänka och handla. I exemplet ovan hittar vi t.ex. en av barnavårdens grundläggande mekanismer: vi kan kalla den *differentierings- eller avskiljningsprak- tiken*. Sådana differentieringsmotiv kan vi spåra så långt det finns skrivna källor inom institutionsvården.

Den här principen var verksam t.ex. när folkskolan introducera- des i Sverige kring 1840. Kring 1880-talet krävde skolan att de skulle kunna *avskilja* vanartiga och sedligt försummade barn, som istället skulle uppfostras i särskilda anstalter. Varför denna avskilj- ning och differentiering? Jo, för att fattiga barn störde undervis- ningen och hindrade utvecklingen av skolan till en "folk"-skola, en skola för alla, där även de högre klassernas barn kunde gå. I dag har vi s.k. skolhem i regi av Statens institutionsstyrelse för de barn som inte den normala skolan anser sig kunna hantera.

Nära associerat med detta tema finns andra, grundläggande moraliska föreställningar. *Räddningstanken*, är en sådan grundläg- gande skyddsprincip som var styrande när samhällets barnavård inrättades, och som innebär att barnen skulle räddas och skyddas

från föräldrarna och andra skadliga inflytande i samhället, och räddas till något ”bättre”. Denna goda vilja var vad som legitimerade placeringen av den unge i en anstalt både politiskt och rättsligt vid den tiden. Men trots ett flertal lagändringar sedan dess tycks det i stort sett vara samma föreställning som bygger under en stor del av dagens praktik.

Anstalten, som social institution, ställdes som modell för det goda alternativet. Den utgör sinnebilden av det goda hemmet och den goda uppfostran. Anstalten ställs i föräldrarnas ställe (in loco parentis) och antas på egen hand kunna åstadkomma en god uppfostran av den unge – särskilt om det kombineras med en tvångsplacering (Se t.ex. Kumlien 1997, Thuen 2002). Föreställningar som dessa – materialiserades i arbetet med barnavårdslagstiftningen i Norge år 1900 (Dahl 1992), och erfarenheterna från barnavårdsanstalter som Råby räddningsinstitut och skolinternaten blev underlag för det kommittéarbete som 1902 ledde till Sveriges första barnavårdslag.

Till detta är kopplat de föreställningar om *hemlighet* som formar en stor del av teknologin på ett tidstypiskt sätt. Några utvecklade behandlingsmetoder i mer specifik eller systematisk mening har knappast funnits förrän de allra senaste åren. Orsaken är helt enkelt uppfattningen att det inte har behövts; den moraliska fostran av de unga som anstalten ska utföra antas vara den samma som sker i en vanlig familj (Levin 1998, Sallnäs 2000).

Mitt antagande är att sekelgamla föreställningar som dessa med rötter i fattigvården i stor utsträckning lever kvar inom det sociala arbetet, i det fördolda, trots alla försök att utveckla moderna lagar, organisationer och behandlingsmetoder.

Egen forskning

1989 formulerade jag en forskningsansökan som inriktade sig på en kvalitativ studie av ”§12-vårdens villkor och möjligheter”. Den följdes senare av en undersökning av hur det gått senare i livet för de ungdomar som varit intagna på Råby ungdomshem (och ett historiskt inriktat projekt om ”Behandlingsbegreppet i teori och praktik”). Frågan vi ställde i vårt projekt var om kritiken mot de s.k. §12.-hemmen kunde vara relevant för dagens s.k. särskilda ungdomshem? Vi började därför undersöka det arbete som bedrevs på Råby, landets äldsta ungdomsanstalt, hur detta arbete uppfattades

av personalen och de unga själva, och hur det gått för de utskrivna ungdomarna. I undersökningen förmedlas bl.a. ungdomarnas egen bild av samhällsintegrationsarbetet, tiden på behandlingsinstitutionen och deras nuvarande livssituation. Även om bilden ibland är motsägelsefull och ambivalent är det i huvudsak en mycket kritisk bild de ger av samhällsintegrationsarbetet och den behandling de fick.

Resultatet visade att i hela gruppen var det ca trettio procent som klarat sig bra eller ganska bra och sjuttio procent som klarat sig dåligt eller mycket dåligt – allt enligt kriterier om avbruten brottslig och missbrukande verksamhet och hyfsad förmåga att klara sig själv i samhället. För enbart pojkguppen var siffrorna än mer alarmerande. För drygt tjugo procent hade det gått bra och för hela åttio procent har det gått illa. Men frågor om vårdens resultat var inget huvudnummer i undersökningen utan mitt intresse gällde främst en teoretisk förståelse av varför behandlingen såg ut som den gjorde, varför den fortsatte decennium efter decennium utan synbara framgångar, och varför effekten av vården blev så dålig som den tycktes bli.

Det administrativa tvånget och den obestämda behandlingstiden i institution motiverades för över hundra år sedan med att de unga fick förmånen av en god uppfostran och behandling av staten och en sådan förmån ska naturligtvis inte begränsas av fasta tidrymder, som ett straff, utan pågå tills den unge är färdigbehandlad eller färdiguppfostrad.

I vår undersökning framkom det klart att *tvånget, inläsningen och den obestämda placeringstiden* inte uppfattades som en förmån, utan tvärtom upplevdes starkt plågsamt av de unga. Detta var faktorer som emellertid inte fullt ut tycktes vara klara för personalen och inte heller vilken betydelse det hade för de negativa behandlingseffekterna. Ungdomarna förstod och accepterade i och för sig omhändertagandet och placeringen som en konsekvens av det egna handlandet, men de förstod inte alls *syftet* med behandlingen på institutionen. Några av ungdomarna grubblade i årtal över vad syftet egentligen var med det frihetsberövande de hade utsatts för. Effekten av detta upplevda obehag blev bl.a. ett strategiskt *behandlingsmotstånd* från ungdomarna i form av individuella överlevnadsstrategier som skyddade dem mot personalens påverkansförsök: strategisk skötsamhet, aggressivt förnekande, isolering och kolonisering. Sådana resultat och strategier är välkända från annan forskning om anstalter t.ex. i sociologen Erving Goffmans studie ”Totala institutioner.” från 1973, och senare studier av t.ex. O’Neill (2001).

Institutionen och dess symboliska innebörd av isolering från övriga samhället var den andra huvudorsaken till de negativa effekterna. Anstalten (institutionen, eller "hemmet", i nutida språkbruk) är platsen dit omhändertagna pojkar och flickor transporteras och låses in och där boten, uppfostran och socialiseringen tänks ske. Att anstalterna ofta ligger utanför samhället är just för att det inte bara handlar om en konkret uteslutning och isolering, utan av något som i symbolisk mening ska förvisas till andra sidan gränsen för det som uppfattas som normalt i samhället.

Anstalten fungerar sedan som ett slags konstgjord, imiterad, verklighet, ett hem och en familj där barnen kan uppfostras, och lära sig bli som andra normala ungdomar. Men samtidigt är den ett hem som på alla punkter avviker från vad vi i normalt språkbruk kallar en familj eller ett hem (Levin 1998).[2] Anpassningen blir till anstaltens verklighet och inte samhällets verklighet. *I en sådan tankemodell för behandling förväntas placeringen i sig vara "behandlingen".* Placeringen i en sådan anstalt är sig själv nog; när den unge är placerad är han placerad, och syftet är därmed uppnått. Några särskilda vetenskapliga pedagogiska metoder eller uppföljningsundersökningar av resultat behövs inte. Problemen för de som placerar blir då mest hur man ska få den unge på plats, och sedan förväntas anstalten sköta den s.k. "behandlingen". Och vad det är finns det delade meningar om. Mångtydigheten i begreppet är själva poängen – det är dess mångskiftande innebörd som bidrar till behandlingens legitimitet. Förväntningar på den s.k. behandlingen kan variera starkt beroende på vem som talar. Det kan gälla förväntningar om att ungdomarna ska straffas och lära sig veta hut, eller att de ska skyddas från en omild omvärld, eller att de ska få professionell hjälp så att de botas från sin kriminalitet eller narkomani, eller att de får uppfostran som leder till "normalt" beteende. *Om det är så behandling ska uppfattas* så räcker det att undersöka om det finns tillräckligt med institutioner och sängar, om det går fort och smidigt att placera de unga och om de administrativa rutinerna fungerar som de ska. Då behövs inga utvärderingar av behandlingseffekter.

En tredje mekanism som bidrar till de negativa behandlingseffekterna är den *internkultur* som uppstår bland de intagna när de placeras under tvång i låsta anstalter. Denna organisering visade sig vara mer eller mindre dold för personalen och bidrog till en hierarkisk gruppering där de äldsta och mest erfarna ungdomarna utövade negativt inflytande över de yngre och nyanlända. Här

skedde en utbildning i det narkomana och kriminella hantverket som de intagna tvingades förhålla sig till och i många fall att anpassa sig till, ett välkänt fenomen inom all behandlingsforskning (Se t.ex. Gresham Sykes (1958) *The society of captives: A study of maximum security prisons*). Så långt min egen forskning.

Problem inom den sociala barnvården

1. Den kommunala barnvårdens mångfaldiga problem

Barnfamiljernas situation i utsatta bostadsområden visar sig på mångfacetterade, komplexa och nya sätt, särskilt i en mångkulturell miljö. De ska mötas på "primärvårdsnivå" med insatser som är lokalt anpassade till omfattning, arbetssätt och nivå. Det är i kommunens sociala primärvårdsprogram som huvudparten av det sociala barnvårdsarbete ska ske: som rent öppenvårdsarbete, som stöd vid genomförande och under placeringar i fosterhem eller institution och vid förberedelse för återvändande eller vid start för ett liv på egen hand. Oavsett vilka mer ingripande insatser som görs så är det socialt arbete som sker före, under och efter ett sådant ingripande av fundamental betydelse för utfallet av insatserna. Samtidigt finns en bister ekonomisk realitet som försvårar arbetet inom den kommunala barnvården. Resursbrist, dyra dygnsvårdskostnader och dålig kommunal ekonomi ger mycket ansträngda villkor för kommunernas barnvårdsarbete. Eftersom socialnämnden är ytterst ansvarig för samtliga barns välfärd i kommunen måste man ta hand om alla anmälningar och ansökningar som andra myndigheter/verksamheter inte kan eller vill hand om – av olika skäl. En konsekvens av detta är att ribban för vad som bedöms som angelägna frågor att utreda hela tiden tycks höjas. Gränsen för vad som betraktas som skadligt för barn förskjuts uppåt. Organisationen får svårigheter att rekrytera kompetenta sökanden till tjänsterna, om ens några, och tungt arbete pga. hög personalomsättning, sjukskrivningar m.m., ger dåliga eller rent av oacceptabla arbetsvillkor. Få erfarna socialarbetare i kombination med allt fler och svårare ärenden bidrar till svårigheterna. Nuvarande ärendefördelningssystem hindrar i många fall också kunskapsackumulation och uppföljningsarbete.

En annan hindrande faktor på samhällsnivå kan vara frånvaron av en *lagmässigt reglerad social barnvård*. Troligen är Sverige och

Danmark unika på detta område just genom att det saknas en sammanhållen barnavårdsplan. Den barnavårdsforskning som bedrivs inom socialt arbete i Lund och Stockholm, har tillsammans med organisationer som CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) genom sitt arbete delvis inneburit ett återupprättande av barnavården som kunskapsområde, men med avsaknaden av ett lagmässigt definierat område, saknas en viktig beståndsdel för en kumulativ kunskapsuppbyggnad och vettig kommunal organisering.

2. Brist på kompetensutveckling inom social barnavård

Personalen på privata och offentliga institutioner har ofta låg utbildning. De särskilda ungdomshemmen som möter de allra svåraste ungdomsproblemen har en mycket stor andel lågutbildad personal. Trots omfattande interna utbildningsinsatser från huvudmannen och trots kvarstående oklarheter om vilka som egentligen är de bäst lämpade att arbeta med ungdomsproblem kvarstår inkomsekvensen. Utrednings- och behandlingspersonalens kompetens och utbildning är en mycket viktig fråga att lösa om behandlingsarbetet ska bedrivas på vetenskaplig grund. Personal på barn- och ungdomsinstitutioner ska vara lämpliga för arbetet och ha extern och intern utbildning för uppgiften (behöver inte vara en viss yrkeskategori, utan kan bestå av fritidsassistenter, socionomer, psykologer och andra med lämpliga egenskaper).

Inom den kommunala socialtjänsten är fortfarande en administrativ karriär den enda möjliga utvecklingsvägen för socionomerna. Svåra barnavårdsutredningar kräver specialistkompetens inom barnavård och sådan utbildning saknas i stort sett i dag.

3. Det sociala barnavårdsarbetets moment 22

I Sydsvenska Dagbladet kunde vi läsa följande rubrik i mars 2004: "Unga kriminella spräcker stadsdelsbudget. Närpolisens effektivitet i Rosengård får utgifterna för sociala vårdinsatser att skjuta i höjden" (SDS mars 2004). En av de absolut viktigaste orsakerna till den kommunala sociala barnavårdens svårigheter i dag är dagens kommunalekonomiska system. Det råder en moment-22 liknande situation som gör att ju större omfattningen av barnavårdsproblem som kommunen har desto sämre ekonomiska resurser har man till

sitt förfogande. Ju mer effektivt polisiärt eller socialt arbete som bedrivs desto större kostnader för vården får kommunen och desto mer måste man skära ner sina resurser i syfte att hålla kommunens budget. Om inte den situationen går att förändra är andra förslag och åtgärder nästan meningslösa att vidta. Ett företag som får fler kunder ökar sina inkomster, en universitetsinstitution som ökar andelen elever får ökade statliga anslag – en stadsdel som får ökad klienttillströmning måste dra ner på sina resurser. Situationen verkar orimlig. Kanske nyckeltalsmodeller även inom kommuner och stadsdelar går att utveckla som baseras på inkomster, andelen barnfamiljer etc.?

4. HVB-vården – en stor, dyr, dåligt kontrollerad vårdform med okända resultat

Allt fler barn och unga placeras i HVB och främst är det de enskilda hemmen som expanderar. Placeringar i enskilda HVB är dyra placeringsalternativ för kommunerna. Dels är dygnsvårdskostnaden betungande, dels är andelen sammanbrott i sådana placeringar förskräckande stor – i synnerhet för tonåringar (Sallnäs 2000, Vinnerljung, Sallnäs & Westermark 2001). Avsaknaden av kunskap om deras kompetens, arbetssätt och resultat är oacceptabel. Det vi vet genom existerande forskning är inte uppmuntrande. Upprepade sammanbrott i vården och brutna relationer och upprepade separationer för barn och unga är destruktivt. Förslag till åtgärder finns i riktligt mått i CUS-rapporten ”Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution (2001)”. §12-hemmen är bra på hållbarhet. Det ska vi ta fasta på och samtidigt utveckla deras verksamhet innehållsmässigt och organisatoriskt så att de svarar mot de ungas och samhällets behov.

Tillstånd, tillsyn och kontroll av barnavårdsinstitutionerna behöver också utvecklas och förstärkas. Hur långt det är lämpligt att gå ligger utanför min kompetens att bedöma, men Riksrevisionsverkets förslag i rapporten ”Tillsyn av behandlingshem för barn och ungdomar” (RRV 2002:6) verkar högst rimliga att sätta i verket. I Norge har staten som bekant tagit steget fullt ut och tagit över huvudmannskapet för de kommunala institutionerna från årsskiftet 2004.

Jag har tidigare förespråkat att Socialstyrelsen skulle ta initiativ till utveckling och implementering av ett ”kvalitetssäkringssystem”

för svensk institutionsvård. Behandlingsverksamhet i vid mening som på något sätt finansieras eller sanktioneras med offentliga medel bör i sin verksamhet inkludera utvärdering och uppföljning i former som garanterar att verksamheten har avsedd effekt eller inte skadar eller försämrar situationen för de aktuella klientgrupperna, är etiskt försvarbar och någorlunda kostnadseffektiv. Hur detta skall ske och hur det skall finansieras får utredas, men samhällets ekonomiska kostnader för ineffektiv, meningslös och kanske destruktiv vård är så stora och de mänskliga kostnaderna etiskt oförsvarbara att även enkla krav på egen uppföljning enligt någon generell modell i samarbete med högskola eller universitet vore ett framsteg.[3]

5. Socialt arbete har blivit ett administrativt arbete

Bengt Börjesson och Karin Tengvald m.fl. argumenterar i antologin "Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten" (2003) för införandet av resultatnriktat eller s.k. målrationellt socialt arbete (2003). Poängen i deras resonemang är att socialt arbete inte får reduceras till en korrekt rättsligt och administrativt utförd handläggning utan på biståndets *resultat och värde för klienterna!* Inom medicinen bedöms läkarens arbete endast utifrån resultatet för patientens del. Inom rättsapparaten bedöms domarens gärning enbart utifrån om domslutet baseras på en korrekt rättslig procedur. Socialarbetaren befinner sig i en mellanposition – något som ofta beskrivs som ett dilemma. Resultatet blir då antingen ett rituellt handlande eller en koncentration på att handlägga ärenden administrativt korrekt. Men för socialarbetaren är inte dessa poler likvärda utan den målrationella handlingen är överordnad: socialarbetaren ska finna den bästa lösningen för klienten. Problemet är istället avsaknaden av kunskaper om vilka som är de mest ägnade insatserna - och hur behov och resurser ska matchas på bästa sätt (Börjesson 2003: 85ff). Inom social barnavård finns dock ett ytterligare problem, nämligen att klienten inte låter sig entydigt definieras. Förhållandet mellan föräldrar, barn och omgivning är synnerligen komplicerat för socialarbetaren att hantera. Ibland är föräldrarna "klienten", ibland barnen och ibland hela familjen. Området för vetenskaplig kunskap inom barnavården i stort är (i dag) begränsat, men där det *finns* kunskap att tillgå ska den självklart användas.

6. Socionomyrket är inte en profession

Socionomen förfogar inte över särskilda redskap eller områden där man kan hävda kunskapsmonopol. Yrket saknar systematisk teori, professionell auktoritet, samhällssanktion etc. Arbetet styrs istället i hög grad av lagar, politiska beslut och ekonomiska överväganden. Här finns den stora skillnaden gentemot läkare och psykologer t.ex. Problemet är att socionomer inom barnvården inte kan säga nej till arbetsuppgifter av etiska eller kunskapsmässiga skäl. De tvingas ibland att arbeta med arbetsuppgifter de kanske t.o.m. saknar kompetens för och med fler ärenden än vad som är professionellt försvarbart. I dag söker och använder socialarbetare i alltför liten utsträckning vetenskaplig kunskap i sitt arbete. Nationell handlingsplan för ett kunskapsbaserat arbete är ett initiativ för att komma till rätta med detta problem. Stora delar av problemet skulle lösas på ett självklart sätt om socionomer får en utbildning som i längd och innehåll ger underlag för legitimation, baserat på vetenskaplig kompetens. Om kommunerna skulle acceptera att socionomerna får ett professionellt ansvar för sitt arbete, med tydliga gränser gentemot det politiska ansvaret, skulle det vetenskapliga kunskapsökandet bli en naturlig del av arbetet – på samma sätt som psykologer och läkare ständigt upprätthåller sin vetenskapliga kompetens. Den socialarbetare som får ett självständigt och utkrävbart ansvar för sitt handlande tvingas att motivera det man skriver och gör på vetenskaplig grund.

Förslag till lösningar

1. Den sociala barnvården ska ha allmänhetens förtroende

Social barnavård innebär inte bara resurser som utgör symboler för god välfärdspolitik. Vi måste lyfta ambitionen ett steg till och våga utvärdera dess reella effekter. Vägen dit går över vetenskaplig kunskap. Social barnavård som bygger på socialtjänstlagen är inte bara att administrera vård – lagen har ett syfte och det innebär att vi också måste följa upp om lagens hjälpande intentioner uppfylls.

Vägen framåt ligger i att göra den sociala barnvården till en efterfrågad och allmänt accepterad samhällsservice på samma sätt som barnomsorgen och äldreården är i dag. Det gamla fattigdomstänkandet som i delar lever kvar inom barnvården måste brytas och ersättas av en attraktiv och socialt accepterad barnavård.

Det kan gå att genomföra om betoningen på kunskapsutveckling i samarbete mellan universitet och socialtjänst får fortsätta. Utvärdering måste till, kontroll över resursutbudets kvalitet måste till, kostnadsutvecklingen måste hejdas eller åtminstone relateras till kvaliteten på den vård och behandling som kan erbjudas – inte relateras till bristande utbud. Beställarkompetens måste utvecklas. KUBAS-projektet är ett exempel som kan ge viktiga lärdomar i kunskapsutbytet mellan socialtjänsten och universitetet.

2. Inför en svensk barnavårdslag – och krav på särskild behörighet

En god förutsättning för utveckling av den sociala barnavårdens som kunskapsområde och organisation är enligt min uppfattning att den sociala barnavården regleras av egen lagstiftning som tydligt stadgar uppdrag, ansvar, organisering, kvalitetskrav, utbildningskrav etc. Därmed förhindras att barnavården slukas i kommunens eller stadsdelarnas allmänna serviceutbud eller av allmänna ekonomiska underskott. Barnavården som ett eget kunskapsområde bör ha en egen vetenskaplig tidskrift, efter norsk modell. Inom ramen för social barnavården bör finnas en kompetenstrappa för personal med avancerade teoretiska och metodiska arbetsuppgifter. Den personal som har avancerade arbetsuppgifter av utredande, handledande eller metodutvecklande karaktär bör ha *specialistutbildning* på mastersnivå motsvarande 20 eller 30 poäng (30–45 ECTS poäng) inom socionomutbildningen.

3. SiS vårdutbud måste utvecklas - i samverkan med kommunerna

En kärnfråga när det gäller barn och unga i vård är bristen på kunskapskontinuitet och personkontinuitet inom socialtjänsten under behandlingsprocessen, bristen på samverkan mellan socialtjänsten och institutionsvården under den tid den unge är föremål för placering och bristen på stöd och planering inför den unges återvändande till hemmet (Bullock, Little, Millham 1993, Vinnerljung 1996, Andersson 1996, Levin 1998) Detta sätter fokus på SiS verksamhet.

Program måste troligen utvecklas för den s.k. eftervården där antingen kommunen eller institutionen tar på sig ansvar för planering av återvändande och stöd under uppföljningstiden. För de

kommuner som har öppenvårdsprogram kan man själv sköta återvändandet, annars kanske institutionen eller ambulanta team kan arbeta med detta. Men arbetet med återvändande och stöd efter institutionstiden måste förmodligen ingå i de vårdpaket som erbjuds. Institutionsvård som inte bygger på parallellt och uppföljande socialt arbete på hemmaplan med skola, föräldrar, kamrater etc. är i de flesta fall bortkastad tid och pengar.

Placering på låsbara institutioner under tvång bygger på tanken om att vården är en förmån och skall ges så länge behovet finns. Den principen bör bli föremål för kritisk granskning när det gäller vård under tvång med direkta eller indirekta samhällsbevarande syften.

I dag kan vårdtiderna vara av obestämd längd och ibland flera år långa. Behandlingsforskning har visat att institutionsvård som har behandlande eller (re-)habiliterande syfte i normalfallet inte behöver överstiga 6 månader. Den i dag obestämda tiden för behandling under tvång i institution bör (som den danska) ersättas av en stadga om en längsta tid för behandling under tvång till 12 månader (6+6 månader + 2 månader för utredning/observation/akutplacering). Tidsobestämd vård är destruktiv och direkt kontraproduktiv om inte vården/behandling uppfattas av de unga själva som vård och behandling! Resten av behandlingen sker med fördel i öppna former nära den unges hemmiljö. Att få institutionsvården att bli en integrerad del av ett i grunden hemmabaserat socialt arbete är en utmaning för både socialtjänst och institutionsvård.

Inom SiS sker nu en utveckling på olika områden. Familjearbete utvecklas på flera håll, öppenhet mot det omgivande samhället ökar, t.ex. genom skolhem som erbjuder utbildning även för kommunens ungdomar och med besökare från det omgivande samhället, utredningshemsverksamheten utvecklas på olika sätt, försök görs med att anställa nya personalkategorier, t.ex. psykologer inom utredningsverksamheten mm. Just nu pågår en spännande utveckling av en vetenskapligt baserad institutionsvård i både Sverige och Norge, baserad på en kunskapsöversikt finansierad av CUS, SiS och Norska barn- och familjdepartementet. Allt detta är bra, men inte tillräckligt.

4. HVB-utbudet och kvalitetsfrågan

Både när det gäller kommunala och privata HVB, och de särskilda ungdomshemmen, borde tillsynsverksamheten omfatta en kvalitetskontroll som är mer omfattande än i dag, eller snarare borde den omfatta också andra aspekter än i dag. Kraven måste gälla dokumentation och uppföljning av verksamhetens resultat, kontroll av personalens kompetens att bedriva det arbete som man säger sig göra, evidensbaserade arbetsmetoder där sådana är lämpliga och finns att tillgå, etc. Om och när dessa krav är uppfyllda skulle ett slags diplomering kunna utfärdas, kanske i form av HVB-tillstånd, och riktade statsbidrag i någon form skulle kunna utgå till dessa godkända hem. Dagens situation med ett stort institutionsutbud som kostar stora summor för kommunerna och där kunskapen om effekterna för barn, unga och familj är i stort okända är orimlig.

5. Social barnavård och socialhögskolorna

Dokumentation, *utvärdering* och *uppföljning* måste integreras i all vård och behandling. Sådan kunskap ska i grundläggande form läras ut på socialhögskolorna. Samtidigt måste sådan kunskap förankras via särskilda anställningar inom både kommunal socialtjänst och institutionsvården. Kunskaper om verk samma arbetsmetoder, ny vetenskaplig kunskap och om effekter av den egna organisationens verksamhet för de unga och samhället måste säkerställas. I dag finns troligen många verksamheter som erbjuder god problemlösning, omsorg, behandling och kontroll utan att vi vet säkert eftersom verksamheterna inte är utvärderade.

Kanske måste *kurser i behandlingsforskning* inrättas och erbjudas som uppdragsutbildning, specialistutbildning och/eller som reguljär del av socionom och psykologutbildningen. Överhuvudtaget måste utbildningen av de yrkeskategorier som ska arbeta inom den sociala barnavården bygga i ökad utsträckning på vetenskaplig kunskap om barns och familjers behov och de sociala insatser som krävs för att stödja utsatta grupper, samt de vård och behandlingsformer som behövs för att avhjälpa problem (befintliga och de som behöver utvecklas). Troligen behöver utbildningen också differentieras så att en tydlig specialistkompetens kan utvecklas inom bedömningsområdet och behandlingsområdet.

En förbättrad kunskap och kompetens hos social och beteendevetenskaplig personal är dock enbart ena sidan av myntet. Lika viktigt är avnämarnas intresse för att ta emot sådan kunskap och kompetens. Om kommuner och institutioner inte värdesätter kunskapen (genom anställningar, befattningar, organisering för implementering av kunskapsbaserat arbete, lönedifferentiering efter kompetens inom andra områden än rent arbetsledande arbete, etc.) blir det svårt att åstadkomma den önskade utvecklingen.

Det tredje steget är att utveckla ömsesidig kunskapsspridning mellan kommuner och behandlingsorganisationer (frivilliga organisationer, behandlingsinstitutioner, fosterhemsorganisationer etc.) å den ena sidan och universiteten å den andra. Många sådana former prövas f.n. inom socialstyrelsen s.k. KUBAS projekt: "Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten". T.ex. har försöket med praktikcentrum vid Socialhögskolan i Lund på Campus Helsingborg varit mycket framgångsrikt.

"Looking after children"/BBiC är ett kunskapsbaserat verktyg som utvecklats i England och som nu sprids inom landet - uppbackat av socialstyrelsen. Utbildning på magisternivå ges fr. o m hösten 2004 på socialhögskolan i Lund. Sådana kunskaper bör ingå i en specialistutbildning för dem som arbetar inom kommunens barnavård (eller statliga fackteam) med handledande/metodutvecklande arbetsuppgifter.

6. Kompetensutveckling inom kommunal social barnavård

Ett förslag för att lösa dessa problem är att socialtjänsten (barnavården) i varje kommun eller stadsdel eller mindre kommuner i samverkan inrättar hela eller halva befattningar som *mentorer eller metodansvariga*, med direkt uppdrag att planera och genomföra introduktion av nyanställda och praktikanter, organisera praktiken i samarbete med institutionerna för socialt arbete, handleda personal som har svåra barnavårdsärenden, hålla sig kontinuerlig informerade om den vetenskapliga utvecklingen på området, initiera dokumentation och utvärdering av olika insatser, etc. Dessa personer blir nyckelpersoner i samverkan med universiteten och t.ex. skulle socialhögskolorna kunna bidra med att erbjuda fritt deltagande i relevanta kurser, handledarutbildningar, deltagande i gemensamma seminarier etc.

Inom ramen för en sådan organisation skulle också kunna finnas utrymme för utveckling av särskild *bedömarkompetens* genom specialistkunskap om familjers och barns behov och matchning av dessa med systematisk kunskap om befintliga vård- och behandlingsresurser och dessas kompetens och utvärderingsresultat. På sikt skulle inga placeringar få ske utan att de passerat en sådan professionell bedömarorganisation. Även omprövningar av t.ex. institutionsplaceringar borde bedömas både administrativt/lagligt och professionellt; gärna i tvärfackliga team där olika slag kompetens borde finnas. *Fackteam* kan vara ett slags lösning till kopplingen mellan behov och resurser. Oavsett vilket krävs "bedömarkompetens". Någon måste, kunskapsbaserat, kunna göra kopplingar mellan den unges och familjens behov och lämpliga och tillgängliga resurser. Att göra behovsbedömningar som inte svarar mot tillgängliga resurser är oetiskt. Ett allvarligt dilemma.

Även begreppet *case-manager*, som fått en konkret och viktig betydelse i de nya vetenskapligt beprövade behandlingsformerna som MST och MTFC, borde prövas och eventuellt ges ett innehåll i den generella barnvården. Vi talar här om en eller flera personer som professionellt följer, planerar, bedömer och utvärderar pågående placeringar så att de används effektivt, meningsfullt, ekonomiskt och med lämplig tidsplan.

7. Utveckla en behovsstyrd barnvård!

Inom behandlingsforskningen råder stor enighet om att både vårdorganisation i stort och den enskilda institutionens behandlingsprogram ska vara behovsstyrd. I dag blir genuina behov hos barn och unga omdefinierade med utgångspunkt från befintliga resurser istället för tvärtom. Ett behovsstyrt vårdutbud kräver naturligtvis både beställarkompetens, styrning av vårdutbudet och kompetens att matcha barns och barnfamiljers vårdbehov med kunskaper om tillgängliga behandlingsresurser.

Barns behov är ett komplicerat begrepp och jag ska bara beröra en aspekt av detta här. Barns behov betyder inom delar av den psykologiskt vetenskapliga diskussionen det samma som dynamiska "kriminogena" behov. För att beteendebaserad behandling ska vara verksam måste den bygga på säkerställd analys och diagnos av sådana "behov" och att allvarligheten i risken att utveckla kriminellt beteende kontrolleras. I denna mening är "behov" ungefär lika

med de sociala relationer, beteenden och personlighetsdrag som bidrar till att skapa och vidmakthålla en kriminell livsstil.

Men barn och barnfamiljers behov kan ju vara så mycket mer. I min egen forskning framkom att de placerade barnen var mest besvikna över att de inte fick någon hjälp med det som de själva uppfattade som väsentliga och bekymmersamma problem. För många av dem var deras "kriminella" handlande, svårhanterliga emotionella reaktioner etc. i stor utsträckning reaktioner på ett svår familje- och livssituation. Rymningar från institutionen som i ett perspektiv kan ses som asocialt handlande, var ibland en naturlig reaktion på den oro de kände för moderns säkerhet i hemmet – ett hem där missbruk och våld var ett dagligt inslag. De rymde för att se att mamman mår bra. Om sådant beteende möts med fostrande beteendeträning utan hänsyn till orsakerna bakom handlandet är risken stor att behandlingen i bästa fall blir meningslös och i sämsta fall möter rena destruktiva motreaktioner, t.ex. utvecklingen av missbruk och mer kriminalitet.

Referenser

- Bullock, Roger; Little, Michael & Millham, Spencer (1998) *Secure treatment outcomes. The care careers of very difficult adolescents*. Dartington social research series. Aldershot. Aldgate.
- Dahl, Tove Stang (1992) *Barnevern og Samfunnsvern. Om stat, vitenskap og profesjoner under barnevernets oppkomst i Norge*. Oslo: Pax.
- Ericson, Kjersti (1996) *Forsømte eller forbryterske. Barnevern og kriminalitetskontroll i etterkrigstida*. Oslo: adNotam/Gyldendal.
- Goffman, Erving (1973) *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltens sociala villkor*. Stockholm. Rabén & Sjögren.
- Hagelin, Kennet & Levin, Claes (1988) *Basenheten i Rosengård - en primärvårdsmodell för socialtjänsten*. Lund: Studentlitteratur.
- Kumlien, Mats (1997) *Uppfostran och straff. Studier kring 1902 års lagstiftning om reaktioner mot ungdomsbrott*. Rättshistoriskt bibliotek, 56:e bandet. Stockholm: Nerenius & Santerus.
- Levin, Claes (1996) *Socialtjänsten och Minnesotamodellen – Ett samarbetsprojekt mellan människobehandlande organisationer. Meddelanden från socialhögskolan 1996:1*, Lunds Universitet.
- Levin, Claes (1997) *Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94*. Forskningsrapport nr 2, 1997. Stockholm: Statens institutionsstyrelse
- Levin, Claes (1998 a) *Uppfostringsanstalten. Om tvång i föräldrars ställe*. Akad.avh. Lund. Arkiv.
- Levin, Claes & Nilsson, Gerry (1979) *Utagerande barn och ungdomar. Socialmedicinsk tidskrift, 56, nr 7–8, s 387–399*.
- Levin, Sunesson & Swärd (1998 b) *Behandling*. I Verner Denvall & Tord Jacobsson (red.) *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. s 177-192. Stockholm: Norstedt juridik.
- Mahood, Linda (1995) *Policing gender class and family. Britain, 1850-1940*. London. UCL press.
- O'Neill, Teresa (2001) *Children in secure accomodation. A gendered exploration of locked institutional care for children in trouble*. London. Jessica Kingsley Publishers.

- Pösö, Tarja (1991) Welfare for girls, justice for boys?: Treatment of troublesome youth in the finnish residential child welfare system. In Annika Snare (ed.) *Youth, Crime and Justice. Scandinavian studies in criminology, vol 12, pp 99–120*. Oslo: Norwegian University press/The scandinavian research council for criminology.
- Pösö, Tarja (1996) Family as framework: gendered residential treatment of troublesome youth. *International Journal* 96/1, pp 70–81.
- Rutter, Michael; Giller, Henri & Hagell, Ann (1998) *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Street, Vinter & Perrow (1966) *Organizations for treatment*. New York: The Free press.
- Strömpl, Judit (2002) *The K. School. Residential management of troublesome girls in transition time Estonia*. Academic dissertation. Electronic diss. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 215.
<http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/2002070.html>
- Tengvald, Karin (2003) Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningfulla insatser. I Nils Varg (red.) Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi. Socialstyrelsen
- Thuen, Harald (2002) *I foreldrenes sted*. Oslo: Pax.
- Utvärdering av FoU. En studie av FoU-enheter inriktade på individ och familjeomsorg. (2002) Socialstyrelsen.
- Wiberg, E. m.fl. (red.) (1976) *Pojkar i tvångsvård. Råbyundersökningen*. Stockholm: Prisma.
- [1] Förslag till riksdagen 2002/03:RR9. *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse*.
- [2] Se vidare t.ex. Street, Vinter & Perrow 1966, Goffman 1973, Foucault 1987, Bergmark & Oscarsson 1992,)
- [3] SiS UNGDOK-projekt (ADAD) kan väl i viss utsträckning ses som ett sådant instrument, men det berör vad jag vet inte institutionens arbete som sådant, enbart behandlingseffekter.

Kunskap, organisation och resurser i den sociala barn- och ungdomsvården

Av professor Tommy Lundström, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Det här föredraget skall framförallt handla om den sociala barn- och ungdomsvårdens personalmässiga resurser och organisatoriska läge. Men jag tänkte börja med att säga något sammanfattande om kunskapsläget på detta fält. När Bo Vinnerljung och jag för omkring fem år sedan presenterade två rapporter om kommunernas sociala barnavård (Lundström 2001; Lundström och Vinnerljung 2001) inom ramarna för det så kallade Valfärdsbokslutet sammanfattades bristerna i det rådande kunskapsläget på den sociala barn- och ungdomsvårdens fält på följande vis:

1. Det saknas kunskaper om vad som faktiskt görs i det praktiska barnavårdsarbetet? Vilka insatser och metoder använder sig socialarbetarna av? Hur ser innehållet ut i de olika metoderna och insatserna? Kunskapsbristerna handlar om frånvaron av forskning, men också om en avsaknad av systematiskt dokumentation på olika nivåer (från de enskilda arbetsplatserna till Socialstyrelsen).
2. Det saknas kunskap om resultaten av de insatser som görs i barn- och ungdomsvården. Utvärderingar och så kallad evidensbaserad kunskap är en bristvara i socialt arbete i allmänhet, och det gäller också barn- och ungdomsvården. Undantaget utgörs av forskning om fosterbarns- och institutionsvård där det finns en internationell forskningsfront och också en hel del svensk forskning.
3. Det saknas grundläggande löpande statistikproduktion, om (a) inflödet i barnavårdssystemet: antalet anmälningar, ansökningar, vilka som gör anmälningarna och vad som händer med dem samt (b) om barn- och ungdomsvårdens insatsrepertoar; vilket typer av åtgärder vidtas. Ett undantag i detta avseende är statistiken över omhändertaganden. Där långa personbaserade statistikserier gör att vi nu systematiskt kan ta fram nya kunskaper om omhändertagna barn och om effekterna av samhällets insatser.
4. Det mesta talar för att antalet barn och ungdomar som blir föremål för insatser inom barnvården har ökat kraftigt sedan

mitten av 1990-talet. Särskilt allvarligt är det att antalet omhändertaganden stadigt gått upp sedan mitten av 1990-talet. Det gäller nästan uteslutande tonåringar. Visserligen kan vi göra antaganden att en del av ökningen orsakats av ett ökande tryck från det rättsliga systemet på socialtjänsten, men kunskaperna om skälen till ökningen är långt ifrån tillräckliga.

5. Det saknas kunskaper om den sociala barnvårdens organisation och struktur och hur sättet att organisera barnvården påverkar innehållet. Dessa kunskapsbrister gäller såväl omfattning av de resurser som läggs ned på barna- och ungdomsvården som det sätt på vilket arbetet organiseras.

Denna punktvisa beskrivning av kunskapsbristerna är fortfarande giltig. Det som framförallt hänt sedan den gjordes är att frågan om insatsers och metoders effekter på klienters levnadsförhållanden fått ökad betydelse i diskussionerna om socialt arbete. Evidensbaserat socialt arbete är något som ställts på dagordningen. Det betyder blanda annat att Socialstyrelsen och andra aktörer lägger ner mer resurser på att initiera utvärderingar av metoder i bland annat barn- och ungdomsvården och på att sprida kunskaper från andra länder i form av kunskapsöversikter. I mycket är detta ett arbete som ligger i sin linda, och det är en öppen fråga hur det kommer att påverka socialtjänstens barna- och ungdomsvårdsarbete de kommande åren.

Jag skall i det här föredraget koncentrera mig på den sista punkten i min sammanställning, nämligen barna- och ungdomsvårdens organisation och resurser. Det jag kommer att säga baseras nästan helt och hållet på två artiklar skrivna av Åke Bergmark och mig (2004a, b). Artiklarna baseras i sin tur på data från ett ganska omfattande forskningsprojekt, det så kallade IFO-projektet, där vi låtit samla in uppgifter om individ- och familjeomsorgen i hundra mellanstora svenska kommuner (för mer precisa metoddiskussioner, referenser osv. se Bergmark & Lundström 2004a, b).

Jag tänkte börja med att säga något om personalresurserna. Inom andra kommunala verksamhetsområden vet man ganska mycket om hur resurserna fördelas. Man vet hur många elever det går på en lärare eller hur många barn det går på en förskolelärare. Mot den bakgrunden kan det tyckas märkligt att det inte finns någon pålitlig statistik om hur många som arbetar inom individ och familjeomsorgens sociala barnvård. Inom ramarna för IFO-projektet har

vi försökt råda bot på denna brist. I den följande tabellen redovisas hur många socialarbetare det går på 1 000 invånare.

Tabell 1 Antal socialarbetare per tusen invånare i genomsnitt (n=100)

	Antal
Barn- och ungdom	0,58
Missbruk	0,30
Socialbidrag	0,33
IFO totalt	1,21

Den genomsnittliga kommunen bland de hundra som ingår i vårt urval har alltså 1,21 socialarbetare per tusen invånare. Den kommun som har lägst antal ligger på en halv socialarbetare per tusen invånare medan motsvarande siffra för den mest socialarbetartäta är drygt två per tusen. När det gäller barn och unga går det knappt 0,6 socialarbetare på 1 000 invånare i totalbefolkningen. Om man ställer antalet socialarbetare inom barn och ungdom i relation till antalet barn och ungdomar i kommunerna (befolkningen upp till 20 år), finner man att det går drygt två socialarbetare på 1 000 barn och ungdomar. Men variationerna är mycket stora mellan olika kommuner. De minst socialarbetartäta har knappt en socialarbetare på 1 000 invånare i befolkningen upp till tjugo år medan motsvarande siffra för de mest socialarbetartäta är fem.

Det som är slående är att barn och ungdom är personalmässigt nästan lika stort (0,58 per tusen invånare) som missbruk och socialbidrag tillsammans (0,63 per tusen invånare). Mot bakgrund av att det i vårt material framkommer att de som arbetar med barn och ungdom numera ytterst sällan handlägger socialbidrag för "sina" familjer är det uppenbart att kommunerna lägger jämförelsevis stora resurser på barn- och ungdomsområdet. Vi saknar säkra data när det gäller hur kommunerna tidigare fördelat de personella resurserna men mycket talar för att barn och ungdom ökat sin andel. Den följande tabellen antyder ett sådant förhållande.

Tabell 2 Nyanställda samt förändringar i personalstyrkans storlek, procent av det totala antalet anställda under det senaste året (n=100)

	Nyanställningar %	Förändringar i personalstyrkan storlek %
Barn och ungdom	18	+5
Missbruk	16	+1
Socialbidrag	16	-2

Som framgår av tabellen är andelen nyanställningar relativt stor. Inom barn och ungdom har i genomsnitt nära tjugo procent av personalstyrkan nyanställts under det senaste året före intervjuerna gjordes. Talet om höga tal för personalomsättning tycks alltså ha fog för sig. Men nyanställningar verkar också hänga samman med en expansion, eftersom personalgruppens storlek inom barn och ungdom till skillnad från de andra områdena har ökat sina personalresurser med fem procent.

Uppgången i personal inom barn och ungdom svarar mot ganska entydiga uppgifter om att trycket på barnavården ökat genom fler anmälningar från skola, hälsovård och allmänhet samt genom att domstolarna överlämnar fler ärenden med kriminella ungdomar till socialtjänsten. Med tanke på personalökningen, att personalen numera specialiserar sig på kärnuppgifter och inte arbetar med socialbidrag samt att det skett stora öknings i kostnader för placeringar av ungdomar i dygnsvård, kan man helt klart konstatera att detta är ett område där man i dag lägger ned mer resurser än, låt säga för tio år sedan. När jag säger detta till socialsekreterare som arbetar med barn och ungdom brukar de protestera och i stället häva att resurserna minskat. Möjligen är det så att dessa påståenden båda kan vara sanna, nämligen om det är så att ökningen av resurser svarar mot en större ökning av anmälningar osv. Man kan tänka sig att det går fler klienter per socialarbetare i dag än för tio år sedan. Om det vet vi emellertid ingenting. En annan förklaring till att bägge dessa påståenden kan vara sanna är att de nya resurserna inte gått till barnavårdens "kärna", de som sysslar med det vanliga utredandet och det vardagliga behandlingsarbetet, utan till nya former av öppenvårdsverksamheter och projekt. I våra data återfinner vi nämligen uppgifter som tyder på att större delen av de förändringar som skett i organisering de senaste åren handlar om satsningar på olika typer av öppenvårdsenheter och samarbetsprojekt. Det för oss också över till frågan om hur barnavården är organiserad.

Tabell 3 Andel kommuner med integrerad arbetsgrupp, integrerad arbetsgrupp med personbunden specialisering respektive särskild specialiserad enhet, procent (n=100).

	Barnavård	Försörjningsstöd	Missbruk
Integrerad arbetsgrupp	8	3	10
Integrerad arbetsgrupp med personbunden specialisering	7	5	12
Särskild, specialiserad, enhet	85	92	78

När socialtjänstlagen trädde i kraft i början av 1980-talet var det i lagstiftningen fastslagna ideala arbetssättet, en integrerad organisation. Den enskilde socialarbetaren skulle arbeta med såväl socialbidrag som missbrukarvård och socialbidrag för sina klienter. Eller i vart fall skulle organiseringen göras utifrån en sådan tanke om integrerat arbetssätt. De här principerna har inte ändrats på lagstiftningsområdet men verkligheten är i dag en helt annan än för 10 eller 15 år sedan. Sedan mitten av 1980- och under hela 1990-talet kan vi bevittna en omfattande specialisering inom individ- och familjeomsorgen inklusive den sociala barnavården.

Det vanligaste sättet att organisera den sociala barnavårdsverksamheten i kommunerna är i dag barn- och familjegrupper. Beteckningarna kan skilja sig åt, men sådana enheter finns i 67 procent av de undersökta kommunerna. I en femtedel av kommunerna har man dessutom specialiserat sig ytterligare genom att inrätta särskilda ungdomsgrupper. Det är i dessa grupper som lejonparten av utrednings- och behandlingsarbetet utförs.

I de fall där man organiserat verksamheten i form av en barn- och familjegrupp och/eller ungdomsgrupp förekommer det ytterst sällan, som jag varit inne på, att man hanterar socialbidrag parallellt med behandlings- och utredningsverksamheten. Bara fem av kommunerna svarar ja på frågan om de handlägger det ekonomiska biståndet för de familjer de har kontakt med. Om man bortser från de, oftast små kommuner, som har en helt integrerad organisation där missbruksarbetet, barnavårdsarbetet och hanteringen av socialbidrag sköts inom samma enhet, förefaller det vara så att utrednings- och behandlingsarbetet inom den sociala barnavården nu i praktiken skiljts från socialbidragshanteringen. En tidigare mycket omdiskuterad fråga har därmed "lösts" i all tysthet – mer eller

mindre i strid med lagstiftarens intentioner om helhetssyn och integration av olika arbetsuppgifter.

Inom ramarna för barn- och ungdomsenheterna drivs ofta specialiseringen ännu längre, genom personburen uppdelning av arbetsuppgifter. Det är mycket vanligt att man i en sammanhållen grupp har personal som specialiserar sig på utredningsarbete, familjehemsfrågor osv.

I drygt tjugo procent av kommunerna har man skiljt ut utredningsarbetet inom barn och ungdom till särskilda organisatoriska enheter (i två fall inom ramen för en så kallad beställar- utförarenhet). Renodlade beställar/utförarmodeller är alltså ovanliga, medan det är relativt vanligt att man har en särskild grupp för att hantera utredningsverksamheten.

Vid sidan av kärnfunktionerna i barn- och familjegrupper, ungdomsgrupper och utredningsenheter, finns i de allra flesta kommunerna (88 procent) andra typer av verksamheter på barnavårdsområdet. Oftast är dessa "övrige verksamheter" olika typer av öppenvårdsmottagningar för barnfamiljer och ungdomar, men här återfinns ofta också särskilda enheter för så kallad hemma-hos-verksamhet eller hemma-hos-terapi, det vill säga där man i olika former och med olika intensitet bedriver behandlingsverksamhet i familjens vardag. Idéerna bakom öppenvårdsmottagningarna kan vara att man skall specialisera sig på någon särskild klientgrupp eller att mottagningarna skall öka tillgängligheten, genom att verksamheten avskiljs från den mer formella kärnan av barnavårdsarbetet. Öppenvården bedrivs ibland i nära samarbete med exempelvis barnhälsovård och skola. På grund av detta samarbetet kan det ibland till och med vara svårt att identifiera gränserna för vad som är individ- och familjeomsorg.

Ser vi på tidpunkterna för när den senaste organisationsförändringen gjorts på barnavårdsområdet visar det sig att den i genomsnitt (md) låg tre år tillbaka i tiden och att omkring sjuttio procent av kommunerna hade omorganiserat under en femårsperiod. Talet om de ständiga omorganisationerna inom socialtjänsten bekräftas med andra ord i våra data. Mer än två tredjedelar har genomfört omorganisationer de senaste fem åren.

Tabell 4 Innebörd i senaste omorganisation inom social barnvård. Procent (n=100).

Specialisering genom inrättande av särskild enhet	18
Intern specialisering av uppgifter	14
Ny behandlingsenhet tillskapas	19
Tillskapande av utredningsenhet	17
Integrering genom sammanslagning av enheter	7
Integrering av uppgifter	7
Nedläggning behandlingsenhet	1
Överflyttning av uppgifter till andra delar av IFO	1
Övrigt/ej svar	16

Som framgår av Tabell 4 är trenden i organisationsförändringarna i riktning mot ökad specialisering mycket tydlig. De fyra första kategorierna representerar olika former av specialisering. Sammantaget kan alltså nära 70 procent av de senast genomförda omorganisationerna karaktäriseras som specialiseringar – i form av organisatorisk avskiljning från andra delar av individ och familjeomsorgen, specialisering inom barnvården (exempelvis i form av inrättande av en ungdomsgrupp eller utredningsenhet) eller (vanligast) att man startar en ny behandlingsenhet utanför barnvårdens kärnområden. Det är kanske just detta med tillkomsten av nya typer av öppenvårds- och behandlingsenheter som är den tydligaste men också mest anmärkningsvärda (åtminstone när gäller styrka) specialiseringstrenden inom den sociala barnvården.

Sett från detta organisatoriska perspektiv har barnvården förändrats kraftigt under de senaste åren. Samtidigt bör det framhållas att detta kan vara förändringar på ytan. Vi vet mycket litet om vad det betyder för det vardagliga sociala arbetet. Specialisering kan emellertid knappast betraktas som en kortlivad trend eller ett slags organisatoriskt mode. För att lösa problem av olika slag eller för att svara upp mot omgivningens förväntningar tycks specialisering snarast vara en mer eller mindre självklar strategi inom socialvården i allmänhet och också inom barna- och ungdomsvården. Krävs det ökad kompetens i utredningsarbetet eller satsningar på problemungdomar verkar det organisatoriska svaret ofta vara att skapa en ny enhet (som inte behöver se likadan ut i de olika kommunerna). Specialisering tycks sällan ifrågasättas utan verkar i stället ofta utgöra det naturliga svaret på omgivningens krav på nytänkande.

Innan jag avslutar föredraget med ett antal frågor inför framtiden, skall jag säga några ord om specialiseringens effekter för klienterna. Vad man med viss säkerhet kan utgå från är att de organisationsförändringar som skett de senaste åren har gjort systemet mer komplicerat för klienterna. Det bör rimligen vara så att det är svårare att veta vilken enhet man skall ta kontakt med eftersom det finns fler än tidigare. För att komma in i systemet krävs dessutom oftast att relationen inleds med någon form av sorteringsprocedur. Dessa eventuella svårigheter för klienterna skall vägas mot fördelar i form av större expertis bland socialarbetarna och att det för klienten faktiskt kan upplevas som en vinst att inte vara beroende av en enda socialarbetare som "vet allt" om ens liv. Ur detta perspektiv vore det välmotiverat med forskning som från ett klientperspektiv söker belysa specialiseringens effekter mer allmänt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att social barna- och ungdomsvård är ett stort och växande fält. Det är det kanske största yrkesområdet för socionomer och definitivt det största inom individ- och familjeomsorgen. Många barn, ungdomar och familjer kommer i kontakt med denna verksamhet; ibland i form av kortvariga kontakter som en utredning efter en polisanmälan om ett snatteri, ibland i form av långvariga och mycket ingripande kontakter, som när ett barn blir omhändertaget på grund av föräldrars missbruk. Mot bakgrund av att barnvården är relativt resurskrävande och med tanke på att de ingripanden som görs inte sällan är långtgående för klienterna, kan man förvåna sig över att det finns så lite systematisk kunskap om vad som görs på detta fält och – framförallt – vad det leder till för resultat för klienterna.

I det här föredraget har jag framförallt uppehållit mig vid den sociala barna- och ungdomsvårdens personalresurser och organisering. Särskilt har jag velat peka på den starka rörelsen mot specialisering inom barna- och ungdomsvården. Denna rörelse som kunnat observeras under de senaste tio till femton åren innebär för det första att barna- och ungdomsvården avskilts från socialbidragshandlingen och arbetet med vuxna missbrukare, för det andra att man i de enskilda kommunerna fått fler enheter som hanterar olika slag av barna- och ungdomsvårdsuppgifter, samt för det tredje att kommunernas organisering av barnvården kommit att skilja sig åt mellan olika kommuner i större utsträckning än tidigare. Organisationsriktigt är läget med andra ord mer oöverskådligt än förr. Till det kommer att servicenivån mätt som antalet socialarbetare i befolkningen varierar mycket kraftigt mellan olika kommuner.

Med anledning av detta finns det anledning att avslutningsvis peka på ett par punkter som kan vara viktiga att lyfta fram i den framtida diskussionen om barna- och ungdomsvårdens läge och villkor i organisatorisk avseende:

- En central fråga är om specialiseringen leder till ökad splittring och turbulens eller om den ger möjlighet till ökade kunskaper och större professionalitet bland socialarbetarna? Man kan å ena sidan tänka sig att de observerade trenderna kan leda till system som blir oöverskådligt för klienterna, som skapar ständiga behov av omorganiseringar och hög personalomsättning. Å andra sidan kan man tänka sig att specialisering skapar större möjligheter att fördjupa sig och utveckla högre kompetens i vissa metoder eller för vissa klientgrupper. Naturligtvis är detta frågor som bör undersökas med fokus på resultat och effekter för klienterna.
- Vid sidan av specialiseringen som sådan finns det anledning att diskutera specialiseringens önskvärda riktning. Jag har pekat på specialisering som baserar sig på uppdelning av klientgrupper (t.ex. ungdomar, barn), uppdelning av arbetsprocessen (t.ex. utredning, behandling). Till det kommer metodologisk specialisering (särskilda team för familjerådslag, eller MST-team för behandling av ungdomar). Man kan fråga sig vilka typer av specialisering som är möjliga att genomföra i de olika kommunerna och vad som gagnar klienterna bäst? När det gäller färdriktningen finns det också anledning att diskutera den kommunala självbestämmanderätten och förhållandet mellan politiker och professionella. Hur skall den önskvärda färdriktningen (om det nu finns någon sådan) bestämmas, vem skall göra det och hur skall man se till att besluten genomförs?
- Vad betyder de stora skillnaderna i "servicenivå" (mätt som antalet socialarbetare i befolkningen) mellan kommunerna? Är det fler barn som får del av tjänsterna i de socialarbetartäta kommunerna eller är tjänsterna av bättre kvalitet? Är den sociala kontrollen större i de socialarbetartäta kommunerna? Är de stora variationerna i kommunernas satsningar på personal verkligen rimliga om man tänker sig ett system där servicen till (och kontrollen över) medborgarna är något sånär jämnt fördelad över landet?

Referenser

- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2004a) Det sociala arbetets viktigaste resurs? Om omfattningen av personal inom socialtjänstens individ och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 11, 119–135.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2004b) En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, under publicering.
- Lundström, T. (2000) Om kommunernas sociala barnavård. I Szebehely, M. (red.) SOU 2000:38. Vårld, vård och omsorg. Antologi från Kommittén välfärdsbokslut.
- Lundström, T. & Vinnerljung, B. (2001) Omhändertagande av barn under 1990-talet. I Szebehely, M. (red.) SOU 2001:52. Välfärdstjänster i omvandling. Antologi från Kommittén välfärdsbokslut.

Resurscentrum Strömstad En berättelse om samverkan

*Av rektor Ann-Catrin A-Göthlin, Göran Antonsson, chef för
Socialtjänsten Barn och Ungdom*

Kommunmedborgaren i centrum

I början av 1990 genomfördes i Strömstad ett processinriktat demokratiutvecklingsarbete på politiskt nivå.

En utgångspunkt för detta var att alla kommunala verksamheter ska ha kommuninvånaren i fokus för sitt arbete. Många diskussioner fördes om att kommuninvånare inte ska behöva söka sig fram eller "hoppa runt" i den kommunala organisationen och mellan verksamheter för att hitta de tjänster och den hjälp man i en given situation behöver. Kommunens anställda ska organisera sitt arbete så att man "slår ring" om människan och om man inte själv kan stå till tjänst ska man alltid kunna lotsa rätt.

Detta förnyelsearbete formulerades så småningom i en kommunal vision där samverkan alltid förutsätts för att möta individers behov. "Samverkan över förvaltningsgränser, sektorsgränser och andra gränser." Denna kommunala vision resulterade så småningom i inriktningsmål för de olika förvaltningarna där samverkan åter fördes fram som en anvisning för hur arbete i kommunal verksamhet ska bedrivas.

Arbetet med barn i behov av särskilt stöd och deras familjer bedrevs i många parallellprocesser före mitten av nittonhundranittioalet. Barnomsorg och skola bedrev arbetet med sin elevvård ofta med utgångspunkt i barnets tillkortakommanden i skolan. Många anmälningar gjordes till socialtjänsten. Socialtjänsten jobbade på med sitt, överhopad av anmälningar och utredningar. Barnpsykiatrien arbetade hårt med barn och familjer och kön var lång.

I centrum för allt detta arbete fanns barn och familjer ofta med många uppdragsgivare, kanske ofta med olika "uppdrag" och synpunkter, till föräldrar och barn, formulerade i behandlingsplaner, handlingsplaner och åtgärdsprogram.

Försök till samverkan gjordes men dessa resulterade ofta i synpunkter på varandras arbete snarare än att man funderade över hur

den egna verksamheten kunde möta barnets behov. I värsta fall blev resultatet en projicering av vanmakt.

I mitten av 1990-talet togs trevande försök till samarbete mellan socialtjänst och skolans elevvård. Cheferna för respektive verksamhet påbörjade en dialog utifrån vissa individärenden då man inte var nöjd med de resultat man uppnådde i egen verksamhet och andras. Diskussionerna kom också att handla om vad som skulle kunna åstadkommas med gemensamma resurser.

I enlighet med det politiska förnyelsearbetets propåer om samverkan hade presidier för barn och utbildningsnämnden – omsorgsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden börjat träffas några gånger per år för gemensamma diskussioner. I varje nämnds inriktningsmål prioriterades arbete med barn och unga, förebyggande arbete och tidiga insatser.

Till dessa presidieträffar inbjöds cheferna för socialtjänst och skolans elevvård med en viss regelbundenhet för att berätta om samverkansförsök och diskussioner och tankar om gemensam resursanvändning och metodutveckling. På en sådan presidieträff kom en förfrågan från hälso- och sjukvårdsförvaltningens chef – ”vad skulle ni vilja göra med en extra personell resurs som kan jobba för barns hälsa i Strömstad?” Kön till barnpsykiatri var vid detta tillfälle halvårslång.

Strömstads barn- och ungdomsteam

Frågan var lätt att besvara. Våra diskussioner hade lett fram till beslut om att med kommunens skolkuratorstjänst och en socialsekreterare bilda ett ”team” som skulle arbeta icke-myndighetsutövande med barn som far illa. Med medel till ytterligare en resurs anställdes socionom nummer tre. Alla dessa tre tjänster hade sin tillhörighet i sin basorganisation, men placerades i gemensamma lokaler med ett gemensamt uppdrag och en gemensam ledningsgrupp, bestående av tre chefer; från skola, socialtjänst och primärvård.

Uppdraget var att arbeta med metodutveckling och personalstöd, förebyggande insatser, med individärenden, kompetenshöjande insatser gentemot personal samt med projekt. Många tankar fanns hos flera om svårigheter med sekretess. Detta löstes genom att barn- och ungdomsteamets arbete utgick från föräldrars uppdrag eller att föräldrar gav sitt tillstånd till samverkan.

Barn- och ungdomsteamets arbete startade 1997 som ett treårigt projekt, vilket efter utvärdering permanentades med fortsatt tre huvudmän. Till barn- och ungdomsteamet anslöts under projekt-tidens gång en specialpedagog och en barnomsorgs/ skolpsykolog.

Utvärderingen av barn- och ungdomsteamet genomfördes av en extern utvärderare. Utvärderingen genomfördes genom enkäter till brukare samt med intervjuer med personal i basorganisation barnomsorg och skola, arbetsledare och personal hos våra kringaktörer.

Föräldrar var genomgående positiva till att Barn- och ungdomsteamet var lättillgängligt, att man snabbt upplevde sig få tid för ett första sammanträffande och att man som förälder i kontakt med Barn- och ungdomsteamet själv fick formulera vad man ville ha hjälp med – formulera sitt uppdrag. Föräldrar var genomgående även nöjda med placeringen av Barn- och ungdomsteamet – centralt men lite vid sidan av andra institutioner. Man upplevde sig ”inte så synlig”.

Personal i basorganisationens verksamheter med de yngre åldrarna var mycket nöjda med teamets arbete och med den samverkan teamet bjöd in till. Personal i verksamheter med de äldre åldrarna var över lag nöjda med samarbetet med Barn- och ungdomsteamet, men var missnöjda med att ha tappat sina 10 timmar skolkuratorstjänster och man valde att inte se att man som ”kompensation” fått en heltidstjänst som skolvård då man hade uttryckt behovet som att ha någon som alltid är på plats samt att man istället för 10 timmar skolkurator nu hade tillgång till hela teamets tre tjänster i elevvårdsarbetet.

Personal i alla verksamheter var nöjda med det personalstöd som teamet kunnat ge men gav uttryck för behov även av pedagogisk handledning, gärna i kombination/i par med socionom från teamet. Den senare synpunkten resulterade senare i en gemensam fortbildningsinsats under tre terminer, då socionomer i socialtjänst och Barn- och ungdomsteam, speciallärare och specialpedagoger samt två rektorer, gick en personalstödsutbildning.

Utvecklandet av Resurscentrumträffar blev under denna tid successivt vårt främsta arbetsredskap i samverkan mellan basorganisationen, rektorsområde Resurscentrum, socialtjänst och kringaktörer (primärvård, Barn- och ungdomspsykiatri, polis m.fl.).

Resurscentrum

Arbetet med och i barn och ungdomsteamet klargjorde behov och möjligheter gällande samverkan i utökad bemärkelse. I fortsatt dialog med politiker på nämndnivå gavs ett uppdrag till chefen för socialtjänst och chefen för elevvården att fortsätta utveckla samverkan i något som nu började få namnet Resurscentrum. Resurscentrum blev också namnet på ett eget rektorsområde 1999. Skola och barnomsorg genomgick då en större organisationsförändring. I rektorsområde Resurscentrum fanns Barn- och utbildningsförvaltningens alla resurser som kan riktas till barn i behov av särskilt stöd inklusive särskola och socionom, specialpedagog och barnomsorg/skolpsykolog i barn och ungdomsteamet.

Det politiska uppdraget till två chefer blev att arbeta för goda resultat med hjälp av gemensamma resurser samt att arbeta med metodutveckling.

Hösten 2001 togs beslut att prova möjligheten att få en gemensam organisation för allt arbete med barn och unga 1–20 år. Arbete med politisk förankring startade och i maj 2002 togs beslut i kommunfullmäktige att fr. o. m. 1 januari 2003 skulle socialtjänst barn och unga 1–20 år, LSS/LASS barn och unga samt fritidsgårdsverksamhet ingå i Barn- och utbildningsnämndens ansvarområde och bilda en gemensam enhet inom förvaltningen, tillsammans med rektorsområde Resurscentrum.

En anpassning av organisation och förvaltning till ett innehåll – ett sätt att arbeta som vi redan hade. Första juni 2003 genomfördes en samlokalisering av Barn- och ungdomsteamet, socialtjänst barn och unga, ungdomsmottagning, familjecentral, skolläkarmottagning, pedagogiskt centrum samt administration och arbetsledning i Familjehuset. Dessa verksamheters personal utgör en dryg tredjedel av Resurscentrums personal. Övrig personal arbetar ute i basverksamheten.

Gemensam värdegrund

Inför och efter genomförande av en gemensam organisation diskuterades behov av en gemensam värdegrundsplattform. Värdegrund har i skolans värld varit föremål för oändliga års analyser och teoretiserande. Inom Resurscentrum har vi valt att låta fyra antaganden om barns utveckling bilda Resurscentrums värdegrund-

plattform tillsammans med "helikopterperspektivet" dvs. att se andra kompetenser som resurser i vårt professionella arbete med barn som far illa.

Resurscentrumträffen vårt främsta arbetsredskap

Då någon i arbete med barn i behov av särskilt stöd konstaterar att många aktörer är inblandade ska man kalla till en gemensam nätverksträff för att utröna/skapa samsyn om barnets behov samt bestämma vem gör vad?

Om någon ser behov av att tillföra – "ett nytt tänk" ett nytt perspektiv ber man om en Resurscentrumträff. Till Resurscentrumträffen kallas alla viktiga som på ett eller annat sätt är inblandade i arbete med barnet och föräldrar. Föräldrar kan välja att inte närvara men ger i så fall sin tillåtelse till att träffen äger rum. Målsättningen är att Resurscentrumträff nummer ett ska äga rum inom en vecka. Träff nummer ett utser en spindel för det fortsatta arbetet – en spindel som håller ihop, följer upp och avslutar ärendet.

Alla på möte nummer ett hjälps åt att skapa en så hel bild som möjligt av barnets styrkor, förmågor och behov utifrån livsområden. Vi har valt sju livsområden från Socialstyrelsens projekt BBiC; hälsa, utbildning, socialt beteende, känslomässig utveckling, familj och relationer, identitet, klara sig själv. Vi har dessutom lagt till ytterligare ett livsområde; meningsfull fritid, eftersom vi försöker täcka så stor del av barnets hela dygn som möjligt i våra insatser.

Alla inbjudna bidrar i denna behovsbedömning. Vi avslutar denna träff med att bestämma tid för ny träff – träff nummer två. Alla kompetenser och föräldrar ska till nästa gång ha funderat på – "vad kan *jag* med min kompetens bidra med för att möta detta barns behov?" På träff nummer två arbetas en gemensam handlingsplan fram och tid för första uppföljningen bestäms. Vi har i dag ett mycket bra samarbete med våra kringaktörer och med basorganisationen i Resurscentrumträffen.

Utvecklingsområden 2004

Värdegrundsarbete –	Kontinuerligt i Resurscentrums alla verksamheter – med rektorer – ut i basverksamheterna
Familjecentralen –	BVC:s hela verksamhet i Strömstad in i familjecentralen andra halvåret 2004.
Koordinatorer –	Koordinatorer utbildas och ansvarar för att leda Resurscentrumträffar.
Multiprofessionella livsområdesteam –	Inriktningen är att professionellt täcka barns livsområden inom åldersgrupper samt att utveckla arbetet inom dessa åldersgrupper avseende att se behov, verktyg i arbetet och utveckling av metoder.
Barnavårdsutredningar	Med livsområden som utgångspunkt vid behovsbedömning
Strömstadsmodellen, en variant av Manchestermodellen	Att med koordinatörer (social- och specialpedagoger) stödja barn och arbetslag så att barn med en kombinationsproblematik (sociala svårigheter och inlärningshinder) kan finnas kvar i ordinarie verksamhet eller snabbt återskolas i densamma. Bygger på att alla barn vill vara normala och normala barn går i en normal skola.
Tjocka barn/barn med ätstörningsproblematik	Ett utvecklingsarbete mellan basorganisation – Resurscentrum - primärvård – barnpsykiatri – folkhälsorådet i syfte att hejda utvecklingen med stigande viktcurvor och barn som inte rör sig. Inriktning: Föräldrautbildning – Gruppverksamhet riktad till överviktiga barn och barn med andra ätstörningar – Aktivitetsgrupp utanför skolan – Stress och stresshantering

Fortsatt utveckling av personalstödsorganisationen	Att bättre utnyttja möjligheten till personalstöd i ”par” socionom och pedagog
Resursavdelning –	Att utveckla stöd till barn i barnomsorgen med en samverkan mellan barnomsorg och Resurscentrum

Önskvärt utvecklingsområde

Utvärderare/uppföljare av vår verksamhet och vårt arbete	Ett friskt öga utifrån som kan granska vårt arbete med avseende på resultat, arbetssätt, metoder och effekter. I dagsläget har vi varken resurser eller kompetens att starta ett sådant utvecklingsarbete.
--	--

Effekter av vårt arbetssätt och organiseringen av arbetet.

Inom basorganisationen barnomsorg och skola har vi minskat kostnaden för elevassistenter och stödpersoner. Personal inom dessa verksamheter ser i allt mer ökad omfattning hur andra kompetenser i våra verksamheter kan och ska ha en roll i arbete med barn i behov av särskilt stöd. Inom basverksamheterna är man i dag bättre än tidigare att se barns svårigheter och behov i ett helhetsperspektiv, med hjälp av livsområdesbedömningar, istället för att se enbart vissa tillkortakommanden. Socialtjänsten och barnpsykiatrien, ser i dag basorganisationen som den potential den kan vara i t.ex. behandlingsarbete. Det är i dag lättare att få med basorganisationen i arbetet genom exempelvis en gemensam handlingsplan då man från början i en nätverksträff eller Resurscentrumträff varit delaktig på lika villkor i bedömningen av barnets behov. Bygger på att ingen har s.k. tolkningsföreträde och det är då också lättare att få alla aktörer att medverka i handlingsplanens arbete.

Inom socialtjänstdelen av Resurscentrum ser vi att antalet anmälningar och utredningar samt kostnader för köpt vård under senaste fyraårsperioden minskat ned mot en tredjedel av nivån 1999. Under 2003 inkom ca 50 anmälningar om barn som far illa och 35 barnskyddsutredningar genomfördes. År 1999 uppgick

antalet anmälningar till drygt 100 och utredningar till 90. Kostnaderna för köpt vård och egen vård på hemmaplan låg på drygt 1 800 tkr 2003 jämfört med nästan 5 000 tkr år 1999 exklusive kostnader för familjehem, kontaktfamiljer och kontaktpersoner som uppgick till ca 1 500 tkr. Den senare en kostnad som är relativt konstant genom åren.

Det totala antalet ärenden som hanterades inom socialtjänsten inkl familjerätt var ca 120 under 2003 och tidiga insatser i öppenvård ca 200, till övervägande del hanterade av Barn- och ungdomsteamet. Sammantaget alla insatser för barn och familj har från 1999 ökat kraftigt men tonvikten ligger på den öppna verksamheten. Detta har inneburit en viss orientering bort från traditionell socialtjänst mot arbete på de arenor där barn och familjer finns; skola, barnomsorg, familjecentral och ungdomsmottagning.

De tidiga insatserna ökar hela tiden och framförallt genom samverkan och samordning av resurser där alla kompetenser tar ansvar för sin del i arbetet och inte fokuserar på vad andra professionella skall åstadkomma. Kontaktnäten är många och väl fungerande, tillgängligheten stor för medborgarna och mellan de professionella. Det finns en större samsyn än tidigare mellan olika verksamheter och anställda inom barnverksamheten i kommunen. De goda exemplen ger en ökad tilltro till vad vi kan göra tillsammans när det gäller att tillgodose behov och arbeta utvecklingsfrämjande. Kompetenser och kompetensområden har blivit tydligare och vi hamnar sällan i diskussioner grundade i revirtänkande och konkurrens. Samverkan är nära och naturlig – utan onödig administration, remitteringar och byråkrati. Den stora kraft vi lägger på att kunna erbjuda personalstöd till dem som önskar och har behov av detta innebär att många problem med barn och inom personalgrupper kan hanteras tidigt och kraftigt bidra till kompetenshöjning, energi och förståelse för vikten av förebyggande arbete och tidiga insatser. Många åtgärder kan hanteras inom basverksamheten i barnets vardag av de som står närmast barnet, genom handledning och personalstöd.

Arbetet med BBiC som bas och vårt eget värdegrundsarbete får alltmer genomslag, både inom Resurscentrum och i basverksamheten skola/barnomsorg. Många har tagit till sig modellen och metoden som ett utmärkt instrument att kartlägga behov, matcha insatser och jobba utvecklingsstödande. Utvecklingssamtal i skolan och åtgärdsplaner baseras på BBiC. Inom socialtjänstdelen arbetar vi med att utveckla användandet av BBiC i utredningar.

Själva utredningsförfarandet blir enklare och kan ofta genomföras i form av nätverksträffar med professionella och vid behov föräldrar och barn. Den samlade information som då framkommer gör alla berörda medvetna om sin roll, vad man kan bidra med och dela tankar om insatser samt få till stånd tidiga insatser och ha en klar bild av planeringen i ärendet. Alla deltagares kunskap, observationer och tankar tas till vara utan att någon ges tolkningsföreträde. Den utredande socialsekreterarens roll blir inte att ensam samla in uppgifter och försöka förstå och tolka behov för att kunna matcha insatser. Ansvaret vilar på alla som står barnet nära.

Gävle kommun – Hur arbetar vi med familjen som en resurs?

Av Gunnar Löholm, Mattias Bengtsson, Margareta Kamlen och Jim Salamon, Socialtjänsten i Gävle kommun

Mobiliseringsmöte

- Privat nätverk
- Professionellt nätverk
- Delaktighet i uppdraget
- Resursbaserade frågor

Hemspåret prövas alltid

- Stöd till familjen i hemmet
- Back up

”Möjlighet till boende” snarare än ”boende”. 8–10 v

- Föräldrar fortsatt mandat att vara föräldrar
- Normalisering

Tydliga och konkreta uppdrag

- Processinriktning
- Relationen föräldrar/ungdom
- Föräldrafärdighet (grupp/individ)

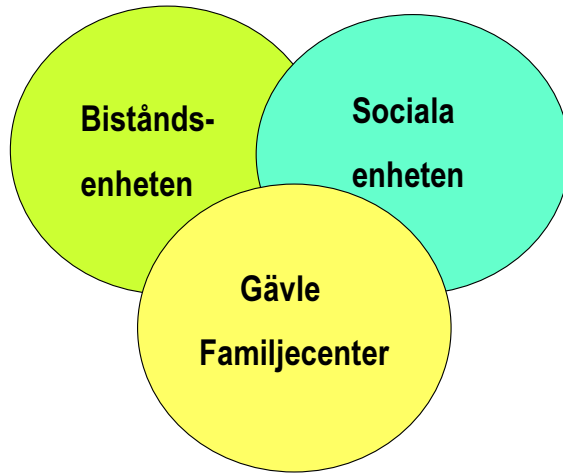
Resursinventering

- Vad fungerar?
- Hur göra mer av detta?
- Vilka är viktiga?
- Salutogenes
- Lösningbyggande

Eget boende

- Vad kan föräldrar/nätverk bidra med?
- Individuella lösningar
- Elevhemsboende, träningsboende, övergångslägenhet

Socialtjänst Gävle



Gävle Familjecenter

