

Källan till en chans

*Nationell handlingsplan för den sociala
barn- och ungdomsvården*

*Kunskapsöversikt
av Marianne Cederblad*

*Bilaga till betänkande
av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén*

Stockholm 2005



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2005:81

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Dikten på omslaget *Våga ta steget* är författad av Siv Andersson

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2005

ISBN 91-38-22435-6
ISSN 0375-250X

SVENSK SOCIAL BARN- OCH UNGDOMSVÅRD
I
ETT UTVÄRDERINGSPERSPEKTIV

En kunskapsöversikt

Marianne Cederblad
M. D. professor em. barn och ungdomspsykiatri,
Lunds universitet

Förord

I juni 2003 tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté med uppdraget att ta fram underlag för en nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. I uppdraget ingick att genomföra en samlad analys av den sociala barn- och ungdomsvårdens mål, innehåll, resultat och organisation. Uppdraget har avsett såväl förebyggande som utredande och behandlande insatser inom såväl öppen som sluten vård. FN:s konvention om barns rättigheter och socialtjänstlagens grundläggande principer och karaktär av ramlag har varit styrande i arbetet.

I uppdraget har ingått att efter genomförd analys eventuellt föreslå förändringar i målens innehåll och utformning samt ge förslag om hur den sociala barn- och ungdomsvården bäst bör organiseras för att kunna uppnå målen. Det har även ingått i uppdraget att ange hur frågor om kompetens och kvalitet inom området skall utvecklas och bibehållas. Slutligen har det varit kommitténs uppdrag att skapa förutsättningar för en bättre sammanhållen vård av hög kvalitet grundad på kunskap och beprövad erfarenhet för att bättre kunna utnyttja de resurser som idag avsätts inom området.

Detta utredningsarbete är nu slutfört och betänkandet överlämnat till folkhälso- och socialtjänstminister Morgan Johansson i oktober 2005.

Som ett underlag för kommitténs arbete uppdrogs åt professor emeritus Marianne Cederblad att göra en genomgång av aktuell forskning inom den sociala barn- och ungdomsvårdens område med speciell anknytning till svenska förhållanden, vilken härmed föreligger. Professor Cederblad ombads även att mot bakgrund av sin egen breda erfarenhet inom området också något kommentera den genomgång som hon nu har sammanställt. Dessa kommentarer finns insprängda i texten under rubriken *Författarens kommentarer*. Professor Cederblad har även bidragit med en egen inledningstext och ett sammanfattande slutord. De synpunkter och slutsatser som presenteras i kunskapsöversikten är författarens egna och hon svarar själv för hela innehållet i rapporten.

Kunskapsöversikten är en bilaga till betänkandet *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården* (SOU 2005:81) och är avsedd att kunna läsas fristående av den som är intresserad av att översiktligt bilda sig en uppfattning om kunskapsläget inom detta forskningsområde.

Stockholm i oktober 2005

Annika Nilsson

/Gunilla Cederström
Birgitta Hagström
Maria Krönmark
Anders Nyman

Innehåll

Förord	5
Inledning	10
1.1 Olika synsätt på forskning och kunskapsutveckling	10
1.1.1 Kunskapsbaserad socialtjänst.....	10
1.1.2 Det finns ingen objektiv kunskap om rätt lösning.....	15
1.1.3 Empirisk kunskap räcker inte för bedömning av behandlingens effekt.....	17
1.2 Forskningsurval.....	18
1.3 Disposition	19
2 Barnvårdsutredningar	20
2.1 En kunskapsöversikt år 2000.....	20
2.1.1 Sammanfattning.....	21
2.2 Är bedömningar enhetliga?	23
2.3 Anmälningar, orsak och insats	25
2.4 Utredningsmetoder	26
2.4.1 Familjerådslag	26
2.4.2 Utredningslägenhet	32
2.4.3 Utredning på institution	35
2.4.4 En analys av utredningsmodeller	36
2.5 Ett dokumentations- och uppföljningssystem.....	38
2.5.1 BBIC, Barns Behov i Centrum	38
2.5.1.1 Bakgrund.....	38
2.5.1.2 Barnens behov syns tydligare.....	38
2.5.1.3 Dokumentationsbrister.....	39
2.6 Författarens kommentar	40
2.6.1 Utredningar behöver formaliseras och systematiseras	40
2.6.2 Psykiska problem måste också utredas	41

3	Tidigt stöd och öppenvårdsinsatser	42
3.1	Bakgrund.....	42
3.2	Tidigt stöd.....	42
3.2.1	Familjecentraler.....	42
3.2.2	Föräldrautbildning	47
3.2.3	Föräldrautbildningsmodeller under utprovning	47
3.2.3.1	PMT Parent Management Training	47
3.2.3.2	Incredible Years.....	48
3.2.3.3	COPE Community Parent Education Program	48
3.2.4	Gruppverksamhet för barn med missbrukande föräldrar	48
3.3	Öppenvårdsinsatser.....	51
3.3.1	Kontaktfamilj/kontaktperson	51
3.3.1.1	Författarens kommentar.....	54
3.3.2	Maria ungdomsmottagning	54
3.3.3	Familjehuset i Karlstad	55
3.3.4	Öppenvård i Botkyrka	56
3.3.5	Marte Meo – Samarbetsprojekt skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri.....	57
3.3.5.1	Författarens kommentar.....	58
3.3.6	FFT – Funktionell Familjeterapi – Samarbetsprojekt barn och ungdomspsykiatri, socialtjänst.	58
3.3.6.1	Författarens kommentar.....	59
3.3.7	MST Multi Systemisk Terapi – öppenvårdsmetod under utprovning	59
3.3.7.1	Författarens kommentar.....	61
3.4	Fysisk misshandel och sexuella övergrepp.....	62
4	Familjehemsvård	65
4.1	Kunskapsöversikt familjehemsvården.....	65
4.1.1	Sammanfattning	65
4.2	Familjehemsvårdens stabilitet.	66
4.3	Familjehemsplacerade barns välbefinnande och anpassning	69

4.4	Undersökningar av vuxna f.d. familjehemsplacerades liv och anpassning.	79
4.5	Uppföljning av familjehemsvård	85
4.5.1	BBIC Barn Behov i Centrum.....	85
4.6	Författarens kommentar	85
5	Institutionsvård	88
5.1	Hem för vård eller boende	88
5.1.1	Familjelika hem för vård eller boende	90
5.1.2	Hem för vård eller boende i två län	90
5.1.3	Hem för vård eller boende i Stockholms kommun	91
5.1.4	Barnbyn Skå	91
5.2	”Mellanvård” för kriminella ungdomar.....	95
5.3	Författarens kommentar	96
6	Författarens slutord	99
	Referenser	101

Inledning

1.1 Olika synsätt på forskning och kunskapsutveckling

Det finns olika sätt att se på forskning och kunskapsutveckling beträffande behandling inom fältet socialt arbete. Nedan refereras några skilda synpunkter på detta av ledande nordiska experter inom området.

1.1.1 Kunskapsbaserad socialtjänst

I *För en kunskapsbaserad socialtjänst*, Slutrapport, SoS 2004 redovisades att ett nytt institut för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) bildats med start 2004.

Institutet skall arbeta med fyra huvuduppdrag, nämligen

- nationellt samordnade utvärderingar och interventionsstudier,
- systematiska kunskapsöversikter,
- stöd till utveckling och användning av behovsbedömningsinstrument samt
- frågor om kommunikation och införande av relevant kunskap när det gäller metoder och arbetssätt inom socialt arbete (op. cit. s. 157).

IMS ersatte Centrum för utvärderingsforskning (CUS), som hade som uppdrag att skapa, sammanställa och sprida kunskaper om det sociala arbetet. CUS betonade betydelsen av att socialt arbete skall vila på empiriskt grundad kunskap. Man förde fram betydelsen av s.k. evidensbaserad verksamhet. Begreppet "evidence-based" formulerades ursprungligen för medicinsk verksamhet av *Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, Haynes (1997)*. De beskrev detta:

Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. (op. cit. sid. 291)

De forskningsmetoder som förordas är experimentella och kvasi-experimentella, *kvantitativa studier*.

- Randomiserade, kontrollerade studier ger de säkraste resultaten. Klienterna fördelas slumpvis mellan en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Grupperna måste vara tillräckligt stora, bortfallet lågt. En bortfallsanalys görs.
- Vid kvasiexperimentella studier har man inte använt randomisering. Experimentgruppen jämförs i stället med andra grupper, som är så lika denna som möjligt. Man kan t.ex. matcha individer i experimentgruppen med individer i jämförelsegruppen med avseende på variabler, som kan ha betydelse för utfallet, såsom ålder och kön. Före – efter mätningar görs. Det kan också göras, då en studie saknar jämförelsegrupper. Utfallet mätes då genom att jämföra värden för deltagarna före behandlingen med samma värden efter att gruppen fått behandling. Resultatet blir osäkrare, andra faktorer än behandlingen kan ha orsakat eventuella förändringar till exempel att barn blir äldre och mogna, att levnadsomständigheter förändrats.

Kvalitativa studier kan bidra som underlag för tolkningen av resultaten i kvantitativa studier.

Campbell Collaboration, bildat år 2000, är ett forskarnätverk, som har till syfte att göra den samlade kunskapen från internationell forskning om verkningsfulla insatser och åtgärder mer lättillgängliga för praktiker och beslutsfattare. Nätverket kvalitetsgranskar och sammanställer forskning om insatser och program inom socialt arbete/social välfärd, skola och kriminalvård. Man gör systematiska kunskapsöversikter som bygger på en genomgång av all tillgänglig forskning på ett visst område som söks systematiskt via databaser och via forskarnätverk. De innehåller bara forskning som håller för hårda kvalitetskrav, framför allt experimentella och kvasiexperimentella studier. CUS tillhörde ett nordiskt nätverk, som samarbetat med det nordiska Campbell centret, som ligger i Köpenhamn. Centrets målsättning är att bygga broar mellan forskning och praktik. Systematiska kunskapsöversikter skall framställas, som skall innehålla slutsatser om, hur man bäst skall utforma insatser för att de skall få så god effekt som möjligt (*Soydan & Ulmanen 2003*).

Börjesson (i Varg 2003) påpekade att socialt arbete har ett målrationellt syfte i likhet med t.ex. sjukvården men att i avsaknad av kunskap om effekterna av åtgärderna är det risk att man faller tillbaka på att handlägga ärenden korrekt, vilket har likheter med

arbetet inom rättsväsendet. Tengvald, i samma bok, beskrev att *det sociala arbetet består av två huvuduppgifter*.

- Den första är att göra utredningar, som ger underlag för beslut om lämpliga insatser. Då måste informationen som samlas in vara relevant, tillförlitlig och beskriven på ett sätt som gör det möjligt att uppfatta och dokumentera de planerade förändringarna. Detta underlättas om dokumenten om klienterna och insatsen är strukturerade och standardiserade.
- Den andra uppgiften är utförandet av åtgärder och insatser. Hit hör även uppföljning och dokumentation av klientens utveckling.

Vad är bästa möjliga "evidens-bas" i socialt arbete? *Tengvald (i Varg 2003)* nämner tre kunskapskällor; klienterna/brukarna, professionen/socialarbetarna och utomstående forskare. Exempel på brukarbaserade utvärderingar är dialoggrupper/fokusgrupper, där brukarnas upplevelser av verksamheten kommer fram. En grupp brukare med en oberoende utvärderare diskuterar sina upplevelser. Identifierade problem och förslag till förbättringar förs vidare till en grupp personalrepresentanter. Detta sätt att låta brukarna komma till tals är ett led i "empowerment" av dem och maktutjämning av verksamheten. Brukarnas delaktighet i utformningen av verksamheten utifrån deras värderingar och preferenser innebär en serviceanpassning. Professionen/socialsekreterarna har erfarenhetsbaserad kunskap. Den har kallats "tyst" kunskap, därför att den ej formulerats och tydliggjorts. Den kan göras tillgänglig genom att socialsekreterarna beskriver sitt arbete i lokala rapporter med redovisning av arbetsätt och presentation av fallstudier. Forskning kan vara kvantitativ eller kvalitativ, som tidigare beskrivits.

Folkhälso- och socialtjänstministern, *Morgan Johansson*, sade vid ett seminarium med Campbell Collaboration: "I det sociala arbetet skall vetenskap och beprövad erfarenhet utgöra grunden för professionalitet och kvalitet tillsammans med lagstiftning, politiska prioriteringar och etiska ställningstaganden." (op. cit. s. 17, *Soydan o Ulmanen 2003*). Tengvald sade vid samma seminarium:

Det räcker inte att vilja hjälpa, vara förstående eller empatisk, även om det också är viktigt. Man bör också göra sannolikt att man kan åstadkomma förbättring... Den goda viljan är viktig men inte nog. (op. cit. s. 23)

Börjesson (2002) sammanfattade evidensbaserad kunskapsutveckling på följande sätt: "Vi vill föreslå att arbeta med tre olika forskningsstrategier, vilka skapar "olika slag" av kunskap men som i samtliga fall är legitima kunskapskällor för det sociala arbetet.

Den första typen av kunskap härrör från väl kontrollerade försöksbetingelser där olika metoder/interventioner kan jämföras med varandra. Resultaten är meningsfulla i den mån de kan relateras till ett faktiskt "behandlingsinnehåll", ett villkor som i praktiken innebär att man måste kombinera en kvalitativ och tolkande ansats med en kvantitativ värdering av resultaten. Systematiska kunskapsöversikter, meta-analyser, har sin givna plats i detta sammanhang, men är i många fall begränsade till följd av sin karaktär av studier som analyserats i efterhand. I det ideala fallet kan man knyta ett strängt evidenskriterium till denna typ av studier. Resultaten rörande skillnader mellan behandlingarna kan identifieras som effekter orsakade av behandlingarnas respektive "innehåll".

En annan typ av studier vill vi beteckna som (lokala) uppföljningsstudier. Vid varje socialförvaltning kan man se verksamheten som strukturerad i olika program. Det sociala arbetet består i att socialarbetarna genom sina insatser verkställer programmen i fråga. En systematisk uppföljning av resultaten av verksamheten genomförs ytterst sällan i den egna förvaltningens regi, än mindre görs en utvärdering av denna verksamhet. Undantaget härvidlag är de uppdrag som kan ges till en FoU-enhet och som ofta avser uppföljning och utvärdering.

De resultat man kan få fram när man gör denna typ av studier tillåter endast sällan slutsatser utöver den deskriptiva nivån. Undersökningar av detta slag har emellertid ett mycket stort värde. De innebär en återkoppling av erfarenheter för socialarbetarnas del, som är nödvändig för att man skall kunna ställa mer kvalificerade frågor om verksamheten och kunna börja en rationell diskussion om utvecklingen av det sociala arbetet. Det är visserligen inte möjligt att jämföra resultaten med dem som finns i andra studier, men man kan jämföra sina resultat med exempelvis normativa anspråk på förändring av klientens situation. Det är också möjligt i vissa fall att jämföra klientens utveckling under behandlingen med den utveckling som gällde före interventionen. Man behöver inte alltid olika grupper av individer för att göra jämförelser; man kan "jämföra individerna med sig själva" vid olika tidpunkter. Studier av detta slag har en avgörande fördel: de beskriver en verksamhet där socialarbetaren själv är medverkande. Resultaten är därför omedel-

bara och omedelbart tillämpliga på ett annat sätt än de som erhållits via nationella eller internationella forskningsinsatser.

En tredje typ av undersökningar rör de kunskaper som gäller socialarbetarens egen roll i behandlingsarbetet. Det finns som vi senare skall beskriva en rad sådana exempel från FoU-miljöernas verksamhet. Det mest radikala exemplet är FoU verksamheten vid Karlstad. En väsentlig del av resurserna för utvecklingsarbetet i denna kommun har avsatts för att ett antal socialarbetare skall kunna friställas för maximalt en månad. Under denna tid skall de återuppta kontakten med en klient, som de tidigare arbetat med. Tillsammans med klienten går socialarbetaren igenom, och granskar kritiskt, de erfarenheter man i efterhand kan dra från den tidigare sociala insatsen. Socialarbetarna beskriver ofta denna möjlighet till inblick i de egna insatserna som omvälvande och helt avgörande för sina fortsatta professionella karriärer. Syftet med denna typ av utvecklingsarbete är att söka nå en ambitionshöjning när det gäller de erfarenheter socialsekreteraren gör i samband med sin professionella yrkesutövning. Feedback – projektet innebär ett erkännande av att dessa ackumulerade erfarenheter har en stor betydelse för socialarbetarens professionella agerande, men utgår också från att dessa metodiskt kan kopplas till ett program för utvecklingen av en reflekterad subjektiv erfarenhet” (op. cit. s. 50–51).

Armeliuss & Tengvald (i Varg 2003) diskuterade kunskapsproduktion som en trappa.

1. Det nedersta trappsteget utgörs av begreppsdefinitioner, terminologi och empiriska ”indikatorer” om klienter och insatser.
2. Nästa steg utgörs av enklare sambandsstudier, utfallsstudier, lokal uppföljning.
3. Steget ovanför består av primär forskning, där man jämför effekten av olika interventioner i experimentella och kvasi-experimentella studier.
4. Det översta steget utgörs av systematiska forskningsöversikter. Detta steg förutsätter att det finns flera välgjorda kvantitativa studier med tillräckligt stora, noggrant beskrivna deltagargrupper, acceptabelt lågt bortfall och bortfallsanalys. Man bör använda valida och reliabla utvärderingsmetoder samt lämplig statistik. Behandlingsmetoden bör vara tydligt beskriven, gärna manualbaserad. Man bör ha förvissat sig om att metoden följts i varje fall (treatment integrity). Sådana studier förekommer knappast i svensk social barn och ungdomsvård.

1.1.2 Det finns ingen objektiv kunskap om rätt lösning

Men det finns också forskare inom det sociala området som ifrågasätter denna kunskapssyn. I samma antologi menar den danska forskaren *Krogstrup* att sociala problem är "vilda", dvs. det finns ingen objektiv kunskap om vad som är "rätt" lösning på ett problem. Det finns bara skilda perspektiv. Vilken lösning som är bäst beror på vem som "äger frågan".

Att slutsatserna om en åtgärds effekt kan skilja sig starkt beroende på vilka deltagare i samma process, som man studerat, illustreras av "Barn i kris" projektet. *Hessle (1997)* refererade att socialarbetarna uppgav att resultatet av familjehemsplaceringarna av barnen i projektet var gott i 80 % av fallen. Den psykolog, som studerade de yngre barnen, menade däremot att 75 % av placeringarna medförde en dålig utveckling emotionellt, intellektuellt och socialt av barnen. *Hessle* hade själv studerat de biologiska föräldrarna och fann att två tredjedelar var negativa till placeringen.

Ryburn (1995), Nya Zeeländsk introduktör av familjerådslag, hade samma åsikt som *Krogstrup*. All kunskap är relativ, det finns ingen fullständig objektivitet. Det är en myt att endast professionella yrkesgrupper som socionomer vet, vad som är bäst för en familj. Klienterna är de bästa "experterna" på sina egna liv och barn, menade han. Han hävdade att bedömningen vid en barnavårdsutredning är så förknippad med utredarens personliga åsikter, att den med nödvändighet blir subjektiv och kommer att växla från fall till fall. Han menade att socialarbetare istället för att söka efter objektiva grunder för beslut skulle ta med klienten i beslutsprocessen, vilket är att följa socialt arbetes ledande principer om respekt och empowerment. Han gav exempel på försök att mäta kapacitet för föräldraskap vid adoption, som han menade inte visat sig hålla. Dessutom hävdade han att en sådan bedömning vid en viss tidpunkt inte kunde förutsäga hur utvecklingen skulle bli över tid. Lösningen ansåg han vara familjerådslag, där familjen fattar sina egna beslut tillsammans med sitt nätverk.

Halvorsen (2004) diskuterade om det över huvud taget är möjligt att utvärdera socialt arbete. Hon beskrev olika metoder beroende på vem som har nytta av resultaten. Hon skiljer mellan traditionell effektutvärdering och utvärderingar som bygger på medverkan och samarbete.

- Den "traditionella utvärderingsmodellen" karaktäriseras av att kriterierna definieras av en extern utvärderare utifrån en norm

om objektivitet och neutralitet och en uppfattning att det finns en objektivt riktig förståelse av aktiviteten. Man gör före och eftermätningar och använder någon kontrollgrupp.

- I "responsiva utvärderingar" är utgångspunkten att olika intressenter inom verksamheten är engagerade. Utvärderingskriterierna definieras i dialog med berörda grupper. Resultaten återförs till samma grupper för vidare tolkning och användning. I "intressent utvärderingar" deltar de involverade aktörerna aktivt både i definitionen av vad utvärderingen skall bestå av och i genomförandet av denna.
- En tredje form kallar hon "praktikerutvärdering", då praktikern/socialarbetaren integrerar utvärdering kontinuerligt i det dagliga arbetet för att vidareutveckla sitt arbete till "best practice". Den "traditionella modellen" har kritiserats särskilt av grupper, som arbetar nära brukarna. Den kan innebära grova förenklingar av en komplicerad verklighet, menar man. Klientens individuella behov anpassas till en viss utvärderad behandlingsmodell, i stället för att behandlingen anpassas till den enskilda klienten. Halvorsen menar att detta inte behöver vara fallet, om man använder resultatet av utvärderingen med förstånd. Den praktikinära förståelsen av evidensbaserad praxis lägger vikt vid ansvar och orientering mot utveckling och förändring av denna baserad på forskning.

Den "responsiva utvärderingsmodellen" tar hänsyn till flera parter uppfattning. Man kan använda både kvantitativa och kvalitativa metoder. Hon anser att denna modell är mer relevant och användbar för att utnyttja det som kommer fram vid utvärderingen. Forskningen blir en inlärningsprocess för aktörerna själva. Målet är i första hand att sätta igång och stimulera interna utvecklingsprocesser genom medverkan. Forskningsprocessen blir en arena för reflektion över den egna praktiken och en dialog mellan olika förståelser. Kunskapen som genereras har huvudsakligen värde för de involverade. "Praktikerutvärderingen" är en kontinuerlig utvärdering, som också kan omfatta brukarna. Den s.k. "tysta" kunskapen hos enskilda socialsekreterare, "god praxis", grundad på intuition och icke verbaliserad erfarenhet artikuleras och görs tillgänglig för fler.

1.1.3 Empirisk kunskap räcker inte för bedömning av behandlingens effekt

Marthinsen (2004) anser att man inte kan luta sig mot vetenskapen för att slippa diskussioner om moral, ideologi och politik. Så många beslut i socialt arbete handlar om intressen, smak och moral. Han citerar Tony Blairs rådgivare "Values tend to trump evidence." Han framhåller att förutom empirisk kunskap man måste ta med estetisk, etisk och personlig kunskap i definitionen av "evidensbaserad" kunskap. Man måste också vara öppen i mötet med brukaren och vara villig att diskutera olika möjliga handlingssätts chans att lyckas, så att brukaren kan göra ett val. Val beror också på livsstil och personlig smak. Man kan inte tvinga lösningar på klienter, även om de är vetenskapligt belagda. Han diskuterar även förhållnings-sättet mellan vetenskap och praxis. Centre for Evidence Based Social Services (CEBSS) i England har kartlagt de engelska socialarbetarnas läsvanor. De fann att de flesta inte höll sig à jour med ny kunskap. Det var ett av de centrala hindren för att föra ut ny kunskap på fältet. Det är meningslöst att bygga upp webbaserade databankar, om praktikerna inte tar del av dem. Man måste sträva efter att socialtjänsten blir en "lärande organisation". Socialarbetaren måste vara villig att lära, med öppet sinne för kritisk självvrannsakan och kritisk syn på sitt praxis utövande. Då kan man avslöja de myter praktikern skapar sig i tron på den goda handlingen och ersätta den med mera trovärdig kunskap.

Han påpekar att man inte bör glömma att mycket kunskap, särskilt utvärderingsforskning, är situationsbetingad. Den gäller i vissa sammanhang och under vissa villkor. Sociala problem är aldrig neutrala utan värdeberoende. Professionella handlingsval vilar i realiteten inte bara på vetenskaplig grund utan även på fackliga, ekonomiska och värderingsmässiga grunder. Människan är inte rationell utan påverkas ständigt av kontextuella faktorer. Som handlande subjekt skapar hon sin egen världsåskådning, som till dels styr hennes handlingar.

Angel (2003) kritiserar användningen av evidensbaserade program som MST (Multi Systemic Therapy) och PMT (Parent Management Training), vilka används mycket i Norge. Båda har utvärderats med randomiserade, kontrollerade studier i USA. En del av hans kritik gäller att forskarna utgår ifrån att deltagarnas beteende kan mätas med standardiserade frågeformulär – då kan man bara få svar på de frågor, som ingår i utvärderingsinstru-

mentet. Om man bara accepterar denna forskningsmetod, innebär det att man förnekar betydelsen av praxisbaserad kunskap; färdighetskunskap, tyst kunskap, förtroghetskunskap. Klienters behov kan inte kategoriseras och standardiseras, hävdar han, man måste använda mer individuella och flexibla lösningar. Socialt arbetes tre grundprinciper är att klienten har rätt till självbestämmande och medbestämmande samt att man använder ett minimum av tvång. Människan ses som unik och okränkbar. Arbetet skall ta sin utgångspunkt i hennes självupplevda situation. De evidensbaserade programmen bygger på en mekanistisk verklighetsuppfattning, där fenomen och objekt står i ett orsak – verkan förhållande till varandra. De baseras på en reduktionistisk människosyn. Kontext-avhängig kunskap däremot innebär att socialarbetaren möter personen som aktivt handlande i situationen. Kunskap skapas i gemenskap och interaktion.

Månsson (2003) hävdar att bedömningen av en behandlings effekt inte kan isoleras från kunskapen om det kulturella och organisatoriska sammanhang, i vilket den ingår. Han tycker att socialt arbete är alltför komplext för att kunna utvärderas med samma typ av vetenskapliga metoder, som gäller för medicinsk behandling! Han menar att den evidensbaserade forskningsmodellen inte ger utrymme för kunskaper om hur olika faktorer samverkar, motverkar eller påverkar varandra i ett förändringsförlopp. Han anser att den domineras av en fragmentarisk kunskapssyn. Alltför höga kontrollkrav vid behandlingsforskning exkluderar annan, mindre stringent forskning, som skulle kunna ge värdefull kunskap, särskilt kvalitativa studier. ”Med sin exklusiva betoning på det mätbara blir det helt enkelt lättare att identifiera en mängd viktiga omständigheter och faktorer, som faller utanför snarare än innanför analysens kunskapsmässiga ramar.” (op. cit. s. 78)

1.2 Forskningsurval

För att få del av svensk utvärderingsforskning har författaren gjort sökningar inom databaserna Libris, Eric och Social Sciences Search. Författaren har dessutom gått igenom listor på doktors- och lic. avhandlingar vid samtliga institutioner för socialt arbete vid de svenska universiteten. Tidskrifterna *Child and Family Social Work*, *Socionomen*, *Socialvetenskaplig tidskrift*, *Socialmedicinsk tidskrift* och *Nordisk Sosialt Arbeid* har genomskotts för de sista fem åren.

Litteraturgenomgången presenteras uppdelat på centrala funktionsområden inom fältet socialt arbete.

1.3 Disposition

Förutom det inledande kapitlet om olika sätt att se på forskning och kunskapsutveckling inom fältet socialt arbete består kunskapsöversikten av fem kapitel. Samtliga kapitel avslutas med en kortfattad sammanfattning av resultaten och författarens (Marianne Cederblads) kommentarer.

I kapitel två till fem behandlas i nämnd ordning forskning om barnavårdsutredningar, tidigt stöd och öppenvårdsinsatser, familjehemsvård och institutionsvård. Kapitel sex innehåller författarens slutord.

Kapitel två om barnavårdsutredningar behandlar såväl kvalitativa som kvantitativa studier av formella aspekter av utredningar men också utredningsformer och utredningsmetoder. Kapitel tre innehåller tidigt stöd och öppenvårdinsatser och behandlar såväl olika verksamheter som enskilda metoder. Kapitel fyra behandlar familjehemsvården och är indelat i undersökningar som rör stabiliteten i vården, barnens välbefinnande under pågående vård samt den vuxnes anpassning efter vården. Kapitel fem innehåller undersökningar om institutionsvården.

2 Barnavårdsutredningar

2.1 En kunskapsöversikt år 2000

År 2000 publicerades en kunskapsöversikt om barnavårdsutredningar av *Sundell & Egelund*. De konstaterade att det fanns relativt få nordiska undersökningar om dessa. Studierna har dominerats av ett byråkratiskt perspektiv såsom formella aspekter, utredningstidens längd, om socialsekreterarna träffat barnet, om utredningarna varit neutrala i förhållande till klienten. Översikten tar upp såväl kvantitativa som kvalitativa studier.

Först konstaterade författarna att begreppet barnavårdsutredning var vagt och tvetydigt. En utredning skall leda till ett beslut. De påpekade att det ofta förelåg en oklar distinktion mellan utredning och insatser, vilket kunde medföra att relationen mellan klienten och socialtjänstemannen kunde bli otydlig med olika förväntningar på varandra. Barnavårdsutredningen regleras av lagar och förordningar, vilket sätter gränser för myndighetens befogenheter men lagen anger inte i detalj hur utredningen skall genomföras. Författarna diskuterade begreppen ”barn som far illa” och ”risk för ogynnsam utveckling”, som grund för utredningarna. De konstaterade att en enhetlig definition av dessa begrepp saknas. Det handlade vanligen om mer eller mindre välgrundade misstankar, som måste utredas. Socialarbetaren måste använda kulturellt baserade värderingar om vad som är skadliga beteenden. Detta skapade problem med över- och underrapportering och bristande enhetlighet i bedömningarna mellan olika socialarbetare.

De konstaterade att BVC sköterskor, personal i förskola och skola misstänkte att 1,5–3 % av barn far illa och borde bli föremål för en barnavårdsutredning. Bara 10–50 % var dock beredda att göra en anmälan till socialtjänsten. Av barn som aktualiserades till socialtjänsten avskrevs 1/3 utan att en utredning igångsattes. Av påbörjade utredningar resulterade ungefär hälften i någon insats. Ungefär hälften av dessa insatser bestod av olika öppenvårdsåtgärder såsom samtal, psykiatriskt stöd, hemma-hos-terapi, missbruksbehandling. Den andra hälften bestod av kontaktperson/kontaktfamilj eller placering utom hemmet (1997 ca 1,5 % av alla barn 0–17 år).

Flera studier som refererades, visade att drygt 1/2 av barnavårdsutredningarna aktualiserades av en anmälan, vanligen av polis, skola eller förskola. Ungefär en tredjedel var ansökningar om stöd från föräldrar eller barn/ungdomar. Man konstaterade att kunskapen om hur förhandsbedömningar gick till var obefintlig. Då det gällde utredningar menade författarna på basen av nio svenska studier att samarbetet både med barn och föräldrar många gånger var bristfälligt, många klienter var missnöjda, utredningarna tog lång tid. De verkade inte neutrala, klienterna fick ej tillräcklig insyn och det fanns brister i dokumentationen. Endast 48 % av barnen, 46 % av fäderna, 28 % av medlemmar i familjens nätverk samt 44 % av personal från skola/förskola hade kontaktats. Genomsnittstiden för utredningarna var 10 månader. Studierna avsåg åren 1980–1997. De visade att 80–90 % av besluten fattades på delegation av socialarbetare eller arbetsledare.

En studie av *Humlesjö* (1997), som omfattade 234 insatser för 58 barn i Stockholm, visade att barnavårdsinsatser som avslutades ofta genast ersattes av en ny. 39 % avslutades på grund av att målet uppnåtts, 25 % för att åtgärden inte fungerade och 11 % för att föräldrarna avböjde fortsatt hjälp. I 25 % fanns ingen dokumentation av varför insatsen avslutats. Fyra studier från Stockholm visade en hög återfallsfrekvens, hälften av barnen hade tidigare varit aktuella för minst en åtgärd. I en studie av slumpvis valda utredningar i tio svenska kommuner återaktualiserades 22 % av barnen inom 12 månader. I Humlesjöes studie hade 8 av 10 barn varit föremål för minst två insatser. I 70 % fanns ungefär samma problematik vid både det först och det sista beslutet om en insats, trots att det i genomsnitt var sex år mellan dessa tillfällen.

Författarna konstaterade att kontextuella faktorerers betydelse för barnavårdsutredningar var ett område som inte var systematiskt utforskat. Socialpolitik, organisation, profession, utbildning och offentlighet påverkar sannolikt arbetet.

2.1.1 Sammanfattning

När det gäller social barnavård och barnavårdsutredningar finns det några områden där kunskapen är säkrare. Det betyder inte att forskarvärlden är enig i dessa delar eller att det inte behövs mer forskning om de områdena. Vi menar dock att forskningen ger en

rimligt säker bas att stå på för att kunna ligga till grund för ett praktiskt utvecklingsarbete för barnavårdsutredningar.

Forskningen visar att:

- Definitionen av barn som far illa är till en del avhängigt moral, kultur och tid.
- Det finns en oenighet bland socialarbetare på samma arbetsplats och mellan olika arbetsplatser om vilka barn som far illa.
- Högst hälften av de barn som misstänks fara illa anmäls till myndigheterna. De flesta barn aktualiseras till en barnavårdsutredning via anmälningar.
- Förhållandevis få barnavårdsutredningar aktualiseras på grund av misstanke om fysiska eller sexuella övergrepp mot barn.
- Många barn som blir aktuella för en barnavårdsutredning kommer från familjer som kännetecknas av utanförskap och fattigdom.
- Det är endast en mindre andel av alla barn som blir föremål för barnavårdsutredningar och social barnavård som visar fysiska, psykiska eller emotionella tecken på att fara illa.
- Barn som berörs av barnavårdsutredningar blir inte alltid delaktiga i utredningen i den omfattning och på det sätt som förutsätts i FN:s barnkonvention och i svensk lagstiftning.
- Pappor och personer som är familjen närstående kontaktas sällan i barnavårdsutredningen.
- Riskbedömning utgör barnavårdsutredningens centrala del. Den kännetecknas av bristande prognosförmåga; andelen barn som återkommer för nya barnavårdsutredningar är hög; uppskattningsvis vart femte barn återaktualiseras inom ett år för en ny barnavårdsutredning.
- Ungefär varannan barnavårdsutredning avskrivs utan insats. Det kan tolkas som att de som aktualiserar barnavårdsutredningar (bl.a. föräldrar och allmänhet) har en annan bild av barn som far illa, jämfört med lagstiftare och socialarbetare.
- Minst 1,5 % av alla barn i Sverige blir årligen föremål för insatser från den sociala barnvården. Troligen är andelen väsentligt högre. Vid en internationell jämförelse utgör 1,5 % en hög andel.

Med några få undantag liknar situationen i Sverige den i andra länder.

2.2 Är bedömningar enhetliga?

En av de tidigare citerade studierna gjordes av *Wåhlander (1995)* "Att allsidigt belysa barns sociala situation". Den utgick från samtliga beslut rörande 508 barn och ungdomar vid tre socialdistrikt i Stockholm 1990. Områdena var jämförbara beträffande olika befolkningsförhållanden. 60 personakter valdes för analys av hur utredningarna gjorts. Förutom de svagheter som tidigare redovisats i *Sundell & Egelunds* sammanställning (lång utredningstid, bristfällig dokumentation, låg kontaktfrekvens med barn, fäder och representanter för familjens nätverk) noterade man stora skillnader mellan distrikten beträffande antalet barn som berördes av insatser (1,4–5,6 %). Dessa skillnader kunde ej förklaras av aktstudien och intervjuer med handläggarna. 44 % av besluten omfattade tonåringar. Man hade fler kontakter då barnavårdsutredningen påbörjades efter en anmälan. Kontaktfrekvensen sjönk ju längre tid utredningen pågick.

Andersson (1991) undersökte ungefär samtidigt 189 pågående barnavårdsärenden i tio sydsvenska kommuner. Barnen var i åldern 0–3 år. Sextiofyra socialsekreterare besvarade en enkät. Av den framgick att de upplevde en konflikt mellan sina roller som kontrollanter och behandlare. De upplevde bristande kunskaper om barn och barns utveckling. Socialsekreterarna påpekade också bristen på entydiga kriterier på vilka brister och missförhållanden, som är särskilt allvarliga.

Av socialakterna framgick att föräldrarna ofta var ensamstående, 34 % och arbetslösa, 43 %. De vanligaste föräldraproblemen var missbruk, 27 %, psykiska problem, 14 % och begåvningshandikapp, 11 %. I hälften av fallen bedömde socialsekreteraren att barnet mår bra och var välutvecklat. Utredningarna var mer fokuserade på föräldrarnas problem än på barnens beteende. I en tredjedel av utredningarna hade socialtjänstemannen aldrig träffat barnet. De begärde inte regelmässigt in bedömningar av barnen och kvalitén på mor - barn relationen från BVC, förskolan eller barn och ungdomspsykiatri. *Andersson* påtalade att papporna sällan drogs in i arbetet. Kontakten mellan klient och socialsekreterare avgjorde också i stor utsträckning hur ärendet skulle utvecklas. Ett stort problem var den diskontinuitet som präglade arbetet.

Östberg, Wåhlander, Milton (2000, Östberg 2000) gjorde en vinnjettstudie. Även om vissa gemensamma mönster fanns, så var det stora variationer mellan verksamheter och mellan socialarbetare

inom samma verksamhet i fråga om hur man bedömde och handlade i samma ärende. Trettiosex socialarbetare från sex kommuner fick individuellt ta ställning till ett typfall och skriftligen beskriva sina reaktioner, bedömningar och hur de skulle handlat. De sex kommunerna hade olika organisation och arbetssätt. Studien visade att entydiga begrepp och enhetliga procedurer i utrednings- och behandlingsarbetet saknades. Fler socialarbetare i de specialiserade organisationerna började utreda tidigare och använde tvång i större utsträckning jämfört med de integrerade. I alla projektorterna beslutades om insatser under pågående utredning. Forskarna påpekade risken att klienterna inte fick en likvärdig behandling, tillförsäkrades rättssäkerhet, hade möjlighet att föra sin talan och att kunna påverka skeendet.

Sundell & Karlsson (1999) redovisade barnvårdsutredningar i tio kommuner. Dessa utredningar utgjorde kontrollgruppen till en utvärdering av familjerådslag. Materialet var 193 slumpvis valda utredningar i dessa kommuner 1996–1997. Data bestod av återkommande telefonintervjuer med de utredande socialarbetarna. En del av resultaten har redan redovisats i Sundell & Egelunds översikt (hälften av barnen tidigare kända, de flesta aktualiserade av en anmälan, 25 % ansökan från familjen). I 9/10 fall beslutade socialarbetarna själva eller tillsammans med arbetsledaren. I 41 % gällde ärendet en ungdom som missbrukade eller var kriminell. 43 % gällde omsorgssvikt inkl. föräldrars missbruk, psykisk eller kroppslig sjukdom, förståndshandikapp, kriminalitet, relationsproblem inom familjen, vanvård. 10 % gällde sexuella övergrepp eller fysisk misshandel. Föräldrar med enskild vårdnad, enföräldershushåll, utländsk bakgrund, socialgrupp tre tillhörighet, socialbidragsberoende var överrepresenterade. Utredningen tog i genomsnitt sex månader, 42 % avslutades inom fyra månader. Samtliga mödrar, 80 % av barnen, 60 % av fäderna, 52 % av personal från skola och förskola och 35 % av familjens nätverkspersoner hade kontaktats under utredningen. Hälften av barnen fick bistånd, vanligen i form av stödsamtal och/eller kontaktfamilj. 9 % placerades utom hemmet. 22 % av barnen återaktualiserades för en ny utredning inom 12 månader. Av de barn som ursprungligen avskrevs utan åtgärd hade 29 % återaktualiserats under samma tid. Efter 12 månader hade 43 % fortfarande någon form av insats.

Socialarbetarna var mycket nöjda med de beslut som fattats. Vid en telefonintervju med 18 föräldrar (bara 42 % av de tillfrågade tackade ja till att delta) efter 18 månader sade sig hälften vara

nöjda med utredningen. Forskarna fann vid en återkommande mätning att socialarbetarna tidigt bestämt sig för vad utredningen skulle leda fram till och sedan hållit fast vid det. Socialarbetarna hade oftare haft kontakt med släkten under utredningen om de, enl. en attitydmätning, hade förtroende för det informella nätverket, det gällde särskilt invandrarfamiljer. Skillnaderna i typ av bistånd trodde forskarna berodde på att det utbildats en lokal praxis om vilken typ av bistånd som var bra på olika byråer. Forskarna ansåg att studiens resultat var tillförlitliga och ägde hög allmängiltighet. Man påpekar att det är en omöjlig arbetssituation att samtidigt utöva social kontroll och bedriva terapi. Forskarna ansåg att det inte fanns en vetenskaplig grund som möjliggjorde säkra praktiska rekommendationer.

Även andra studier (t.ex. från Enskede-Årsta, Hägersten, *Rinman-Henning*, 2001) visade att det inte fanns en samstämmighet i bedömningen av barnavårdsärenden. Det ledde till att barn fick olika åtgärder beroende på var de bodde och vilken socialsekreterare som gjorde utredningen, även inom samma kommun.

2.3 Anmälningar, orsak och insats

De studier som redovisades i *Sundell & Egelund* omfattade utredningar gjorda t o m 1997. I en SoS rapport 1998:4 samlade man statistik från 20 större kommuner. Man sände ut enkäter och gjorde intervjuer med utredande personal där. Anmälningar från skolan hade ökat under 1990 talet. Ansökningar från familjer om kontaktfamilj hade också ökat. Utredaren påpekade den dåliga dokumentationen av vilka som anmälde, vad anmälan avsåg och skälet till vilka som utreddes eller ej. Förutom insatserna kontaktfamilj/kontaktperson samt vård utom hemmet fördes ingen statistik över vilka åtgärder som gjorts eller deras varaktighet. Detta försvårade lokal och nationell uppföljning.

I antologin "Barnet i den sociala barnvården" (*Andersson, Aronsson, Hessle, Hollander, Lundström*, 1996) framkom liknande kritik av barnavårdsutredningarna som redovisats i de tidigare refererade studierna.

Cocozza (2003) påtalade även bristen på nationell statistik över anmälningar till Socialtjänsten eller de utredningar som görs till följd av anmälningarna. (Statistik finns endast för insatser som görs enl. socialtjänstlagen och lagen med särskilda bestämmelser om

vård av unga) Hon studerade därför de 1 570 anmälningar som 1998 gjordes i Linköpings kommun, omfattande 4 % av alla barn och ungdomar där. Ungdomar 13–18 år utgjorde 58 % av de anmälda. Studien visade att de flesta anmälningarna gjordes av polisen, 42 %. Barnhälsovården, barnomsorgen, barn och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin gjorde få anmälningar. 15 % av alla anmälningar avskrevs utan kontakt med familjerna. 41 % av alla anmälningar gällde den unges eget beteende, vanligen brott. Brister i hemmiljön utgjorde 36 % av alla anmälningsorsaker. Sexuella övergrepp och/eller misshandel var anmälningsorsak i 7 % av fallen.

Endast 14 % av barnen träffade en socialsekreterare enskilt, mest tonåringarna. 41 % av barnen träffade aldrig en socialsekreterare. 46 % av anmälningarna ledde inte till någon utredning, av dem som utreddes fick 21 % en insats varav 3 % enl. lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Det var stor skillnad mellan olika anmälningsgrupper hur stor procent, som fick en insats. Föräldrar som sökte hjälp och anmälningar från barn och ungdomspsykiatrin ledde till en insats i 60–40 %, anmälningar från barnomsorg, barnhälsovård och polisen endast i 10–8 %. Anmälningar beträffande sexuella övergrepp och misshandel ledde endast till en insats i 30–25 %! De vanligaste insatserna i hela materialet var kontaktfamilj och samtal, 14 % vardera. Familjehemsplacering enligt Socialtjänstlagen, 11 %, och hemma-hos-terapi, 9 %, var de närmast vanligaste åtgärderna. I 44 % av anmälningarna om sexuella övergrepp och barnmisshandel gjordes en polisanmälan. 38 % av samtliga barn hade (9 %) eller hade haft en kontakt med barn och ungdomspsykiatrin. 56 % hade redan en pågående socialvårdsinsats. Coccozza drar slutsatsen av sin studie att anmälningsplikten inom ramen för den sociala barnvården inte fungerar som instrument för att identifiera barn, som behöver samhällets skydd.

2.4 Utredningsmetoder

2.4.1 Familjerådslag

En ny form för barnvårdsutredningar som utvecklats på Nya Zeeland, "Familjerådslag", har prövats i Sverige och utvärderats i en kvasiexperimentell studie av *Sundell & Haeggman (1999)*. Studien gjordes i de tidigare nämnda tio kommunerna. Dessa hade själva anmält intresse att pröva metoden. Kontrollgruppen var den tidi-

gare beskrivna gruppen av 193 slumpvis valda utredningar från samma kommuner (*Sundell & Karlsson 1999*). Försöksverksamheten pågick 1996–maj 1998. 74 familjerådslag med 111 barn och ungdomar specialgranskades och jämfördes med 183 barn i kontrollgruppen. Informationen insamlades via telefonintervjuer till de deltagande socialsekreterarna samt enkäter till alla deltagare i familjerådslagen. 49 % av föräldrarna accepterade att intervjuas 17 månader efteråt. Man följde upp barnens situation 12 månader och 3 år efter utredningen. Man kunde konstatera att de svenska familjerådslagen genomfördes enligt modellen. Den utvidgade familjen och dess nätverk deltog, samordnarna var neutrala, den utvidgade familjen och dess nätverk fick överlägga privat, en handlingsplan formulerades och 97 % av dessa godkändes av socialtjänsten. Det genomsnittliga antalet deltagare var tio från den utvidgade familjen och en myndighetsrepresentant t.ex. från skolan eller förskolan. Mödrarnas släkt och vänner var överrepresenterade.

Familjerådslagen aktiverade deltagarna som erbjöd olika typer av stöd t.ex. att fungera som kontaktfamilj eller familjehem eller att övervaka genomförandet av missbruksbehandling. Många deltagare upplevde att de fått ett reellt inflytande. Ungefär hälften kände sig delaktiga efter familjerådslaget. Efter 12 månader hade 23 % av barnen återaktualiserats för en ny utredning, vanligen på grund av en anmälan. Det var ingen skillnad jämfört med den traditionellt utredda gruppen. Hälften var fortfarande aktuella för någon form av bistånd. Detta var vanligare i familjerådslagsgruppen (61 % jämfört med 41 %). Lika många barn placerades utom hemmet efter båda utredningsmodellerna, men fler i familjerådslagsgruppen hamnade i släktinghem (11/13 jämfört med 0/16). Hälften av de intervjuade föräldrarna var nöjda vid intervjun 17 månader senare, när de såg tillbaka på vad som hänt. Hälften tyckte däremot att släkt och vänner inte uppfyllt sina löften i handlingsplanen. (Hälften av föräldrarna i den traditionellt utredda gruppen ansåg att de fått hjälp av släkt och vänner för att lösa problemen.)

Endast 10 % av alla pågående utredningar under försöksperioden gjordes som familjerådslag. Det var stor variation mellan kommunerna (4–37 %). Andelen minskade också successivt utom i en av kommunerna. Orsaken till den låga frekvensen uppgavs vara att åtta av tio tillfrågade familjer tackade nej till erbjudandet om familjerådslag utom i en kommun, där drygt hälften tackade ja. 76 % av socialarbetarna uppgav att de var positiva till familjerådslag som utredningsmetod. De hade tillfrågat 35 % av alla utredningsfall

om de ville delta. De ansåg att dessa var representativa för alla utredningsfall. Familjerna hade barn i olika åldrar. De familjer som tackade ja till att delta hade oftare en allvarlig problematik.

Andersson & Bjerkman (1999) gjorde en kvalitativ studie i samma projekt. Nitton familjerådslag kategoriserades i "omslutande", "inneslutande", och "ambivalenta". Den förstnämnda gruppen, som var störst, fungerade enligt modellen och tillgodosåg barnperspektivet. Detta var mindre tillgodosett i de andra två typerna, där inte heller modellen följdes lika strikt. I dessa hade socialsekreterarna svårt att överlämna makten till den utvidgade familjen och familjen stöddes inte med empowerment-strategier. Man noterade att genomförandet av familjerådslag gynnades av att samordnarrollen var tydlig och professionellt objektiv, att socialarbetarna formulerade tydliga och grundläggande frågeställningar till familjerådslaget och att hon/han hade en tro på den utvidgade familjens förmåga att lösa problemen. Författarna påpekade att familjerådslag ofta men inte alltid var en meningsfull och demokratisk metod att bistå barn, som för illa.

Sundell (2002) fortsatte uppföljningen av barnen från familjerådslagen och kontrollerna tre år efter utredningarna. Eftersom den förstnämnda gruppen i större utsträckning hade en allvarligare problematik jämförde man familjerna med statistiska metoder, innan man jämförde resultaten. Barnen i familjerådslagsgruppen hade återaktualiserats oftare för misstankar om övergrepp men lika ofta för omsorgsbrist som kontrollbarnen. De hade något oftare blivit föremål för nya insatser. Majoriteten av de familjehemsplacerade barnen (79 %) var placerade i icke-släktinghem eller på institution. Författaren drog slutsatsen att familjerådslagsmodellen inte lett till stabilare insatser och inte minskat risken för återaktualisering på grund av att man utnyttjat "dold kunskap" i familjen. Modellen minskade inte heller risken för att barn skulle fortsätta att utsättas för vanvård och övergrepp på grund av ett ökat ansvarstagande av den utvidgade familjen. Att samarbetet mellan denna och socialvården skulle ha blivit bättre bekräftades inte heller. Däremot fick, som förväntat, fler barn bo i släktingfamiljehem. Majoriteten av de placerade barnen bodde ändå i icke-släktinghem eller på institution. Hypotesen att familjerådslag skall minska behovet av fortsatta insatser på grund av att barnen får ett bättre stöd i sina utvidgade familjer bekräftades delvis: de var inte mera sällan föremål för insatser men dessa hade oftare övergått till öppenvårdsinsatser. Utredningsmodellen förklarade dock bara 2–7 %

av variansen, dvs. dess betydelse var liten för följderna av utredningarna.

Lilja (1998) rapporterade från de tio kommunerna som ingick i utvärderingen. Vellinge kommun hade gjort 8 familjerådslag under projekttiden. Man ansåg att detta arbetssätt medfört att man fått kännedom om resurser inom familj och släkt, som varit okända för socialsekreterarna. Det fanns fler vuxna runt barnet, som var villiga att hjälpa och stödja. Hyllie stadsdel i Malmö hade hållit 8 rådslag. De positiva erfarenheterna var att familjemedlemmarna kunnat enas om en handlingsplan, att man förmått sätta barnet i fokus. De negativa hade varit många familjers motvilja mot att engagera släkten samt att det engagemang, som funnits vid mötet, ej upprätthållits. Laholm hade genomfört 5 familjerådslag. Man ansåg att det fungerat, men att arbetssättet behövde mer tid för att ”smälta in i många människors medvetande”. Halmstad hade genomfört 6 rådslag. Man noterade även här, att man funnit, att fler kunde få stöd i sitt nätverk än man trott tidigare. Värmdö hade gjort 8 rådslag. De upplevde att familjerna var nöjda. De fann att handlingsplanerna, oftare än de räknat med, innehöll förslag på insatser från socialtjänsten. Liljeholmen – Hägersten stadsdel i Stockholm hade genomfört 10 rådslag. De framhöll den kraft, som kom fram, när nätverket samlades. Gottsunda, Uppsala, hade haft familjerådslag i 8 familjer vid 15 tillfällen. Både familjer och socialsekreterare var positiva. Köping hade gjort 6 rådslag. Familjerna var positiva och nöjda, men handlingsplanerna fullföljdes ej i en del fall. Söderhamn hade gjort 40 familjerådslag under samma tid! De framhöll värdet av att familjerna blev mer delaktiga. Man hade planer på att även arbeta med familjerådslag inom skola och barnomsorg. Sundsvall hade gjort 10 rådslag. Man hade funnit att det fanns ett motstånd mot att blanda in släkten. När släktingarna kontaktades, var de i allmänhet positiva och ville hjälpa till. Konflikter kunde biläggas för att sätta barnet först.

Georges (1997) redovisade 17/26 familjerådslag, som genomfördes innan Sundells studie. Socialsekreterarna, samordnarna och deltagarna i rådslagen fick fylla i frågeformulär. Alla tre kategorierna var övervägande positiva. Medan bara 49 % var positiva och 47 % hade blandade känslor före rådslandet, var 77 % positiva efter detta. 76 % var nöjda med den uppgjorda handlingsplanen, 21 % var delvis nöjda. Beträffande information före och under rådslandet var 90 % nöjda. 96 % tyckte att familjerådslag var ett bra sätt att lösa problem i familjen.

Sjöblom (1999) utvärderade fjorton familjerådslag i Botkyrka kommun 1996–1998. Endast 7 % av alla utredningar gjordes som familjerådslag mot planerade 25 %. 36 % bedömdes vara ”allvarliga” ärenden. Man använde metoden mest vid ungdomsfall. 81 % av familjemedlemmarna var nöjda med metoden, 89 % av socialsekreterarna och 79 % av andra deltagande myndighetspersoner var också positiva. De 13 handlingsplanerna, som gjordes, godkändes av socialtjänsten. Innehållet var avlastning, stöd och boendefrågor. En placering gjordes i ett släkting-familjehem. Socialsekreterarna var mer positiva till familjerådslag än till den nätverksterapi, som bedrivits i kommunen under lång tid.

Eidenstedt, Elf, Hjertén, Klefbeck, Wallmark, Wisén (1999) redovisade det tioåriga arbetet i Botkyrka kommun med nätverksterapi och det nyare arbetet, sedan 1996, med familjerådslag. Tyvärr gör de ingen systematisk jämförelse mellan metoderna. Båda användes som en del av en barnvårdsutredning. Båda bygger på antagandet att individen i samarbete med sitt nätverk skall kunna lösa den kris, som familjen befinner sig i.

Nätverksterapin har betonat mötets möjlighet att utveckla terapeutiska förändringar och krävde därför terapeutisk kompetens hos ledarna. Deras uppgift var att underlätta samtalen mellan nätverkets medlemmar. Den förändrade interaktionen skulle ge möjligheter till ny organisation, nya roller och ökad flexibilitet. Vid dessa möten deltog också det professionella nätverket under hela mötet. Dessa hade ofta blivit viktiga stödpersoner för den drabbade familjen. ”I ett processorienterat ”stort” nätverksmöte, under ledning av ett nätverkslag med strävan till lyhörda samtal mellan sympatisörer och antagonister, myndigheter och privatpersoner, unga och gamla, drabbade (av krisen) och perifera (från krisens centrum) är själva mötet sitt eget ändamål.” (op. cit s. 51)

Syftet med ett *familjerådslag* skall vara att det privata nätverket skall enas kring en handlingsplan utifrån de frågeställningar som socialtjänsten formulerat. I första steget skall det privata nätverket informeras av socialsekreterarna. I det andra steget skall det privata nätverket rådslå enskilt och göra upp en handlingsplan. I det tredje steget skall denna diskuteras med socialsekreteraren och samordnaren samt godkännas. Mötet ska förberedas och ledas av en utomstående samordnare, som kan vara en lekman. ”Familjerådslaget är ett förfaringssätt som utgår från myndighetsutövning. En handlingsplan skall skapas. Beslut skall fattas. Genom familjerådslaget skapas en fast struktur för hur nätverket skall engageras i detta.”

(op. cit. s. 51) Familjerådslaget skall vara en lösningsinriktad beslutsform. Relationsmässiga hinder skall läggas åt sidan till förmån för fokus på barnet och på frågorna. En del relationsbearbetning individuellt med samordnaren kunde dock vara en nödvändig förutsättning för att mötet skulle kunna arbeta konstruktivt. Vid konflikter i nätverket fick samordnaren lägga ner mer tid på förmöten.

Författarna var kritiska till tanken att samordnaren inte skulle vara professionell ur ett terapeutiskt eller socialarbetarperspektiv. De tyckte att familjerådslagsmodellen var stel och att detta var ett hinder för att lyfta fram fler frågeställningar än de som formulerats före mötet. Författarna ansåg att familjerådslaget kunde ha väsentliga fördelar i situationer där problemet eller krisen utgjorde ett avbrott, ett uppenbart undantag, i en familjs historia.

Lilja (2000) redovisade ett annat projekt med familjerådslag för unga som begått brott. Tre av de kommuner, som deltog i det tidigare beskrivna projektet, deltog även i detta. Sju nya kommuner rekryterades också. Projektet genomfördes 1998–1999. Åldersgruppen 15–17 år var den huvudsakliga målgruppen. Ett sjuttiofem rådslag hölls. Socialtjänsten utredde den unges situation efter anmälan om brott. Den unge och föräldrarna erbjöds familjerådslag. Skillnaden mellan dessa rådslag och de tidigare beskrivna var, att den första fasen dels innehöll information om brotts handlingen, dels om den unges sociala situation. Den andra delen innehöll först en privat överläggning om brottet. Den unge förväntades be om ursäkt och man diskuterade gottgörelse. Detta diskuterades sedan med brottsoffret närvarande. Efter en paus hade man en ny privat överläggning om den unges framtid och en handlingsplan upprättades. Sist diskuterades och godkändes handlingsplanen som i andra rådslag.

Det var bara 40 rådslag som hölls efter erkända brott. Vid 17 av dessa deltog brottsoffer. I knappt hälften höll man ett eller två uppföljande rådslag 2–3 månader efter det föregående. De andra drygt trettio rådslagen hölls i andra ungdomsärenden utan erkänt brott men med andra beteenden av bristande social anpassning såsom skolk, missbruk. Målen var att engagera den unges föräldrar, släkt och andra i det privata nätverket för att förhindra fortsatt brottslighet, samt att brottsoffret skulle få respekt och förståelse från den unge och hans familj. Den unge skulle också ta ansvar för sin gärning och försöka ställa till rätta efter sitt brott. Syftet var också att förbättra samarbetet mellan familj, socialtjänst och rätts-

väsande. Man ansåg att den första målsättningen uppnåts beträffande engagemang. Hur hållbara lösningarna var, vet man ej, eftersom någon uppföljning av resultatet av dessa familjerådslag ej har gjorts. Man vet därför ingenting om återfallsfrekvensen. Det andra målet hade fungerat i de fall, där brottsoffret velat ställa upp. Det tredje målet menade man också hade uppnåts för ”de flesta”, dvs. i de fall, där det blev ett möte med brottsoffret. Det fjärde målet ansåg man hade uppnåts.

2.4.2 Utredningslägenhet

Ett annat alternativ till den traditionella utredningsmodellen är att placera hela familjen dagtid för några veckor i en utredningslägenhet. Socialtjänsten i Visby kommun (*Björnsson 1996*) började 1992 att arbeta med utredningslägenhet. Målsättningarna var att korta utredningstiderna, att ha ett utökat barnperspektiv, att ha en tydlig skillnad mellan utredning och behandling/åtgärd och bättre kvalitet på utredningarna. Man ansåg att detta skulle uppnås bättre om utredningen gjordes i en lägenhet, där man kunde studera familjens vardagstillvaro. I lägenheten skulle finnas en stationär socialsekreterare samt den ordinarie socialsekreteraren, för att också få kontinuitet mellan utredningen och den följande behandlingen. Utredningen skulle koncentreras till fyra veckor och skrivas under den följande veckan. Detta utredningssätt skulle också ge möjlighet till naturligt och återkommande samarbete med andra vårdgivare. En psykolog från barn och ungdomspsykiatri och en sköterska från BVC knöts till verksamheten under några timmar per vecka. Dessutom förmedlades obligatoriskt kontakt med kommunens alkoholrådgivning.

Man har redovisat arbetet med 18 familjer. Tio av dessa hade utretts tidigare. Alla familjer utom två utgjordes av ensamma mammor med sina barn. Barnen var i åldern 0–14 år. Endast en lägenhetsutredning ledde till ett LVU-omhändertagande. Fyra barn, varav tre tillsammans med modern, placerades på institution. Sex familjer fick omfattande stödinsatser i hemmet. Tre mödrar fick stödsamtal med socialsekreterare och tre andra samtal på barn och ungdomspsykiatriska mottagningen. Dessutom hade man fortsatta kontakter med skola och förskola i fem ärenden. Ett barn fick en personlig assistent i skolan och på fritiden. En familj fick en kontaktfamilj.

Åtta socialsekreterare intervjuades efter fjorton av utredningarna enskilt och tillsammans. Dessutom hade två samarbetspartner och tre föräldrar intervjuats, fler föräldrar tillfrågades men ville ej delta. Socialsekreterarna redovisade många positiva upplevelser av arbetet i intervjuerna. De ansåg sig ha fått mer personligt engagemang i barnen. Det blev lättare att motivera föräldrarna för de åtgärder som föreslogs. Utredningen hade en behandlande effekt. De svårigheter man mötte var framför allt att hinna med andra ärenden parallellt med utredningen. I tio familjer ansåg man att man fått till stånd ett bra samarbete med föräldrarna. I fyra fall var kontakten mera ytlig. I två av dessa var föräldrarna negativa. Samtliga familjer bedömdes ha fått en bättre insikt om sig själva och sina barn. I sex fall ansågs föräldrarna ha varit delaktiga i att utarbeta arbetsplanen. I lika många fall var föräldrarna mer passiva. I två fall hade man olika synpunkter, som inte kunde jämkas samman. Man gjorde inga direkta jämförelser mellan lägenhetsutredningarna och andra utredningsformer.

Utvärderaren bad de deltagande socialsekreterarna att uppskatta vilken skillnad som de trodde att denna modell inneburit utifrån sin praktiska erfarenhet. I fyra fall ansåg de att resultatet blivit det samma. I fem fall hade man fått familjen att acceptera insatsen bättre. För tre familjer tyckte man att bedömningen blivit säkrare. I två fall blev resultatet ett helt annat än med en traditionell utredning, därför att man fått mer kunskap om hur stora problemen var.

Föräldrarna var i sina intervjusvar positiva till utredningsmodellen, även om de också tyckte att det varit påfrestande. De gav exempel på ökad insikt i sin situation. De hade också fått stöd i sitt föräldraskap, t.ex. att sätta gränser. Även de två myndighetspersonerna var positiva. De kände att de kunnat medverka i utredningarna på ett konstruktivt sätt. Utredaren påpekade att man borde göra en uppföljning av resultaten några år efter utredningstiden. Någon sådan finns inte redovisad.

Stilgård & Tilander (2001) har beskrivit samma modell för utredning i Karlstad. Verksamheten startade 1997. Man intervjuade tio av de arton familjer som utretts (de övriga ville ej medverka). Föräldrar, sju utredande socialsekreterare, externa samarbetspartners från skola, barnomsorg och barn och ungdomspsykiatri intervjuades också. Familjerna vistades en i taget i fyra veckor dagtid i lägenheten tillsammans med två utredare, varav den ena var fast stationerad i lägenheten. En psykolog från barn och ungdomspsykiatriska kliniken deltog två dagar per vecka. Han testade

barnen och studerade föräldra-barn relationerna med BOF (barnorienterad familjeterapi). Teoretiska utgångspunkter för arbetet var att öka familjernas empowerment och KASAM (känsla av sammanhang).

Samtliga familjer upplevde kaotiska förhållanden vid tiden för starten av utredningen. De flesta föräldrarna upplevde vistelsen i lägenheten präglad av respekt, trygghet och struktur. De kände sig delaktiga i utredningen. De upplevde att de fick hjälp att bättre förstå sina barn och sitt eget förhållningssätt. Flera beskrev att de fick ett hopp att en förändring var möjlig och fick syn på mera positiva sidor hos sig själva och sina barn. Samarbetet med psykologen och viktiga personer från skola och barnomsorg beskrevs av flera föräldrar som betydelsefullt. Fler beskrev att utredningstiden inneburit stora förändringar, som dock var svåra att upprätthålla, när tiden i lägenheten var slut.

Socialekreterarna valde lägenheten i de fall där de upplevde att en traditionell utredning inte räckte. I många fall hade man haft en långvarig kontakt och gjort flera utredningar tidigare. De upplevde att de såg helheten tydligare, när utredningen gjordes i lägenheten. Man kunde utveckla en betydligt bättre, nära kontakt. Vistelsen hade behandlande/förändrande inslag. Det var lättare att visa familjemedlemmar det som var positivt. Barnen kom mer i fokus, blev ”synliggjorda”. Föräldrar och barn fick mycket tid tillsammans. Socialekreteraren tog också upp samarbetet med barn och ungdomspsykiatri, skola och barnomsorg som positivt. Dessa instanser blev mer delaktiga i utredningen och det fortsatta stödet till familjen. Fler ansåg att det blev extra tydligt vilka insatser som familjen behövde. Även de intervjuade samarbetspartnerna var oftast positiva. Författarna ansåg att de mål som socialtjänsten satt upp för verksamheten hade uppfyllts väl: att korta utredningstiderna, att barn och föräldrar blev mer synliggjorda och att deras resurser uppmärksammats, att familj och barn blev mer delaktiga och kunde påverka processen samt att socialekreterarna skulle ha en större del i det stödjande arbetet. Man har tydligt valt att kombinera stödjande insatser med utredningen och ansåg att det lett till en påtaglig utveckling för många familjer.

Det har inte gjorts någon systematisk jämförelse med någon traditionellt utredd grupp av familjer. Ingen redovisning av vad som hänt i familjerna efter utredningstiden har publicerats. Det är därför inte möjligt att dra några slutsatser om effektiviteten av utredningsmodellen.

Hyvönen & Forsgren (2000) beskrev lägenhetsutredningar i Umeå. Undersökningen omfattade fyra familjer som utretts under 1998/1999 under tre till tio veckor. De vistades i lägenheten dagtid tillsammans med två socialsekreterare. Utvärderingen byggde på de skrivna utredningarna, intervjuer, dagboksanteckningar och protokoll. Även i denna modell kombinerade man utredningen med förändringsarbete. Socialsekreterarna ansåg att barnet kom mer i fokus, att familjen blev mer delaktig i utredningen och att man kunde påbörja en förändringsprocess. De upplevde modellen mycket positivt. Man fick bättre information om familjen, när man arbetade med en familj i taget. Delaktighet och påbörjat förändringsarbete bekräftades i föräldraintervjuerna.

En utredningslägenhet i Haninge kommun beskrevs av Söderman (1999). De hade tagit emot 50 familjer för utredning 1996–1999. Familjerna vistades en i taget i lägenheten i fyra veckor med två socialsekreterare varav den ena var stationär i lägenheten. Föräldrarna fick välja mellan traditionell utredning och lägenhetsutredning. Socialsekreterarna ansåg att föräldrarna blev mer delaktiga, barnen blev mer synliga i lägenhetsmodellen. Man ritade nätverkskartor och livslinjer med både föräldrarna och barnen. Det gjordes deltagande observationer. Föräldra-barn samspelet videofilmades och filmsekvenser diskuterades med familjen. Fokus var på det positiva samspelet. Man ansåg att vistelsen både var en utredning och påverkan, det vill säga behandling. Verksamheten har inte utvärderats systematiskt.

2.4.3 Utredning på institution

Sallnäs (1995) har beskrivit utredning på en HVB-enhet. 1995 uppgav sextiotvå institutioner i Sverige att man arbetade med utredningar. HVB institutionens uppgift i utredningen var att på olika sätt samla information om och göra observationer av barnet och familjen under vistelsen på institutionen. Det insamlade materialet lämnades därefter till socialtjänsten, som lade det till sin egen utredning. Vistelsetiden var vanligen fyra veckor. Utredningshemmens utlåtanden väger tungt i 90 % av fallen har visats av Kanter (1993). Utredningsmodellen på det utredningshem Sallnäs studerade var Heaps kriterier för att observera och bedöma omsorgssvikt. Sallnäs följde verksamheten under två veckor med deltagande observationer och intervjuer med tre personal. Man

beskrev att utredningen grundade sig på medlevarskap i de dagliga aktiviteterna på institutionen, samt tal med föräldrarna om deras föräldraskap och genomgång av inspelade videosekvenser av föräldra-barninteraktioner. Allt dokumenterades dagligen och diskuterades i personalgruppen. Dilemmat med denna utredningsmodell är att situationen på institutionen ej motsvarar situationen i verkliga livet (autenticitetsproblemet). Dessutom finns här, som vid alla utredningar, problemet att det är oklart vilka kriterier som skall användas för att bedöma omsorgsförmåga.

Lodin (2003) hade intervjuat tolv socialsekreterare som handlagt tjugosju placeringsärenden i en norrländsk kommun 1998–2001. Han konstaterade att man lägger ut fler utredningar på HVB institutioner. Nackdelen var framför allt att de ofta låg långt bort från socialbyrån, vilket försvårade kontakten under utredningstiden mellan socialsekreteraren och den unge. Fokus blev på den individ, som skulle utredas, medan familj- och nätverksperspektivet blev lidande. Det fanns också en risk att man blandade ihop utrednings- och akutplaceringar.

2.4.4 En analys av utredningsmodeller

Westlund & Isaksson (2001) gjorde en tjänsteforskningsanalys av tre modeller för barnavårdsutredningar; *den "traditionella" utredningen, lägenhetsutredning och familjerådslag*. Information om lägenhetsmodellen togs från Gotland, och om familjerådslag från Söderhamn.

Den traditionella utredningen karaktäriserades av "informationsprövande". Detta innebar att referenter och klienter gav information till socialsekreteraren i formella utredningsintervjuer. Familjens uppträdande under dessa kunde också ge information. I denna modell spelade reflektion en underordnad roll även om delgivningen av utredningen och diskussionen av den kunde betraktas som en form av reflektion. Det förekom inte heller någon mobilisering av klienten eller dennes nätverk. Socialsekreteraren var drivande, dvs. ansvarig för att utredningsprocessen fortskred.

Vid lägenhetsutredningen var informationsmönstret mer sammansatt. Klient, nätverk, anmälare, socialsekreterare var informatörer medan socialsekreteraren och klienterna också var mottagare av informationen. I denna utredningsmodell gavs klienten möjlighet till reflektion över sin situation och sitt handlande i den dagliga

samvaron med socialsekreteraren, i samband med att psykologen testade barnet och vid besöket på alkoholrådgivningen. Det kunde ske en viss mobilisering av klientens resurser för problemlösning och vid diskussion av planerade insatser. Även i denna modell var socialsekreteraren huvudansvarig för att driva utredningsprocessen framåt, men klienten var också medansvarig i de dagliga aktiviteterna.

Familjerådslag karaktäriserades av att det fanns många givare och mottagare av information. Klient, nätverk, socialsekreterare, extern samordnare och referenter informerade varandra. I förberedelsefasen gavs möjlighet till reflektion. Framför allt byggde denna utredningsmodell på att resurser i nätverket mobiliserades. Förutom socialsekreteraren så var det samordnaren som drev processen framåt. I vissa delar av processen drevs denna framåt av klienten och nätverket.

Författarna menade att den ”informationsprövande” modellen arbetade med att samla och analysera information om objektiva fakta, som ansågs på förhand givna. Perspektivet var tillbakablickande och förklarande. Lägenhetsutredningen gav möjlighet att skapa kunskap genom gemensamma upplevelser. Kunskap betraktades som sociala konstruktioner. Mötena kunde leda till en reflektionsprocess, som gav nya insikter för både klient och utredare. Perspektivet var orienterat mot nuet och förståelse av den andre (och sig själv). Familjerådslaget gav möjlighet till kunskap som handling, som bas för förändring med ett praktiskt handlingsintresse. Perspektivet var framåtblickande.

Forskarna diskuterade om olika ärenden passade för de olika utredningsmodellerna. De fann att man i Söderhamn, där man använde alla tre utredningsmodellerna, i första hand erbjöd familjerådslag till alla familjer. I andra hand erbjöds lägenhetsutredning och i sista hand traditionell utredning. På Gotland valde socialsekreteraren vilka fall som skulle utredas i lägenheten. Man använde ej den modellen om det fanns ett betydande skyddsbehov. De övriga familjerna utreddes traditionellt. Det förföll inte finnas något tydligt samband mellan typ av ärenden och typ av utredningsmodell. Den traditionella modellen verkade användas generellt vid enklare ansökningar. Det hände att man använde olika modeller vid olika utredningstillfällen i samma familj.

2.5 Ett dokumentations- och uppföljningssystem

2.5.1 BBIC, Barns Behov i Centrum

2.5.1.1 Bakgrund

Detta är ett stort projekt som drivs av Socialstyrelsen i samarbete med Department of Health i England sedan 1998. Det föregicks av Dartington projektet 1996–1997, som beskrivs nedan. Medan detta endast omfattade uppföljning av familjehemsplacerade barn, omfattar BBIC även barnavårdsutredningar och utformning av behandlingsplan. Bakgrunden till projektet var den kritik, som framkommit av, att utredningar görs mycket olika i olika kommuner, vilket medfört minskad rättssäkerhet för brukarna. Flera studier hade visat att barnen inte blev hörda i utredningarna och att de inte kom till tals med socialsekreterarna, då de var placerade i familjehem.

Syftet med projektet var att stärka barnets ställning samt att öka samarbetet runt barnet mellan föräldrar, nätverk, vårdgivare och socialtjänst. Det skulle öka rättssäkerheten för barn och föräldrar och skapa systematik i socialtjänstens arbete så att handläggning och insatser lättare kan följas upp. Barns behov inom sju områden, föräldrarnas förmåga att möta dessa behov och förhållanden i familj och nätverk kartläggs med hjälp av sjutton intervjuformulär. Användbarheten har prövats i sju kommuner.

2.5.1.2 Barnens behov syns tydligare

Rasmusson (2004) utvärderade de formulär som rörde barnavårdsutredningar. 76 % av utsända enkäter besvarades av 178 socialsekreterare, arbetsledare och andra befattningshavare med anknytning till projektet i försökskommunerna. 70 % hade deltagit i utbildning om formulären. 73 % var positiva till projektet, 6 % var negativa. Vid två tillfällen undersökte man hur många formulär man faktiskt använt samt om man använt originalformulären, en kortversion kallad "mall" eller en lokalt förändrad version, men med grundtanken i BBIC bibehållen. En försökskommun utgick ur inräkningen, eftersom de gjort alltför omfattande förändringar. Totalt hade vid det andra insamlingstillfället 21 utredningsplaner och 46 utredningsformulär använts. Tvåhundra-tjugotvå mallar, "nästan"

mallar och lokala bearbetningar hade använts, nittionio konsultationsdokument för skola och trettioåtta för förskola hade fyllts i.

Man analyserade även trettioåtta utredningar mer ingående för att se hur socialsekreterarna dokumenterat barnens behov. Områdena hälsa, familj och sociala relationer, utbildning, känslö- och beteendeutveckling hade beaktats mest. Identitet och att klara sig själv hade beaktats minst. Hur detaljerat man beskrivit behoven varierade. De utredningar där man använt originalformulären innehöll fylligare information än när man bara använt mallen eller de lokalt bearbetade formulären. Forskaren kommenterade att beskrivningarna mer kretsade kring problem och resurser än om behov. Hur pass tydligt man formulerade barnens behov varierade. Vissa utredningar saknade en sådan analys. 29/38 barn hade bidragit till utredningen genom samtal med socialsekreteraren och elva barn hade observerats av henne. Ingen utredning refererade tydligt till barnets egna utsagor eller önskemål vid slutbedömningen. I dessa texter dominerade vuxenperspektivet. De utredningar som gjorts utifrån formulären var fylliga och gav en mångfacetterad bild av barnets behov. De utredningar som använt mallarna eller lokala bearbetningar påminde mer om den gamla utredningsformen; mindre koncentrerad, fokuserad och strukturerad. Intervju gjordes med femton socialsekreterare som gjort BBIC-utredningar. De vinster, som man uppgav, var att utredningarna blev mer koncentrerade, nyanserade, välgrundade och bättre underbyggda. De negativa synpunkter, som kom fram, var att formulären var alltför detaljerade och svåransända. Man tyckte att arbetssättet påverkat relationen till barn och förälder på ett negativt sätt. Sammanfattningsvis hade formulären använts i mindre utsträckning än förväntat. Att man gjort lokala förändringar av BBIC-formulären i flera kommuner var olyckligt med tanke på att en av målsättningarna med projektet var att nå enhetlighet i barnavårdsutredningar mellan olika kommuner. Utan socialsekreterarnas motivation och medverkan kommer ingen förändring till stånd. Fortsatt utvärdering av BBIC är nödvändig.

2.5.1.3 Dokumentationsbrister

Billquist & Johnsson (2004) försökte studera hur klientskap upphörde utifrån socialakter vid Gunnareds barn- och familjeenhet. Deras studie sammanföll i tid med att denna enhet ingick i BBIC-

utvärderingen. Av studien framgick hur stora brister det fanns i dokumentationen av de ärenden, som utreddes och behandlades på traditionellt sätt:

„, varför ett ärende avslutas och vad som har varit verksamt i arbetet har varit ytterst svårt att utläsa av dokumentationen. Det har också varit svårt att få svar på detta av socialsekreterarna. På samma sätt har det också varit svårt att se varför ärendet har initierats och vilka problem som funnits...I de resterande ärendena framgår över huvud taget inte vem som har initierat kontakten (ca 30 % min anm.) ...Förutom att problembeskrivningen är otydlig är även den analys och bedömning som görs av klientens situation otydlig. (op. cit. s. 90)

Vi kan egentligen bara konstatera att dokumentationen inte tycks vara gjord för att användas som ett verktyg i behandlingsarbetet. (op. cit. s. 91)

Vad som händer under resans gång går inte alls att utläsa då avsaknaden av processdata är så gott som total. (op. cit. s. 93)

Att socialakterna var bristfälliga påpekade också *Bucht (1997)* i sin studie av frivilliga omhändertaganden i två kommuner i norra Sverige. ”Biståndstagarens röst är närmast osynlig”(op. cit. s. 60). De ungas syn på åtgärderna framgick sällan. Socialtjänstens målsättning med vården var mycket vagt formulerad i akterna.

Carlsson (1995) beskrev ett annat dokumentationsproblem vid behandlingsenheten i Nässjö. Där använde man alltför mycket tid till en omfattande dokumentation. De socialsekreterarna efterlyste klarare riktlinjer för vad som skulle dokumenteras i en barnavårdsutredning.

2.6 Författarens kommentar

2.6.1 Utredningar behöver formaliseras och systematiseras

En kunskapsöversikt och en kvasiexperimentell studie har gjorts samt en teoretisk analys av tre olika utredningsmodeller. Dessa bedöms ligga på nivå tre på Armelius & Tengvalds ”trappa” för kunskapsvärderingar. Övriga studier bedöms ligga på steg två i Armelius & Tengvalds modell; praxisbeskrivningar och lokala uppföljningar. Men det skulle också behövas studier på basnivån; begreppsdefinitioner, eftersom det framgår bl.a. av Sundell & Egelunds kunskapsöversikt att centrala begrepp som ”barn som far illa” och ”risk för ogynnsam utveckling” inte är entydigt definierade i socialt arbete. Av de beskrivningar som finns, är det uppen-

bart att utredningarna behöver formaliseras och systematiseras. Det är tydligt att BBIC behövs! Ytterligare jämförande studier bör göras av för och nackdelar med de olika utredningsmodellerna.

2.6.2 Psykiska problem måste också utredas

Jag delar inte Sundells & Egelunds slutsats att endast en mindre andel av de barn, som blir föremål för barnavårdsutredningar, visar psykiska eller emotionella tecken på att fara illa. *Cederströms (1990) och Lindéns (1998) avhandlingar liksom Sundelin-Wahlstens (1991) longitudinella studie av tolv förskolebarns uppväxt i riskfamiljer* visar att barnen visar många anpassnings- och utvecklingsproblem, om man undersöker dem noggrant. Här finns en viktig kunskapslucka. Endast vid de två lägenhetsutredningarna i Visby och Karlstad gör man ordentliga psykologutredningar av barnen. Bland annat Vinnerljung (1998) har påpekat att många familjehemsplacerade barn har stora skolsvårigheter. Barnen måste utredas beträffande förekomst av möjliga orsaker till detta, som kan åtgärdas, såsom dyslexi, ADHD, FAS (Fetalt Alkohol Syndrom), begåvningshandikapp. Många har levt under hög konstant stress och traumatiserats av familjevåld och sexuella utlevelser av föräldrar. Förekomst av stress och traumarelaterade tillstånd som PTSD (Post Traumatiskt Stress Tillstånd), depression, ångestattacker, psykosomatiska reaktioner och borderline-personlighetsstörningar bör kartläggas och behandlas. Många tonåringar har genom sitt eget risktagande försatt sig i traumatiserande situationer, som de behöver professionell hjälp att bearbeta.

3 Tidigt stöd och öppenvårdsinsatser

3.1 Bakgrund

Tendensen i dag är att socialförvaltningarna vill satsa på tidiga insatser i öppen vård för att förebygga dyra och ineffektiva institutionsplaceringar. Behandlingarna består ofta av stödsamtal med barn, unga eller föräldrar, parsamtal och familjeterapi. Det kan också vara föräldrautbildning samt spädbarnsverksamhet, när samspelen mor – barn ifrågasätts. De två sistnämnda aktiviteterna äger ofta rum på familjecentralerna, även om man också kan arbeta med dem direkt på ett socialkontor. (HVB för föräldrar och barn under 12 år har ibland sådana aktiviteter som en del av sin verksamhet) Problemet ur utvärderingssynpunkt är att typen och omfattningen av olika slags samtal i öppen vård oftast är ofullständigt beskrivna. Manualbaserad metod, eller åtminstone tydligt beskriven modell, är en nödvändig förutsättning för evaluering. Man måste kunna kontrollera "treatment fidelity", dvs. att behandlingen utförts på det sätt som metoden förutsätter.

3.2 Tidigt stöd

3.2.1 Familjecentraler

En viktig ny verksamhet i öppen socialvård utvecklades under 1990 talet. Familjecentraler avsåg att arbeta förebyggande, som en resurs för alla barnfamiljer i ett område. Den första startade 1993 i Hagalund, Solna (*Wikgren 1995*). MVC, BVC, öppen förskola och en del av socialtjänstens individ och familjeomsorg samlokaliserades. Centralen startade som en försöksverksamhet stödd av Socialstyrelsens "Barn i fokus" projekt och permanentades sedan. Den blev förebild för ett antal centraler som sedan har startat på olika ställen i Sverige. Man vände sig till familjer med barn i åldern 0–12 år, men kom huvudsakligen att arbeta med barn under skolåldern. Verksamheten har beskrivits i ett antal rapporter från olika centraler och utvärderats av *Back & Gunnarsson (2000)*.

I rapporten beskrevs och analyserades familjecentralen i norra Biskopsgården, Göteborg som en fallstudie, en processutvärdering. Man använde också material insamlat från de 45 familjecentraler, som fanns 1998/1999 i en nationell enkätstudie från Folkhälsoinstitutet. De frågeställningar man ville belysa, vilka relaterade till centralens målformuleringar, var:

- Hur användes familjecentralen av familjerna och hur såg de på verksamheten?
- Hur utvecklades yrkesrollerna och hur fungerade det tvärfackliga samarbetet?
- Hur fungerade familjecentralen som kontaktpunkt och nätverksbyggare tillsammans med andra föreningar och institutioner i området?

Man belyste dessa frågeställningar med hjälp av besöksstatistik, 25 längre och ett trettiotal kortare intervjuer med föräldrar och observationer av verksamheten. Personalen intervjuades vid två tillfällen, de ombads också skriva dagbok under två perioder utifrån vissa frågeställningar. Deltagande i samverkansmöten och styrgruppsmöten, mötesprotokoll och verksamhetsberättelser användes även.

Besöksstatistiken visade vid tre registreringsveckor att ung. 300 personer/vecka, mest mödrar och barn, besökte centralen. Familjerna kom från tjugo olika länder. Man ansåg att statistiken visade, att den första målsättningen, att centralen skulle vara en nära mötesplats för alla barn och föräldrar i området, var uppnådd. Den andra målsättningen, att stärka det sociala nätverket, ansåg man utifrån intervjuerna med föräldrarna var uppnådd beträffande det formella nätverket, men inte beträffande det informella nätverket. Kvinnorna som träffades på familjecentralen träffades sällan utanför denna. Man ansåg inte heller att den tredje målsättningen, att finna arbetsformer, där barn och föräldrar var delaktiga, hade uppnåtts. Föräldrarna kände sig inte ansvariga för eller delaktiga i det sätt på vilket verksamheten var upplagd eller i innehållet i denna. Den fjärde målsättningen, att erbjuda praktiska stödformer, som byggde på en helhetssyn på familjen, tyckte man avspeglade sig i föräldrarnas uttalanden. Målsättningen att utveckla yrkesrollerna genom samverkan var svår och tog tid att genomföra.

Alla yrkesgrupper slog vakt om sin specialiserade verksamhet. Under det första projektåret utvecklades samverkan gradvis. Man började arbeta mer i team och i konsultationer mellan olika personal-

kategorier. Man kunde också arbeta bättre tillsammans utifrån var och ens ansvarsområde med enskilda uppgifter och komma fram till lösningar, som var resultat av den gemensamma kunskapen, kollektion. Forskarna konstaterade att det också fanns nyskapelser i form av ett par gemensamma fester och försök till föräldragrupsverksamhet.

Den nationella enkäten visade att de femton centraler, som besvarat den, var organiserade och arbetade likartat den första centralen i Hagalund och den som beskrivits ovan. I princip vände sig centralerna till alla familjer i ett visst område. Det fanns också exempel på att man lagt till en speciell del i målsättningen, som vände sig till de familjer, som behövde särskilt stöd. I enkäten svarade alla att samordningen av kärnverksamheterna MVC, BVC, öppen förskola och en del av socialtjänstens individ- och familjeomsorg lett till ändrade arbetsformer. Man ansåg att familjerna fick ett bättre och tidigare stöd, om de hade problem. Familjens nätverk kunde stärkas. Personalen fick bättre insyn i och förståelse för varandras arbetsområden. De upplevde detta stimulerande. Problemet var att skapa utrymme för både den grundläggande verksamheten och samverkan och nyskapande. Nio centraler ansåg att samarbetet med verksamheter utanför familjecentralen blivit bättre. Sex ansåg inte att det blivit någon förändring jämfört med tidigare organisation. Åsikterna var delade om myndighetsutövande skulle ingå i socialtjänstens arbete på familjecentralen. Båda formerna kunde fungera, menade forskarna.

2003 noterades att det i Sverige fanns 115 familjecentraler, som tillhörde Föreningen för Familjecentraler (Bäck 2003). I samma artikel beskrevs verksamheten vid familjecentralen Trädet i Frölunda i Göteborg. Där hade man lyckats starta föräldragrupper, bland annat en pappagrupp, som hölls igång både med ledare och som självhjälpsgrupper. Här hade 45 % av barnen en eller båda föräldrarna födda utomlands. Familjerna tillhörde 38 språkgrupper. På den centralen arbetade socialsekreterarna endast rådgivande utan myndighetsutövande. De uppgav att de kunde fånga upp problemfamiljer tidigare, vilket resulterat i färre ärenden för individ och familjeomsorgen och färre anmälningar (Pettersson 2003). Föräldrarna uppgav att de tyckte att verksamheten var mycket bra, men de var mindre nöjda med det inflytande de hade över denna.

Lundborg (2002) påpekade att familjecentraler var populära bland både politiker och fältarbetare. Ett problem var dock att många kommuner sparat pengar genom att lägga ner den öppna

förskolan, som är familjecentralens nav. Antalet öppna förskolor hade halverats mellan 1990 och 2001!

Folkhälsoinstitutet (*Gärdsmo Pettersson & Zelme 2000*) har gjort en sammanställning av verksamheterna vid några olika familjecentraler. I huvudsak presenterades liknande organisation, aktiviteter och målsättningar, som tidigare beskrivits. En aktivitet för föräldrar, där man iakttagit en störning i mor – barn relationen hade introducerats vid vissa centraler. Man fokuserade på anknytningen. Man arbetade med Marte Meo-metoden, som lyfte fram välfungerande samspelssekvenser och förstärkte sådant beteende genom att ge uppmärksamhet. För andra spädbarnsfamiljer arrangerade man babycafé, babymassage och babyrytmik. Dessa aktiviteter avsåg att ge mer allmänt stöd och stimulans. Man refererade till en utvärdering av en spädbarnsverksamhet 1995–1999 vid familjecentralen i Borås. Den var avsedd för riskfamiljer. Man fann att hälften, 18/36, efter avslutad behandling klarade sig som andra familjer med ordinarie barnomsorg. Femton behövde extra fortsatt stöd. Ett barn omhändertogs, ett vistades en period på institution, ett utreddes vid den tidpunkt, då uppföljningen gjordes.

Utvecklingen av stödet till spädbarnsfamiljer är ett exempel på att centralerna visserligen i första hand vände sig till alla familjer i ett område med erbjudande om stöd och stimulans. Men att man också byggt in behandlingsmetoder, som vände sig till riskfamiljer, där man redan iakttagit tidiga tecken på ett utökat hjälpbehov. BVC sköterskans kostråd kunde kompletteras med besök av nutritionsspecialister och gemensam matlagning. Många centraler ordnade föräldrautbildning både för ”vanliga” föräldrar och för speciella grupper t.ex. tonårsföräldrar, tvillingföräldrar, ensam föräldrar. Man försökte ordna speciella aktiviteter för att locka dit pappor och barn. Familjeförskola för riskfamiljer arrangerades på Familjens Hus i Malmö. Det var en pedagogisk verksamhet med inriktning på att vardagsrutiner i familjerna skulle fungera. Målgruppen var familjer, där föräldrar hade ett uttalat behov av stöd och hjälp i sin föräldraroll. På centralen i Oskarshamn arrangerades BIM (Barn i Missbruksfamiljer) för barn i mellanstadieåldrarna. Vid en del centraler fanns även hemma-hos-terapeuter knutna till verksamheten.

Niklasson (2001) sammanfattade fem utvärderingar av familjecentralen Jorden i Jordbro. Centralen öppnades 1998. Utvärderingarna beskrevs som formativa, dvs. personalen och utvärderaren diskuterade verksamheten i processtudier. En enkät till innevånarna

i Jordbro visade att 10 % besökt familjecentralen och 30 % kände till att den fanns. Centralen vände sig till alla familjer i området men man ville också fånga upp problematiska familjer i riskzonen. Man ville stödja föräldrarollen och den tidiga anknytningen mellan barn och föräldrar. Detta gjordes bland annat genom aktiviteter som babycafé, babymassage och babyrytmik. Man erbjöd också stödsamtal till deprimerade spädbarnsmammor. Föräldrarna kunde påverka innehållet i verksamheten. Mycket arbete lades på att etablera kontakt med frivilligorganisationer som Rädda Barnen, Kvinnojouren, Manscentrum och ABF. Det hade blivit självklart att ha ett nära samarbete med dessa.

Svensson (2001) utvärderade två familjecentraler i Malmö; Sesam i Rosengård och Familjens Hus i innerstaden. Tjugoåtta föräldrar som besökt Sesam och tjugosju som besökt Familjens Hus intervjuades. Dessutom intervjuades personalen. Föräldrarna fick ta ställning till om de tyckte att MVC, BVC, öppna förskolan och socialrådgivningen var bättre eller sämre på familjecentralen än motsvarande verksamheter, som de tidigare besökt, som ej varit samlokaliserade. Nästan alla ansåg att dessa verksamheter på familjecentralerna var bättre, bara ett par tillfrågade, att de var sämre. Omdömena gällde samtliga verksamheter utom den öppna förskolan, där hälften tyckte att den var bättre och resten att den var lika bra. Familjerna hade en mycket positiv syn på båda centralerna. De bejakade frågorna om centralerna hade god tillgänglighet, hög kompetens, gav ett positivt bemötande och erbjöd berikande aktiviteter. Man ansåg det fördelaktigt att alla de olika delfunktionerna låg samlokaliserade. Man kunde "slinka in" på någon verksamhet, när man hade ärende till en av de andra.

Intervjuerna med personalen berörde samverkansvinster. Man ansåg att den egna yrkesrollen blev tydligare, samtidigt som man lärde av varandra. Nya professionella metoder utvecklades. Personal från MVC och BVC kunde t.ex. göra gemensamma hembesök. Detta ökade effektiviteten. Det blev lättare att följa upp enskilda ärenden. Man kunde förmedla kontakt med andra delar av centralens aktiviteter för behövande familjer med okomplicerad, muntlig remittering. Samverkan skapade en mångfald aktiviteter och arbetsätt. Utvärderaren sammanfattade sina resultat: Familjecentralen – en lyckad konstruktion.

3.2.2 Föräldrautbildning

Hassler & Havbring (2003) utvärderade en modell för föräldrautbildning utvecklad efter Barkley. Föräldrarna träffades i grupp åtta gånger, 2 1/2 timme vardera gången, under en tre månaders period, dessutom träffade de ledaren individuellt en timme vid ett tillfälle. Man arbetade med diskussioner, rollspel och hemuppgifter. Totalt deltog tjugotvå föräldrar med ett barn vardera, som hade beteendeproblem. Barnen var fyra till tolv år. Nio föräldrar ingick i behandlingsgruppen (fyra avbröt på grund av tidsbrist) och tretton i kontrollgruppen. Studien gjordes som en randomiserad behandlingsstudie med matchade kontroller. Utfallsmåttet var beteendeproblem hos barnen mätt med strukturerade enkät formulär och telefonintervjuer. Man fann förbättring i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen i den av åtta skalor, som mätte trotsbeteenden. I det formulär som mätte hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem samt i fråga om de problem som rapporterades i telefonintervjun, förbättrades dessutom behandlingsgruppen i förhållande till sig själv efter behandlingsperioden, medan det inte var någon statistiskt signifikant skillnad gentemot kontrollgruppen. Författarna påpekade att grupperna var små och resultaten därför preliminära.

3.2.3 Föräldrautbildningsmodeller under utprovning

3.2.3.1 PMT Parent Management Training

I Norge har man sedan 1999 implementerat Parent Management Training (PMT) för familjer med barn i åldern 6 till 12 år. En utvärdering är under publicering (*Ogden, Forgatch, Askeland, Bullock, Patterson in press*). Metoden har utvecklats vid Oregon Social Learning Centre, där man också utvärderat den. Metoden har använts huvudsakligen för familjer där barnen visat trotssyndrom och andra utagerande beteenden som sociala beteendestörningar och aggressivitet. Behandlingen bygger på social inlärning och syftar till att öka föräldrarnas kompetens i uppfostrings situationer. Man tränar förmågan att identifiera problembeteenden hos barnen och att använda positiv och negativ förstärkning för att förbättra beteendet. Man övar i rollspel på hur olika tekniker skall användas.

3.2.3.2 Incredible Years

Incredible Years series (*Webster-Stratton, Mihalic, Fagan, Arnold, Taylor, Tingley 2001*) används också i Norge. Det består av träningsprogram för föräldrar men också för barngrupper och för lärare. Målgruppen är familjer där barn i åldern 2–8 år visar bristande impulskontroll, aggressivitet och trots. Programmet syftar till att stärka känslomässig och social kompetens samt förebygga, reducera och behandla beteendeproblem och emotionella störningar. Man arbetar med inspelade videovinjetter, som används som underlag för diskussioner i grupper av föräldrar. Man lär föräldrarna att leka med barnen, att hjälpa dem att lära sig samt att använda mer beröm och belöningar och mindre bestraffningar. Böcker, övningsmaterial och videovinjetter har översatts till svenska, norska tränare har hållit kurser. Metoden har börjat användas på olika håll i Sverige. En utvärdering pågår (*Hansson pers. meddel.*).

3.2.3.3 COPE Community Parent Education Program

The Community Parent Education Program (COPE), är en kanadensisk föräldrautbildningsmodell (*Cunningham, Brenner, Boyle 1995*) som används framför allt inom barn och ungdomspsykiatri i Sverige, men också har använts inom socialvården i Malmö och Linköping. Programmet riktar sig till föräldrar vars barn är 3–12 år och har ADHD, DAMP eller andra utagerande problem. Varje grupp består av 20–25 föräldrar. Arbetet bygger på gruppdiskussioner baserade på videovinjetter och rollspel. Deltagarna skall som hemuppgift mellan gruppträffarna tillämpa de strategier som diskuterats. En pilotstudie med 20 familjer i Malmö, visade att föräldrarna skattade sig mer kompetenta i svåra situationer med barnen, de använde negativa föräldrabetenden i mindre grad och upplevde barnen mindre beteende störda och mindre aggressiva (*Silverberg & Nilsson 2002*).

3.2.4 Gruppverksamhet för barn med missbrukande föräldrar

Folkhälsoinstitutet (1996) konstaterade att 1996/1997 fanns det omkring ett hundra gruppverksamheter för barn och ungdom med missbrukande föräldrar i Sverige. Det var olika svenskanpassade

amerikanska program som Alatot, Alateen, CAP (Children Are People too), och TAPP (Teen Age Power Potential). Rädde Barnen har utvecklat ett svenskt program, BIM (Barn I Missbruksfamiljer). Den första verksamheten, som startade 1989, var Ersta Vändpunkten.

Lindstein (1995, 1997, 2001) studerade de barn med en eller två alkoholmissbrukande föräldrar som deltog i det pedagogiska program, som kallades Ersta vändpunkten. Syftet med gruppverksamheten var att öka den unges kunskaper om alkohol och droger, kunskap om och förståelse av medberoende, att öka självförtroendet och förmågan att sätta personliga gränser. Varje grupp träffades femton gånger i ett strukturerat program. Varje träff i barngrupperna hade ett tema: att ge hopp och känna gemenskap, att identifiera känslor, försvar och deras funktion, kunskap om det kemiska beroendet av alkohol, risker och val av positiv eller negativ utveckling, att förstå familjen och se dess positiva sidor, att se sina egna förmågor och utveckla en positiv självbild, att öka kommunikation och öppenhet i familjen. Man sökte också öka viljan att göra saker tillsammans och stärka familjens självbild. Tonårsgruppen hade något annorlunda innehåll: information, sjukdomsbegreppet, maktlöshet, känslor, familjeroller, familjen, försvar, individualitet, missbruk/beroende, värderingar, gränser, risker och val, kommunikation, skuld och skam, förändring.

Tre deltagande observationsstudier gjordes 1991–1993 av en grupp för 6–8 åringar, en grupp för 9–12 åringar och en tonårsgrupp. Sammanlagt studerades trettio barn. Drygt sextio barn intervjuades under gruppverksamhetstiden och tre till fyra år senare. Tvåhundra och trettio barn och ungdomar fyllde också i en enkät i anslutning till programmets avslutning 1991–1994. Utgångspunkten för utvärderingen var att man i tidigare studier konstaterat att barns uppväxt i alkoholisthem präglas av omsorgsvis och långvarig hög stressnivå. Forskaren ville undersöka om gruppverksamheten kunde hjälpa barnen att utveckla en ökad förmåga att hantera stress.

Bortfallet i enkätstudien var 9 %. Av svaren framgick att 90 % av deltagarna var mycket nöjda med programmet. Detta gällde oavsett ålder och kön. Hälften fann programmet mycket intressant, något fler flickor. 95 % ansåg att de blivit hjälpta i sin livssituation, 85 % ansåg att programmet varit lärorikt. De personliga samtalen med gruppledarna och smågruppsdiskussionerna hade av de flesta i tonårsgrupperna upplevts som mest värdefulla. I enkätsvaren angav

hälften att de förändrat sitt sätt att hantera ilska, rädsla och upplevelse av att bli sårade till ett mera aktivt och konstruktivt sätt. 90 % tyckte också att de lärt sig att hantera problem bättre t.ex. genom ett bättre perspektivseende, ökad förmåga att säga vad de tyckte och tänkte, bättre självförtroende och social kompetens. Hälften hade lättare för att be om hjälp. 65 % tyckte att de lättare kunde värna om sina egna gränser, stå emot kamrattryck och fatta egna beslut. Av tonårspojkarna tyckte 65 % och av de yngsta flickorna tyckte 82 % att man kunde prata öppnare med varandra i familjen, övriga ålders- och könsgupper låg däremellan. Hälften tyckte att relationerna till missbrukaren, familjen och kamraterna hade förbättrats. De flesta tonåringarna tyckte att de fått bättre självförtroende. Hälften hade ändrat sin inställning till alkohol och droger och 3/4 blev mer restriktiva till eget bruk.

Vid intervjuerna framkom att både pojkar och flickor tyckte att de fått en insikt i sin egen situation, vilket särskilt flickorna framhöll. Båda könen tyckte också att de fått ökad kunskap om alkoholism i allmänhet och som sjukdom samt om föräldrarnas alkoholism. Man uppgav också att man lärt sig att våga berätta, kunna säga ifrån till missbrukaren och att ta emot hjälp av någon annan. Alla ansåg också att det varit viktigt att få komma hemifrån och få prata ut. Tonåringarna kunde också uppge att deras livssituation förbättrats genom att de förändrat sitt eget förhållningssätt.

Författaren ansåg att studien gett stöd för hypotesen att gruppverksamheten vid Ersta vändpunkten var en salutogen läromiljö, som bidrog till att öka deltagarnas förmåga att begripa och hantera sin livssituation på ett meningsskapande sätt. Detta kunde antagas, enligt tidigare forskning, öka deras förmåga att hantera stress.

Motsvarande verksamhet för familjehemsplacerade barn från missbrukshem beskrevs av Tärnfalk (2001) och Martin (2001). Detta program innehöll förutom de teman, som beskrivits ovan, även teman som berörde familjehemsplaceringen, orsaken till denna och separationsupplevelser. I verksamheten för de yngre barnen deltog en av familjehemsföräldrarna. Ett hundratal barn hade deltagit i denna verksamhet 2001.

3.3 Öppenvårdsinsatser

3.3.1 Kontaktfamilj/kontaktperson

Sedan 1990 har detta varit den vanligaste åtgärden inom barn och familjeomsorgen. *Andersson (1992)* studerade detta i sin undersökning av barnvårdsärenden i tio sydsvenska kommuner. Hon intervjuade sexton arbetsledare och tjugoen kontaktfamiljer. Begreppet infördes 1982 i den nya Socialtjänstlagen. Det är en frivillig insats. Kontaktfamiljerna är ej professionella, men de flesta arbetar i människovårdande eller pedagogiska yrken. Andersson kallade insatsen "tertiärt förebyggande arbete" dvs. en insats avsedd att begränsa redan manifesterade problem. "Betald medmänniska" var en annan beteckning. Kontaktfamiljer skall inte användas i svåra ärenden, men det görs i realiteten. I många fall övergår kontaktfamiljeskapet till en familjehemsplacering, om barnet behöver det.

Syftet med insatsen var att föräldern behövde avlastning, ansåg de intervjuade socialsekreterarna. Hälften ansåg att kontaktfamiljen skall ge råd och stöd i föräldrarollen. En tredjedel ansåg att kontaktfamiljen skall ha insyn och på det sättet utöva en viss kontroll. Klienterna var oftast ensamföräldrar med glest nätverk, lågavlönade eller arbetslösa. En fjärdedel hade missbruksproblem, lika många psykisk sjuklighet. 15 % var utvecklingsstörda. Både de intervjuade socialsekreterarna och kontaktfamiljerna var nöjda med insatsen. Däremot tyckte kontaktfamiljerna att de hade för litet stöd från socialtjänstemännen. De tyckte att insatsen var bra för barnen och en avlastning för föräldrarna. Däremot fungerade de inte som uppfostringsrådgivare till de biologiska föräldrarna eller som kontrollörer och övervakare av familjerna.

Sundell, Humlesjö, Carlsson (1994) skickade en enkät till 158 kontaktfamiljer och intervjuade 50 av dem. Dessutom intervjuades 50 biologiska familjer, som hade kontaktfamilj, 50 placerande socialsekreterare och 30 barn, som hade insatsen i Stockholm. 92 % var ensamma mödrar, genomsnittsålder på barnen var 5 år. 76 % hade en allvarlig social problematik och/eller ett svagt eller obefintligt nätverk. 70 % hade själva bett om hjälp, 20 % hade anmälts på misstanke att barnen for illa. Förutom kontaktfamilj hade 36 % fått ekonomiskt bistånd, 34 % stödsamtal eller psyko-terapi, 22 % social förtur och 6 % hemvård. Av hela gruppen hade hälften fått andra insatser av något slag förutom kontaktfamiljen. De flesta kontaktfamiljsmödrarna var förskollärare, lärare eller

sjukvårdspersonal, 42 % kände klientfamiljen innan de tog uppdraget. De flesta kontakter bestod av att barnet i 2-3 år vistades hos familjen var tredje helg, där man levde "vanligt vardagsliv".

Medan kontaktfamiljerna och socialsekreterarna ansåg att insatsen skulle vara både en avlastning av föräldern och ett stöd i barnens fostran, ville föräldrarna bara ha avlastning. De ansåg inte att kontaktfamiljerna deltog i uppfostran och ville inte heller dela ansvaret för barnens fostran med dem. De betraktade ej kontaktfamiljerna som en del av sitt naturliga nätverk. Man hade ingen kontakt förutom vid hämtning och lämning av barnen. 84 % av familjerna var nöjda med insatsen; de tyckte det var en avlastning och att barnen fick andra vuxna förebilder. Barnen hade en diffus uppfattning om varför de skulle åka till kontaktfamiljen. 43 % trodde det var för att mamman skulle få vila. 69 % tyckte om att vara i kontaktfamiljen. 98 % av kontaktfamiljerna var nöjda, tillfredställelsen låg i att hjälpa ett barn. 80 % av socialsekreterarna var också nöjda. De ansåg att familjesituationen hade förbättrats, 32 % ansåg dock att insatsen måste kompletteras med andra insatser.

Lindén (2001) studerade de familjer som hade kontaktfamilj i Botkyrka kommun 1997, 15 % av aktuella familjeärenden. Antalet hade ökat under 1990-talet. Gruppen bestod av åttiosex familjer. En fjärdedel hade psykosociala problem, en femtedel vardera missbruk och omsorgsbrister. En sjundedel hade psykiska funktionshinder. Två femtedelar hade haft insatsen i 1-3 år och fyra femtedelar hade fler än två andra insatser, vilket visade att det rörde sig om svåra ärenden. De flesta kontaktfamiljerna var svenska, även för invandrabarn. Fyra familjer, deras socialsekreterare och kontaktfamiljer intervjuades. Det framgick av intervjuerna att insatsen uppfattades som avlastning, en "extra familj".

Andersson & Bangura-Arvidsson (2001) konstaterade att det inte fanns mycket forskning om insatsen kontaktfamilj trots att den utgör cirka en tredjedel av alla åtgärder enl. Socialtjänstlagen. Som framgick av Lindéns studie i en invandratät kommun föreföll invandrare ej vara överrepresenterade. Deras sammanställning byggde på arton C och D uppsatser från landets socialhögskolor 1983-2000. I dessa fanns 54 intervjuer med barn/ungdomar, 78 intervjuer med föräldrar/ mammor, elva enkäter och 34 intervjuer med kontaktfamiljer/ kontaktpersoner, 93 enkäter och 51 individuella intervjuer samt 16 gruppintervjuer med socialsekreterare. De olika studierna gav ung. samma bild. Familjerna var oftast belastade med missbruk, psykiska problem, familjekonflikter, våld, socialt

utanförskap och kaotiska familjeförhållanden. Ungdomarna hade ofta egna problem såsom skolproblem, asocialitet, ADHD. Man använde kontaktfamilj för de yngre barnen och kontaktperson för äldre skolbarn och tonåringar.

Målsättningen var att avlasta föräldrarna, mestadels ensamstående mödrar med dålig eller obefintlig kontakt med barnafäderna och glest socialt nätverk. Barnen fick tillgång till en stabil familj med vuxna som goda förebilder, stimulans och stöd i fritidsaktiviteter. Insatsen kunde fortgå i flera år. Vanligen vistades barnet i familjen någon helg i månaden och under skollov. Äldre barn och ungdomar kunde också ha kvar en kontaktfamilj, som de haft sedan de var små. Oftast hade de dock i stället en kontaktperson, som de träffade en till flera gånger i veckan i sin vanliga miljö. En del kontaktpersoner gav läxhjälp till de äldre barnen och ungdomarna. I tonåren valdes kontaktpersonen av samma kön. Unga män, som kunde göra olika gemensamma aktiviteter, fungerade bäst för tonårspojkar. För tonårsflickor, som framför allt ville prata, spelade åldern på kontaktpersonen mindre roll.

Författarna diskuterade hur effekter av denna insats skulle kunna mätas; beteendeförändringar, förbättrad social anpassning, välbefinnande, förbättrade relationer? Hittills har man bara konstaterat att insatsen har en hög brukartillfredsställelse (consumer satisfaction). De diskuterade också insatsen i återhämtningstermer (resilience). Sådan forskning har funnit att en god relation till åtminstone en vuxen utanför familjen, som kan ge stöd och bekräftelse och vara en god modell för vuxenrollen, ökar stressmotståndskraften. Att utveckla fritidsintressen och hobbies ökar också denna.

Johnsson o Regnér (2003) studerade nitton kontaktfamiljärenden i Göteborgstrakten. Man valde att undersöka ensamstående mödrar med barn. Tidigare forskning hade visat att de utgjorde det typiska fallet. De biologiska mödrarna, kontaktföräldrarna och de handläggande socialsekreterarna intervjuades. Man fann att klientfamiljerna karakteriserades av att vara ekonomiskt svaga, att ha ett glest släkting- och vännätverk samt frånvarande biologiska fäder. Ev. förekomst av psykisk ohälsa inkl. missbruk redovisas ej i studien.

De biologiska mödrarna uppgav att de önskade avlastning. Kontaktfamiljen ville ge ett barn social stimulans och visa dem hur en vanlig familj fungerade. Socialsekreteraren hade också som syfte med insatsen att den både skulle ge föräldern avlastning och barnet tillgång till andra vuxenkontakter och aktiviteter. För pojkar

poängterade man värdet med en manlig förebild. Hon hade också en förhoppning att kontaktfamiljen skulle ge råd och stöd i uppfostran och vara en föräldraförebild för den biologiska modern. Detta fungerade dock inte, eftersom de båda familjerna bara träffades en kort stund i samband med att barnet hämtades och lämnades. De flesta biologiska mödrar efterfrågade inte någon hjälp med uppfostran. Alla parter var dock nöjda med insatsen, som oftast var mycket långvarig (1–12 år i studiefamiljerna). Sedan insatsen beviljats hade socialsekreterarna en ytterst blygsam kontakt med familjerna, några minuters telefonsamtal vid de halvårsvisa omprövningarna av biståndet. Ungefär hälften av familjerna var kritiska till detta och skulle vilja ha mer kontakt, medan socialsekreterarna var nöjda.

Forskarna påpekade att det inte fanns några mål formulerade för vad man skulle uppnå för att insatsen skulle kunna avslutas. Det fanns inte heller någon tidsgräns för hur länge den skulle pågå. Problemet med detta var att en osäkerhet skapades hos alla parter. Kontaktfamiljerna framhöll att deras relation till barnet inte kunde klippas av hur som helst. Forskarna kritiserade den oklara målsättningen utifrån en bristande problem analys.

3.3.1.1 Författarens kommentar

Studierna av denna mycket vanliga insats ligger också på steg två i *Armeliuss & Tengvalds* modell. De är lokala beskrivningar av fenomenet. De mäter brukartillfredsställelse. Dessa har visat att insatsen är omtyckt av alla. Om den är ”tertiärt förebyggande” är utforskat (se nedan om det amerikanska programmet ”Big Brother Big Sister”).

3.3.2 Maria ungdomsmottagning

Söderholm- Carpelan (1992) studerade 208 ungdomar som behandlats för narkotikamissbruk 1979–1980 vid Maria ungdomsmottagning i Stockholm. Behandlingen skedde vid öppenvårds-kontakter, med avgiftning i slutenvård och under därpå följande vistelse på behandlingskollektiv /behandlingshem eller familjehem. Observationstiden efter vårdstarten var fem år. De flesta kontakt-erna i öppen vård var glesa, två samtal/månad, totalt tolv gånger.

Endast 6 % hade ett samtal/vecka. Öppenvården varade i medeltal sex månader. Den totala behandlingstiden var i medeltal 21 månader. Dessutom hade man kontakt med familj, socialsekreterare, lärare, arbetsgivare och myndighetspersoner. Fyra femtedelar av ungdomarna var någon gång intagen för avgiftning i slutenvård i genomsnitt i tre veckor. De övriga behandlades enbart i öppen vård. Ungdomarna i slutenvårdsgruppen hade ett tyngre missbruk och en svårare social situation. 60 % fullföljde behandlingen.

Fem år efter inskrivningen, då ungdomarna var 20–25 år, hade sex avlidit. Det var nio gånger fler än förväntat för männen och fjorton gånger fler än förväntat för kvinnorna. Lika många som i en normalgrupp hade gift sig, men skilsmässa var fyra gånger så vanligt för kvinnorna. En femtedel hade fått barn. 70 % hade bostad. Drygt hälften hade arbete eller studerade. Fyra gånger så många hade socialbidrag som i normalpopulationen. Enligt registeruppföljningen hade 65 % av männen och 82 % av kvinnorna upphört med narkotikamissbruket. Några av dess fanns registrerade för alkoholmissbruk. 54 % av männen och 77 % av kvinnorna var inte registrerade för någotdera. Fyra femtedelar av männen och en femtedel av kvinnorna hade registrerats för kriminalitet under uppföljningstiden. Kvinnorna hade klarat sig bättre än männen. De som fullföljde behandlingen hade klarat sig bättre. Skillnaden mellan olika behandlingsalternativ ifråga om utfall var små.

3.3.3 Familjehuset i Karlstad

Den öppna socialtjänsten driver en enhet för familjeterapi sedan den 1/1 2002 (*Jontén, Andrén, Lehdal Skansen, Sundblad 2004*). De första två åren hade man behandlat femtio familjer. Enheten hade lagt upp ett mycket ambitiöst, och föredömligt, utvärderingsprogram, som alla familjer genomgick. Man gav familjerna ett frågebatteri vid terapistart, vid terapins avslutning och ett år senare. Formulären var välkända utvärderingsinstrument med känd validitet och reliabilitet. De mätte beteenderubbningar hos barnen, psykiska symptom hos föräldrarna, familjerelationer, självkänsla, optimism och känsla av sammanhang. Någon rapport finns ej ännu.

3.3.4 Öppenvård i Botkyrka

Oxenstierna (1997) studerade barnavårdsarbetet i Botkyrka kommun. 140 barnavårdsfamiljer fick besvara en enkät om sina upplevelser av kontakten med två barn- och ungdomsgrupper vid socialförvaltningen. Socialsekreterarna vid dessa fick också besvara enkäter om familjerna och uppfattningen om sitt arbete med dem. Syftet var att studera måluppfyllelse, påfrestningar i klientarbetet och föräldrarnas tillfredsställelse med socialtjänstens insatser.

Socialsekreterarna ansåg att psykiska och interpersonella problem fanns i 40 % av de vuxna. 25 % hade missbruksproblem. De vanligaste barnproblemen var uppfostnings-, relations-, och omsorgsproblem. Drygt hälften av föräldrarna var födda utanför Sverige, kulturkonflikter förekom i 25 % av fallen.

Klienter och socialsekreterare hade samma uppfattning om problemen i drygt hälften av fallen. Detta fick konsekvenser för familjernas vilja att samarbeta. Det framgick bara i 22 % av ärendena att man arbetat efter en viss specifik metod eller synsätt. Bara med ung hälften hade man en tät och regelbunden kontakt. I hälften av barnärendena ansåg socialsekreterarna att de uppställda målen uppnåddes. I 25 % gällde det också för de vuxna klienterna.

Trots att socialsekreterarna inte hade en stor klientbörda upplevde de påfrestningar i klientarbetet i 28 % av fallen. En hög risk för en ogynnsam utveckling hos barnen, bristande materiella resurser och låg föräldrakapacitet var särskilt påfrestande problem. Handläggning av barn i samhällsvård ansågs också betungande, LVU-ärenden skapade ofta konflikter i arbetsgruppen. I tio procent upplevde de anställda att de hade mycket svåra arbetsuppgifter, där deras kunskaper var otillräckliga. 40 % upplevde brist på stöd av överordnade, 25 % saknade stöd av sina arbetskamrater, 8 % kände sig motarbetade av några i dessa grupper. 30 % hade svårigheter i samarbetet med personer utanför den egna arbetsgruppen. Socialsekreterarnas upplevelse av påfrestningar i klientarbetet förklarades till 40 % av familjernas situation och till 30 % av organisatoriska förhållanden. De sistnämnda hade störst betydelse för bedömningen av måluppfyllelse. Omorganisationer, tjänstetillsättningar, besparingar ökade stressen.

70 % av föräldrarna var nöjda med den hjälp de fått. Klienternas upplevelse av tillfredsställelse var högre, när de upplevde att hjälpen utformats och genomförts tillsammans av dem och socialsekreteraren. 25 % upplevde brist på samarbete. 40 % kände sig maktlösa.

Undersökningen visade att ett ökat inflytande för klienterna inte minskade socialsekreterarnas inflytande.

3.3.5 Marte Meo – Samarbetsprojekt skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri.

Marte Meo metoden (*Hedenbro & Wirtberg 2000*) har utvecklats framför allt för behandling av relationsstörningar mellan mödrar och spädbarn. Metoden har nyligen utvärderats vid ett samarbets- och forskningsprojekt mellan skola, socialtjänst och barn och ungdomspsykiatri i Skövde (Hansson, Wirtberg, Axberg 2005, Axberg, Wirtberg, Hansson, Broberg manus). I projektet ingick 33 barn i åldrarna 4–12 år, nio var flickor resten pojkar. Barnen hade upplevts svårhanterliga i förskola eller skola. Man använde sig av videofilmade sekvenser av interaktionen mellan barnen och deras pedagog. Marte Meo-handledaren valde sekvenser som tydliggjorde barnets behov av utvecklingsstöd men också de resurser barnet visade i samspel med andra. I handledning med pedagogen diskuterades utifrån videosekvenserna hur denna på bästa sätt kunde bemöta barnet bättre och stödja resurserna. Under i genomsnitt tio månaders behandling hade man samordningsmöten med alla vuxna runt barnet, föräldrar, lärare, skolsköterska m.fl. omkring sex gånger. Man gjorde videoinspelningar nio gånger med påföljande diskussion. I knappt en tredjedel av familjerna hade man också videoinspelningar med diskussion i hemmet. Barnen, föräldrarna och lärarna fyllde i strukturerade beteendeformulär före behandlingen och två år efter dess avslutning. Studien hade ingen kontrollgrupp. Man jämförde barnens beteende i en före – efter design. Man relaterade också barnens beteendestörning till tidigare studerade grupper. Barnen var lika beteendestörda vid starten som patienterna vid en barnpsykiatrisk klinik. Eftermätningen visade att beteendeproblemen minskat kraftigt enligt samtliga mätinstrument, 25–30 % hade dock kvarstående svårigheter. Femtio procent hade förbättrats trettio procent jämfört med utgångssituationen. Detta bedömdes vara en kliniskt relevant förändring. De flesta förbättringarna av enskilda syndrom bedömdes vara måttliga enligt Cohens effektkriterier

3.3.5.1 Författarens kommentar

Marte Meo, som används för spädbarnsfamiljer på en del familjecentraler, har nyligen utvärderats i Sverige för en äldre barngrupp. Det gör att resultatet inte kan anses vara relevant för spädbarnsfamiljer.

3.3.6 FFT – Funktionell Familjeterapi – Samarbetsprojekt barn och ungdomspsykiatri, socialtjänst.

Funktionell Familje Terapi (FFT) har prövats i Sverige i samarbets- och forskningsprojekt i Lund och Växjö (*Hansson, Cederblad, Höök 2000, Hansson, Johansson, Drott-Englén, Benderix 2004*). Den förstnämnda studien var en randomiserad, kontrollerad studie, som omfattade alla ungdomar i åldern 10–18 år, som togs av polisen för brott juni 1993–juni 1995 i Lund och inte redan hade en pågående insats inom någon av dessa verksamheter. Åttionio ungdomar lottades mellan behandlingsgruppen, 49, och kontrollgruppen, 40. Behandlingsgruppen erhöll en i ett flertal kontrollerade amerikanska studier evidens baserad metod för att behandla hela familjen tillsammans med den unge, i medeltal med tio samtal (*Alexander, Pugh, Parsons, Sexton 2000*). Metoden fokuserar på symtomets funktion i familjens sätt att reglera avstånd/närhet i relationerna. Man hjälper också familjen att utveckla mer stödjande kommunikation. Samtliga behandlare var leg. familjeterapeuter, som fått speciell utbildning i metoden av dess konstruktör J. Alexander. Resultatet mättes dels med beteendinventorier före och två år efter behandlingen, dels med registeruppföljningar av brott ett och två år efter behandlingen. Halva behandlingsgruppen uppgavs ha höga symtampoäng vid behandlingsstarten. Deras beteendesymtom minskade efter behandlingen. Den registrerade brottsligheten var hälften så stor i behandlingsgruppen som i jämförelsegruppen både vid ett års uppföljningen (33 % resp. 65 %) och efter två år (41 % resp. 82 %).

Växjö-studien betecknades av forskarna själva som en "single group study". Man behandlade 45 familjer med FFT. Ett försök gjordes att matcha andra ungdomar, som fått kontakt med socialvården för samma typ av brott samt i fråga om boendekommun, ålder och kön. Bara 17/45 i den gruppen hade fått någon åtgärd (40 %). Jämfört med dessa halverades återfallsfrekvensen (35 %

resp. 65 % i gruppen av 17) vid uppföljning via register under 18 månader efter behandlingens slut. Behandlingsgruppen studerades med standardiserade metoder beträffande beteendesymtom och familjerelationer vid behandlingsstart och vid uppföljningen. Man fann att familjerna var dysfunktionella jämfört med normalfamiljer vid behandlingsstarten. De förbättrades men förblev mer störda än dessa vid uppföljningen. Beteendestörningarna förbättrades starkt både enligt föräldrarnas rapporter och enligt ungdomarnas egna rapporter. Optimism och framtidstro ökade också hos familjemedlemmarna.

Båda de här studierna har drivits från barn och ungdomspsykiatrin men i nära samarbete med socialtjänsten och omfattar ”socialtjänstens barn”. Studierna visade också att den här gruppen har höga frekvenser psykiska symtom. Deras behandling är således en gemensam angelägenhet för båda dessa organisationer. Terapeuterna måste ha en adekvat utbildning och handledning i metoden.

3.3.6.1 Författarens kommentar

FFT studien är en kontrollerad experimentell studie på nivå tre i Armelius & Tengvalds trappa. Övriga utvärderingar i detta avsnitt är före – efter mätningar av en metod i en grupp, praxis beskrivningar och lokala uppföljningar. Öppen förskola har, i likhet med kontaktfamilj, mycket hög brukartillfredsställelse. I likhet med denna är det emellertid inte undersökt om verksamheten minskar behovet av tyngre socialvårdsinsatser, även om man anekdotiskt påstått detta. Man har en del verksamheter, t.ex. föräldrautbildningsgrupper, där det finns evidensbaserade program, anpassade för svenska förhållanden, som skulle kunna utprövas (se nedan).

3.3.7 MST Multi Systemisk Terapi – öppenvårdsmetod under utprovning

Multi Systemisk Terapi (MST) är en familjebehandlingsmetod som utvecklats och utprovats i ett flertal experimentella studier i USA (*Henggeler, Schoenwald, Borduin, Cunningham 1998*). Metoden vilar på ett socialekologiskt synsätt där individen ses som en del i ett nätverk av system, som omfattar individer, familjen, kamratgruppen, skolan och grannskapet. MST- terapeuterna träffar familj-

erna i deras hem. Varje terapeut har 3–5 familjer. Man arbetar intensivt under 4–5 månader med tydligt formulerade kortsiktiga och långsiktiga mål. Man stärker bl.a. föräldraauktoriteten. Metoderna är strukturell och strategisk familjeterapi, beteendeterapeutisk föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. Man eftersträvar flexibilitet och individualiserar arbetet för att möta varje familjs speciella behov. Utvärderingar i USA har visat att man har kunnat reducera återfall i brott med 25–70 % och minskat placeringar utom hemmet med 47–64 %. Metoden används sedan 1999 i 17/19 fylken i Norge, där den nyligen utvärderats (*Ogden & Halliday-Boykins 2004*). En randomiserad kontrollerad studie omfattande ett hundra ungdomar 12–17 år och deras familjer genomfördes. Deltagarna fyllde i standardiserade formulär för att mäta beteendeproblem, social kompetens och familjefunktion före och sex månader efter behandlingsstarten. Man fann att MST var mer effektivt än de vanliga socialvårdsinsatserna i jämförelsegruppen att reducera både internaliserade och externaliserade beteendeproblem. Social kompetens ökade mer i behandlingsgruppen. Vid 6 månaders uppföljningen fann man att 91 % av MST gruppen fortfarande vistades i hemmet, medan det bara gällde 58 % i jämförelsegruppen, resten hade placerats i andra vårdformer.

En metaanalys (*Curtis, Ronan, Borduin 2004*) visade att de ungdomar och familjer, som behandlats med MST fungerade bättre än 70 % av dem, som behandlats med andra metoder. MST reducerade emotionella och beteendeproblem hos individuella familjemedlemmar, förbättrade föräldra- ungdoms- och familjerelationerna, minskade aggressivitet mot kamrater och anknytningen till destruktiva kamratgäng. Ungdomskriminaliteten minskade också. En fyraårsuppföljning av en starkt belastad grupp där 80/118 deltog visade en lägre frekvens våldsbrott i MST gruppen. Inga behandlingseffekter noterades för andra brott eller drogmissbruk (*Henggeler, Cringempeel, Brondino, Pickrel 2002*).

I Sverige har man prövat metoden inom socialtjänsten i Upplands-Väsby (*Berglund 2003*). Utvärderingar pågår i en multicenter studie i Stockholm, Göteborg och Malmö (*Hansson per. meddel.*).

3.3.7.1 Författarens kommentar

Blueprintprogram

Behandlingsprogram för sociala beteendestörningar hos barn och ungdomar

Med högt ställda krav på evidensbaserad behandling har några behandlingsprogram för sociala beteendestörningar hos barn och ungdomar valts ut i USA av Center for the Study and Prevention of Violence vid Colorado universitetet. Dit hör de tidigare beskrivna FFT, MTFC, MST, Incredible Years Series och ett program för att stoppa mobbning i skolorna utvecklat av Olweus i Norge, som också används i Sverige (Olweus, Limber, Mihalic 1999). Samtliga program måste ha prövats i experimentella studier av andra forskargrupper än konstruktörerna med demonstrerad effekt för att få räknas dit.

Ett av Blueprintprogrammen kallat "Big Brothers, Big Sisters of America" liknar de kontaktpersonprogram som används i svensk socialvård. Barn i åldern 6–18 år från underprivilegierade enförälders familjer får en noggrant utvald stödperson. En handledare följer varje fall per telefon till kontaktpersonen, föräldern och den unge varje månad samt gör ett personligt besök varje kvartal till kontaktpersonen och familjen under hela den tid, som kontakten varar, oftast flera år. Vid en utvärdering efter 18 månader fann man att de ungdomar som deltog i programmet hade mindre drog- och alkoholbruk, mindre ofta deltagit i slagsmål, skötte skolan bättre och hade mera positiva relationer med föräldrar och kamrater jämfört med en kontrollgrupp, som inte hade kontaktperson (McGill, Mihalic, Grottpeter 1998).

Det finns också några program avsedda att användas i den vanliga skolan som prevention av alkohol och drog användning samt för att öka prosociala färdigheter. Detta är tänkt som prevention, innan sociala problembeteenden uppstått. I en del svenska skolor finns liknande program i ämnet "Livskunskap". Dessa amerikanska program, som är utvärderade i kontrollerade experimentella studier, skulle kunna användas och utvärderas till exempel på HVB institutioner. "Life skills training", "Promoting Alternative Thinking Strategies", "Midwestern Prevention Project" är några exempel. I det sistnämnda har man också aktiviteter som inkluderar föräldrarna liksom i programmet "Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT)". Prosociala färdigheter som lärs ut via rollspel,

diskussioner och övningar är t.ex. samspelsförmåga, problemlösning och beslutsfattande, självkänedom, empati, kritiskt tänkande, stresshantering, kommunikation (*Blueprints for Violence Prevention 2002*). Lösel & Beelman (2003) gjorde en systematisk kunskapsöversikt av randomiserade utvärderingar av olika program för "life skills" träning. Meta-analysen byggde på 135 behandling/kontroll grupp jämförelser varav 71 gjorts i USA. De flesta program var relativt korta, 56 bestod av tio sessioner, 45 av elva till trettio sessioner under en till fyra månader. De flesta hade genomförts i grupp i skolan. De konstaterade att programmen hade en måttlig effekt att förebygga antisocialt beteende ($d = .38$). Detta skulle motsvara en reduktion av antisocialt beteende i behandlingsgruppen med 38 % jämfört med en obehandlad kontrollgrupp. Effekten tycktes vara störst på riskgrupper, som redan visade en del utagerande beteendeproblem. Bara 59 av studierna hade en follow up efter några månader. Den kvarstående effekten var i genomsnitt $d = .28$. Författarna påpekade att detta motsvarade den effekt, som man accepterar vid medicinska behandlingsstudier.

3.4 Fysisk misshandel och sexuella övergrepp.

Dessa missförhållanden utgör en relativt liten andel av barnavårdsärendena. Det är emellertid mycket svåra ärendena, där barnet /den unge i särskilt hög grad är i behov av samhällets skydd och hjälp. Lindell (2005) undersökte hundratjugosex ärendena som anmälts till polisen för fysisk misshandel utförd av en förälder eller annan närstående vuxen under 1986–1996 i Östergötland. Hon studerade såväl polisens som socialtjänstens och barn och ungdomspsykiatris handläggning av ärendena via akter. Tjugo procent gick till åtal, bara fyra av etthundraelva förövare dömdes till fängelse. Åttioen procent av familjerna hade haft kontakt med socialtjänsten före misshandelstillfället, 44 % hade tidigare anmälts för misshandel eller omsorgssvikt. Arbetslöshet, missbruk och/eller psykisk sjukdom fanns hos majoriteten av familjerna. Första generationens invandrare misshandlade sina barn åtta gånger så ofta som svenskfödda föräldrar. Det var däremot ingen skillnad mellan andra generationens invandrare och de sistnämnda.

Sjuttiofyra barn fick någon åtgärd: familjehemsplacering, kontaktfamilj, remiss till barn och ungdomspsykiatri eller någon stödkontakt i hemmet. Fyra år efter misshandelstillfället hade

sextionio barn fortfarande kontakt med socialtjänsten. Dessa barn hade fått 247 interventioner under de fyra åren. Trots detta hade 80 % av familjerna på nytt anmälts för misshandel (38 % hade polisanmälts). Olika bakgrundsfaktorer avgjorde vilken åtgärd som gjorts. Moderns psykiska sjukdom eller missbruk liksom om barnet skadats ledde till mer genomgripande insatser som familjehemsplacering. 57/113 hade remitterats till barn och ungdomspsykiatri. Tjugofem av dessa hade haft kontakt med denna före misshandelstillfället. Bara 5 % fick specifik individuell psykoterapi för misshandelstraumat. I övriga fall behandlade man barnets symtom eller de störda familjerelationerna. De flesta fick ingen behandling alls. Bara i 34/57 barnpsykiatriska journaler framgick det att barnet utsatts för misshandel.

Författaren påpekade att det låga antalet åtal gav felaktiga signaler till förövare och allmänhet om hur rättssamhället ser på barnmisshandel. Socialtjänstens åtgärder var ineffektiva i att skydda barnen från förnyad misshandel. Barn och ungdomspsykiatri fullgjorde ej sina behandlingsskyldigheter. Detta är oacceptabelt, eftersom det finns evidensbaserade behandlingsmetoder. *The Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse (2004)* har ställt samman en expertrapport där man identifierat tre behandlingsmetoder, som uppfyllde högt ställda krav på utvärderingar. *Abuse Focused Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT)* har utvecklats för fysiskt misshandlade barn och ungdomar och deras misshandlande föräldrar. Behandlingen bygger på inlärnings och kognitiva teorier. Man arbetar med barnets ångest och stresshantering, ilskek kontroll, coping (ung. bemästrande) och social kompetens. Föräldrarna får lära sig affekt- och stresskontroll samt alternativa positiva disciplinmetoder. I familjesessioner diskuteras icke-vålds överenskommelser, säkerhet för barnet och hur återfall skall förebyggas. Stödsystem i nätverket aktiveras. Parent Child Interaction Therapy (PCIT) har utvecklats för att arbeta med familjer med yngre barn. Den rekommenderas där misshandeln uppstår för att föräldern använder hårda, tvingande disciplinmetoder. Barnet svarar i dessa familjer med ökande trotsbeteende. Föräldern trappar då upp de fysiska bestraffningarna tills misshandel uppstår. Föräldern får lära sig alternativa metoder att bemöta sitt barn med terapeuten i direkt handledning under en serie strukturerade terapiesessioner. De nya förhållningssätten skall sedan tränas hemma mellan sessionerna.

Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) har utvecklats för barn och ungdomar, som blivit sexuellt utnyttjade och deras föräldrar. Metoden bygger på inlärnings och kognitiva teorier. Behandlingen syftar till att reducera negativa emotionella och beteende symtom samt att bearbeta föreställningar och upplevelser förknippade med den sexuella misshandeln. Den icke-förövande föräldern får hjälp att handskas med sina egna känslor och stödja barnet effektivt. Man använder psykoedukativa metoder, stresshanteringstekniker, narrativ bearbetning av traumat med gradvis exponering av de traumatiska minnena och familjesamtal.

En annan amerikansk grupp bestående av experter från National Crime Victims Research and Treatment Center, Univ. of South Carolina, och Center for Sexual Assault and Traumatic Stress, Harborview Medical Center, Univ. of Washington i samarbete med Justitiedepartementet har publicerat "Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment" (2004). I denna beskrev man tjugofyra evidensbaserade metoder för att behandla fysisk eller sexuell misshandel. TF-CBT bedömdes vara den bäst utvärderade metoden. Nio metoder var fokuserade på behandlingen av barnet/den unge. Tretton metoder arbetade med familjen och föräldrabarn relationerna, men också med föräldrar och barn individuellt. Två metoder hade utvecklats för att arbeta med förövare. En sammanställning av metoder vid behandling av sexuella övergrepp mot barn har också gjorts av Svedin (2000).

Man kan diskutera om dessa typer av behandlingar skall ske inom socialtjänsten eller inom barn och ungdomspsykiatrin. Bäst skulle någon eller några av dessa metoder prövas och utvärderas i samarbetsprojekt av den typ som representeras av BUP-Elefanterna i Linköping. Utvärdering av deras terapimodell pågår (Svedin pers. meddel.). I Sverige har föräldrarna som misshandlar enl. *Lindells (2005)* avhandling oftast psykiatriska och missbruksproblem, som måste behandlas samtidigt. Eftersom frekvensen fysisk barnmisshandel är mycket lägre i Sverige än i USA är det sannolikt att de svenska misshandlande föräldrarna är mer psykiskt störda och därför kräver ett annat bemötande än i de amerikanska studierna.

4 Familjehemsvård

4.1 Kunskapsöversikt familjehemsvården

Vinnerljung (1996) gjorde en kunskapsöversikt, där han beskrev att familjehemsvård kan utvärderas på tre sätt. Man kan studera vårdens

- stabilitet,
- fosterbarnens välbefinnande under pågående vård och
- man kan följa upp hur det går för dem som vuxna beträffande hälsa, anpassning och livskvalité.

Vinnerljung anser att de studier som gjorts inte är tillräckligt jämförbara för en metaanalys och han gör därför en ”grov sammanfattning” i stället.

4.1.1 Sammanfattning

4–5 % av alla barn har någon gång under uppväxten varit placerade i social dygnsvård utom hemmet varav de flesta i familjehem. Omplaceringar redovisades i 10–50 % i olika studier. Placering i låg ålder, goda relationer familjehemsföräldrar – biologiska föräldrar var stabilitetsstärkande faktorer enligt två studier. Tonårsplaceringar, att barn omplacerats flera gånger, splittring av syskon, att barnet var känslomässigt krävande ökade risken för sammanbrott enligt olika studier.

Då det gällde familjehemsbarnens hälsa, välbefinnande och anpassning under pågående vård tycktes placering i släktinghem, socialarbetarens arbete för att vidmakthålla kontakten mellan barnen och deras biologiska föräldrar och för att vidmakthålla goda kontakter mellan biologiska och familjehemsföräldrar bidra till barnens välbefinnande.

Studier av vuxna f.d. familjehemsplacerade personer var delvis motstridiga men de flesta var eniga om att långa, stabila placeringar hade samband med ett gott utfall och att omplaceringar ökade risken för ett negativt utfall. Föräldrakontakt under placeringen och placering i släktinghem hade inga samband med vuxenanpassningen.

Flera studier har visat att de biologiska föräldrarnas situation förvärrades, när barnet placerades, om inte kontakten med barnet upprätthölls och socialarbetaren fortsatte sin kontakt med de biologiska föräldrarna. Föräldrarnas sociala nätverk hade också betydelse. Orsaken till att barnet återförenades med sina biologiska föräldrar kunde vara att dessas situation förbättrats samt att de hade besökt familjehemmet under placeringen. Det kunde också bero på att familjehemmet inte hade fungerat bra eller att föräldrar eller barn stridit för en återförening. Återförening kunde således vara både positivt som ett tecken på att målet med vården hade uppnåtts och negativt som ett tecken på att placeringen varit misslyckad. Översikten visade också att i 75–80 % missbruk, i 20 % utvecklingsstörning och i 15 % psykisk sjuklighet fanns hos båda eller endera biologiska föräldrarna i de familjer, där barnet placerats i familjehem. Barnet kunde också vara övergivet eller utstött. För tonåringarna var vanliga orsaker till placeringarna kriminalitet, missbruk, grava skolproblem, rymningar och relationsproblem. Misshandel och/eller sexuella övergrepp angavs i 5–10 % av ärendena. Invandrarbarn var överrepresenterade i flera studier, särskilt i storstadsregionerna. Bland de tvångsombändertagna barnen dominerade missbruket hos föräldrarna. Fattiga ensamföräldrar och föräldrar med egna svåra uppväxtförhållanden dominerade.

I de flesta studierna stannade en större andel i familjehemmen under många år eller hela uppväxten, om de placerats i förskoleåldern. I ett par studier återplacerades 25 % i familjehem av de barn som återvänt hem (ca 40 %). Flera studier uppgav att 30–40 % av placeringarna avbröts ”oplanerat”, s.k. ”sammanbrott”. Författaren drog slutsatsen att familjehemsplaceringar i många fall var instabila.

4.2 Familjehemsvårdens stabilitet.

Vinnerlång, Sallnäs, Kyhle-Westermärk (2001, Sallnäs, Vinnerlång, Kyhle-Westermärk 2004) undersökte alla placeringar av 13–16 åringar, 1 525 ungdomar, som påbörjats i Sverige 1991. Man tog slumpmässigt med hälften av alla, som placerades första gången i familjehem. Samtliga som varit i HVB och § 12-hem togs med. Man fick då en grupp av 776 ungdomar, som varit med om 922 placeringar. Varje placering följdes i aktmaterial i fem år. Det var en jämn könsfördelning, men en kraftig överrepresentation av invandrarbarn. 75 % var frivilligt placerade. 40 % hade varit i dygnsvård tidigare. Gruppen

var hårt belastad, 59 % hade familjer, där det fanns missbruk, psykisk sjukdom hos föräldrar och övergrepp på den unge i olika kombinationer. 26 % av de placerade flickorna och 15 % av pojkarna hade varit utsatta för misshandel eller sexuella övergrepp. 42 % hade placerats på grund av sitt eget beteende, 68 % hade skolproblem eller andra beteendeproblem, asocialitet, missbruk. Trots det var 2/3 inte individuellt utredda. 41 % av den asociala gruppen hade placerats i HVB institutioner, 24 % i familjehem och 34 % i § 12-hem. Knappt hälften av dem med psykiska problem hade kontakt med barn och ungdomspsykiatri.

Av de 59 % som skrevs ut till föräldrahemmet återplacerades 25–30 % i social dygnsvård igen inom ett år. Inom en femårsperiod hade ungefär en tredjedel av placeringarna avbrutits oplanerat. Högst frekvens sammanbrott skedde i icke-släkting familjehemmen, 51 % (bara 25 % i släkting-familjehem). I de enskilda HVB institutionerna var frekvensen sammanbrott 43 %, i de offentliga 32 %. I § 12-hemmen skedde oplanerade avbrott i 18 %. De flesta avbrotten (65 %) ägde rum under det först året, vanligen redan under de tre första månaderna. 44 % avbröts av tonåringen, 36 % av vårdgivaren.

Asocialt beteende och psykiska problem hos ungdomen ökade risken för sammanbrott. Om placeringen föregåtts av ett tidigare sammanbrott innebar det en ökad risk, likaså en utredning inom § 12-hem, som lett till en familjehems- eller HVB placering. Förekomst av yngre eller jämnåriga egna barn i familjehemmet ökade risken. Placeringar av invandrarungdom bröt samman dubbelt så ofta, särskilt placeringar av finska och afrikanska ungdomar. Minst tio mils avstånd mellan placeringsstället och det biologiska hemmet minskade sammanbrottsrisken. Att familjehemsföräldrarna fick utbildning/handledning och stöd från socialtjänsten minskade risken.

Släktingfamiljehem klarade att behålla asociala ungdomar bäst (17 % sammanbrott av dessa ungdomars placeringar mot 57 % i övriga familjehem). HVB institutionerna klarade asociala ungdomar lika dåligt, enskilda HVB 48 % sammanbrott, offentliga HVB 55 %.

Vinnerljung, Öman, Gunnarson (2004) undersökte stabiliteten i familjehemsvården på ett annat sätt. Nämligen hur vanligt det var att barn som flyttat hem återplacerades i social dygnsvård. De studerade de barn, 0–15 år, som varit hemma minst 30 dagar, innan de placerades igen. Undersökningen gällde 22 203 vårdperioder

avslutade 1989–1998. 59 % hade varit i familjehem. I 40 % var vårdtiden kortare än 3 månader, 30 % varade mindre än ett år. 31 % återplacerades i dygnsvård efter hemgång inom 2 år. De flesta återplacerades efter mycket kort tid i hemmet, hälften inom 6 månader. De yngre, 0–9 år återplacerades i 25 %, medan 13–15 åringar återplacerades i 40 %. För 13–15 åringar återplacerades 45 %. De hade ofta varit på en institution (inkl. § 12-hem). Ju längre placeringen varat i ett familjehem, desto färre återplaceringar blev det efter hemgång. 1 101 barn hade varit placerade minst 5 år. I den gruppen var det mycket få som återplacerades. Återplaceringsfrekvensen var ung. oförändrad från år till år under den tioårsperiod, som undersökningen omfattade.

I en annan studie analyserade *Vinnerljung, Hjern, Öman (2004)* faktorer som kunde påverka risken för återplacering i familjehem efter hemgång. Denna studie omfattade 12 189 vårdperioder avslutade 1990–1996. För de yngre barnen, 0–9 år, var det två faktorer som ökade risken: kort vårdtid (OR 2.0), högre socialbidrag i biologiska familjen (OR 1.8). Att modern kom från ett annat land än Sverige eller Finland minskade risken (OR 0.5). För de äldre barnen, 10–15 år, ökade ålder och kort vårdtid (under 6 månader) risken. Författarna studerade också hur en anhopning av riskfaktorer påverkade risken. För den yngre gruppen studerade man faktorerna: modern ensamstående, från Sverige eller Finland, modern saknade förvärvsarbete, modern vårdad för psykisk sjukdom eller missbruk, modern högt socialbidrag, kort tid i familjehemmet. För den äldre gruppen studerade man: modern ensamstående, högt socialbidrag, barnet en tonåring, barnet en pojke, kort tid i familjehemmet. Man fann att i gruppen med 5–6 (yngre gruppen) resp. 4–5 (äldre gruppen) riskfaktorer jämfört med gruppen med 0–2 (yngre gruppen) resp. 0–1 (äldre gruppen) riskfaktorer fördubblades risken för återplacering i båda åldersgrupperna.

Nordin (2003) studerade 30 LVU-ärenden, där socialnämnden beslutat om flyttningsförbud 1982–1984. Av dessa beslöt domstol att sexton skulle ha flyttningsförbud tills vidare, i elva fall upphävdes flyttningsförbudet och i tre fall fastställdes ett tidsbegränsat flyttningsförbud. I realiteten blev tjugosex barn kvar i familjehemmen större delen av uppväxten, även om sju temporärt flyttades till det biologiska hemmet. Nordin påpekade att långtidsplaceringar framför allt gällde dem som placerats före tre års ålder. Samtliga personer uppgav, vid den intervju med dem i vuxen ålder, som Nordin gjorde, att de velat stanna i familjehemmet. De betraktade

familjehemsföräldrarna som sina "riktiga" föräldrar och de andra barnen i familjehemmet som sina syskon. Nordin anser att man borde ha lyssnat mer på barnen. Att domstolen upphävde flyttningsförbud berodde på att lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga skall vara en tillfällig lösning. Placerade förskolebarn, som vårdats mer än fem år i familjehemmet, kan förväntas ha sin rot i detta.

4.3 Familjehemsplacerade barns välbefinnande och anpassning.

Som en del i "Barn i kris" projektet undersökte *Cederström (1990)* tjugofem barn i åldern 4–12 år, som placerades i familjehem 1981–1982 i Malmö kommun. Barnen testades med ett omfattande testbatteri. Man studerade relationen förälder (moder) – barn samt relationsutvecklingen i fosterhemmet och barnens utveckling under placeringen. Alla barn utom två bedömdes ha en störd relation till modern. Deras relationer till barnen beskrevs som rejekterande, ambivalenta, symbiotiska, försummande och nyanserade. De barn som hade en negativ relation till modern från början hade en fortsatt negativ eller en försämrad relation till modern efter placeringen i familjehemmet. De barn som hade nyanserade, 2/25, eller försummande, 5/25, relation utvecklade bättre relation till familjehemsföräldrarna än de som hade rejekterande, 5/25, symbiotiska, 5/25 och ambivalenta, 8/25 mödrar. Barnen från de tre sistnämnda grupperna hade en sämre känslomässig och social utveckling i familjehemmet. Forskaren drog slutsatsen att goda familjehemsföräldrar räckte inte för att förbättra barnens utveckling för de relationsstörda barnen.

Vid tvåårsuppföljningen var 14/25 barn kvar i familjehemmen. Det var de "lättskötta" barnen, som var kvar. De känslomässigt krävande barnen hade flyttat hem. De rejekterade, ambivalent bundna och symbiotiskt bundna barnen behövde ha fått hjälp med psykoterapi, ansåg forskaren. Enbart placering i familjehem hjälpte inte dem. Det var bara i tre fall som kontakten mellan familjehemsföräldrarna och de biologiska föräldrarna var bra under placeringstiden.

Lindén (1998) undersökte tonåringarna som placerades i familjehem i "Barn i kris" projektet. De tjugosju 13–16 åringarna undersöktes efter 2–3 månader i familjehemmet och två år efter placer-

ingstillfället. Det var samtliga som placerades 1/1 1981–31/5 1982 i Malmö kommun. Hälften hade tidigare varit placerade någon gång under uppväxten utom hemmet. Tre hade varit placerade minst tre gånger tidigare. Elva kom till familjehem de kände sedan tidigare (släktingar, nätverksfamiljer). I hälften av de biologiska familjerna var den ena föräldern född utomlands, 75 % bestod av en ensam moder, i 19/27 familjer hade det någon period varit starka konflikter med en styvfar. Familjerna var socialt isolerade. 2/3 av föräldrarna hade psykiska problem, 1/3 missbrukade alkohol (varav nio mödrar). Placeringarna motiverades dels med hemförhållandena, men också med den unges eget avvikande beteende.

Lindén testade ungdomarna med ett testbatteri och gjorde intervjuer med dem och deras mödrar. Hon använde samma bedömning av mödra-barnrelationen som Cederström gjort för de mindre barnen. Den största gruppen 13/27 hade blivit rejekterade av sina mödrar sedan tidig barndom, 7/27 hade varit försummade, 6/27 ambivalent bemötta. Ingen hade haft en mor som betecknades som nyanserad/inlevelsefull i sitt förhållningssätt till den unge. Mödrarnas förhållningssätt föreföll i stort sett ha varit oförändrat under uppväxten. Efter placeringen i familjehemmet ökade distansen i kontakten mellan biologiska modern och den unge i 11/27 fall, medan det blev en ökad närhet i 6/27 fall. Man bedömde också familjehemsföräldrarnas grad av empati. I de högempatiska familjerna knöt tonåringen an till familjehemmet, 12/27, medan de inte gjorde det i de lågempatiska familjerna, 8/27.

Vid två års uppföljningen var bara sju av ungdomarna kvar i familjehemmen, sju flyttade redan efter 2–3 månader. I femton fall hade placeringen avbrutits, nio ungdomar hade rymt, sex hade blivit utslängda av familjehemmet, endast fem hade upphört enligt föregående planering. Det var bara de högempatiska familjehemmen, som lyckades hålla kvar ungdomarna. I de låg- och medelempatiska hemmen stannade den unge i snitt bara 4 månader. Rejekterade unga hade svårt att knyta an. När de ambivalent bundna tonåringarna försökte flytta hem misslyckades det efter en kort "smekmånad" av försoning, därför att mödrarna blev mer rejekterande igen. Forskaren menade att de biologiska mödrarna hade behövt mer hjälp att bearbeta sin relation till den unge under placeringstiden. Om familjehemsföräldrarna skulle klara att nå de mest rejekterade ungdomarna med ett "vikarierande hållande", skulle de behövt en "hållande" handledning från socialsekreterarna.

Forskaren ansåg att studien visade att ungdomarna förbättrats socialt men ej emotionellt/relationellt.

Andersson (1984) har följt en grupp av tjugonio barn i åldern 0–4 år (31 placeringar), som placerades på barnhem av Malmö kommun 1980–1981. De vistades där 1–22 månader. Barnen undersöktes under vistelsetiden, tre och nio månader efter utskrivningen. Särskild vikt lades vid anknytnings- och anpassningsprocesserna. Data insamlades genom intervjuer och frågeformulär till mödrar, barnhemspersonal och familjehemsmödrar. Man gjorde också barnobservationer. Dagboks- och journalanteckningar analyserades.

Samtliga mödrar var ensamstående, i 21/26 familjer fanns missbruk, 12 mödrar hade missbrukat under graviditeten. Det fanns få belägg för känslomässiga störningar i mor – barn relationen. Förutom missbruket angavs konflikter mellan föräldrarna, osäkra, otrygga och instabila hemförhållanden samt omsorgsbrist som orsaker till barnhemsvistelsen. I hälften av fallen hade modern eller någon släkting bett om hjälp, i de övriga fallen hade det gjorts en anmälan.

Man arbetade med anknytningen under barnhemsvistelsen. Föräldrarna besökte barnen ofta, men de bodde inte på institutionen. I fem fall förbättrades kontakten, i åtta fall försämrades den och i fem fall var den dålig både före och under barnhemsvistelsen. Tretton barn hade en god kontakt med sin mor både före och under vistelsen. Barnens anknytningsbeteende till personalen hade relation till deras allmänna anpassning och utveckling under vistelsen. Uppföljande intervjuer gjordes tre och nio månader efter utskrivningen med de biologiska mödrarna för de femton barn, som återvänt hem och med både dessa och familjehemsmödrarna till de sexton barn, som placerats i familjehem. 9/13 uppföljda barn i den förstnämnda gruppen bedömde ha förbättrats. Av de barn, som placerats i familjehem, fungerade de sex (av femton undersökta) bäst, som hade en bibehållen kontakt med sina biologiska mödrar och där kontakten mellan dessa och familjehemsmödrarna var konfliktfri.

Tio barn hade placerats på barnhemmet i avvaktan på familjehemsplacering, sju hade placerats för att se om moderns situation kunde förbättras, så att barnen skulle kunna återvända hem igen. Fjorton barn hade placerats med planering att de skulle återvända hem. Samtliga i den förstnämnda gruppen blev placerade. Två i den andra gruppen placerades, fem återvände hem. I den sistnämnda gruppen placerades fyra medan tio återvände hem. Författaren fann

att om socialsekreteraren hade en positiv inställning till modern och tilltro till hennes vilja att samarbeta och förändra sin situation, var sannolikheten större att det gjordes behandlingsinsatser och att barnet fick flytta hem igen.

Vid en femårsuppföljning (*Andersson 1988, 1995*) av de 21 barn, som kom från en familj där någon av eller båda föräldrarna missbrukade, visade det sig att socialsekreterarnas tidigare bedömning av barnens föräldrar hade stor betydelse för barnens situation. När föräldrarna bedömts negativt var barnen kvar i familjehemmet och de biologiska föräldrarnas situation hade försämrats. När socialsekreterarna bedömt föräldrarna positivt hade barnet återvänt till de biologiska föräldrarna, som med fortsatta hjälp- och stödinsatser klarade av att behålla barnet hemma. Detta kunde bero på att socialsekreterarna var duktiga på att bedöma prognosen. Men författaren tolkar fyndet som ett tecken på att tilltro och samarbete mellan socialsekreteraren och den biologiska modern var avgörande för det fortsatta förloppet.

Sju bodde i det biologiska hemmet, sex bodde fortfarande i det familjehem, där de placerats efter barnhemsvistelsen och sex hade bytt familjehem (två barn undersöktes inte eftersom mor och barn flyttat utomlands). Barnens beteende undersöktes med en symptomlista, som fylldes i efter intervju med modern eller familjehemsmodern. Deras frekvens av beteendeproblem avvek ej från en normalgrupp. De fyra som hade höga poäng hade kontakt med barn och ungdomspsykiatri eller psykolog på BVC. Hälften av de barnen bodde i biologiska hemmet, hälften i familjehem. Inte heller beträffande självvärderad självkänsla skilde sig gruppen från en normalgrupp. Hälften av de barn, som flyttade hem någon period under uppföljningstiden, hade placerats utom hemmet till ett nytt familjehem. En tredjedel av barnen hade förlorat kontakt med de biologiska föräldrarna.

Vid tioårsuppföljningen (*Andersson 1995*) hade inget barn botten oavbrutet hos någon biologisk förälder. Två hade botten periodvis hos endera föräldern. Bara fyra barn hade botten oavbrutet i samma familjehem. För ytterligare tre barn var det första året turbulent, men sedan hade de botten i samma familjehem. Tre barn flyttade hem till sina biologiska mödrar efter ett par år i familjehem och kunde sedan förbli med dem. De övriga hade upplevt flera omplaceringar mellan biologiska föräldrar och olika familjehem. Placeringarna var beroende av föräldrarnas missbrukssituation. 19/21 barn hade varit i familjehem vid något tillfälle, åtta av dem hade varit i två olika

hem och två i tre hem. Gruppens uppväxt karaktäriserades således av ett instabilt boende. Sju barn hade vid denna undersökning höga beteendestörningspoäng. Hälften hade måttligt höga poäng, och beskrevs i intervjun som beteendestörda och olyckliga. De hade också låg självkänsla, enligt samma självsvarsformulär, som de fyllt i vid femårsstudien.

Sju barn uppfattade sina familjehemsföräldrar som sina psykologiska föräldrar. Tre av deras biologiska mammor var döda. Sju hade en bestående relation till de biologiska föräldrarna, samtliga av dessa bodde hos en biologisk förälder vid intervjun, även om alla utom två, periodvis varit placerade i familjehem eller på institutioner. Fyra barn var förankrade både hos familjehemmet, i två fall mormor, och hos de biologiska föräldrarna. Tre barn saknade familjeanknytning. De, som hade anknytning i familjehemmet, och gruppen både/och mårde bäst. Inget av barnen i gruppen utan anknytning hade god självkänsla.

Bara tre familjer klarade sina liv utan socialvårdskontakt och hade barnen hemma. 43 % av barnen hade varit med om oplanerade avbrott i vården. Forskaren bedömde att både barn och föräldrar hade behövt ett bättre stöd av socialsekreteraren för att kunna upprätthålla kontakten med varandra, då barnen vistades i familjehemmen.

Sjöblom (2002) har belyst det sociala arbetet med ungdomar som rymt/kastats ut hemifrån. Hennes studie berörde nittiosex rymningsärenden 1997 i Stockholm. Hon gjorde tjugo gruppintervjuer med 101 socialsekreterare, som arbetade med ungdomsärenden, och fyrtonio individuella intervjuer med de handläggare, som arbetat med rymningsärendena. Ungdomar, särskilt flickor, med invandrabakgrund var överrepresenterade. 14/33 invandrarflickor hade upplevt övergrepp, misshandel och mordhot. I bakgrunden fanns relationsproblem med en hög konfliktnivå och auktoritärt uppfostringsmönster. Men den unge hade också själv många problem: grava skolsvårigheter, missbruk, utespring, sexuellt utagerande. *Sjöblom* var kritisk till det sociala arbete som gjorts i sådana familjesituationer.

Trots att orsakerna till rymningarna ofta var olidliga förhållanden i det biologiska hemmet med våld, försummelse, övergrepp, arbetade socialsekreterarna i första hand för en återförening av den unge i hemmet. Hon menade att den unge ej bemöttes som en självständig klient. Man hade ett relationsorienterat, familjeinriktat arbetssätt och ett bristande ungdomsperspektiv. Socialförvalt-

ningen upplevdes stå på föräldrarnas sida mer än på den unges. Man lyssnade inte på den unges önskemål, t.ex. att få hjälp att flytta hemifrån till ett eget boende. Lösningen blev oftast att den unge placerades i en HVB institution, 71/95. Tjugoen ungdomar flyttade senare tillbaka hem.

Claezon (2004) diskuterade i boken "Tvångsomhändertaganden" olika förhållningssätt, som socialarbetare kan ha i samband med den typ av omhändertaganden som görs enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Hon baserade sin studie på tjugosex intervjuer, "tematiserade samtal". Dessa gjordes med åtta ungdomar, åtta anhöriga och åtta socialsekreterare, som handlagt fallen. I fem fall fanns alla tre perspektiven i samma ärende. Personerna hade valts från de trettionio ungdomar, 14–21 år, som placerats enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga i den åldern och var placerade den 1/1 1996 i Malmö kommun. Intervjuerna gjordes med dem som accepterade att vara med i studien. Hennes hypotes var att socialarbetet skulle bli bäst om socialsekreterarna var villiga att dela med sig av makt och försökte förstå de betingelser, som kunde stå i vägen för klienternas förståelse av sin situation och känsla av delaktighet i besluten. Hon betecknade detta "empowerment" = delaktighet, partnerskap. Socialvården bör ses som ett konstruktivt alternativ eller komplement till föräldrarnas vård och omsorg, inte som en separation från dem.

Claezon har en inriktning mot resilience och tryckte på att det sociala arbetet borde lyfta fram möjligheter och styrkor hos klienten. Detta skall ske genom brukarmedverkan, maktanalys av klientens situation och mobilisering av dennes resurser. Klienten skall få en ökad förståelse för de politiska strukturer, som påverkat eller skapat de aktuella problemen och hjälp att häva sig ur en totalt individ orienterad analys av sina problem. Claezon ansåg också att man skall kartlägga skyddsfaktorer. Då hon analyserade sina intervjuer tyckte hon sig se en del empowering försök, t.ex. i socialarbetarnas försök att skapa en arbetsallians med de biologiska föräldrarna. Men hon påpekade också brister. Ungdomarna var kritiska, de ansåg inte att de blivit tillräckligt hörda eller behandlats med respekt av socialsekreterarna.

Carlsson (2003), som studerat socialhjälp för vuxna, beskrev motsvarande fenomen. Han menade att relationen socialarbetare – klient var avgörande för att hjälp skall utvecklas. Man måste skapa en arbetsallians. Öppna förhandlingar, samarbete kring gemen-

samma mål, ömsesidighet och samförstånd påverkade i positiv riktning, tvång och dekret i negativ riktning. Klienterna måste känna sig sedda, respekterade, tagna på allvar och bekräftade som personer. De behövde ha insyn och inflytande över arbetsprocessen.

Han sammanfattade sin studie med att fyra grundvillkor måste vara uppfyllda för att klienten skulle känna sig hjälpt: att klientens hjälpintention tilläts påverka processen, att förhandlingar, inte dekret, styrde processen, en organisation som gav socialarbetaren ett professionellt handlingsutrymme, en strävan mot en relation präglad av ömsesidighet, stöd och respekt, ett "brukarperspektiv".

Vid flera studier av familjehemsvård har barnen klagat över att de ej fått tala enskilt med den socialsekreteraren, som hade hand om placeringen. *Cederborg & Karlsson (2001)* intervjuade tjugo barn 5–19 år gamla. Barnen var de tjugo av fyrtio tillfrågade, som accepterade att delta i studien. Samtliga hade omhändertagits enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga 1994–1998 i Linköping. De intervjuades 1999 under 30–60 minuter. De flesta mindes ej att de fått berätta sina åsikter under utredningstiden. 14/20 kände sig uteslutna som samtalspartner och oinformerade (18/20). 17/20 ansåg att de aldrig haft möjlighet att påverka valet av familjehem. 13/20 hade aldrig talat i enrum med socialsekreteraren under placeringstiden. Många hade känt sig övergivna och upplevt ett främlingskap i familjehemmet. Forskarna sammanfattade: Man beslutade över huvudet på barnet. Det hade varit en obefintlig inskolning, dålig kontakt med det biologiska hemmet under tiden i familjehemmet och en dålig eller obefintlig kontakt mellan den unge och socialsekreteraren.

Mattsson (1998) beskrev i tolv slumpmässigt valda rättsfall omfattande sjutton barn i åldern 1–15 år i LVU-mål 1987–1989 barnens möjlighet att komma till tals. Hon noterade att barnens egna berättelser saknades genomgående. I flera fall hade socialsekreteraren inte träffat barnen under utredningen. I fyra utredningar framfördes barnets viljetryningar av någon annan person (förskollärare, fritidspersonal, lärare). Utredningarna innehöll dock beskrivningar av barnens fysiska och mentala hälsa genom läkarintyg och barn och ungdomspsykiatriska utredningar. Författaren påpekade att det står i Socialtjänstlagen § 9 att "barnets inställning så långt möjligt skall klarläggas".

I en rapport beskrev *Hedman & Persson (1998)* att de genomfört ett alternativt sätt att arbeta med familjehemspliceringar. I tjugo ärenden 1995–1997 hade de dels ritat nätverkskarta med barnen

dels talat enskilt med dessa i en serie samtal. Kontakten mellan socialsekreteraren och barnen fortsatte under placeringstiden. Man beskrev också ett utökat samarbete mellan familjehemmen, skolorna, socialtjänsten, de biologiska familjerna och i vissa fall barn och ungdomspsykiatri. Familjehemmen fick handledning. Tyvärr redovisas arbetet bara med fallstudier, så man kan inte dra några slutsatser om effekten av förändringen.

Sundell & Thunell (1997) studerade olika metoder att rekrytera familjehem, den s.k. Kälvesten-metoden och PRIDE. Tio hem som utretts med vardera metoden och tio släktinghem jämfördes med avseende på om de placerade barnens beteendestörningar förbättrades mellan ett första mättillfälle fyra månader efter placeringen och ett andra tillfälle efter ett års placering. Vid det första mättillfället hade 17/34 barn höga beteendestörningspoäng, femton hade höga internaliserings- och fjorton höga externaliseringspoäng. Vid ett års uppföljningen hade tre placeringar avbrutits och ytterligare två var på väg att avbrytas. Ingen förbättring av beteendestörningarna kunde påvisas för de övriga. Man kunde således ej påvisa någon skillnad mellan de hem som utretts med olika metoder. Vid båda undersökningstillfällena uppgav släktingfamiljehem lägre beteendestörnings frekvens hos barnen. Det var ingen skillnad mellan de olika grupperna beträffande kontakt mellan socialsekreterarna och de biologiska familjerna. Den barngrupp, som hade mindre beteende symtom vid uppföljningen, hade haft mer kontakt med de biologiska föräldrarna under placeringstiden och hade vistats i mer erfarna familjehem. Hälften av familjerna hade fått handledning. Man kunde inte påvisa något samband mellan detta och utfallet.

Vinnerlång kunde inte heller påvisa något samband mellan frekvensen sammanbrott vid familjehemsvård och huruvida familjen var utredd med Kälvesten-metoden eller ej.

Wåblander & Högdin (2003) studerade en annan aspekt av familjehemmen: det stöd och den utbildning, som man efterlyst bl.a. från Socialstyrelsen. De sände en postenkät till de femtiotvå familjehem, där man placerat nittio barn och ungdomar under 2001 i Solna kommun. Bara 67 % besvarade enkäten. Släktinghem ingick inte i studien. Hälften av familjerna uppgav att de fått någon form av utbildning. Bara hälften ville ha mer utbildning. Det stöd de fick bestod av ett telefonsamtal från socialsekreteraren mellan en gång per månad och en gång på sex månader. Familjerna själva ringde ungefär en gång per månad. Man träffades också en gång var tredje-

sjätte månad. Familjerna förklarade sig nöjda med den kontaktfrekvensen. I övrigt sökte de stöd i sitt eget sociala nätverk. De upplevde att det var framför allt i kontakten med de biologiska föräldrarna, som de behövde stöd från socialförvaltningen, samt, i ett fåtal fall, i kontakten med skola, förskola och barn och ungdomspsykiatri.

Höjer (2001) studerade vad som karaktäriserade familjehemmen och deras motiv för att åtaga sig det arbetet. Hon sände enkäter till 366 familjehem, 66 % besvarade den. Familjerna hade 594 placerade barn och ungdomar. Sjutton föräldrapar intervjuades också. Familjerna levde i långa, stabila äktenskap, ofta boende på landet eller i mindre orter, de tillhörde arbetar- eller lägre medelklass. De hade ett välutvecklat socialt nätverk och en bra boendesituation. Det placerade barnets speciella behov och beteende medförde att familjen fick utveckla ett mer reflekterat föräldraskap och att makarna fick arbeta tillsammans som ett team, för att klara av svårigheter och problem som uppstod. Familjerna var barncenterade och beskrev att de hade ett överskott av kärlek och trygghet, som de ville dela med sig av. De upplevde omhändertagandet av ett främmande barn, som en utmaning, som huvudsakligen var kvinnans projekt. Familjehemsföräldraskapet karaktäriserades av forskaren som en ”belönad utmaning”. Det kunde vara slitsamt och innebära påfrestningar för familjens medlemmar men det beskrevs också som tillfredställande och givande. Avhandlingen berörde ej familjens upplevelse av ev. sammanbrott eller faktorer som kunde förklara att placeringen lyckades. Hennes beskrivning av familjehemsföräldrarna har stora likheter med Kälvestens (1974): stabila äktenskap, goda parrelationer, intresse för att göra en samhällsinsats, ett överskott av människointresse, känslkraft, barnorientering. Inte heller i den studien görs något systematiskt försök att jämföra lyckade och misslyckade placeringar utifrån karaktäristika hos familjehemsföräldrarna.

Andersson (1999, 2001) intervjuade tjugotvå 10–11 åringar placerade i familjehem i fyra sydsvenska kommuner 1995/1996. Alla barn hade kontakt med sin biologiska mor, hälften även med sin biologiska far. De flesta visste varför de var placerade. De tyckte inte att det var svårt att berätta för kamrater att de bodde i familjehem. De berättade däremot sällan om de traumatiska händelser, som de upplevt i sitt biologiska hem. Hälften hade placerats före fem års ålder. De betraktade familjehemmet som sitt hem och kallade familjehemsföräldrarna för pappa och mamma. De andra,

placerade mellan fem och åtta års ålder, hade en dubbel tillhörighet, både i familjehemmet och i den biologiska familjen. De kallade de biologiska föräldrarna pappa och mamma. Ingen ville flytta tillbaka till det biologiska hemmet. Många barn i den grupp, som placerats senare, ville ha en tätare kontakt med socialsekreteraren.

Från olika håll hade framförts upprepad kritik av den brist på kontakt mellan de familjehemsplacerade barnen och de placerande socialsekreterarna som framkommit. Man påtalade även den bristfälliga uppföljningen av barns behov och hur de tillgodosågs i familjehemmen. För att råda bot på detta utvecklades det s.k. Dartington projektet (*Bergman 2000*). Man översatte till svenska och utvärderade det engelska frågebatteriet LACS (Looking After Children System). Formulären berörde barns behov i familjehems-vård beträffande hälsa, utbildning, identitet, familj och relationer, socialt beteende, känslö- och beteendemässig utveckling och livskunskap. Frågorna skulle utgöra underlag för återkommande intervjuer med de placerade barnen.

Hösten 1996–december 1997 gjordes en utvärdering. Fyrtioåtta socialsekreterare i fyra kommuner (Luleå, Uppsala, Stockholm, Helsingborg) intervjuade etthundraåtta barn i åldern 5–20 år i ett pilotprojekt. Man genomförde bara 60 % av de planerade intervjuerna. Familjehemsföräldrar deltog i ung. hälften av intervjuerna, biologiska föräldrar bara sällan. Hela intervjun tog fyra–åtta timmar uppdelat på flera tillfällen. Både socialsekreterarna och barnen var i stort sett positiva till intervjun. De familjehems- och biologiska föräldrar, som deltagit, var också oftast positiva. Ung. 10 % var negativa.

Många barnproblem framkom vid intervjuerna. 2/3 hade hälso-problem och mer än hälften hade skolproblem. 2/3 hade identitetsproblem och lika många hade problem inom området familj och relationer. En tredjedel hade problematiskt socialt beteende och hälften hade känslomässiga och beteendeproblem. En femtedel hade svårigheter med att klara sig själva.

Både socialsekreterarna och arbetsledarna ansåg att formulären innebar mer systematik i arbetet och gav ett bättre underlag för insatser men 3/4 ansåg att de var alltför tidskrävande. 90 % ville fortsätta att använda metoden. Men – ett år efter projektet noterade projektledaren att formulären endast användes sporadiskt. Man ansåg sig inte ha tid att använda dem systematiskt på alla placeringsärenden. Dessutom visste man inte hur, eller vem, som skulle åtgärda alla brister, som framkom vid intervjuerna.

4.4 Undersökningar av vuxna f.d. familjehemsplacerades liv och anpassning.

Vinnerljung (1996) sammanfattade ett stort antal internationella studier, som berört faktorer i familjehemsvård under uppväxten och utfall i form av utbildning, hälsa och social anpassning i vuxen ålder. Förhållanden före placeringen som föräldrapsatologi, familjestruktur, våld/övergrepp, barnets temperament, beteendeproblem och begåvningshandikapp hade i de flesta studierna samband med en negativ utveckling hos den familjehemsplacerade i vuxen ålder. Placering i tidig ålder, långa placeringar och att de biologiska föräldrarna var positiva till placeringen hade i de flesta studierna samband med ett positivt utfall. Barnhemsvistelse, omplaceringar, dåliga skolprestationer, kriminalitet och droganvändning under familjehemsplaceringen hade samband med ett negativt utfall, liksom att den unge återvänt till det biologiska hemmet före arton års ålder. Kontakt med de biologiska föräldrarna under familjehemsplaceringen hade i de flesta studierna inget samband med vuxenanpassningen.

Vinnerljung konstaterade att i Sverige hade 2,3 % av personer födda 1972–1974 varit familjehemsplacerade någon gång under uppväxten. Ungefär en tredjedel hade varit placerade minst fem år. Ytterligare 1 % hade varit endast på institution under samma period.

Författaren studerade mortalitet för de f.d. familjehemsplacerade födda 1960–1973. Register för åren 1969–1991 visade en överdödlighet för männen (relativ risk = RR 1.68). Det gällde framför allt överdödlighet av skador (RR 1.88) samt suicid (RR 1.75). Kvinnor hade också en överdödlighet av skador (RR 1.45). Ålder vid placeringen hade ingen större betydelse för männens överdödlighet, medan endast de kvinnor, som placerats efter 7 års ålder, hade en statistiskt säkerställd överdödlighet.

Vinnerljung gjorde också en registerstudie omfattande 107 långtidsvårdade (≥ 5 år i vård före tonåren) f.d. familjehemsvårdade unga vuxna födda 1958–1967 och deras 128 vuxna syskon, som huvudsakligen växt upp i det biologiska hemmet. 55–60 % av undersökningsgruppen hade syskon som växte upp där. Författaren fann få skillnader mellan de två grupperna i fråga om de fyrtio variabler på olika aspekter på anpassning och hälsa, som han studerade.

Jämfört med svenska populationsdata för samma åldrar från samma register hade de f.d. familjehemspojkarna registrerats för mer kriminalitet såväl i tonåren som i vuxen ålder. De hade lägre utbildning, sämre förmåga att försörja sig själva, de var mer sjukskrivna och levde i större utsträckning i splittrade familjer. De f.d. familjehemsflickorna fick oftare barn i tonåren, de levde oftare i splittrade familjer och hade lägre utbildning. För båda könen hade flera av deras egna barn vårdats i social dygnsvård. Pojkarna som tillhörde syskongruppen avvek från normgruppen i samma variabler som de f.d. familjehemsplacerade utom beträffande brott i tonåren och sjukskrivning. Flickorna i den gruppen hade samma problem med vuxenanpassningen som de f.d. familjehemsplacerade flickorna förutom att de hade mer försörjningssvårigheter. Sammantaget hade båda grupperna generellt sämre vuxenanpassning än jämnåriga i normalbefolkningen. Släktingplaceringar gjorde ingen skillnad för resultatet, medan den lilla grupp, som placerats privat, hade en bättre vuxen anpassning då det gällde männen. Av barnen i syskongruppen klarade sig det yngsta barnet i en syskonskara sämre än det äldsta.

Vinnerljung försökte förklara de nedslående resultaten. Han menade att en anhopning av riskfaktorer kan förklara varför familjehemsplacering, även den långsiktiga som han studerat, inte kan lyfta de underprivilegierade barnen till normalpopulationens anpassningsnivå. Före placeringen ökade risken, menade han, om individen var genetiskt sårbar, hade ett "negativt socialt arv", tidiga negativa erfarenheter och separationsupplevelser. I familjehemmet försvårades utvecklingen av den osäkra ställning, som både föräldrarna och den unge har med nuvarande lagstiftning. Placeringen förblir instabil, vilket kan ge en problematisk identitet och bristande trygghet i relationerna. Dessutom hade familjehemsgruppen svaga skolprestationer, vilket försvårade anpassningen till arbetsmarknaden och försörjningsförmågan. Efter vårdtiden kunde även ett svagt externt stöd och bristen på "en familj för livet" bidra till det negativa utfallet.

Malmström (1993) gjorde en uppföljning via register och socialakter av 298 Stockholmsbarn, 204 pojkar och 94 flickor, som tvångsomhändertagits och placerats i familjehem 1970. De följdes till 1991. 19 % av pojkarna och 36 % av flickorna var under tio år när de placerades. Hos 27 % av mödrarna och 45 % av fäderna fanns missbruk. I 34 % av fallen förelåg andra missförhållanden i hemmen (familjevåld, vanvård, kriminalitet, psykiska problem).

56 % hade tidigare varit placerade utom hemmet. 62 % av ungdomarna hade egna missbruksproblem, 56 % hade begått brott. Om man räknade samman alla placeringar utom hemmet hade 47 % varit placerade 5–10 år, 20 % tio år eller längre. Endast 10 % hade varit placerade mindre än två år totalt.

Vid den uppföljning som omfattade 1982–1991 fann man att de, som omhändertagits i tidig ålder, klarat sig bäst ur missbrukssynpunkt. De som placeras flera gånger hade en ökad risk för att utveckla missbruk än de som bara placerats en gång. Även i denna studie jämfördes probanderna med sina syskon med avseende på missbruk, kriminalitet och socialbidrag. 678 syskon identifierades, av dem hade 249 haft en gemensam uppväxt med probanderna minst fem år. 41 % av dem hade också varit omhändertagna för samhällsvård. 13 % av syskonen missbrukade droger under uppväxten. Det gjorde tre gånger så många probander. Den grupp som varit omhändertagen hade vid uppföljningen en svårare social problematik. Författaren drar slutsatsen att omhändertagandet inte betytt någon avgörande förändring i probandernas liv. Tidig debut i missbruk framkom i flera analyser som den viktigaste prediktorn för en negativ utveckling både hos probander och syskon. Nästan 2/3 av hela probandgruppen utvecklades gynnsamt under den tjugoåriga uppföljningstiden. De som placerats av miljöskäl hade utvecklats väl i 90 % av fallen. De som placerats på grund av tidig debut av missbruk och kriminalitet hade utvecklats positivt i omkring hälften av fallen. Båda grupperna hade dock varit socialbidragstagare i ung. hälften av fallen på grund av dålig försörjningsförmåga.

Vinnerljung (1998) redovisade internationell forskning, som visade samma resultat som i hans doktorsavhandling: vuxna f.d. familjehemsplacerade var lika lågutbildade som personer som vuxit upp i utsatta miljöer. I Sverige fann Bohman o medarbetare (1980) samma sak. Adoptivbarn och klasskamratskontroller hade bättre skolresultat vid femton års ålder än familjehemsbarnen. *Vinnerljung* diskuterar möjliga förklaringar till detta; genetiska förutsättningar, hämmad kognitiv utveckling, brist på läxhjälp, tidiga traumatiska upplevelser, bristande kontinuitet i vården med upprepade skolbyten som följd och fördomar i skolan mot familjehemsplacerade barn. Han menade att sådana aggregerade riskfaktorer sannolikt kunde förklara fynden. Familjehemsplacerade barn måste få tillgång till särskilt stöd och stimulans beträffande utbildning, menade han.

Sundell, Vinnerljung, Andrée Löfholm, Humlesjö (2004) gjorde en akt- och registerstudie omfattande 2 260 personer födda 1968–1975. Dessa utgjorde ett representativt urval av barn, som hade stadigvarande bott i Stockholm till och med 17 års ålder. De följdes till 25 års ålder. Man fann att 12 % hade blivit utredda av socialtjänsten. I 23 % hade familjerna själva sökt hjälp, 46 % hade anmälts, 39 % var aktualiserade av socialtjänsten. 7 % hade fått någon barnavårdsinsats vid något tillfälle under barndomen (om även Stockholmsbarn, som flyttat in eller ut ur kommunen under barndomen, räknades blev andelen högre: 19 % utredda resp. 10 % insats). Från födelsen till 14 år var årligen ca 2 % föremål för barnavårds insatser, (för samtliga 3 %). I tonåren steg siffran något. De vanligaste insatserna var placering i familjehem, kontaktfamilj/kontaktperson och placering i HVB, sammantaget 72 %. Vart sjätte ärende hade fått öppenvårds insatser, familjeterapi eller stödkontakt.

Stockholmsbarn placerades dubbelt så ofta som i övriga landet. De placerades tidigare och placeringarna var mera långvariga. Mellan 1983 och 2002 hade andelen som placerades minskat kraftigt från 1,59 % till 0,84 %. I övriga landet minskade antalet placeringar också under samma tid från 0,78 % till 0,75 %. Upprepade omplaceringar (minst tre) var tre gånger så vanligt i Stockholm som i övriga landet.

Den fortsatta analysen gällde de 271 individer, som utretts, och de 162, som blev föremål för insatser. Av dem som placerades hade hälften varit med om minst en omplacering, 75 % hade placerats första gången före sju års ålder. Insatserna tog ofta formen av vårdkedjor, där en insats genast ersattes med en ny. Barnen fortsatte att vara aktuella för en utredning mellan de olika insatserna. Inom ett år hade 30 % återaktualiserats för en ny insats och inom fem år hade drygt hälften blivit det. Den sammanlagda tid som olika insatser pågick var nästan fem år, för 20 % minst tio år.

De vanligaste orsakerna till utredningar och insatser var familjens dåliga ekonomi och sociala isolering, alkohol- och drogmissbruk samt psykisk ohälsa hos föräldrar, föräldrakonflikter och omsorgsbrister. Dessa problem fanns i var tredje – var fjärde utredning. De vanligaste ungdomsrelaterade problemen var kriminalitet, skolproblem t.ex. skolk samt psykiska problem. Dessa fanns i ung. var femte utredning. I hälften av ärendena avslutades insatsen för att målet helt eller delvis uppnåtts. I 22 % fungerade inte insatsen, i 8 % avböjde föräldrarna fortsatt kontakt.

Vid vuxenuppföljningen fann man att de som fått insatser klarade sig sämst. Fler hade blivit tonårsföräldrar, fler hade svårt att försörja sig själva. Fler hade lagförts för brott (34 % av männen, 15 % av kvinnorna jämfört med normalpopulationen i samma ålder, 10 % resp. 2 %). Fler hade också behövt psykiatrisk vård (3 % av männen, 8 % av kvinnorna jämfört med normalpopulationen, 1,5 % resp. 2 %). Den grupp som bara utretts låg mellan dessa grupper. Andelen individer som registrerats för minst en av: tonårsförälder, socialbidrag, registrerat brott, psykiatrisk vård var 47 % av männen och 46 % av kvinnorna i insatsgruppen jämfört med 37 % resp. 25 % i den enbart utredda gruppen och 10/20 % resp. 8/13 % i normalpopulationen. Det var ingen skillnad i utfallet om insatsen gjorts på grund av familjeförhållanden eller den unges eget beteende. Författarna diskuterade om resultaten kunde bero på utredningarnas kvalitet, behandlingsmetodernas ineffektivitet eller ärendenas svårighetsgrad.

Hansson & Knutsson (1998) följde upp de trettien barn som var placerade i Helsingborgs kommun 1986 tio år senare, 1996. Tjugonio personer intervjuades, en hade dött. Av dem hade sex placerats före elva års ålder hos en barnlös släkting. Elva placerades före sju års ålder, varav fem blev kvar i ett permanent familjehem medan de övriga omplacerades i tonåren. Nio hade placerats i åldern åtta till fjorton år och fem hade placerats i tonåren. Dessa placeringar hade inte varit lika stabila, fyra hade avbrutits för att familjehemmet gav upp.

De som placerats före skolåldern tyckte att familjehemmet var viktigt. De som placerats i skolåldern tyckte detta var mindre viktigt än upplevelserna i det biologiska hemmet. För de tonårsplacerade blev familjehemmet en parentes utan större betydelse. Sex beskrev dåliga förhållanden i familjehem, där de aldrig trivts.

De som placerats i släktinghem och de som placerats före skolåldern (även om de omplacerats till ett annat familjehem i tonåren) hade bäst vuxen- anpassning. Tolv bedömdes av författarna ha en helt acceptabel situation, för nio fanns det vissa svagheter, men det var i stort sett bra. Åtta hade en bristande anpassning med många olika problem. Fem släkting- familjehemsföräldrar hade dött, "mormorsgruppen". Man diskuterade också om gruppen hade "en familj för livet". Det såg olika ut. Tolv hade inte någon vuxenkontakt med familjehemmet. De flesta av dem hade dock kontakt med de biologiska föräldrarna. Bara tre uppgav, att de inte hade någon sådan tillhörighet alls. Även i denna studie framkommer kritik på

bristande kontakt mellan den placerade och socialsekreterarna och att den unge inte förberetts eller fått förklaring om varför han/hon placerats.

Moberg – Hovmark & Folker (1996) följde upp 47 personer, som varit familjehemsplacerade 1992 av Lidköpings kommun med en aktstudie 1996. 18/22 som var 18 år eller äldre intervjuades dessutom. De vanligaste anledningarna till placering i familjehem var relationsproblem och konflikter i hemmet, omsorgssvikt och missbruk hos föräldrarna. De flesta barnen hade placerats av miljöskäl, men vissa ungdomar uppgavs också vara destruktiva och utagerande. Hälften hade placerats enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. 34/47 placeringar var långvariga/för hela uppväxten. 32/47 hade varit placerade minst en gång tidigare. Åtta barn/ungdomar hade varit placerade 3–5 gånger. 15/47 hade haft stödinsats från barn och ungdomspsykiatri. En fjärdedel hade placerats under det första levnadsåret, hälften före skolåldern. En fjärdedel hade placerats hos släktingar. Knappt hälften placerades tillsammans med sina syskon.

Vid intervjutillfället var tio biologiska föräldrar döda. Hälften hade kontakt med en eller båda biologiska föräldrarna, sju hade ingen kontakt. 16/18 hade kontakt med sina syskon. Alla sex som placerats före sju års ålder och fyra av de sex som placerats i släktinghem ansåg att familjehemmet var deras familj. De andra ansåg att familjehemsföräldrarna var ”viktiga vuxna”, men att de biologiska föräldrarna var deras familj. En av de intervjuade hade ingen kontakt som vuxen med familjehemmet. 16/18 ansåg själva att deras vuxenliv vid intervjutillfället var bra. Forskaren gjorde ingen egen global bedömning av deras vuxensituation, men det framgick av rapporten att sju var arbetslösa, sju studerade och fyra hade arbete. Tolv hade egen lägenhet, en bodde i studentrum och en i ett ungdomsboende med stöd. Fyra bodde kvar i familjehemmet. Tio uppgav att de hade ett engagerande fritidsintresse. Bara en saknade positiva framtidsplaner. (Två av de över 18 år, som ej intervjuades, vårdades inom psykiatri.)

4.5 Uppföljning av familjehemsvård

4.5.1 BBIC Barn Behov i Centrum

Den del som berör uppföljningen av barnen i familjevård utvärderades av *Rasmussen, Hyvönen, Mellberg (2004)*. Studien omfattade tre av försökskommunerna. Elva barn och ungdomar, åtta oberoende ordföranden vid mötena och tio socialsekreterare intervjuades. Tjugofem möten hade hållits. De intervjuade barnen hade varit med om sammanlagt nitton möten. Femtiofem formulär för utvärdering av familjehemsplaceringar analyserades. Samrådsdokumenten och utvärderingsdokumenten hade använts mest. Dokumentanalysen visade att barnens egna utsagor inte fanns dokumenterade i formulären i den utsträckning, som man ansåg önskvärdt. Flera barn tyckte att det var svårt att fylla i samrådsformulären. De oberoende ordförandena och socialsekreterarna var positiva till mötesformen, barnen hade blandade känslor till att medverka i dessa. Forskarna drog slutsatsen att, trots att vissa brister konstaterats, hade ramar och utrymme skapats för barns delaktighet och medbestämmande. De ansåg att vuxna behövde utveckla sin förmåga att möta barnen i den här arbetsmetoden. De vuxna deltagarnas noggrannhet, vaksamhet och respekt för barnen var av avgörande betydelse för om syftet med att stärka barnens ställning skulle kunna uppnås.

Johansson (2004) har studerat implementeringen av BBIC i fyra av försökskommunerna. Han gjorde intervjuer med socialsekreterarna och studerade officiella dokument. Hans slutsatser var att ett förändrat förhållningssätt av den typ BBIC representerar är en förändring på djupet, som kommer att ta tid. Det är viktigt att förankra beslut och arbetsprinciper bland chefer och politiker. Förändringar och ambitionshöjningar av detta slag kan inte genomföras utan resurstillskott. Man måste ha en realistisk tids- och resursplan där verksamhetsföreträdarna är involverade. Förändringsprocesser är inte bara rationella styrda av effektivitetskrav. De är också politiska processer präglade av intressekonflikter och etiska – moraliska överväganden.

4.6 Författarens kommentar

Familjehemsvården är det mest och bäst utforskade området i svensk socialvård. Två kunskapsöversikter och flera stora register-

studier har gjorts, där man kunnat studera olika aspekter på denna. Inom materialen har man kunnat jämföra olika typer av placeringar i en kvasiexperimentell design. Utfallet i vuxen ålder har studerats av två forskare i proband – syskon design, en form av kvasiexperimentell studie. Dessa representerar steg tre i Armelius & Tengvalds modell. Det gäller även jämförelsen mellan Kälvesten och PRIDE metoderna, när det gäller att utreda blivande familjehem. Här finns också studier av de placerade barnens psykologiska funktion, samspillet mellan mor och barn och konsekvenserna för utfallet av familjehemsplaceringarna. De är huvudsakligen kvalitativa studier och mycket små, vilket gör statistiska beräkningar svåra. Men de ger värdefull kunskap av processer. Här finns också den enda longitudinella studien, tyvärr även den mycket liten, vilket gör det svårt att generalisera fynden. Det finns också många studier av typ lokala uppföljningar.

Ett lovande försök att utveckla och förbättra familjehemsvården pågår f.n. i södra Sverige (*Hansson, Olsson, Balldin, Kristoffersson, Schuller 2001*). Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) kommer från en forskningsinstitution i Oregon, USA (*Chamberlain & Reid 1998*) där man under många decennier utvecklat olika behandlingsmetoder för socialt beteende störda barn och ungdomar, alltid kopplade till strikta, kontrollerade utvärderingar. Den unge placeras i ett familjehem för en behandlingsperiod på ung. 12 månader. Familjen har dessförinnan fått utbildning i ett strukturerat behandlingsprogram efter en inlärningsmodell, som belönar socialt acceptabelt beteende. Familjen får telefonhandledning varje dag och grupphandledning tillsammans med andra familjehemsföräldrar i projektet varje vecka. Den unge får individuella samtal varje vecka med en terapeut, som skall ge stöd, ge social färdighetsträning och möjlighet att bearbeta traumatiska upplevelser i ursprungsfamiljerna. Den biologiska familjen deltar också i familjesamtal, som syftar till att lära dem mer konstruktiva föräldrafunktioner gentemot den unge, när han återvänder hem. Fokus är också på problemlösning och kommunikation. Efter behandlingens avslutning görs ett 12 månader långt eftervårdsprogram med veckosammankomster för den biologiska familjen i grupp med andra föräldrar i projektet. Dessutom får dessa stöd per telefon minst en gång per vecka, oftare om det behövs. De amerikanska utvärderingarna har visat goda resultat för grupper av emotionellt störda, missbrukande och kriminella ungdomar.

Samma forskningscenter i USA har utvecklat en modell, Early Intervention Foster Care (EIFC) för att underlätta familjehemsplacering av yngre barn, som antingen omplacerats flera gånger eller är särskilt aggressiva och svårhanterliga. Programmet liknar det ovan beskrivna (Fisher, Gunnar, Chamberlain, Reid 2000). Det har utvärderats i en kvasiexperimentell studie, som dock bara omfattade trettio förskolebarn. Föräldrarna i EIFC gruppen utvecklade bättre tillsyn, mer konsekvent disciplin och använde mer positiv förstärkning än en jämförelsegrupp av familjehemsföräldrar, som inte fått samma utbildning och handledning. Barnen i EIFC familjerna minskade sin symtombelastning medan barnen i de vanliga familjehemmen ökade den vid mätning vid placeringen och 6 månader senare. Parallellt med detta upplevde EIFC-föräldrarna mindre och de andra familjehemsföräldrarna mer stress vid den andra mätningen.

5 Institutionsvård

5.1 Hem för vård eller boende

Sallnäs (2000) sände en enkät till samtliga 418 HVB samt 36 § 12-hem i Sverige 1995. 91 % besvarade enkäten. 17 % av alla placeringar gjordes på privata HVB och 25 % på offentliga HVB detta år. Av de sammanlagt 6 500 barn och ungdomar, som placerades utom hemmet, placerades 55 % i familjehem. 50 % var 13 år och äldre. Könsfördelningen var jämn före tonåren, sedan var det en övervikt av pojkar. Familjehemmen, de privata och offentliga HVB samt § 12-hemmen jämfördes. I familjehemmen var det en jämn könsfördelning, medan det var en lätt övervikt av pojkar på HVB och 68–75 % pojkar på § 12-hemmen. Av barn i åldern 0–12 år placerades endast 15 % på HVB, resten i familjehem. Av 13–16 åringar placerades hälften på HVB och av dem 17 år och äldre, 47 % på HVB och 15 % på § 12-hem.

Förskolebarn och yngre tonåringar var de största åldersgrupperna bland dem som placerades, 30–35 % vardera. Tjugo procent av barn i alla åldrar var placerade tillsammans med en förälder. Det var dock vanligast på småbarns- institutionerna (66 %). 9/10 HVB för barn under 12 år kunde ta emot föräldrar också. Korta placeringar, högst 6 månader, utgjorde 58 % av alla placeringar 1995. Trots ökade öppenvårdsinsatser under 1990 talet hade dygnsvårdens volym varit oförändrad 1983–1995. Framför allt hade den privata HVB-vården ökat. Av samtliga placerade fanns hälften på privata HVB-institutioner. 9/10 HVB tog även emot LVU-placeringar.

Tre fjärdedelar av privata HVB hade nio eller färre platser, 94 % av dem med högst fyra platser var privata, 56 % hade tidigare varit familjehem. Personaltätheten var högst på § 12-hemmen, 2,2 per plats. Offentliga HVB hade 1,4 per plats, de privata 0,8 per plats. Hälften av de anställda hade någon form av högskoleutbildning, en fjärdedel inom kärnområdet för verksamheten, socionom, socialpedagog eller psykolog. 34 % hade någon form av gymnasieutbildning, övriga endast grundskola. De offentliga HVB hade en större andel som var utbildade inom kärnområdet. Hälften av de privata hade ingen personal med de utbildningarna, vilket också gällde 5 % av de offentliga. Sjuttio procent tyckte att personliga egenskaper

var det viktigaste, då man rekryterade personal. Adekvat utbildning angavs mera sällan som viktigt vid nyanställning.

Den genomsnittliga vårdtiden i HVB var 151 dygn, medan motsvarande vårdtid i familjehem var 281 dygn. 10 %, mest offentliga HVB, uppgav att de arbetade med akut och korttidsvård. De flesta barnen uppgavs lida av psykosociala problem, 56 %, relationstörningar/emotionella problem angavs för 35 %, skolproblem för 20 %, psykiska problem 16 %, kriminalitet 14 % och missbruk 12 %. Cirka hälften av institutionerna uppgav ingen behandlingsteori. 37 % hade en psykodynamisk teori, 20 % systemteori/interaktionistisk teori. 41 % uppgav att de anpassade behandlingen individuellt, lika många arbetade med miljöterapi. En tredjedel uppgav att de arbetade ”familjeliknande”, att personalen skulle vara i föräldrars ställe. Dessa enheter hade ofta tidigare varit familjehem. De som enbart arbetade med miljöterapi hade den lägst utbildade personalen. Förutom miljöterapi uppgav 44 % att de hade anpassad skola/barnomsorg, 39 % att de hade anpassade fritidsaktiviteter, 80 % hade individuella samtal och 64 % familjesamtal.

82 % ansåg att institutionens viktigaste uppgift var omsorg, 69 % att det var behandling och 42 % fostran. Ungefär en tredjedel vardera angav utredning resp. skydd som viktiga uppgifter. Var fjärde uppgav att barnens/ungdomarnas utbildning var mycket viktig. På frågan om vad de trodde att barnen och ungdomarna fick ut av vistelsen svarade de flesta: emotionellt stöd, omsorg, trygghet, struktur. De fick möta välvilliga och empatiska vuxna, som kunde ge dem en annan syn på sig själva. De fick uppleva ett normalt fungerande vardagsliv. Dessutom betonade man på nytt utbildning och träning. Att upprätthålla kontakten med de biologiska föräldrarna tyckte en fjärdedel var en positiv del. Tillfrågade om målsättningen med vården gav 72 % svar som hade med vistelsen att göra, inte tiden efter utskrivningen. De som gav resultatorienterade framtidssvar hade tonåringar och arbetade efter en uttalad teori.

Forskaren drog slutsatsen att majoriteten av HVB-institutionerna saknade teknologi för hur barn och ungdom skall behandlas. De hade inget enhetligt språk, ingen gemensam referensram för att uttrycka, tolka och förstå de problem, som skulle lösas och hur de skulle angripas. Relationen mål och medel var många gånger oklar. Det saknades konsensus om yrkesroller, problemdefinitioner och om vilka behandlingsmetoder i arbetet som var mest adekvata. Eftersom teknologi saknades prioriterades ej utbildning. Andra

problem var orienteringen mot själva vistelsen snarare än på framtiden, bristen på utvärderingar och att den placerade gruppen var heterogen. Syftet med vården var oklart liksom vilka mål som skulle uppnås. Hur länge placeringen skulle pågå var oftast inte bestämt. Hon skrev "Användningen av institutionerna tycks styras av andra faktorer än systematisk kunskap om rehabiliterande effekter." (s. 42).

5.1.1 Familjelika hem för vård eller boende

Sallnäs (2003) specialstuderade två av de hem, som hon kallade "hybridhem" i sin avhandling. Dessa, oftast ganska små, betecknade sig som "familjelika". Personalen var ofta utbildad och ville vara i föräldrars ställe. De saknade oftast uttalad teori/modell för sitt arbete. Det fanns 120 sådana HVB i hennes undersökning. De enheter hon beskrev i den här uppsatsen hade tre resp. åtta platser. De fyra som utgjorde personal samt sex ungdomar intervjuades. De hade varit placerade 1 1/2–7 år och var i åldern 13–19 år. Den förstnämnda enheten drevs av en ensamstående kvinnlig socionom, den andra av ett par och deras vuxna dotter, samtliga utbildade. Båda enheterna ansåg sig leva "som i en familj". Man saknade behandlingsplaner, dokumentation och utvärderingar.

5.1.2 Hem för vård eller boende i två län

Två rapporter, från Värmlands (2003) och Jönköpings länsstyrelser (*Roman & Uddemar 2003*), visade samma problem med HVB-vården. 5/6 resp. 16/19 HVB-institutioner uppgav att miljöterapi var deras behandlingsmetod. Personalen hade en låg kompetensnivå. I Värmland uppfyllde två av sex institutioner kravet på högskoleutbildning av föreståndare och biträdande föreståndare. I Jönköpings län hade 32/195 adekvat högskoleutbildning (socionom, socialpedagog), dessutom fanns 50 fritidspedagoger, förskollärare, lärare och sjuksköterskor. 53 personal saknade utbildning efter grundskolan. 4/6 resp. 17/19 HVB hade regelbunden handledning. Inga längre vidareutbildningar fanns eller planerades. Formalia sköttes bristfälligt. Behandlingsplaner saknades ofta, fullständiga handlingar från respektive socialförvaltning fanns ej på institutionen, in- och utskrivningsbeslut dokumenterades bristfälligt liksom journal-

uppgifter. Endast ett HVB i vardera länet hade ett system för kvalitetssäkring.

5.1.3 Hem för vård eller boende i Stockholms kommun

Callermo & Lind (1987) utvärderade fyra HVB-enheter i Stockholm. Dessa drevs av landstinget och hade mycket hög kompetens hos personalen. Medel vårdtiden var två till tre år. Man studerade framför allt vad det fanns för boendialternativ vid utskrivningen. Fyrtiotre personer, klienterna under en femårsperiod, kartlades. 28 % av hela gruppen hade skrivits ut oplanerat.

29/43 hade ett bra boende vid utskrivningen, de övriga hade dåliga bostäder eller ingen bostad, 25 % hade en sådan olämplig boende situation fortfarande ett år efter utskrivningen. Knappt hälften av ungdomarna saknade ordnad sysselsättning vid utskrivningen, 16/43 saknade det fortfarande efter ett år. Det var ett samband mellan en planerad utskrivning, eget boende och hög sysselsättning. Bäst gick det för dem som vistats högst fyra år på institutionen.

5.1.4 Barnbyn Skå

Barnbyn Skå, under decennier ett flaggskepp i svensk social barn och ungdomsvård, rubriceras numera som ett HVB. Den startade 1947. *Jonsson (1990)* följde upp tjugo män, som vårdats på institutionen under tidsperioden 1955–1960. De valdes från en grupp, som tidigare efterundersökts via register av *Andersson (1976)*. Hon redovisade att hälften i 18–20 års åldern låg ”under normen för att man klarar sig”. 16 % hade då bättre än genomsnittlig anpassning. Efter 21 års ålder klarade inte 2/3 samhällets krav, endast 18 % var självförsörjande. Jonsson valde sina explorander så att de skulle representera olika typer av anpassning inom gruppen av de ursprungligen ett hundra pojkarna. De skulle ha vistats minst ett år på Skå. Alla utom en accepterade att delta. Studien gjordes som fria intervjuer. Alla utom tre personer intervjuades minst två gånger. De var i 35–40 års åldern vid intervjutillfället. Jonsson jämförde resultatet från registerstudien med sina intervjudata och konstaterade att det fanns ett positivt samband mellan den yttre

livssituationen och de subjektiva data om individens yttre och inre livsvillkor men också skillnader.

Sex personer ansåg sig ha det forskaren kallade en ”god erfarenhetsvärld”. De hade brutit ”det sociala arvet” och uppgav att de hade positiva relationer till maka och barn och en god självbild. Samtliga hade också en god arbetsanpassning. Ingen var kriminell. Alla hade bedömts tillhöra någon av de två bästa kategorierna av anpassning i Anderssons registerstudie ung. femton år tidigare. Sex män bedömdes av forskaren ha en ”erfarenhetsvärld på gott och ont”. Även dessa hade brutit ”det sociala arvet”. De ansåg att de levde ett bättre vuxenliv än deras föräldrar gjort. 4/6 hade arbete, de andra två var sjukpensionerade (f.d. missbrukare). Ingen var kriminell. De beskrev sin självbild som ”både kompetent och sårbar”. I Anderssons studie hade tre tillhört en av de två kategorierna av god anpassning, de andra tre hade kategoriserats som dåligt anpassade. Åtta män beskrevs av forskaren ha en ”ond erfarenhetsvärld”. För dem, menade hon, hade ”det sociala arvet” bestått eller förstärkts; hårdare drogmissbruk, mer kriminalitet, ensamhet med misslyckade parrelationer och frånvarande eller dålig kontakt med ev. barn (tre hade inga barn). Hälften hade sporadiska arbeten, de övriga var sjukpensionerade. Alla utom en hade varit eller var kriminella. Sex missbrukade. Alla mådde dåligt med fysiska och/eller psykiska krämpor. I registerstudien hade alla utom en bedömts höra till kategorin dålig anpassning.

Upplevelserna på Skå beskrevs av dessa tre grupper. Inom den ”goda erfarenhetsvärlden” beskrevs relationerna till husfar och husmor i övervägande positiva ordalag. Inom ”erfarenhetsvärld på gott och ont” var minnet av husfar och husmor mer varierat. Inom den ”onda erfarenhetsvärlden” övervägde de negativa omdömena. Samma skillnader framkom mellan grupperna, då de beskrev de andra barnen på stugan. Den förstnämnda gruppen beskrev dem som vänner och goda kamrater. De andra två grupperna beskrev dem både som goda och dåliga, destruktiva kamrater. Omdömet om skolan och lärarna var i stort sett positivt utom i gruppen ”ond erfarenhetsvärld”. Sex personer i den gruppen hade inga minnen av lekterapi eller hade negativa upplevelser. De flesta intervjuade hade ett svalt eller indifferent förhållande till terapin utom fem, som upplevt den som ett uttryck för positiv uppmärksamhet. Upplevelsen av fritidsaktiviteter visade ett mönster, där gruppen med ”god erfarenhetsvärld” huvudsakligen beskrev dessa i positiva ordalag, medan de övriga grupperna beskrev både goda och dåliga

erfarenheter. Två tredjedelar hade minnen av att de begått asociala handlingar under vistelsen. Man beskrev dem med obehag, fascination eller, i gruppen "ond erfarenhetsvärld", som Skå:s fel, man blev upplärd till tjuv. I den gruppen beskrevs kontakten med familjen under Skåtiden som gles eller avbruten, medan de två andra grupperna hade kontakt. Den kunde vara tillfredställande eller konfliktfylld.

Forskaren tolkade sättet att förhålla sig till Skåvistelsen som relaterad till om barnet kände sig övergivet och avvisat av de biologiska föräldrarna. I den "onda erfarenhetsvärlden" var detta fallet. Då kunde inte barnet heller knyta an till någon vuxen vårdare under vistelsen. "Ju naknare övergivenhet, ju större behandlingsmotstånd" (op. cit. s. 167).

Sedan 1972 har barnbyn Skå tagit emot hela familjer i stället för enskilda barn och ungdomar. *Hessle & Wåhlander (2000)* har studerat utvecklingen för de familjer, som vistades på Skå 1974–1985. Sammanlagt 97 familjer med 180 barn hade vistats där mer än fyra månader under denna tidsperiod. 127 barn, 57 flickor och 70 pojkar i 68 av dessa familjer var minst 18 år, då uppföljningen startade den 31/12 1993. Deras utveckling under Skå tiden och under fem år efter denna var i fokus. Man använde registerdata, social- akter och journaler på föräldrar och barn. Föräldrarna intervjuades per telefon och de vuxna barnen personligen. 54/97 familjer blev intervjuade, varav 34/68 med ett vuxet barn. Samtliga intervjuade var mödrar utom i sju familjer, där båda föräldrarna accepterade att delta. Bortfallet var 47 %. Endast de 31/127 vuxenbarn, vars föräldrar givit tillstånd till intervju, blev intervjuade (76 % bortfall). Vid en bortfallsanalys fann man inga statistiskt signifikanta skillnader beträffande familjesituationen två år före Skåvistelsen, inskrivningsskäl, förändringar i familjebilden under Skåvistelsen eller familjesituationen under fem år efter denna. Däremot var kvinnorna överrepresenterade bland de intervjuade ungdomarna 23/31, och de och föräldrarna var mindre ofta brottsregistrerade under uppföljningstiden.

Det var en överdödlighet bland föräldrarna (15,2 % jämfört med 2,0 % i nationell befolkningsstatistik för kvinnorna, 14,8 % jämfört med 3,2 % för männen) i motsvarande ålder. Även de vuxna Skå pojkarna hade en överdödlighet (10 % jämfört med 0,6 %). Ingen av flickorna hade dött.

Familjerna hade haft långvariga socialvårdskontakter före placeringen. I två tredjedelar var inskrivningsskälen grava relations-

problem, missbruk, sociala problem. I 66 % av familjerna hade ett eller flera barn tidigare varit omhändertagna för samhällsvård. Hälften av familjerna hade dessutom psykiska problem och barnen hade ofta grava skolproblem. Vid inskrivningen var 39 % i förskoleåldern, 45 % gick på låg- och mellanstadiet. 61 % av familjerna bestod av en ensam förälder, vanligen modern, 23 % hade två sammanboende biologiska föräldrar, som båda vistades på Skå. Genomsnittlig vårdtid var elva månader. I hälften av familjerna separerade föräldrarna under Skåtiden eller en ny man flyttade in. Tjugo barn omhändertogs för samhällsvård under Skåvistelsen.

Vid telefonintervjun uppgav 90 % av föräldrarna att de fått mycket stor eller ganska stor hjälp av sin Skåvistelse. 85 % ansåg att hjälpen varit till nytta senare i livet. 64 % ansåg att hjälpen varit till nytta för barnet efter utskrivningen. I 80 % av de 127 barnens familjer hade det skett genomgripande förändringar under den femåriga uppföljningstiden; skilsmässa/separation 27 %, ny "fadersfigur", flyttningar och skolbyten, i 7 % hade en familjemedlem dött. 36 % hade placerats utom hemmet under perioden, de flesta mer än en gång. 59 % av familjerna hade ett missbruk vid inskrivningen, frekvensen minskade något efter denna. Dubbelt så många föräldrar arbetade eller studerade efter Skåvistelsen som före. Men drygt 50 % var fortfarande socialbidragsberoende.

Vid intervjun med de vuxna barnen var de 19–35 år. 18/31 levde i samboförhållanden, 11 kvinnor och 4 män hade barn, totalt 28. Inget var omhändertaget för samhällsvård. 22/31 hade arbete, två studerade, tre var långtidssjukskrivna och tre var arbetslösa. Deras hem beskrevs som välskötta och välordnade. I intervjuerna skattades livskvalité utifrån tjugo variabler. Gruppen hade något över medelmåttig livskvalité. En positiv sinnesstämning, relationen till de egna barnen och kvalitén inom arbetslivet skattades högst. Relationen till de egna föräldrarna och släkten skattades lägst. Man har använt ett formulär för att mäta livskvalité, som även använts i en liten normalgrupp. Skåpersonerna hade ung. samma livskvalité som den gruppen (4,23 på en 7 gradig skala).

Av vuxenbarngruppen kunde 120 studeras via register (sju hade dött). 30 % hade registrerats för brott under den föregående tio års perioden vid uppföljningen, hälften av männen och 3,5 % av kvinnorna. 7,5 % av samtliga hade registrerats under det föregående året. Sjutton män bedömdes vara kroniskt kriminella (mer än nio lagföringar). Under det sista året före uppföljningen hade 22 % haft regelbundet eller permanent socialbidrag. Sammantaget var

58 % laglydiga och självförsörjande, 20 % på marginalen och 22 % kriminella vid uppföljningen. Kvinnorna hade bäst anpassning, 72 % var laglydiga och självförsörjande.

5.2 "Mellanvård" för kriminella ungdomar

Sundell, Nyman, Alvasdotter (2000) utvärderade en satsning på nya vårdalternativ i Stockholm, "mellanvård". De omfattade olika aktiviteter såsom båtresor, s.k. "Värstingseglatser", teaterarbete på teater Sandino, eller deltagande i kulturskolan på Fryshuset. Under 1989–1994 deltog etthundratrettio ungdomar i åldern 16–18 år, varav 86 % pojkar, i någon sådan aktivitet. 49 % deltog minst ett år. 35 % avbröt behandlingen oplanerat. 60 % kom från missbrukarhem, 91 % hade begått brott. Hälften av ungdomarna hade också psykiska besvär, en tredjedel missbrukade alkohol eller narkotika. 60 % hade tidigare varit placerade utom hemmet, 42 % mer än tre gånger, 28 % hade vårdats på § 12-hem och 6 % hade suttit i fängelse.

Man följde upp gruppen via register fem år efter avslutad mellanvård. Dessutom intervjuades 20 av de 49, som man valt ut, de andra vägrade. Enligt registren hade 71 % dömts för nya brott under uppföljningstiden, 89 % hade fått socialbidrag under någon tid, 25 % hade behandlats för psykisk sjukdom. Andelen som fått psykiatrisk vård hade ökat efter mellanvårdstiden, framför allt för missbruk. Av de 104 som begått brott före mellanvårdstiden hade 83 % fortsatt att begå brott efter denna. 31 % av dem som ej begått brott före mellanvårdstiden hade begått brott efter denna. 29 % begick inga brott alls under den femåriga uppföljningstiden. Gruppen fungerade litet bättre under de tre sista åren av uppföljningstiden. Då hade 25 % ingen känd problematik, 19 % fick socialbidrag, men hade inga andra kända problem och 56 % dömdes för brott. Det var bara 5 % som varken var socialbidragsberoende, begick brott eller fick psykiatrisk vård under hela femårsperioden.

De som börjat begå brott tidigt hade sämre prognos. De som hade bäst prognos utmärktes av att vara äldre vid vårdens avslutande, att föräldrarna ej var kriminella, att de ej utsatts för barnmisshandel, att de ej begått så många brott före mellanvårdstiden, att de ej tidigare haft långa institutionsplaceringar och ej avbrutit mellanvården i förtid. Invandrarungdomar och flickor klarade sig bäst. Man kunde också fastställa att verksamheten var

mer framgångsrik, när man hunnit få mer erfarenhet. Bland annat arbetade man mer med familjen och ungdomarnas fritid då. Medan bara 25 % av dem som behandlades 1989/1990 slutat att begå brott, hade 50 % slutat sin kriminella aktivitet av dem som vårdades 1993/1994.

I intervjuerna uppgav hälften att de var positiva till mellanvården, en tredjedel var ambivalenta och resten negativa. Det som upplevts positivt var att personalen ingav förtroende, att verksamheten varit strukturerad och ordnad. Bara två ansåg att mellanvården inneburit en vändpunkt till det bättre. Fler ansåg att förälskelse eller att bli förälder varit en vändpunkt.

5.3 Författarens kommentar

HVB skall vara institutioner med hög professionell kompetens. De kartläggningar som redovisats ger inte belägg för detta. Personalen tycks ofta ha låg utbildningsnivå, behandlingsprogrammen är vaga. Det är en mycket dyr verksamhet och antalet placeringar har ökat successivt. De studier som gjorts är verksamhetsbeskrivningar och lokala uppföljningar. Kontrollerade experimentella studier behövs inom detta område för att jämföra värdet av de behandlingsmetoder, som används för närvarande. Dessa måste beskrivas mycket noggrant för att en utvärdering skall vara möjlig att göra. Av *Sallnäs (2000)* genomgång framkom att de flesta HVB arbetade utan teori, med miljöterapi eller med psykodynamiskt baserade metoder.

Andreassens (2003) kunskapsöversikt av internationella evidensbaserade institutionsbehandlingar för ungdom visade att miljöterapi, insiktsorienterade och relationsberoende metoder genomgående saknade effekt för asociala ungdomar. Dessa utgör en stor andel av dem, som vårdas på HVB i Sverige. Andreassen sammanfattade sin presentation:

Sammantaget tyder resultaten på att program som innehåller en kognitiv komponent, använder ett beteendeteoretiskt angreppssätt och fokuserar på att ungdomarna skall lära sig livsfärdigheter är de program som lyckas bäst med att behandla allvarliga beteendeproblem både på institution och i öppen vård, liksom i olika institutionsmiljöer. (op. cit. sid. 191)

Men effekterna av de effektivaste metoderna var måttliga. Dessa minskade brottsförekomsten till ung. en tredjedel av studiernas kontrollgrupper.

Alla program som använde en metod gav inte lika goda resultat, sannolikt delvis beroende på grad av behandlingsintegritet. Ett av de viktigaste kraven på behandlingsintegritet är att programmet bygger på en specifik teoretisk behandlingsinriktning. Alla ungdomar passade inte in i ett visst program. Bland annat av detta skäl rekommenderade han multimodala angreppssätt med ett brett spektrum av metoder, som kunde passa olika ungdomars skilda behov.

Ett exempel på en multimodal metod, som har dessa komponenter är *Aggression Replacement Training (ART)* (Goldstein, Glick, Gibbs 1998). Metoden används för närvarande på en del HVB och § 12-hem i Sverige, men har inte utvärderats här. Det är ett träningsprogram som används i grupper på 4-8 ungdomar under tio till tjugo veckor. Den första delen syftar till att öva och utveckla social samspelsförmåga med hjälp av rollspel i ett strukturerat program. I den andra delen tränas ilskekontroll, där medlemmarna i gruppen gradvis lär sig att identifiera affekter och öva upp sin självkontroll. Den tredje delen av programmet består av diskussioner av moraliska dilemman för att stimulera en mognare moralutveckling. Metoden har utvärderats i USA i ett antal kvasiexperimentella studier.

Andra svårigheter att genomföra behandlingsprogram som Andreassen refererade var att en del studier visade att personalen på en institution hade egna personliga uppfattningar, som de ej var beredda att ge upp för en uppsättning förutbestämda regler. Om ej all personal accepterade ett behandlingsprogram kunde ungdomarna få motstridiga instruktioner, vilket kunde underminera programmets målsättning. Studier hade visat att möjligheterna för programintegritet ökade om detta kunde formuleras utifrån en tydlig behandlingsfilosofi som alla i behandlingsprocessen förstod. Hela personalgruppen borde delta i beslut och avgöranden, dess kompetens skulle utnyttjas. För att någon behandling över huvud taget skulle kunna genomföras måste man skapa en arbetsallians mellan personalen och de unga. En förutsättning var en förtrolig och ömsesidigt respektfull relation som gav trygga förutsättningar att utforska mellanmänskliga problem, enighet om behandlingsmålen och förmåga att samarbeta om uppgifterna för att nå dessa mål. Det optimala för att utveckla en positiv ungdomskultur som

präglades av samarbete och prosocialt beteende på en institution, verkade vara en balans mellan autonomi och kontroll i kombination med en personalgrupp som var överens om behandlingsorientering, metoder och tillämpning gentemot ungdomarna och som i liten utsträckning präglades av konflikter.

6 Författarens slutord

Det finns hittills inga publicerade kontrollerade, experimentella behandlingsstudier gjorda inom social barn och ungdomsvård i Sverige utom en studie, som är gjord inom barn och ungdomspsykiatri i samarbete med socialtjänsten. Några studier av kvasi-experimentell typ finns däremot. En av dessa är en jämförelse mellan två typer av barnvårdsutredningar. Ett par studier av vuxna har jämfört familjehems vårdade med syskon uppvuxna i det biologiska hemmet. Några registerstudier av stora material har gett möjlighet att jämföra olika typer av vård utom hemmet (familjehem, HVB och § 12-hem) med avseende på genomförbarhet och stabilitet. Dessa studier ger generaliserbara kunskaper av den typ som man eftersträvar vid "evidens-basering" av verksamheter. Endast den här typen av studier ger möjlighet att bestämma "best practice".

Övriga utvärderingar är av typ "produktkontroll", dvs. lokala uppföljningar av en viss verksamhet. De kan ge svar på frågan om det studerade projektet når de mål man satt upp. Det är naturligtvis också viktig kvalitetskontroll av en aktivitet. Många studier är kvalitativa. De redovisar hur brukare och professionella upplever en viss verksamhet. Ofta beskrivs också arbetsprocesserna, ibland i relation till måluppfyllelse. Generellt är dock de redovisade studierna små och ofta behäftade med stora bortfall, vilket minskar möjligheten till generalisering. Välgjorda kvalitativa studier kan ge ökad förståelse för arbetsprocesser och förändringsprocesser och ge uppslag till experimentell forskning. Brukarnas upplevelser är också viktiga för att klargöra genomförbarheten av en viss intervention. Om en behandling inte accepteras, går den inte att använda i praktiken, även om den är evidensbaserad. Ett problem är att de verksamheter, som utvärderats, antingen det gjorts som produktkontroll eller kvalitativt, ofta är vagt beskrivna. Det gör det svårt att replikera en studie, något som också är nödvändigt, om man skall kunna generalisera resultaten.

För att utveckla socialtjänstens behandlingsinsatser vore det viktigt att utvärdera de verksamheter som finns i dag i experimentella och kvasiexperimentella studier av större klientgrupper, gärna i multicenter- projekt. Det är också viktigt att pröva väl utvärderade modeller, som redan prövats i andra länder, för att registrera om de

fungerar i Sverige eller behöver modifieras. Den typen av prövningar pågår redan, som tidigare nämnts, av MST, MTFC och Incredible Years.

Referenser

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B. V., Sexton, T. L. (2000) Functional family therapy. In Blueprints for Violence Prevention. Book 3. Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado, Boulder
- Andersson, G. (1984) Små barn på barnhem. Akad. avh. Inst för psykologi, Lunds universitet, Gleerup, Lund.
- Andersson, G. (1988) En uppföljning av barn som skilts från sina föräldrar. Meddelande från socialhögskolan 1988:1. Lunds universitet, Lund.
- Andersson, G. (1991) Socialt arbete med små barn. Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, G. (1992) Stöd och avlastning. Om insatsen kontaktperson/familj. Meddelanden från Socialhögskolan nr 2, Lunds universitet, Lund.
- Andersson, G. (1995) Barn i samhällsvård. Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, G., Aronsson, K., Hessle, S., Hollander, A. & Lundström, T. (1996) Barnet i den sociala barnvården. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), Liber utbildning, Stockholm.
- Andersson, G. (1999) Children in permanent foster care in Sweden. *Child and Family Social Work*, nr 4, sid. 175–186.
- Andersson, G. & Bangura Arvidsson, M. (2001) Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj? En kunskapsöversikt. CUS/Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.
- Andersson, G. (2001) Barns vardagsliv i familjehem. I M Bäck-Wiklund, T. Lundström red. *Barns vardag i det senmoderna samhället*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Andersson, B. & Bjerkmann, A. (1999) Mellan myndighet och familj. FoU-rapport 1999: 27, Stockholm.
- Andreassen, T. (2003) *Institutionsbehandling av ungdomar*. Gothia. Stockholm.

- Angel, B. Ö. (2003) Evidensbaserade programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. Nordisk Sosialt Arbeid nr 2, sid. 66–72.
- Axberg, U., Wirtberg, I., Hansson, K., Broberg, A. Marte Meo and collaboration meetings, the development of a school based intervention – an open trial. Manuskript.
- Bak, M. & Gunnarsson, L. (2000) Familjecentralen: framtidens stöd till föräldrar och barn? Folkhälsoinstitutet nr 14/2000, Stockholm.
- Berglund, G. (2003) Multiproblemfamiljer har blivit multimöjlighetsfamiljer. Socionomen nr 1, sid. 35–37.
- Bergman, K. (2000) Dartington projektet: en försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjevården. Socialstyrelsen Rapport 2000:2, Stockholm.
- Billquist, L. & Johnsson, L. (2004) Inte längre klient? Institutionen för socialt arbete Skriftserien 2004: 2, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Björnsson, K. (1996) Barnutredningar – korta och intensiva. Gotlands vård och omsorg, Gotlands kommun.
- Blueprints for Violence Prevention (2002)
<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/index.html>
- Bucht, S-I. (1997) Frivilliga omhändertaganden av barn. Institutionen för socialt arbete. Rapport nr 40, Umeå universitet, Umeå.
- Bäck, E. (2003) Med barnet i centrum. Landstingsvärlden, nr 20, sid. 16–18.
- Börjesson, B. (2002) Utvärdering av FoU enheter inriktade på individ och familjeomsorg. Socialstyrelsen. 2002-103-13.
- Callermo, P. & Lind, S. (1987) Mellanvårdsformer. Stockholms läns landsting. Omsorgsnämnden. Stockholm.
- Carlsson, B. (1995) Att åtgärda eller behandla. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet Skriftserie 1995:6, Göteborg.
- Carlsson, B. (2003) Så blir det hjälp – om hjälpprocesser i socialt arbete. Akad. avh. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, Göteborg.

- Cederborg, A.-Ch. & Karlsson, Y. (2001) Omhändertagande med barnets perspektiv. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3, sid. 163–179
- Cederström, A. (1990) Fosterbarns anpassning – en relationsproblematik. Akad. avh. Institutionen för pedagogik. Stockholms universitet, Stockholm.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1998) Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *J Consulting Clinical Psychology* Vol 66, nr 4, sid. 624–633
- Claezon, I. (2004) Tvångsomhändertaganden. Mareld, Stockholm.
- Cocoza, M. (2003) Anmälningssplikten som instrument för att identifiera barn som behöver samhällets skydd. Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri Rapport nr 26, Linköpings universitet, Linköping.
- Cunningham, C.E., Brenner, R., Boyle, M. (1995) Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization, cost effectiveness and outcome. *J Child Psychology and Psychiatry*, 36, sid. 1141–1159.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., Borduin, C. M. (2004) Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *J Family Psychology*, vol. 18, nr 3, sid. 411–419.
- Eidenstedt, J., Elf, M., Hjertén, M., Klefbeck, J., Wallmark, J., Wisén, J. (1999) Krismottagningen 10 år senare: om utvecklingen av nätverksmöten, familjerådslag och andra nätverksinterventioner. FoU Södertörn 3:99. Tumba.
- Fisher, P.A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., Reid, J. B. (2000) Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity and foster parent functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, nr 11, sid. 1356–1364.
- Folkhälsoinstitutet. (1996) Insatser för barn till missbrukare. Kartläggning våren 1996. Skrift nr 107:1996, Stockholm.
- Georges, N. (1997) Familjerådslag. C-uppsats, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm.

- Goldstein, A. P., Glick, B., Gibbs, J. C. (1998) *Aggression Replacement Training. A comprehensive intervention for aggressive youth.* Research Press, Champaign, IL, USA
- Gärdsmo Pettersson, E. & Zelme, G. (2000) *Att verka tillsammans: en bok om familjecentraler.* Folkhälsoinstitutet, nr 2000:10. Stockholm.
- Halvorsen, A. (2004) *Evaluering av socialt arbeid – mer enn måling og kontroll.* Nordisk sosialt arbeid nr 4, vol. 24, sid. 356–368.
- Hansson, B. & Knutsson, M. (1998) *Så gick det sen.* Familjehems-enheten, Helsingborgs stad, nov. 1998, Helsingborg.
- Hansson, K., Cederblad, M., Höök, B. (2000) *Funktionell familjeterapi.* Socialvetenskaplig tidskrift, nr 3, sid. 231–243.
- Hansson, K., Olsson, M., Balldin, T., Kristoffersson, R., Schuller, P. (2001) *Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem.* Socionomen, nr 2, sid. 40–44.
- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G., Benderix, Y. (2004) *Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis.* Nordisk Psykologi, 56(4), sid. 304–320.
- Hansson, K., Wirtberg, I., Axberg, U. (2005) *Preventiva insatser vid antisocialt beteende hos barn med hjälp av Marte Meo.* Socionomen, Forsknings supplement nr 17, del 2, nr 1, sid.13–20.
- Hassler, M. & Havbring, L. (2003) *Föräldracirklar.* FoU-rapport 2003:8, Stockholm.
- Hedenbro, M., Wirtberg, I. (2000) *Samspelets kraft. Marte Meo – möjlighet till utveckling.* Liber, Stockholm.
- Hedman, A-B. & Persson, L. (1998) *Att vidareutveckla socialtjänstens arbete med de mest utsatta barnen.* Trygghetsfonden rapport nr 1.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (1998) *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents.* Guilford Press, New York.

- Henggeler, S. W., Cringempeel, W. G., Brondino, M. J., Pickrel, S. G. (2002) Four-year follow up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, no. 7, sid. 868–874.
- Hessle, S. (1997) *Child Welfare and Child Protection. Studies in Social Work*, nr 12, Stockholm University, Stockholm.
- Hessle, S. & Wåhlander, E. (2000) Högriskbarn – livskarriärer och livskvalitet som vuxna. Rapport i socialt arbete nr 97, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm.
- Humlesjö, E. (1997) Barnen och socialtjänsten. 58 barns kontakt med socialtjänsten. FoU 1997:11, Stockholm.
- Hyvönen, U. & Forsgren, N. (2000) Klara: om kvalitet och effektivitet i det sociala arbetet med barnavårdsutredningar – en processutvärdering av ett utvecklingsprojekt. UFFE, skriftserie nr 2, Umeå socialtjänst, Umeå.
- Höjer, I. (2001) Fosterfamiljens inre liv. Akad. avh. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Johansson, S. (2004) Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Johansson, L. & Regné, M. (2003) Ensamma föräldrar och vanliga familjer. Institutionen för socialt arbete, Skriftserien 2003:8, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Jonsson, B. (1990) En gång Skå-pojke... Akad. avh. Rapport i socialt arbete nr 49, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholm.
- Jontén, A., Andrén, L., Lehndal Skansen, A., Sundblad, B. (2004) Familjehuset i Karlstad. *Socionomen*, 2, sid. 42–46.
- Kanter, A. (1993) Behövs det fortfarande barnhem? Västra omsorgsområdet, Stockholms läns landsting, Stockholm.
- Kälvesten, A-L. (1974) 40 fosterfamiljer med Skåbarn. Almqvist & Wiksell, Uppsala.
- The Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse. March 2004. Children´s Hospital, San Diego, Calif, USA. Stencil.

- Lilja, I. (1998) Familjerådslag i Sverige 1995–1997. Vård och omsorg, Svenska Kommunförbundet, Januari, 1998, Stockholm.
- Lilja, I. (2000) Familjerådslag för unga som begått brott. Sektionen för socialtjänst, Svenska Kommunförbundet, April 2000, Stockholm.
- Lindell, CH. (2005) Child Physical Abuse. Medical Dissertations No 879, Linköping universitet, Linköping.
- Lindén, G. (1998) Att bli fosterbarn i tonåren. Akad. avh. Fakulteten för samhällsvetenskap, Lunds universitet, Lund.
- Lindén, K. (2001) Kontakt på kontrakt. FoU Södertörn nr 2001:16, Stockholm.
- Lindstein, T. (1995) Vändpunkten. Att arbeta med barn till alkoholister. Gothia, Stockholm.
- Lindstein, T. (1997) Unga vid Vändpunkten. Gothia, Stockholm.
- Lindstein, T. (2001) Vändpunkten – ur barnens och ungdomarnas perspektiv. Gothia, Stockholm.
- Lodin, J. (2003) Ungdomars väg mot placering i HVB-hem. FoU Norrbotten Rapport nr 7. Luleå.
- Lundborg, B. (2002) Huset som alla vill ha – men vem ska betala? Kommunaktuellt nr 23, 22 augusti, sid. 14-17.
- Länsstyrelsen i Värmlands län (2003) Hem för vård och boende: barn och unga: granskning utförd av de hem för vård och boende i Värmlands län som har Länsstyrelsens tillstånd. Nr 2003:10, Länsstyrelsen, Karlstad.
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003) Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomized evaluations. *Annals, AAPSS* nr 587 May 2003 sid. 84–109
- Malmström, U. (1993) Missbruk och samhällsätgärder i ett flergenerationsperspektiv. Akad. avh. Rapporten i socialt arbete nr 63, Socialhögskolan, Stockholms universitet, Stockholm.
- Marthinsen, E. (2004) ”Evidensbasert” – praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid* nr 4, vol. 24, sid. 290–302.

- Martin, K. (2001) Sammanfattning av forskningsprojektet, "Barns och ungdomars erfarenheter av familjehemsplacering med focus på flytten." Socialtjänstförvaltningen, Stockholm.
- Mattsson, T. (1998) Barnets mening i LVU-processen. Socialvetenskaplig tidskrift nr 1, sid. 45–57.
- McGill, D. E., Mihalic, S. F., Grotzinger, J. K. (1998) Blueprints for Violence Prevention, Book two: Big Brothers Big Sisters of America. Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado, Boulder.
- Moberg-Hovmark, U. & Folker, A-K. (1996) "Hur går det för de barn och ungdomar som familjehemsplacerats genom vår kommun?" Socialtjänsten, Lidköpings kommun, Lidköping.
- Månsson, S-A. (2003) Att förstå sociala insatsers värde. Nordisk socialt arbeid nr 2, sid. 73–80
- Niklasson, L. (2001) Familjecentralen Jorden – ett andra hem. I B. Rasmusson red. Utan oss ingen framtid. Kommentus, Stockholm.
- Nordin, (2003) Permanent eller tillfälliga placeringar. Akad. avh. Rapport i socialt arbete nr 106, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm.
- Ogden, T., Halliday-Boykins C. A. (2004) Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside of the US. Child and Adolescent Mental Health vol. 9, nr 2, sid. 77–83.
- Ogden, T., Forgatch, M., Askeland, E., Bullock, Patterson, G. Large scale dissemination and implementation of the PMTO model: the case of Norway. Manuscript
- Olweus, D., Limber, S., Mihalic, S. F. (1999) Blueprints for Violence Prevention. Book Nine Bullying Prevention Program. Center for the Study and Prevention of Violence, Colorado University, Boulder.
- Oxenstierna, G. (1997) Socialtjänstens förutsättningar för barnavårdsarbete. Akad. avh. Institutionen för socialt arbete. Rapport i socialt arbete nr 83:1997, Stockholms universitet, Stockholm.
- Pettersson, D. (2003) Familjehuset har allt under ett tak. Socionomen, 1, sid. 58–61.

- Pettersson, U. (1999) Samverkan i barnavårdsarbetet: Centrum för samverkan i Flemingsberg: en utvärdering av de första tre åren. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Rasmusson, B., Hyvönen, U., Mellberg, L. (2004) Utvärderingsmöten i BBIC. En studie av barns delaktighet och medbestämmande. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Rasmusson, B. (2004) Barnavårdsutredningar på nya grunder. Meddelanden från Socialhögskolan 2004:1, Lunds universitet, Lund.
- Rinman-Henning, P. (2001) Är barn och ungdomar lika inför lagen? Socionomen, nr 6, sid. 4–6.
- Roman, S. & Uddemar, L. (2003) Var kommer barnen in: tillsyn av HVB för barn och unga. Länsstyrelsen, Jönköpings län, meddelande 2003:8, Länsstyrelsen, Jönköping.
- Ryburn, M. (1995) The Myth of Professional Assessment in Child Welfare Services. Socionomen, nr 3:2 sid. 9–17.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (1997) Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Churchill, Livingstone, Toronto.
- Sallnäs, M. (1995) Att utreda föräldraskap. Socialvetenskaplig tidskrift, 4, sid. 334–349.
- Sallnäs, M. (1999) Institutionsvård för barn och ungdomar. Socialvetenskaplig tidskrift, 2, sid. 123–141.
- Sallnäs, M. (2000) Barnavårdens institutioner. Akad. avh. Rapport i socialt arbete nr 96. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm.
- Sallnäs, M. (2003) Som en familj? Om små privata institutioner för barn och ungdomar. Socionomen, Forskningssupplement, nr 15, 4, sid. 1–16.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B., Kyhle Westermarck, P. (2004) Break-down of teenage placements in Swedish foster and residential care. Child and Family Social Work, 9, sid. 141–152.

- Saunders, B. E., Berliner, L., Hanson, R. F. (Eds.) (2004) *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Silverberg, G., Nilsson, L. (2002) *COPE föräldrautbildning*. Manuskript BUP Malmö.
- Sjöblom, Y. (1999) *Familjerådslag i Botkyrka*. FoU-rapport 1999:2, Stockholm.
- Sjöblom, Y. På väg ut. (2002) *Akad. avh. Rapport i socialt arbete nr 103, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm*.
- Sjöblom, Y. (2002) På väg ut. *Socialmedicinsk tidskrift nr 5, sid. 427–436*.
- SoS-rapport (1998) *Anmälan, utredning, insats: individ- och familjeomsorgens arbete med barn*. SoS-rapport 1998:4, Socialstyrelsen, Stockholm.
- SoS rapport (2004) *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003. Slutrapport, Socialstyrelsen, Stockholm*.
- Soydan, H. & Ulmanen, P. (2003) *Forskning förbättrar praktiken*. CUS, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Stilgård, J. & Tilander, K. (2001) *Utredningslägenheten och barnperspektivet. Utvecklings- och utvärderingscentrum (UUC), Socialförvaltningen, Karlstad*.
- Sundelin Wahlsten, V. (1991) *Utveckling och överlevnad. Akad. avh. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm*.
- Sundell, K., Humlesjö, E., Carlsson, M. (1994) *Att hjälpa sin nästa*. FoU-rapport 1994:15, Stockholm.
- Sundell, K. & Thunell, M. (1997) *Att arbeta som familjehem*. FoU-rapport 1997:4, Stockholm.
- Sundell, K. & Karlsson, U. (1999) *Social barnavård i tio svenska kommuner*. FoU-rapport 1999:26, Stockholm.
- Sundell, K. & Haeggman, U. (1999) *Familjerådslag i Sverige*. FoU-rapport 1999:1, Stockholm.

- Sundell, K. & Egelund, T. (2000) Barnvårdsutredningar, en kunskapsöversikt. CUS och Gothia, Stockholm.
- Sundell, K., Nyman, M., Alvasdotter, A. (2000) Mellanvård för kriminella ungdomar. FoU-rapport 2000:1, Stockholm.
- Sundell, K. (2002) Familjerådslag i Sverige. FoU-rapport 2002:3, Stockholm.
- Sundell, K., Vinnerljung, B., Andrée Löfholm, C., Humlesjö, E. (2004) Socialtjänstens barn. FoU-rapport 2004:4, Stockholm.
- Svedin, C-G. (2000) Sexuella övergrepp mot barn. Behandling – en översikt. Expert rapport, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Svensson, E. (2001) Familjecentralen – det effektiva alternativet? I B. Rasmusson, red. Utan oss ingen framtid. Kommentus, Stockholm.
- Söderholm-Carpelan, K. (1992) Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja. Akad. avh. Rapport i socialt arbete nr 59, Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Söderman, B. (1999) Utredningar i lägenhet gör barnen synliga. Socionomen nr 7, sid. 33–36.
- Tärnfalk, M. (2001) Vem bryr sig? Socionomen, 4, sid. 4–10.
- Varg, N. (2003) Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Vinnerljung, B. (1996) Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt. CUS, Liber, Stockholm.
- Vinnerljung, B. Fosterbarn som vuxna. (1996) Akad. avh. Lund studies in social welfare XIII. Arkiv, Lund.
- Vinnerljung, B. (1998) Fosterbarns skolgång och utbildning. Socialvetenskaplig tidskrift nr 1, sid. 58–80.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., Kyhle Westermark, P. (2001) Sammanbrott vid tonårsplaceringar. CUS, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Vinnerljung, B., Öman, M., Gunnarson, Th. (2004) Återplaceringar av barn i dygnsvård (I): – hur vanligt är det? Socialvetenskaplig tidskrift nr 1, sid. 54–74.

- Vinnerljung, B., Hjern, A., Öman, M. (2004) Återplaceringar av barn i dygnsvård (II): – vad ökar eller minskar risken? Socialvetenskaplig tidskrift nr 2, sid. 150–167.
- Webster-Stratton, C., Mihalic, S, Fagan, A., Arnold, D., Taylor, T., Tingley, C. (2001) Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven: The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series. Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado, Boulder.
- Westlund, P. & Isaksson, S. (2001) Barnavårdsutredning: information, reflektion, mobilisering. Liber, Stockholm.
- Wikgren, S. (1995) Under samma tak: familjecentret i Hagalund. Vård och omsorg. Sveriges kommunförbund, Kommentus, Stockholm.
- Wåhlander, E. (1990) Familjehem – stöd och hjälp. FoU-rapport nr 133, Stockholm.
- Wåhlander, E.(1995) Att allsidigt belysa barns sociala situation: en undersökning av barnavårdsutredningar vid tre socialdistrikt i Stockholm. Rapport i socialt arbete nr 76. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm.
- Wåhlander, E. & Högdin, S. (2003) Familjeliv som yrkesliv. FoU-rapport 2003:2, Nordväst, Stockholm.
- Östberg, F., Wåhlander, E., Milton, P. (2000) Barnavårdsutredningar i sex kommuner. CUS, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Östberg, F. (2000) Barnavårdsutredningar. Stora skillnader beroende på var barnet bor. Socionomen nr 3 sid. 43–47.