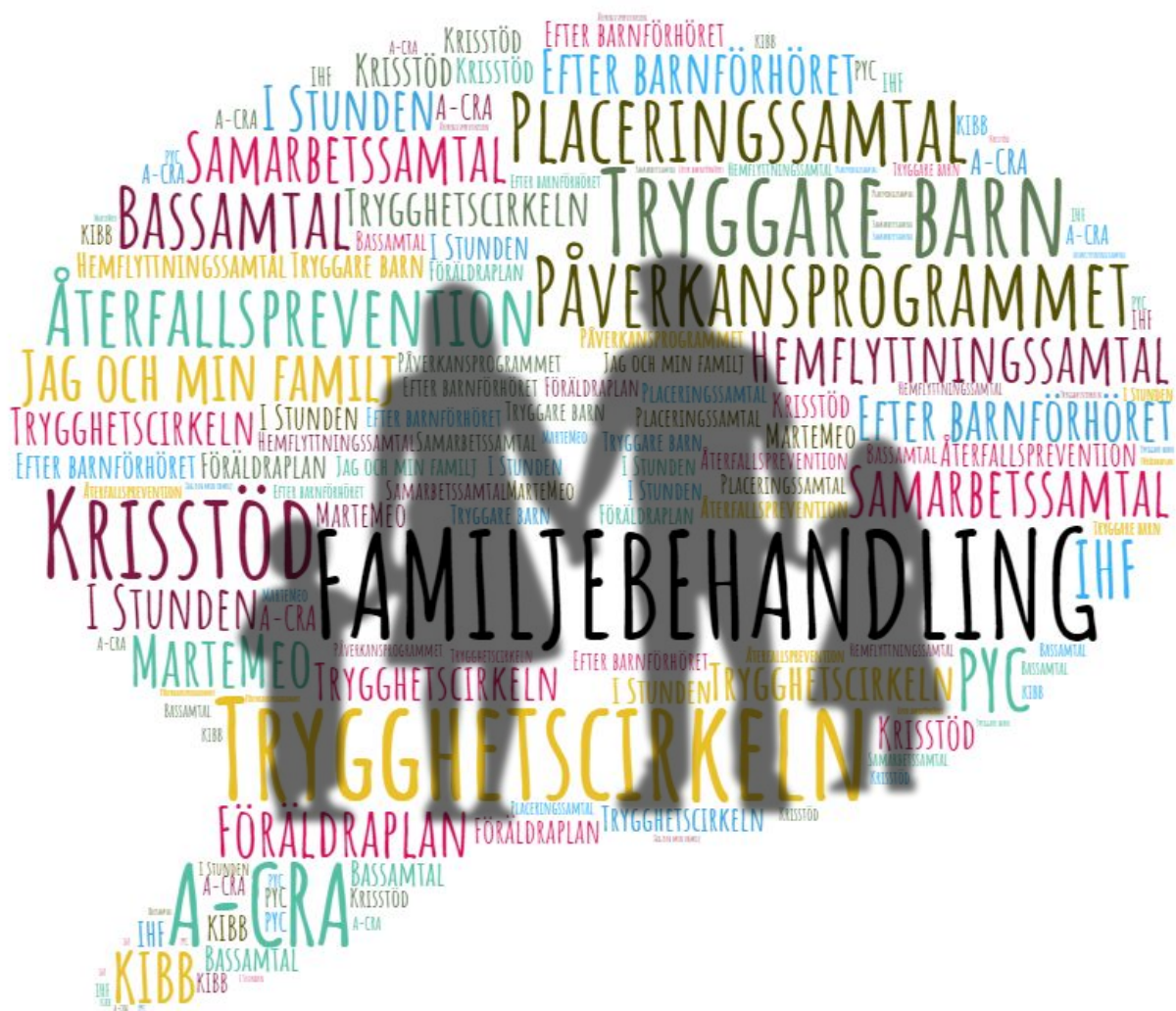


Att öka kunskapen om barnen i öppen vården

- Fortsatt uppföljning av ärenden samt fördjupning i "traditionell familjebehandling"



Karin Tillberg Mattsson, Rickard Mobäck, Jofen Kihlström

Förord

Sedan några år tillbaka bedriver FoU Välfärd tillsammans med kommunerna i länet ett utvecklingsarbete som syftar till att öka kunskapen om barnen i socialtjänstens öppenvård. Vi inledde med att arbeta fram gemensamma definitioner av problemområden, insatser och avslutsorsaker. Därefter började öppenvårdsverksamheterna i sju av länets kommuner att dokumentera några enhetliga uppgifter om sina avslutade ärenden. I takt med att dataunderlaget växt har FoU Välfärd/Samhällsmedicin sammanställt resultat som chefer och familjebehandlare med stort engagemang diskuterat och reflekterat kring vid gemensamma träffar.

Vi vill rikta ett särskilt tack till er ansvariga i varje kommun som fyller i formuläret "SU-X" och till er familjebehandlare som medverkade i fokusgruppintervjuer i Bollnäs och generöst delade med er av era kunskaper, erfarenheter och åsikter.

Ann Lyrberg och Per Åsbrink vid FoU Välfärd samt Pär Grell vid Högskolan i Gävle medverkade som samtalsledare vid fokusgruppintervjuerna och har gett synpunkter på utkast till denna rapport – tack! Tack också till Kaj Gustafsson för dina värdefulla kommentarer och till Maria Eriksson för dina glada tillrop.

Gävle i april 2023

Karin Tillberg Mattsson
FoU Välfärd, Region Gävleborg

Att öka kunskapen om barnen i öppenvården

- Fortsatt uppföljning av ärenden samt fördjupning i ”traditionell familjebehandling”

Tillberg Mattsson Karin – FORSHM – FoU Välfärd

Mobäck Rickard – FORSHM – FoU Välfärd

Kihlström Jofen – FORSHM – FoU Välfärd

INNEHÅLL

Sammanfattning.....	7
1. Inledning	8
1.1 Metod	8
2. Forskningsöversikt: Familjebehandling.....	9
2.1 Kärt barn har många namn.....	9
2.2 Om evidens i arbetet med barn och unga inom socialtjänsten	10
2.2.1 Mätproblemet kring evidens	10
2.2.2 Kultur och validering.....	11
2.3 Den osynliggjorda öppenvårdsinsatsen - Traditionell familjebehandling	11
3. Resultat från uppföljningen av avslutade öppenvårdsärenden	13
3.1 Barnens olika problemområden.....	13
3.1.1 Problemområden uppdelat på kön.....	14
3.2 Barnens insatser	15
3.3 Barnets delaktighet i insatsen	16
3.4 Avslutsorsaker	17
3.4.1 Avslutsorsaker per problemområde.....	17
3.4.2 Avslutsorsaker per kön	19
3.4.3 Avslutsorsaker per bakgrund	19
3.5 I vilken mån har barnen varit aktuella inom öppenvården tidigare?.....	21
4. Vari består den traditionella familjebehandlingen?	22
4.1 Metoden för fokusgruppintervjuerna	22
4.2 Vägledande teorier.....	23
4.3 Dominerande programlogik för behandlingen	23
4.4 Bygga relation och tillit	24
4.5 Använda olika arbetssätt i behandlingen.....	25
4.6 Få klienter att mentalisera, inse att de kan göra andra val och ändra beteende	27
4.7 När den dominerande programlogiken inte fungerar.....	27
4.8 Multimodalt och systemteoretiskt baserat arbetssätt	28
4.9 Vilka manualbaserade metoder inspirerar den traditionella familjebehandlingen?	29
4.10 Använda olika förhållningssätt i behandlingen	29
4.11 Miljöer för behandlingen	31
4.12 Barnets delaktighet i den traditionella familjebehandlingen	33
4.13 Att tillämpa traditionell familjebehandling jämfört med manualbaserade metoder	35
5. Avslutande reflektioner	37
5.1 Traditionell familjebehandling: gemensamma kännetecken och fortsatt fördjupning....	38

Referenser	40
BILAGA 1 – Formulär för systematisk uppföljning SU-X 2022	44
BILAGA 2 – Begreppsdefinitioner i formuläret SU-X	48
BILAGA 3 – Frågeguide fokusgruppintervjuer	50

SAMMANFATTNING

Socialcheferna i Gävleborg har gett FoU Vårdförhållanden i uppdrag att stödja kommunernas systematiska uppföljning av barnen i öppenvården. Denna rapport belyser problemområdena som kännetecknar barnen och familjerna som beviljas öppenvård, insatserna de får samt avslutsorsakerna. En gemensam uppföljning av öppenvårdsärenden i sju av länets tio kommuner ligger till grund för resultatpresentationen. Totalt omfattar dataunderlaget cirka 1400 ärenden som avslutades åren 2020-2022.

Resultaten visar att barnens medianålder var 10 år och att insatserna i regel pågick i fem till sju månader. Brister i fostrar-/föräldraförmåga var det vanligaste problemområdet och angavs oftast i kombination med andra problemområden. Relationsproblem i familjen förekom hos cirka 30 % av barnen medan cirka 25 % hade beviljats öppenvård utifrån sin våldsutsatthet.

Den vanligaste insatsen var traditionell familjebehandling. Manualbaserade metoder som t ex ”Tryggare barn” användes framför allt vid våldsutsatthet och våld i familjen. I 78 % av ärendena var barnet delaktigt i insatsen i någon form. Andelen var högst när barnet fått en kombination av traditionell familjebehandling och manualbaserade metoder (91 %).

Drygt 60 % av ärendena avslutades på grund av att målen med insatsen uppnåts. Andelen ärenden där målen uppnåddes var störst bland de våldsutsatta barnen (75 %). När däremot förälders psykiska ohälsa, ungdomens egen brottslighet eller eget missbruk fanns med i bilden, nåddes målen med insatsen i högst cirka hälften av fallen.

Cirka en tredjedel av barnen hade varit aktuella tidigare inom öppenvården. Andelen återkommande barn var lägre bland dem som var utsatta för våld eller våld i familjen och högre bland barn där förälders missbruk, förälders psykiska ohälsa eller ungdomens eget missbruk fanns med i bilden.

Rapporten belyser även innehållet i den vanligaste insatsen, traditionell familjebehandling. Dataunderlaget utgörs här av fokusgruppintervjuer, baserade på fem case, med ett 30-tal familjebehandlare från nio av länets kommuner. Resultaten visar på några gemensamma beståndsdelar i den traditionella familjebehandlingen. Det handlar om de vägledande teorierna, den dominerande programlogiken och processen för behandlingen bestående av tre faser. Även de centrala behandlingskomponenterna, såsom färdighetsträning i form av problemlösning och känsloreglering, visade det sig finnas en stark konsensus kring. Betoningen på ett nyfikat utforskande förhållningssätt, liksom på ett multimodalt arbetssätt som inkluderar nätverket runt barnet och andra aktörer, var också gemensam.

Däremot framträdde vissa olikheter i synen på och praxis vad gäller val av miljö för behandlingen, såsom hembesök eller öppenvårdens lokaler. Det framkom också vissa skillnader i huruvida de intervjuade familjebehandlarna skulle ha erbjudit barnen i de diskuterade casen att vara delaktiga i insatsen, och i vilka former. I den mån delaktighet för de yngre barnen lyftes, verkade den främst syfta till att observera barnen, informera dem och/eller få en mer nyanserad bild av hur de upplever sin situation. Däremot verkade delaktigheten i mindre grad avse behandlande insatser för barnet självt, exempelvis i form av att det får hjälp att sätta ord på sina upplevelser eller verktyg att hantera konfliktyllta situationer.

1. INLEDNING

FoU Välfärd fick 2018 i uppdrag av socialcheferna i Gävleborg att stödja kommunernas systematiska uppföljning av behovsprövade öppenvårdsinsatser för barn och unga. Det övergripande målet är att öka kunskapen om barnen som beviljas öppenvård, öppenvårdens innehåll, hur barnens situation förändras efter öppenvårdsinsatser och hur insatserna upplevs. I två tidigare rapporter (Tillberg Mattsson, Nordlund & Lindvärn, 2021; Tillberg Mattsson & Mobäck, 2022) beskrivs utvecklingsarbetet och de första resultaten från den gemensamma uppföljningen.

Syftet med denna rapport är tvåfaldigt:

- Att belysa de problemområden som kännetecknar barnen och familjerna som beviljas öppenvård, vilka insatser de får och av vilka orsaker insatserna avslutas
- Att få en fördjupad förståelse av innehållet i den vanligaste insatsen, dvs traditionell familjebehandling

1.1 Metod

Denna rapport bygger på två olika former av datainsamling. Den gemensamma uppföljningen av avslutade öppenvårdsärenden omfattar sju av länets tio kommuner. I ett formulär "SU-X" (se Bilaga 1) registrerar öppenvårdsverksamheterna uppgifter om barnens problem, insatser och avslutsorsaker. Formuläret finns i ett dataprogram från Socialstyrelsen kallat SU-Reg. Varje kommun kan göra aggregerade sammanställningar av sin verksamhets ärenden i programmet. Dessutom kan de "exportera" uppgifterna till FoU Välfärd i krypterad form. Resultatpresentationen i kapitel 3 bygger på bearbetningar av dessa data i Excel samt statistikprogrammet R. Statistisk signifikans har beräknats med Chi-2 test.

Den andra datainsamlingen utgörs av fokusgruppintervjuer som syftade till att få fördjupad kunskap om innehållet i traditionell familjebehandling. I fokusgruppintervjuerna deltog ett 30-tal familjebehandlare från nio av länets tio kommuner. De var indelade i fem grupper och diskuterade hur de skulle ta sig an olika case med hjälp av traditionell familjebehandling. Metoden för fokusgruppintervjuerna beskrivs närmare i kapitel 4.

2. FORSKNINGSOVERSIKT: FAMILJEBEHANDLING

Denna forskningsöversikt gör inte anspråk på att vara uttömmande eller fullt ut systematisk utan har tagits fram för att kortfattat beskriva forskningsläget runt begreppet familjebehandling och möjligheter att uttala sig om evidens.

2.1 Kärt barn har många namn

Det är viktigt att redan inledningsvis skilja på familjebehandling och familjeterapi. Familjebehandling är den form av behandling som bedrivs inom ramarna för socialtjänsten medan familjeterapi utförs av psykologer eller annan specialiserad terapeut. Familjebehandling är inget nytt verktyg i socialtjänstens verktygslåda utan introducerades redan under 1970-talet med starka influenser från Storbritannien och USA (Löwenborg, 2006). Idag används begreppet familjebehandling ofta som ett samlingsbegrepp för olika typer av öppenvårdsinsatser riktade till barn och deras familjer (Östberg, 2015). Familjebehandling grundar sig enligt Hansson (2001) i kommunikations- och systemteori och kan innefatta olika behandlings- och stödformer. Det saknas dock en direkt konsensus kring vad familjebehandling innehåller eller inte innehåller.

I denna översikt kommer den svenska termen *familjebehandling* att användas som ett samlingsbegrepp för de andra begrepp som finns inom forskningsområdet. Det är inte alltid tydligt vad begreppen står för, det är t ex möjligt att se till vilka begrepp som används i internationell forskning. I engelskspråkiga sammanhang kallas familjebehandling bl.a. *intensive in-home therapy*, *home- or family-based services* eller *in-home family therapy* (Woodford, 1999).

Slutsatsen blir att familjebehandling, rent generellt och oavsett term, är en form av paraplydefinition som rymmer mer eller mindre specifika metoder, manualer eller tillvägagångssätt. Vad de har gemensamt är, som bland andra Cortes (2004), Hansson (2001) samt Östberg (2015) påpekar, att påverka relationerna inom en familj i en mer funktionell riktning genom att exempelvis hjälpa föräldrarna att nå nya vägar för att minska stress eller konflikter i hemmet. Berg (1992) beskriver familjebehandling som en specialiserad gren av socialtjänsten där den övergripande tanken är att inte separera behandlingen mellan barn och vuxna utan istället fokusera på familjen som en enhet. Insatserna ska få familjen att uppleva att de har kompetens och kontroll att hantera de problem som de sökt hjälp för (Hansson, 2001). Det råder också konsensus kring att familjebehandling ofta syftar till att motverka att barn skiljs från föräldrar och familjesystem (Cortes, 2004)¹.

I en studie av socialtjänstens öppenvårdsinsatser till barn och unga i Södertörns kommuner² framkom att gränsen mellan förebyggande respektive behandlande insatser, stöd och utbildningar inte var tydlig i det praktiska arbetet (Östberg 2015). Det finns inte heller någon konsensus kring vad som särskiljer ”behandling” från t ex ”stöd” (Socialstyrelsen, 2006; Bergström, Sundell, Olsson, Leander & Åström, 2022; Heimer & Pettersson, 2023), eller kring huruvida fler än en familjemedlem behöver vara involverade i insatsen för att den ska kallas familjebehandling (Sundell, Beelmann, Hansson & von Thiele Schwarz, 2016).

¹ Familjebehandling bygger så gott som alltid på ett systemtänk där även andra personer som står familjen nära kan vara en del i problematiken eller en resurs för familjen.

² Dessa kommuner består av Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje samt Tyresö.

I denna rapport används begreppet ”familjebehandling” för alla slags insatser som syftar till att förbättra barnets situation genom att påverka relationerna inom familjen till det bättre, oavsett hur många familjemedlemmar insatsen riktas mot.

2.2 Om evidens i arbetet med barn och unga inom socialtjänsten

2.2.1 Mätproblemet kring evidens

Att använda manualbaserade metoder ses ofta som en evidensbaserad praktik (Blom & Morén, 2015) och många forskningsstudier av öppenvårdsinsatser har varit inriktade på att påvisa manualbaserade metoders effekt. Samtidigt har studierna endast i liten utsträckning kunnat visa på att dessa har större effekt än sedvanliga insatser, vilka vi i detta sammanhang benämner ”traditionell familjebehandling” (SBU, 2018; SBU, 2020). Att genomföra regelrätta effektstudier inom socialt arbete med väl avgränsade målgrupper, insatser och utfallsmått samt kontrollgrupper är väldigt svårt (Östberg 2015; Hydén, 2008).

Kravet på, eller en uttalad önskan om, att använda evidensprövade metoder kommer kanske främst från krav som ställs på verksamheter inom sjukvården och socialtjänsten (Davies, Nutley & Smith, 2000). Men det finns en mätproblematik inbyggd i evidensbegreppet inom människovårdande organisationer, inte minst på grund av etiska hinder för att fullt ut systematiskt utvärdera insatser.

Utvärderingen av evidens för en metod eller ett program erhålls, ur ett rent vetenskapligt perspektiv, genom att jämföra en insats med ingen insats alls. Denna form av jämförelse skulle kunna kallas absolut men den ställer den etiska aspekten på sin spets – det är inte etiskt försvarbart att neka en grupp av klienter någon insats alls bara för att få en kontrollerad jämförelsegrupp. En sådan utvärdering genom strikt kontrollerad jämförelse mellan en insats och ingen insats alls kallas *efficacy* studie. Alternativet, vilket är den svagare formen av utvärdering, kallas för en *effectiveness* studie. Sådana studier handlar om att jämföra insatsen som ska evidensprövas med en annan insats för att på så sätt t ex kunna jämföra en specifik modell med den ’normala’ eller ’vanliga’ insatsen som klienter vanligtvis erbjuds (Staines, McKendrick, Perlis, Sacks & De Leon, 1999). Evidens kommer i det här sammanhanget därför att bygga på den svagare modellen eftersom det är den som tillämpas i människovårdande organisationer.

Det finns dock ingen annan möjlighet att utveckla verksameters metoder än genom att jämföra en ny insats med den insats som vanligtvis ges. I detta sammanhang är det den ’normala’ eller ’vanliga’ insatsen som benämns *traditionell familjebehandling* eller *treatment as usual (TAU)* som den kallas inom den internationella forskningen. Att använda *treatment as usual* som kontrollgrupp är dock inte okontroversiellt och har debatterats inom forskningen på området (Burns, 2009; Reynolds et al., 2001; Bickman, 2002; Chorpita et al., 2002; Kelley, Nixon & Bickman, 2000; Santa Ana et al., 2008).

För att belysa problemet kan en studie i Storbritannien användas som exempel på när användningen av *treatment as usual* ledde till svårighet att jämföra en manualbaserad insats med denna. Insatsen som skulle utvärderas var införandet av ACT och tanken var att just göra en jämförelse mellan ordinarie insats och den nya insatsen (Santa Ana et al., 2008). Men under studiens gång visade det sig att den *hemmaplanslösning*, som motsvarade traditionell behandling, hela tiden utvecklades och att den bland annat hade inkorporerat influenser från ACT. Jämförelsen blev i realiteten en jämförelse mellan en insats som var renodlad ACT och

en insats med inslag av ACT och som en effekt av detta var det svårt att tolka jämförelsen. Författarna till studier med liknande resultat förklarar det med att ordinarie eller traditionell behandling ständigt utvecklas för att på bästa sätt kunna möta problem och att det ofta innebär att personal influeras av modeller och program inom området. För forskaren är det dock ett problem att *jämförelsegruppen*³ i en experimentell studie förändras under tid och på så sätt inte är densamma vid avslut som vid uppstart (Burns et al., 2002; Clarke et al., 2000; Drake et al., 1998; Killaspy et al., 2006). Evidens är därför som begrepp svårt att påvisa på något säkert sätt, det är en relativ jämförelse.

2.2.2 Kultur och validering

Det finns forskningsöversikter (Löfholm, Brännström, Olsson & Hansson, 2013; Sundell, Beelmann, Hansson & von Thiele Schwarz, 2016) som pekar på att många av de metoder och interventioner som används i Sverige har importerats från andra länder. Forskningen menar också att det finns stöd för att metoder går att anpassa till förhållanden i andra länder men att de ibland inte är framgångsrika i en annan kulturell kontext än den de utarbetades i (Löfholm, Brännström, Olsson & Hansson, 2013). Det finns också stöd för att metoder som arbetats fram där de används kan vara överlägsna importerade metoder på grund av att de är känsliga för den kontext de är skapade att fungera i. Författarnas slutsats är att oavsett var metoden är utvecklad så bör evidensläget beaktas i samband med att en metod börjar användas. Detta för att t ex undvika att metoder som är ineffektiva eller till och med skadliga för klienter inmönstras i verksamheten.

I en översikt av Sundell (Sundell et al., 2016) kring vilka insatser som riktar sig till olika målgrupper av barn och vilka insatser som hade evidens framkom att en majoritet av insatserna inte kunde bedömas utifrån evidenskriterier. Totalt visade inventeringen på 102 olika insatser riktade till barn i familjehem, barn och ungdomar utsatta för våld eller vanvård men som inte var i behov av placering samt ungdomar med kriminalitet. Av dessa inventerade insatser bedömdes 56 vara utvecklade utanför Sverige medan 22 insatser var framtagna i Sverige. Ytterligare 22 insatser bedömdes sakna uppkomstland. Nio av de 102 insatserna hade starkt stöd i forskningen, fem hade stöd i vetenskapliga mått på evidens och femton bedömdes vara lovande utifrån den forskning som fanns tillgänglig. De resterande 73 insatserna kunde inte bedömas utifrån evidenskriterier.

2.3 Den osynliggjorda öppenvårdsinsatsen - Traditionell familjebehandling

Nationella kartläggningar har visat att *samtalsstöd* (Socialstyrelsen, 2006), *ospecificerade stödsamtal* och *ospecificerad familjebehandling/familjeterapi* (SBU, 2020) eller *familjebehandling/föräldrastöd utan särskild manual* (SKR, 2022) hör till de vanligaste öppenvårdsinsatserna. Inom forskningen ligger fokus dock som nämnts oftast på manualbaserade metoder, och de icke-manualbaserade betraktas främst som jämförelseobjekt, ”sedvanlig insats”, snarare än som forskningsobjekt i sig. Som Löfholm, Brännström, Olsson & Hansson (2013) påpekar så klargörs alltför sällan vad denna sedvanliga insats består av med avseende på teoretisk bas, upplägg, behandlingskomponenter, intensitet med mera (se även SBU, 2020).

Varför finns då så lite vetenskaplig kunskap om innehållet i den sedvanliga insatsen som vi här benämner traditionell familjebehandling? Troligen därför att arbetssättet innebär att flexibelt anpassa insatsens upplägg till varje unik individ och familjs behov (Blom & Morén, 2015). Att

³ I detta fall är jämförelsegruppen egentligen jämförelsebehandlingen.

vara flexibel och lyhörd utmanar idén om att en evidensbaserad metod innebär att hålla sig till manualer och på förhand definierade program. Ett flexibelt arbetssätt behöver i sig inte vara dåligt, men försvårar samtidigt jämförelser mellan olika insatser då en konsekvent tillämpning är ett måste för att jämförelsen med andra metoder ska vara meningsfull och möjlig att tolka enligt rådande normer för evidens. Även om denna flexibilitet kan vara en styrka i det praktiska arbetet med familjer så ställer det alltså frågan om evidens på sin spets. Skall enbart resultaten av kvantitativa effektstudier definiera evidens, eller finns här även utrymme för kvalitativ kunskap?

Vi anser att i strävan efter lokal och regional evidens för det praktiska familjebehandlande arbetet är kvalitativ kunskap om innehållet i insatserna viktig. Vi hoppas att resultaten från fokusgruppintervjuer om innehållet i den traditionella familjebehandlingen, som presenteras i kapitel 4, kan bidra till detta.

3. RESULTAT FRÅN UPPFÖLJNINGEN AV AVSLUTADE ÖPPENVÅRDSÄRENDEN

Totalt har de sju kommunernas öppenvård rapporterat in drygt 1 400 avslutade ärenden sedan datainsamlingen påbörjades under 2020 (se Tabell 1).⁴ Kommunerna anslöt sig till projektet vid olika tidpunkter vilket gör att antalet barn inte är jämförbart mellan kommunerna.

Generellt sett är det något vanligare att pojkar får insatser i öppenvården än flickor vilket ligger i linje med att socialtjänsten tar emot fler orosanmälningar som gäller pojkar (Åsbrink, 2022). Det finns dock en skillnad mellan kommunerna. De större kommunerna Sandviken, Söderhamn och Hudiksvall har en jämn könsfördelning bland de avslutade öppenvårdsärendena medan de mindre kommunerna Ljusdal, Ockelbo och Ovanåker har en tydlig överrepresentation av pojkar. Bollnäs har som enda kommun fler flickor än pojkar. I några enstaka fall har ärendena gällt barn med annan eller okänd könsidentitet.

Kommun	Antal barn	Antal flickor	Antal pojkar	Medianålder	Insatsens mediantid (dagar)	Väntetid (dagar i genomsnitt)
Bollnäs	98	52	46	10	212	17
Hudiksvall	338	165	173	11	164	29
Ljusdal	85	36	47	10	286,5	19
Ockelbo	62	20	42	9	221	14,5
Ovanåker	111	47	64	10	145	8
Sandviken	388	191	195	10	168	1
Söderhamn	311	153	158	10	177	20
TOTALT	1393	664	725	10	176	15

Tabell 1: Bakgrundsinformation om avslutade ärenden 2020-2022

Insatsens mediantid skiljer sig åt mellan kommunerna men det är inte klarlagt vad det beror på. Vanligtvis pågår en insats i ungefär fem till sju månader. Längre insattid behöver dock varken vara sämre eller bättre än en kortare insattid. Även om krisstöd⁵ exkluderas så påverkar det inte den inbördes ordningen speciellt mycket förutom att Sandviken då får en något längre insattid. Huruvida krisstödsinsatserna räknas med eller inte påverkar heller inte inbördes ordning vad gäller väntetiden.⁶ Sandviken och Ovanåker sticker ut med kort väntetid medan Hudiksvall har klart längst väntetid oavsett vilket mått som används.

3.1 Barnens olika problemområden

I formuläret SU-X kan verksamheterna ange upp till tre olika problemområden⁷ för varje barn, baserat på informationen i socialsekreterarens uppdrag till öppenvården. Trots att antalet barn i sammanställningarna har ökat med hela 85 procent sedan förra årets rapport (Tillberg Mattsson

⁴ Ett 40-tal ärenden har exkluderats från sammanställningen i de fall det gäller enbart serviceinsatser eller då det saknas viss data.

⁵ Avser krisstöd vid orosanmälan om misstänkt våldsutsatthet, en manualbaserad insats som pågår under kort tid.

⁶ Väntetid avser tiden från att barnet aktualiserades i öppenvården tills insatsen påbörjades.

⁷ Se Bilaga 2 för definitioner av problemområden samt insatser.

& Mobäck, 2022) så är fördelningen mellan de olika problemen densamma (Diagram 1). Brister i fostrar- och föräldraförmåga är klart vanligast och förekommer i regel i kombination med andra problemområden. Relativt få fall rör eget missbruk, egen brottslighet och kriminalitet eller hedersrelaterat våld/förtryck.

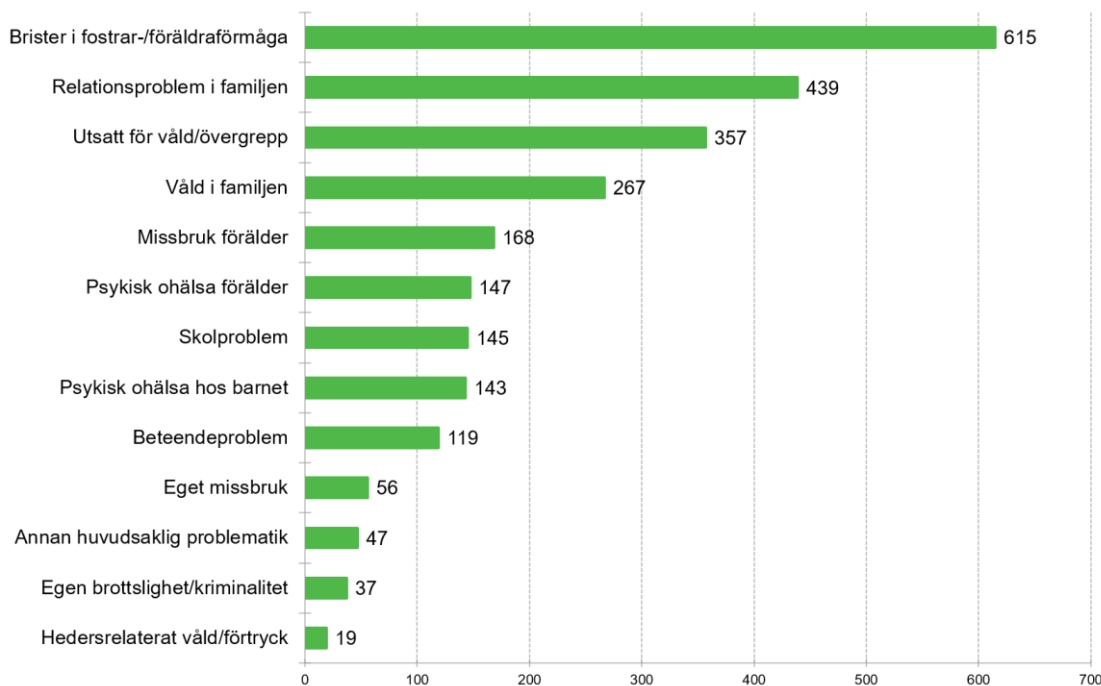


Diagram 1: Förekomst av olika problem hos barnen (Antal problem = 2559, Antal barn = 393)

3.1.1 Problemområden uppdelat på kön

Om det inte förekommer några könsskillnader bör andelen pojkar respektive flickor med ett visst problemområde vara desamma som andelen pojkar och flickor totalt sett, det vill säga 53 respektive 47 procent. Chi² test visar dock att pojkar är överrepresenterade vad det gäller egen brottslighet/kriminalitet, eget missbruk, beteendeproblem samt skolproblem (Diagram 2).

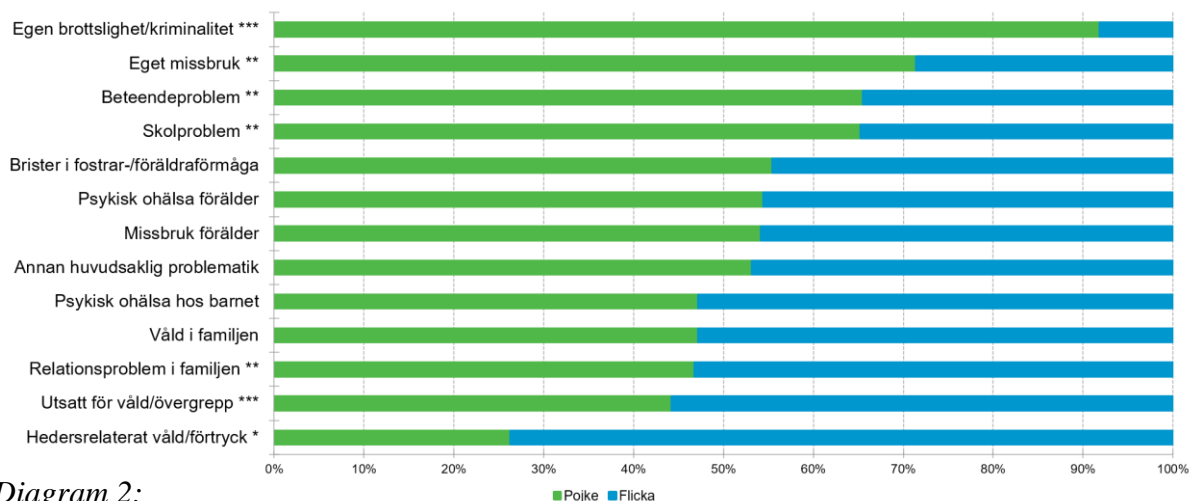


Diagram 2:

Problemområden fördelat på kön och frekvens⁸ (Antal problem = 2520, Antal barn = 1389)

⁸Stjärnor vid problemområdet anger ifall skillnaden mellan könen är statistiskt säkerställd.

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001 signifikansnivå.

Flickorna däremot är överrepresenterade när det kommer till relationsproblem i familjen, utsatthet för våld eller övergrepp samt hedersrelaterat förtryck. I tidigare sammanställningar fanns det indikationer på att flickor även skulle ha varit överrepresenterade vad gäller våld i familjen, men det sambandet är inte längre statistiskt signifikant.

En studie av Diskrimineringsombudsmannen (2021) belyser faktorer som kan påverka socialsekreterares bedömning av flickors respektive pojkars behov av insatser. De intervjuade socialsekreterarna beskrev att flickor ofta hade ett mer introvert beteende medan pojkar var mer utåtagerande. Pojkar fick ofta rollen som problembärare. Samtidigt riskerade den här kategoriseringen att leda till att viss problematik inte utreds och att barnets behov därmed inte blir synligt. Ett introvert beteende kan t ex misstolkas som att det inte finns några problem. Ett ensidigt fokus på en ungdoms utåtagerande beteende kan å andra sidan leda till att dess egen utsatthet förbises. I studien framkom även att pojkarna uppfattades som mindre benägna att berätta om sin problematik jämfört med flickorna. Detta skulle kunna vara en av förklaringarna till flickornas överrepresentation bland barn som angetts vara utsatta för våld i vår uppföljning.

3.2 Barnens insatser

Vad gäller typ av insats har det heller inte skett några större förändringar under 2022 jämfört med perioden 2020-2021. Enbart traditionell familjebehandling står oförändrat för hälften av alla insatser, följt av enbart manualbaserade insatser i en fjärdedel av fallen (Diagram 3). Tredje vanligast är att insatsen består av en mix av traditionell familjebehandling och manualbaserad metod. Ofta rör det sig om traditionell familjebehandling i kombination med krisstöd eller Tryggare barn.⁹

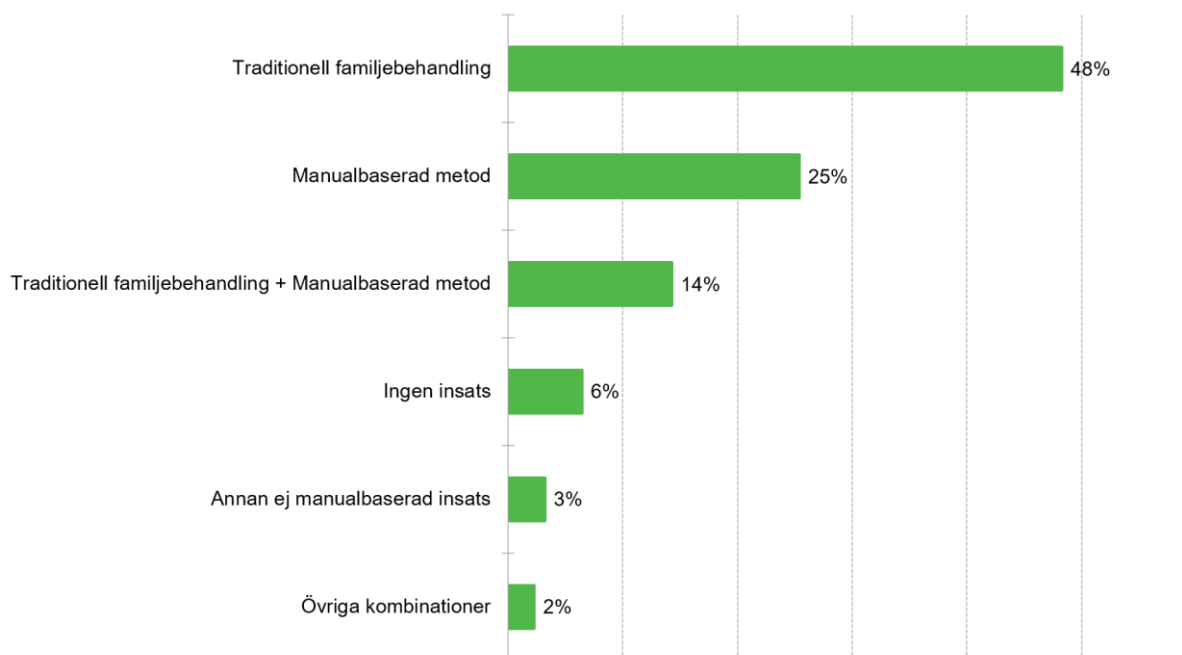


Diagram 3: Typ av insats (n = 1393)

Tryggare barn, krisstöd och Trygghetscirkeln står tillsammans för en klar majoritet av alla insatser då manualbaserade metoder har använts (Diagram 4). Kombinationen krisstöd och

⁹Andelen ärenden där enbart ”Annan ej manualbaserad insats” har använts har halverats jämfört med sammanställningen till och med 2021. Det beror på att många ärenden har exkluderats då det har rört sig om enbart serviceinsatser.

Tryggare barn är det enskilt vanligaste fallet när fler än en manualbaserad metod använts i ett och samma ärende. ”Övriga insatser” består av 35 olika typer av manualbaserade insatser eller kombinationer som har använts färre än fem gånger under mätperioden.

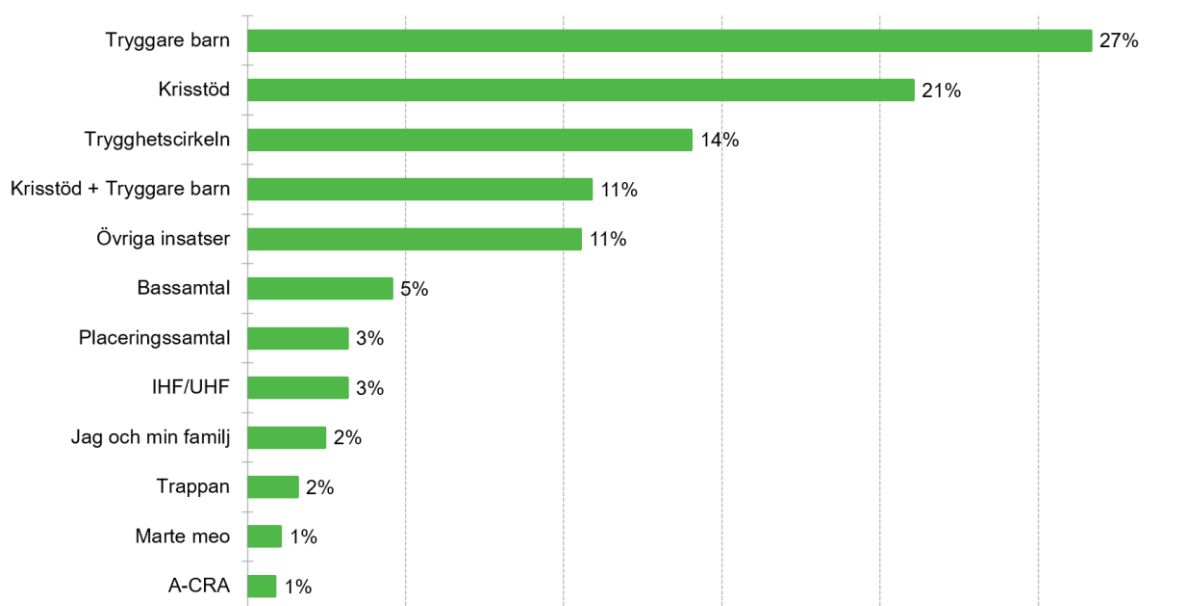


Diagram 4: Typ av manualbaserade metoder som användes (n = 570)

3.3 Barnets delaktighet i insatsen

I en majoritet av ärendena, 78 %, var barnet delaktigt i insatsen i någon form (Diagram 5). Andelen var högst när barnet fått en kombination av traditionell familjebehandling och manualbaserade metoder (91 %) och lägre när barnet fått enbart traditionell familjebehandling (73 %) eller manualbaserade metoder (78 %). (visas ej i diagram)

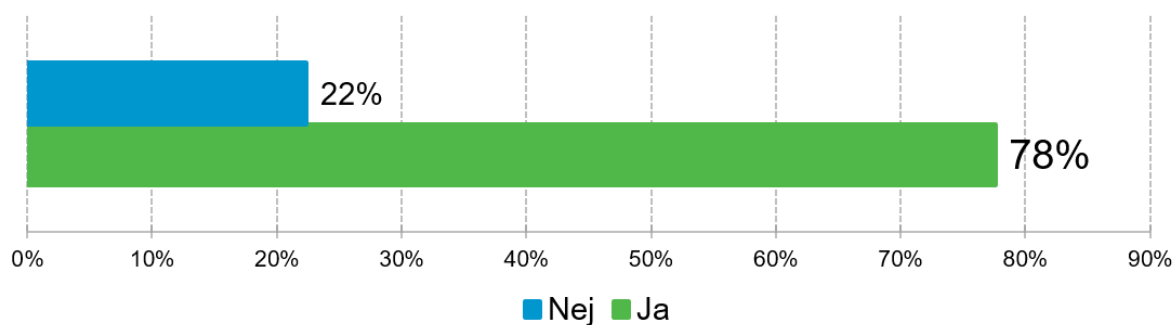


Diagram 5: Frekvens av barns delaktighet i insatsen (n = 613)¹⁰

I fritextkommentarer angavs på vilket sätt barnet varit delaktigt. Det vanligaste var att familjebehandlaren haft enskilda samtal med barnet, eller att barnet både haft enskilda samtal och deltagit i samtal tillsammans med föräldrar. Andra exempel på delaktighet var att barnet observerats vid hembesök, fyllt i frågeformulär om sin situation, deltagit i aktiviteter eller varit med vid skolmöten.

¹⁰ Observera att denna fråga infördes i formuläret från år 2022 och därför finns uppgifterna för ett mindre antal ärenden.

I de ärenden där barnet *inte* var delaktigt handlade det ofta om att barnet bedömdes vara för litet, att förälder inte samtyckte, barnet självt inte ville/var svårt att få kontakt med eller att insatsen enbart var inriktad mot föräldrarna. Det kunde även bero på att en förälder avbröt insatsen snabbt, att barnet hade annan samtalskontakt eller så angavs att det var olämpligt på grund av barnets psykiska mående eller funktionsnedsättning.

3.4 Avslutsorsaker

Drygt 60 % av ärendena avslutades på grund av att målet eller målen med insatsen uppnått helt eller delvis. Den näst vanligaste avslutsorsaken var att insatsen avbrutits av vårdnadshavare, följt av att insatsen inte bedömdes motsvara barnets behov. Detta förtydligades i fritext och kunde handla om att barnet istället behövde placeras eller att t ex BUP, barnhabiliteringen, Familjerätten eller beroendemottagningen tagit över eller att barnet beviljats LSS-insatser utifrån en erhållen diagnos. Ibland var inte familjeteamets behandling till gagn för barnet eftersom föräldrarna inte var motiverade till behandling och/eller behövde annat stöd för egna problem. Ibland behövdes ytterligare utredning kring behov av andra stöd.

Där finns även en kategori ”Andra avslutsorsaker”, som också specificerades i fritext och som oftast handlade om att omständigheterna runt barnet/ungdomen ändrats på något sätt, så att den beviljade insatsen inte längre var relevant. Det vanligaste var att barnet/familjen flyttat från kommunen. Andra skäl var t ex att det skett en vårdnadsöverflyttning, att det uppstått en vårdnadstvist eller att ungdomen blivit frihetsberövad. Den femte och minst vanliga avslutsorsaken var att insatsen avbrutits på barnets initiativ.

3.4.1 Avslutsorsaker per problemområde

Fördelningen på olika avslutsorsaker skiljer sig delvis mellan problemområden (Diagram 6). Andelen ärenden som avslutades med uppfyllda mål var störst bland de våldsutsatta barnen (75 %). När däremot egen brottslighet, förälders psykiska ohälsa eller eget missbruk fanns med i bilden, nåddes målen med insatsen i högst ca hälften av fallen. Detta tyder på att öppenvårdens insatser kan ha svårare att matcha behovsbilderna hos dessa grupper.

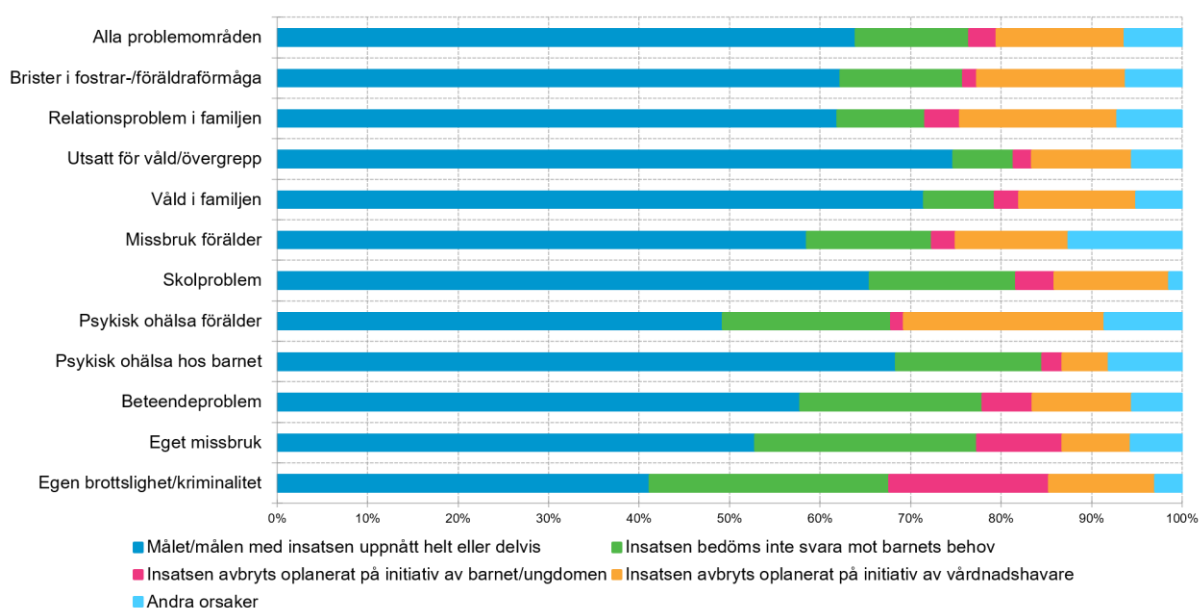


Diagram 6: Avslutsorsak per problemområde, antal problemområden = 2431

Hur kan den relativt höga måluppfyllelsen vid våldsutsatthet tolkas? En tänkbar förklaring är att insatserna faktiskt är relativt framgångsrika. Vid möten med chefer inom öppenvården och familjebehandlare har bilden av en hög måluppfyllelse i dessa ärenden bekräftats. Att snabbt utnyttja ”motivationsfönstret” och presentera kombinationen av krisstöd och Tryggare barn som något som brukar ingå vid orosanmälan angående våld, beskrivs som framgångsrikt. Det finns en överrepresentation av barn med utländsk bakgrund i den här gruppen, och erfarenheten är att många av dessa ”nysvenska” föräldrar är mycket mottagliga för stöd och råd kring uppfostringsmetoder som inte inkluderar våld.

I motsats till KIBB (Kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel) förutsätter inte Tryggare barn att föräldrarna på förhand erkänt våldet och den presenteras som en föräldrautbildning, inte som en behandling (även om den har behandlande inslag). Detta kan också underlätta att motivera till deltagande. Samtidigt är erfarenheten att våldet brukar erkännas efter några gångers deltagande i Tryggare barn.

Tabell 2 visar avslutsorsaker för barn utsatta för våld, våld i familjen och/eller hedersrelaterat förtryck, fördelat på olika typer av insatser. Där bekräftas bilden av att det särskilt är den manualbaserade metoden Tryggare barn som har en hög måluppfyllelse. Vid ärenden där barnen fick enbart traditionell familjebehandling var måluppfyllelsen lägre.

Problemområde: Våldsutsatthet	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall
Traditionell familjebehandling	171	60%	13% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Tryggare barn	128	94%	4% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Traditionell familjebehandling + Övrig manualbaserad metod	51	78%	7% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Traditionell familjebehandling + Tryggare barn	44	82%	14% motsvarar inte barnets behov
Övrig manualbaserad metod	33	70%	24% avbryts på vårdnadsh. initiativ

Tabell 2: Utfall vid förekomst av våld. Utsatthet för våld, våld i familjen samt hedersrelaterat våld/förtryck är inkluderat i denna tabell¹¹

När det gäller Relationsproblem i familjen, utmärker sig däremot inte någon särskild manualbaserad metod, varken genom hög förekomst eller måluppfyllelse (Tabell 3). I en stor majoritet av ärendena har traditionell familjebehandling satts in, där måluppfyllelsen inte skiljer sig mycket från ärenden där manualbaserade metoder (främst Tryggare barn, Trygghetscirkeln och Bassamtal) eller en kombination använts.

¹¹ Skillnaden i andelen som avslutades pga att målen uppfyllts vid Traditionell familjebehandling respektive Tryggare barn är signifikant ($p < 0.001$).

Problemområde: Relationsproblem	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall
Traditionell familjebehandling	278	62%	12% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Traditionell familjebehandling + Manualbaserad metod	80	66%	15% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Manualbaserad metod	49	55%	39% avbryts på vårdnadsh. initiativ

Tabell 3: Utfall vid relationsproblem

3.4.2 Avslutsorsaker per kön

Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att säkerställa att öppenvårdsinsatserna matchar såväl pojkars som flickors behov. Vi har redan beskrivit att det finns vissa könsskillnader i vilka problem som insatserna är riktade mot. Finns det även skillnader i måluppfyllelse mellan insatserna som riktas mot pojkar respektive flickor? Diagram 7 visar att en något högre andel av ärendena avslutades pga att målen uppfyllts i pojkarnas fall. Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant. Medan flickor och pojkar avslutade insatsen på eget initiativ i lika (låg) grad, bedömdes insatsen inte motsvara behoven i något högre grad för pojkarna än flickorna. Möjligen speglar detta att pojkar generellt sett placeras något oftare.

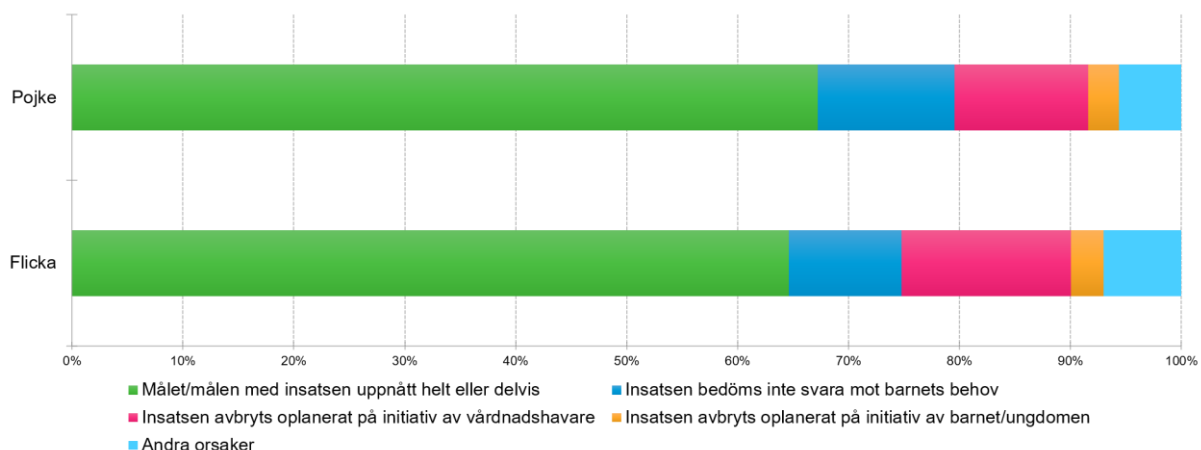


Diagram 7: Avslutsorsaker per kön (n = 1294)

3.4.3 Avslutsorsaker per bakgrund

Ur jämlikhetssynpunkt är det även viktigt att barn med olika bakgrund har tillgång till öppenvårdens insatser på samma villkor. Eftersom barn med utländsk bakgrund generellt sett är en socioekonomiskt mer utsatt grupp än barn med svensk bakgrund, kan vi förvänta oss att de förra är överrepresenterade bland barn som behöver stöd från socialtjänsten. Tidigare forskning (Persdotter & Andersson, 2020; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018) har visat att vårdnadshavare och ungdomar i familjer med utländsk bakgrund tackade nej till frivilliga insatser i betydligt högre utsträckning än familjer med svensk bakgrund.

I vilken grad barnen med utländsk bakgrund är överrepresenterade inom öppenvården, kan ses både som indikator på graden av utsatthet i den målgruppen, men också på i vilken mån socialtjänsten byggt upp ett förtroende och familjen tackat ja till en frivillig insats. Av Diagram 8 framgår att bland barnen totalt sett i befolkningen är andelen med utländsk bakgrund störst i Sandviken med 31 % och lägst i Hudiksvall med 14 %. Störst överrepresentation av barn med utländsk bakgrund inom öppenvården har däremot Ovanåker, där målgruppen utgör 16 % i befolkningen men nästan dubbelt så stor andel inom öppenvården.

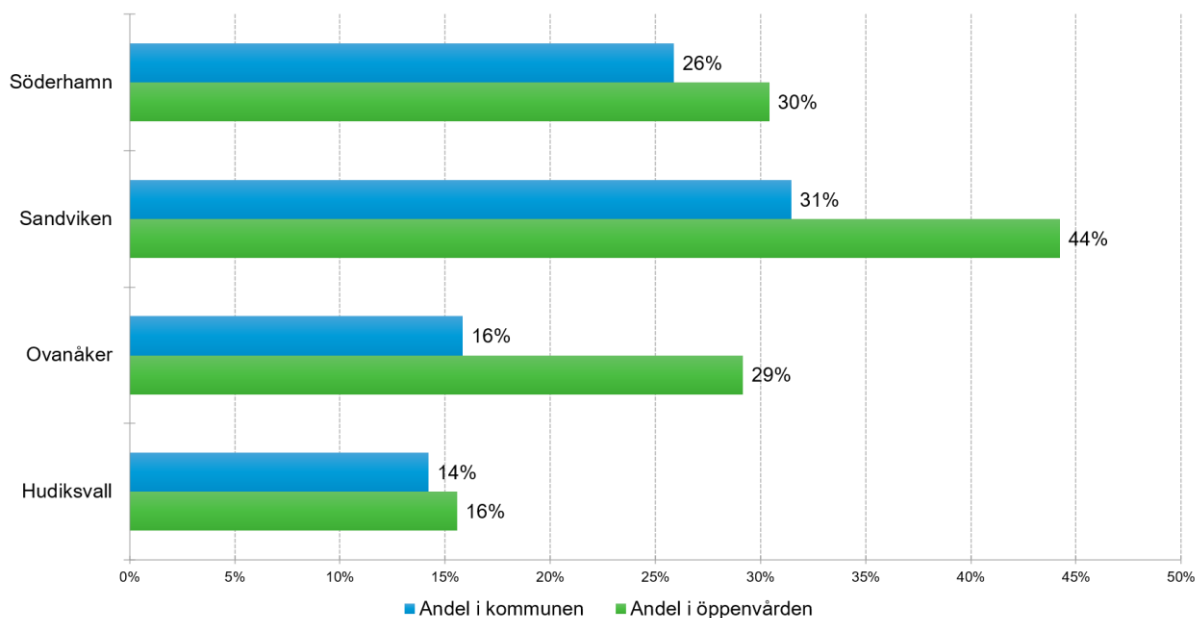


Diagram 8: Andel barn med utländsk bakgrund i öppenvård fördelat på kommun¹²

När vi jämför avslutsorsakerna mellan barn med olika bakgrund, visar det sig att måluppfyllelsen bland barn med utrikes bakgrund var signifikant högre än bland barn med svensk bakgrund (Diagram 9). Andelen ärenden som avbröts av vårdnadshavare var i gengäld signifikant högre bland barn med svensk bakgrund. Även andelen ärenden där insatsen inte bedömdes motsvara barnets behov var större bland dem med svensk bakgrund, men den skillnaden är inte statistiskt signifikant.

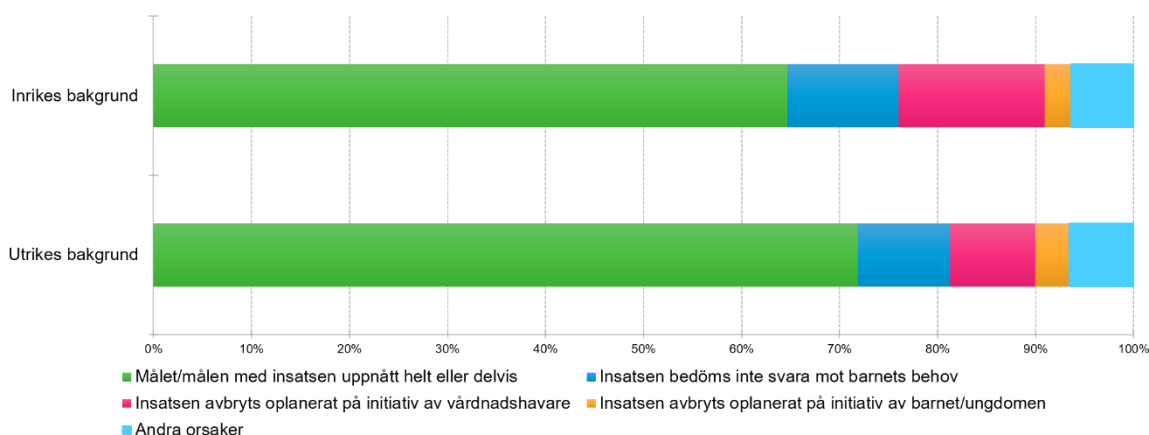


Diagram 9: Avslutsorsak per bakgrund¹³ (n = 1095)

¹² Endast uppgifter för de fyra kommunerna med störst underlag presenteras här.

¹³ Skillnaden i andelen med uppfyllda mål är signifikant ($p < 0.05$) liksom skillnaden i andelen avbrott på initiativ av vårdnadshavare ($p < 0.01$).

Kan våra resultat tolkas som att när en öppenvårdsinsats väl påbörjats, lyckas familjebehandlarna oftast bygga upp ett förtroende som bidrar till att familjerna med utländsk bakgrund fullföljer i hög grad? Kan även fruktan för att barnet kommer att omhändertaras om föräldrarna avbryter ha viss betydelse? Ytterligare en bidragande förklaring till den relativt höga måluppfyllelsen skulle kunna vara att barn med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland dem som utsatts för våld eller våld i familjen och fått krisstöd i kombination med Tryggare barn. Som nämndes tidigare, är erfarenheten från chefer och familjebehandlare att dessa insatser fungerar väl för den målgruppen, där familjerna ofta upplevs vara mottagliga för stöd och råd kring uppfostringsmetoder utan våld.

3.5 I vilken mån har barnen varit aktuella inom öppenvården tidigare?

Cirka två tredjedelar av barnen har inte varit aktuella inom öppenvården tidigare. Det finns också vissa skillnader mellan olika problemområden, där barn som varit utsatta för våld i någon form i mindre utsträckning varit i kontakt med öppenvården tidigare jämfört med barn med andra problemområden (Diagram 10). En orsak skulle kunna vara att de insatser som satts in vid våldsutsatthet i relativt hög grad varit verksamma, vilket även resultaten kring måluppfyllelse antyder. Vid eget missbruk, förälders psykiska ohälsa och förälders missbruk är det däremot en större andel barn som redan varit aktuella en eller flera gånger tidigare. Vid dessa problemområden var även måluppfyllelsen relativt låg, vilket stärker tolkningen att dessa problem är svåra att varaktigt lösa.

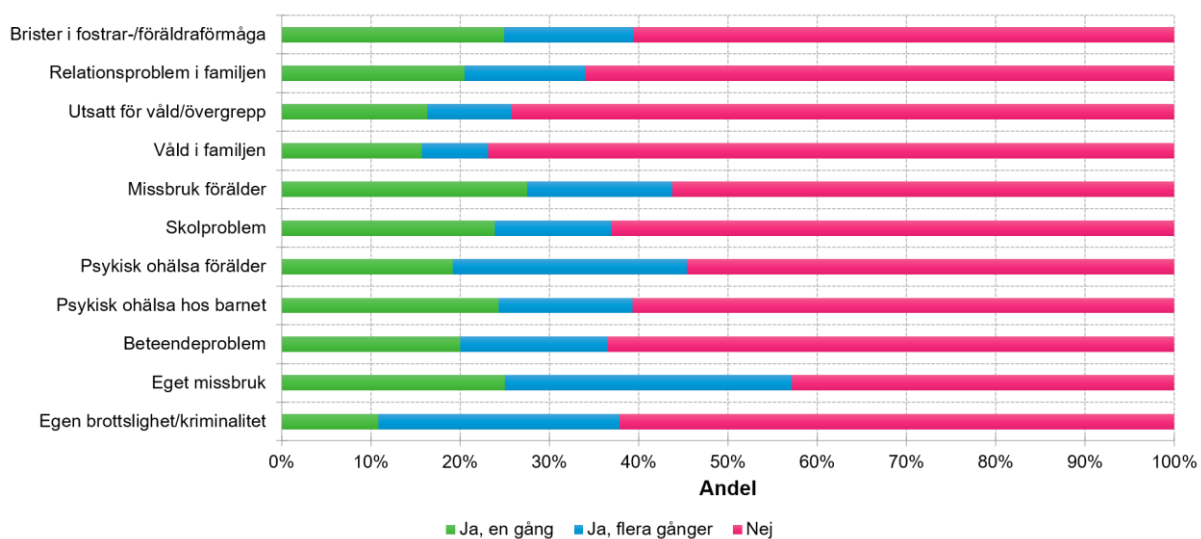


Diagram 10: Barn som tidigare varit aktuella i öppenvården per problemområde (n = 1393)

4. VARI BESTÅR DEN TRADITIONELLA FAMILJEBEHANDLINGEN?

Traditionell familjebehandling är alltså den vanligaste insatsen som barnen och deras familjer får i öppenvården, men vari består den egentligen? Vilka är de teoretiska utgångspunkterna, hur ser upplägget ut, vilka involveras i insatsen och vad är insatsen tänkt att leda till? För att få mer kunskap om detta genomförde vi fokusgruppintervjuer med familjebehandlare.

4.1 Metoden för fokusgruppintervjuerna

Fokusgruppintervjuerna genomfördes vid en länsträff för kommunernas familjebehandlare i Bollnäs den 1 december 2022. Deltagarna delades in i fem grupper med fyra till sex personer samt varsin samtalsledare, där en blandning av deltagare från de nio representerade kommunerna eftersträvades. Intervjuerna var semistrukturerade, dvs samtalsledarna hade en frågeguide (se Bilaga 3) att utgå ifrån, men med möjlighet att ställa fördjupande följdfrågor. Deltagarna informerades om att de i diskussionen skulle utgå från olika case, och berätta hur de skulle ha tagit sig an dessa med hjälp av traditionell familjebehandling. Casen baserades på verkliga men avidentifierade uppdrag från socialsekreterare till öppenvården, rörande ärenden där traditionell familjebehandling använts. Varje deltagare fick information om casen i pappersform, och innan casen diskuterades läste någon i gruppen upp informationen högt. Fokusgruppintervjuerna spelades in och varade i ca två timmar inklusive paus. Under denna tid hann fyra av de fem grupperna diskutera två case var, medan Fokusgrupp nr 5 bara diskuterade ett case.

Fokusgrupp	Case	Problembild
Grupp 2 och 3	Linnea, 2 år	Brister i föräldraförmåga; Förälders missbruk
Grupp 1 och 4	Lisa, 5 år	Relationsproblem i familjen
Grupp 2 och 5	Niklas, 7 år	Utsatt för våld; Beteendeproblem
Grupp 3 och 4	Ludvig, 14 år	Beteendeproblem; Relationsproblem i familjen; Förälders missbruk
Grupp 1	Emilia, 17 år	Utsatt för våld

Tabell 4: Diskuterade avidentifierade case vid fokusgrupper med familjebehandlare

Intervjuerna transkriberades ordagrant. Sammanställningen och analysen av intervjuerna byggde på meningskategorisering (Kvale, 1997). Med utgångspunkt i frågeställningarna om den traditionella familjebehandlingens vägledande teorier och normer, innehåll och upplägg kodades de utskrivna intervjuerna i olika teman, t ex "Miljö för behandlingen". Alla textavsnitt som berörde ett visst tema fördes sedan in under den rubriken och analyserades samlat, varvid nya kategorier bildades, t ex "Hemma" eller "Socialkontoret". Textavsnitten från de fem olika fokusgrupperna gavs olika färger, för att lättare kunna se om ett tema togs upp i fler än en grupp.

Vid fokusgruppintervjuer förutsätter man i regel att om en deltagare lyfter ett tema, en åsikt eller ett exempel så råder konsensus i gruppen om att uttalandet är rimligt/normalt, såvida ingen lyfter några invändningar (Vaughn, Schumm & Sinagub, 1996). I följande presentation redovisas därför inte huruvida en eller flera deltagare i samma grupp tog upp ett visst tema. När det står att "flera" deltagare lyfte ett visst tema, innebär det att temat kom på tal i fler än en fokusgrupp. Deltagarna i fokusgrupperna benämns i presentationen omväxlande "deltagare" och "informanter".

4.2 Vägledande teorier

Vad gör vi när det kommer till behandling? Vi har våra personliga egenskaper och erfarenheter, all vår utbildning, och en teoretisk grund (psykodynamiskt, anknytningsteori, systemiskt) som är vägledande när vi gör en analys av familjens behov. Sen har man arbetsmetoder, som möjliggör att omsätta teorierna i praktik. Och jag vet inte nånting som inte är KBT-baserat av det vi gör. Det handlar om att förändra beteenden.
(Deltagare i fokusgruppintervju)

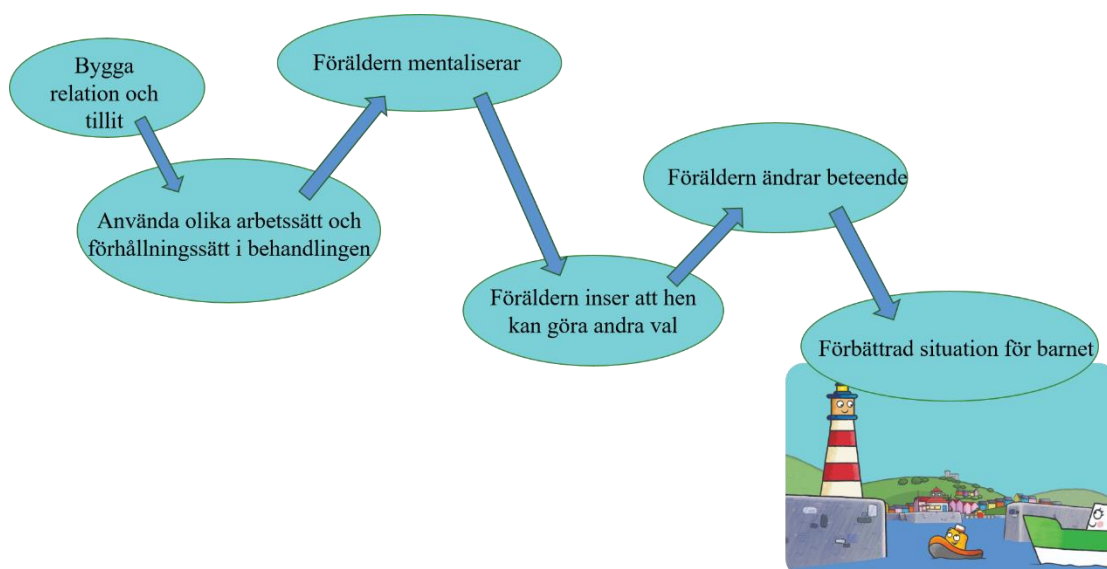
Både utifrån deltagarnas svar på frågan om teoretiska utgångspunkter och utifrån deras beskrivningar av hur de skulle arbeta med familjerna i casen blev det tydligt att det framför allt är teorierna som ligger till grund för kognitiv beteendeterapi (KBT) som är vägledande för den traditionella familjebehandlingen. Enligt *social inlärningsteori* (Kåver, 2016), som utgör basen för KBT, är mänskligt beteende till stora delar inlärt och människans förmåga att lära in och lära om och på så sätt förändra sitt beteende betonas. *Kognitiv teori* (Kåver, 2016) belyser att det är sättet på vilket vi tolkar och tänker om olika situationer och händelser som är avgörande och som påverkar våra känslor, inte situationerna i sig. I KBT är även hantering och reglering av känslor en viktig del (*emotionsteori*).

Även det *systemteoretiska perspektivet*, enligt vilket en familjemedlem påverkas av och påverkar relationerna med andra familjemedlemmar (Hansson, 2001), skildrade deltagarna som centralt. Insatser bör därför inte bara riktas mot en individ, utan involvera nätverket runt denne. Dessutom utgör *anknytningsteorin* en bas utifrån vilken exempelvis strävan att väcka föräldrarnas empatiska förmåga blir viktig (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008), liksom *utvecklingspsykologi* (Hwang & Nilsson, 2019). Slutligen kännetecknas den traditionella familjebehandlingen av ett *salutogent synsätt* (Antonovsky, 1991), där fokus ligger på människans resurser snarare än på riskfaktorer. För behandlingsarbetet innebär det att exempelvis försöka utröna hur de aspekter av individens relationer och beteenden som fungerar väl kan appliceras i fler situationer.

Det finns naturligtvis andra aspekter än de teoretiska utgångspunkterna som kan antas ha betydelse för hur familjebehandlingen utformas, vare sig den är traditionell eller manualstyrd. Som deltagaren i citatet ovan beskriver kan det t ex handla om familjebehandlarnas utbildningar, erfarenhet och personlighet – och tidigare forskning har visat att även arbetsplatsens organisation, rutiner och kultur har betydelse (Grell, Blom & Ahmadi, 2020). Behandlarnas kunskaper om familjens problem och dennes kompetens att bemöta dem är viktig, och sist men inte minst har de olika berörda familjemedlemmarnas mottaglighet stor betydelse, liksom hur relationen till familjebehandlaren utvecklas (Blom & Morén, 2015).

4.3 Dominerande programlogik för behandlingen

För att få en tydligare bild av vad traditionell familjebehandling är kan man även försöka illustrera dess programlogik (Vedung, 2009). Vilka är de viktigaste beståndsdelarna och vad är utförandet av dem tänkt att leda till? Utifrån resultaten från fokusgrupperna har en dominerande programlogik identifierats, som illustreras i Figur 1. Fem beståndsdelar framstår här som centrala för att nå det övergripande syftet med familjebehandlingen, nämligen att förbättra situationen för barnet. Beståndsdelarna kommer att presenteras vartefter.



Figur 1: Den traditionella familjebehandlingens programlogik

4.4 Bygga relation och tillit

Får vi inte nån god relation, så kommer vi aldrig att kunna åstadkomma nåt jobb ihop som innehåller att vi ska kunna göra nån förändring

Deltagarna i fokusgrupperna beskrev att den första beståndsdel, *Bygga relation och tillit*, är en förutsättning för att själva det behandlande arbetet ska kunna komma igång. Detta är något som även Blom och Morén (2015) beskriver. Det handlar om att etablera en relation med barnet och/eller föräldrarna och få dem att känna tilltro till att kontakten med familjebehandlaren är meningsfull. Inte sällan befinner sig familjen i kris och familjebehandlaren försöker då lyssna och lugna krisen. Deltagarna skildrade att ofta brister föräldrarnas tillit till myndigheter utifrån det som de upplevt, t ex att deras barn förhörts på Barnahus utan föräldrarnas kännedom. Familjebehandlaren blir då att bekräfta upplevelserna och klargöra att hen inte är där för att döma eller göra några drastiska åtgärder. Samtidigt behöver hen vara tydlig med vad som gäller kring anmälningsplikt vid oro för barnet.

Vi följer dem lite i den frustration de kanske är i, vilket även gör att vi kanske kan gå emot lite grann senare och få mandat och kunna få dem att tänka på ett annat sätt

Inte sällan är motivationen till att ta emot insatsen låg och då kan mycket tid behöva ägnas åt att inge hopp om att den kommer leda till en förbättring av familjens situation (se även Socialstyrelsen, 2021; Kåver, 2016). Utifrån ett salutogent förhållningssätt bekräftar och ”lyfter” familjebehandlaren även det som verkar fungera väl i familjen, något informanterna menade är viktigt för att motivera föräldrarna att delta i insatsen.

Ytterligare en strategi för att lugna och skapa tilltro handlar om att avdramatisera eller normalisera familjens situation. Familjebehandlaren kan betona att hen träffar många familjer med den här typen av problem och behov och att det finns möjlighet till stöd och hjälp. För att stärka upplevelsen av delaktighet kan föräldrarna och/eller barnet få bestämma vilket av målen

för insatsen som man tillsammans ska börja jobba emot. Slutligen betonade deltagarna vikten av att under den här fasen av alliansskapande få en tydligare bild av familjens problem och behov, grad av motivation, insikt i sin problematik samt hur nätverket runt familjen ser ut.

4.5 Använda olika arbetssätt i behandlingen

Nästa beståndsdel i den traditionella familjebehandlingen utgörs av själva det behandlande arbetet. Informanterna betonade att utforskandet av familjens problem fortsätter – att försöka kartlägga och få förklaringar till beteenden, relationer och situationer som får negativa följder för barnet. Ett case handlade om en tvåårig flicka som levde i en familj med missbruksproblematik och där flickan enligt mamman och grannarna skrek högt och länge. Deltagarna beskrev att i ett sådant fall är det viktigt att försöka komma till kärnan – vem har knutit an riktigt till flickan? Varför skriker hon? Vilka tankar, känslor och handlingar från mammans sida är förknippade med dessa situationer? Kan det t ex handla om att mamman tar sömntabletter, vilket gör henne helt avstängd?

Utforskandet begränsas inte alltid till familjens situation här och nu, utan i fokusgrupperna framkom att familjebehandlaren även kan försöka utröna hur det fungerade när föräldrarna var små. Hur hanterades konflikter i deras barndom? Hur tröstades de? Om det visar sig att det fanns liknande problem då kan det minska skuld- och skamkänslor hos föräldrarna menade deltagarna. Familjebehandlaren skulle då kunna fråga om föräldrarna kan tänka sig att göra på ett annat sätt.

Enligt social inlärningsteori (Kåver, 2016) är det viktigt att börja med att kartlägga vad som fungerar och inte fungerar. I enlighet med denna teori och även utifrån ett salutogent förhållningssätt beskrev deltagarna att familjebehandlaren inte bara utforskar det problematiska, utan försöker också belysa och berömma det som fungerar – “leta undantag”. Vad är det som gör att vissa situationer går bra att hantera? Går det att lära från dessa situationer och kan föräldrarna i så fall applicera de lärdomarna på de problematiska situationerna?

Deltagarna beskrev även att de försöker få föräldrarna att anamma ett utforskande förhållningssätt. Ett case handlade om en sjuårig pojke som bland annat blivit dragen i håret av sin pappa och där pojken hade utåtagerande beteende gentemot föräldrar och syskon. Här kan familjebehandlaren uppmuntra föräldrarna att observera barnet nyfiket och reflektera kring varför han agerar som han gör, istället för att döma honom. Om föräldrarna får förståelse för barnets beteende, är det lättare att sedan hjälpas åt att arbeta med att förbättra situationen, menade deltagarna.

Informanterna skildrade att *situations- och händelseanalyser* är viktiga redskap i den traditionella familjebehandlingen. I motsats till när man följer en manualbaserad metod, innebär den traditionella familjebehandlingen ofta att ta avstamp i händelser som klienterna har i färskt minne när man träffas: “OK, hur kan man förstå det här? Hur skulle ni ha kunnat göra?” En deltagare betonade att man på detta sätt ”...jobbar mer tillsammans. Så det blir inte en utbildning, det är det som är skillnaden då”. Familjebehandlaren kan i diskussionen kring en problematisk situation komma med alternativa förklaringar. Kan t ex flickans skrik bero på att hon är hungrig, inte elak? På liknande sätt kan en analys av när pappan drog sin son i håret kretsa kring: “Vad hände i dig (pappan), vad kände du?” “Hur kan det tänkas ha blivit för barnet?”

Andra exempel på arbetssätt som nämndes är *observation, spegling och rollspel*. I enlighet med hur rollspel är tänkta att användas inom KBT (Kåver, 2016), beskrev deltagarna hur det handlar

om att iscensätta olika situationer. T ex kan familjebehandlaren säga till pappan som dragit sin son i håret: "Du har beskrivit den här situationen. Vi låtsas att du är Niklas nu. Om jag gör mot dig som du beskriver att du har gjort mot honom. Hur känns det då?" Någon deltagare beskrev att familjebehandlaren ibland får "bjuda på sig själv" och spela flera roller, om ingen i familjen vill vara med.

Modellering, i bemärkelsen att familjebehandlaren visar föräldrarna hur de bör agera i sitt föräldraskap genom sitt eget sätt att vara gentemot föräldrarna, nämndes också som en viktig aspekt i arbetet.

Reflekterande team är ett arbetssätt som enligt informanterna kan tillämpas när det handlar om lite äldre barn. Det kan innebära att föräldrar får lyssna på sin tonåring som pratar med sin behandlare. Genom att föräldrarna inte får bemöta det tonåringen säger, förhindras att de blir reaktiva, börjar argumentera och på så sätt återupprepar dysfunktionella kommunikationsmönster.

Flera olika sätt att *visualisera* beskrevs användas som komplement till själva samtalet. Det kan handla om att rita, göra tidslinjer, nätverkskartor, ord- och bildberättelser eller använda dockor för att gestalta olika situationer. Sådana illustrationer blir ett stöd i att tydliggöra vad som fungerar bra, vad som upplevs dåligt och vilka förändringar som behövs. Vid en problematik med stora kommunikationsproblem mellan separerade föräldrar kan familjebehandlaren t ex rita en mur och illustrera hur liten öppningen för kontakten mellan föräldrarna är.

Steget efter analysen av problematiska händelser och/eller situationer handlar om att hjälpa föräldrarna förstå hur de kan förebygga att situationer eskalerar. "Kan ni (föräldrar) se när det börjar hända, så att ni gör något innan?" Kanske kan pappan som dragit sonen i håret (och som själv mår dåligt utifrån stress) försöka signalera när han mår extra dåligt, och ha en plan för hur t ex nätverket kan träda in och avlasta i omsorgen om barnen då? Det kan också handla om att lära sig strategier att behålla lugnet vid konflikter. T ex ge sig själv en time-out, tänka på andningen, eller gå och tvätta ansiktet med kallt vatten.

Informanterna skildrade även att *hemuppgifter*, precis som i KBT (Kåver, 2016), utgör ett viktigt inslag i den traditionella familjebehandlingen. Det handlar om att träna nya beteenden och strategier i vardagen. T ex kan mamman prova att göra något annat än hon hittills gjort när barnet skriker. Vid nästa träff följer man sedan upp: "Tycker du att fick någon reaktion?" För föräldrar till en ungdom med normbrytande beteende skulle hemläxan kunna vara att inte säga något negativt till sitt barn på en vecka.

Ett inslag som det framkom delvis motsägelsefulla uppgifter om är *psykoedukation*. Kåver (2016) beskriver att denna utgör den teoretiska delen i KBT och innefattar att upplysa klienterna om den samlade kunskap som finns om deras problem samt relatera den mer generella kunskapen till klienternas unika situation. Kåver (2016) menar att psykoedukation är viktigt för att få klienterna att förstå vad som behöver göras i behandlingen och därmed öka deras motivation.

Vissa av deltagarna i fokusgrupperna betonade att det vid traditionell familjebehandling, i motsats till manualbaserade metoder, inte ingår inslag av utbildning. Istället fokuseras på konkreta situationer i familjen - hur situationerna kan förstås och förebyggas. Någon framhöll istället att det skiljer sig åt mellan olika familjebehandlare huruvida man, i samtalen med föräldrar, hänvisar till exempelvis forskningsbaserad kunskap om familjens problematik.

Flera av exemplen på arbetssätt som deltagarna lyfte inkluderar dock inslag av psykoedukation. När familjebehandlaren exempelvis möter föräldrar i stark konflikt, kan hen förklara hur affektreglering fungerar, "Så här kyler man ner en konflikt, så här eldar man på en." Det kan även handla om att berätta om anknytningsteori, för att t ex hjälpa föräldrarna förstå varför barnet blir skrämt vid ett visst beteende. I ett case hade mamman haft en partner med missbruk och där nämndes att personal från Beroendecentrum kan bjudas in för att berätta om vad en missbrukande partner kan få för följder för barnet. En av deltagarna skildrade hur man, i behandlingen av föräldrar som har svårt att behärska sig, kan berätta om vad känslor är, varför människor har känslor och vad beteenden är. Föräldrarna behöver inse att "Känslor har vi alla rätt till, men vi får inte göra vad vi vill, när vi känner det."

Ett case handlade om en ungdom med normbrytande beteende, däribland begynnande kriminalitet. Här gavs förslag på att familjebehandlaren samtalar kring vad en kriminell identitet innebär; att "När man börjar bli avtrubbad funkar inte den här inre kompassen." En informant berättade hur hen skulle relatera till denna mer generella kunskap och samtidigt framhålla "Du är bättre än så", som ett led i att motivera ungdomen att förändra sitt beteende.

4.6 Få klienter att mentalisera, inse att de kan göra andra val och ändra beteende

Något som är gemensamt för de olika arbetssätten deltagarna nämnde, är att de syftar till att få klienterna att *mentalisera*, dvs förstå sina egna och andras känslor och beteenden och även börja tänka på ett annat sätt. Ett case handlade om en femårig flicka där de separerade föräldrarna var i stark konflikt. Deltagarna beskrev hur familjebehandlaren här skulle kunna använda exempelvis Tejping¹⁴ och låta flickan med hjälp av dockor åskådliggöra överlämnings-situationerna, för att få föräldrarna att inse hur det känns för flickan då.

Nästa steg, när klienterna börjat mentalisera, handlar om att hjälpa dem förstå att de faktiskt har ett val. Föreställningen om att mänskligt beteende är inlärt och därmed förändringsbart är som nämnts en ledstjärna för ett KBT-baserat arbetssätt. Deltagarna skildrade att föräldrar ofta inledningsvis har svårt att tro att de kan förändra sig, då många tror att "Jag är sån här." Men, som en deltagare påpekade, att exempelvis vara arg är ju bara en kemisk reaktion i hjärnan, det är känslan. Beteendet kan däremot läras om. Familjebehandlarens roll blir att hjälpa föräldrarna att inse detta och att de har makt och kompetens att göra annorlunda. Det handlar också om att få föräldrarna att känna att de blir mer meningsfulla för barnet om de lyckas ändra sitt beteende. När denna insikt kommit finns förutsättningar för att klienterna faktiskt ändrar beteende, något som i sin tur kan testas och tränas genom hemuppgifter såsom skildrats ovan.

4.7 När den dominerande programlogiken inte fungerar

Fungerar då den KBT-baserade metodiken för alla målgrupper som familjebehandlarna möter? Flera av deltagarna lyfte att vissa föräldrar inte är mottagliga för ett reflekterande föräldraskap som innefattar att mentalisera och lära sig en nyfiket utforskande kommunikation. Särskilt tydligt upplevdes detta vara när föräldrarna har någon form av intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen (2021) påpekar i sitt kunskapsstöd kring

¹⁴ [Tejping - Socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tejping/)

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tejping/>

insatser till barn med normbrytande beteende att det är viktigt att förstå vilka beteenden och färdigheter hos barn och/eller deras föräldrar som inte är möjliga att förändra. För dessa målgrupper kan mer visuellt, praktiskt och aktivitetsbaserat stöd behövas.

Deltagarna i fokusgrupperna beskrev hur man måste vara "jättekongret" gentemot t ex föräldrar med autismspektrumsyndrom. Familjebehandlaren kan då öva in saker, först på kontoret; kanske spela upp det om man är två behandlare. Sedan går man hem till familjen, observerar och övar. Ofta använder man sig av bilder och filmer, och modellerar exakt hur t ex en situation där man tröstar ett litet barn kan gå till. Informanterna betonade att det är svårt att arbeta med förändringsuppdrag med svagbegåvade föräldrar, "När vi kliver ur, är det kört." Det upplevs ofta bli en form av modellinlärning där föräldrarna härmar hur familjebehandlaren gör, men sedan inte klarar av att applicera den kunskapen i andra situationer.

Att arbeta enligt en modell där föräldrarna förväntas mentalisera och ändra sitt beteende kan vara svårt även av andra skäl än att någon funktionsnedsättning finns med i bilden. Vissa deltagare skildrade att föräldrar med missbruk som inte genomgått missbruksbehandling för egen del och inte har insikt i sin egen problematik kan ha begränsade möjligheter att reflektera kring sitt föräldraskap och ändra beteende till gagn för barnet. Ibland är det tydligt för både socialsekreterare och familjebehandlare att missbruksproblematiken inte är "pratbar" och då kan familjebehandlaren uppleva att "...vi får lite grann sitta och låtsas-behandla en förälder som faktiskt inte är på banan."

4.8 Multimodalt och systemteoretiskt baserat arbetssätt

En annan viktig aspekt av den traditionella familjebehandlingen som framkom i fokusgrupperna var att i regel involveras fler aktörer än bara barnet och dess föräldrar för att åstadkomma en förbättring av barnets situation. Deltagarna framhöll nätverket runt barnet, såsom mor- och föräldrar, som mycket viktigt. Även aktörer som skolan, BUP, Ungdomsmottagningen och Beroendevården nämndes. Vid flera case som diskuterades framhölls att nätverksmöten skulle vara fruktbara delar i arbetet. Mötena skulle antingen kunna vara "traditionella", med särskilt utbildade nätverksledare, eller ske enligt Signs of Safety – modellen, där socialsekreteraren är sammankallande. Deltagarna framhöll att det ofta är svårt för föräldrar att självmant berätta för sitt nätverk hur illa ställt det är. Nätverksmötet kan bidra till att personer runt familjen som kan och vill hjälpa till får en helhetsbild av behovet samtidigt som stödet faktiskt kommer igång. Möten som inkluderar representanter från t ex skolan kan syfta till att tillsammans få en bredare bild av vad som fungerar väl och vad som är svårt.

Men arbetet med nätverket behöver inte begränsas till formella möten, utan deltagarna skildrade att familjebehandlaren ofta tar på sig rollen av att vara "spindeln i nätet" och försöka mobilisera nätverket genom enskilda kontakter med t ex mormor och farmor. Familjebehandlaren intar även ofta rollen att se till att stöd från andra aktörer faktiskt realiserar. Om t ex en ungdom mår dåligt och behöver komma till hälsocentralen, kan det innebära att "Vi kanske skjutsar, motiverar henne, eller via handläggaren skriver remiss. Vi släpper inte."

Det kan också handla om att t ex hjälpa en pappa som mår dåligt att ta kontakt med psykiatrin, eller motivera en mamma att påbörja missbruksbehandling. Ibland går familjebehandlaren längre än så, och följer med till ett besök hos en annan huvudman för att försöka åstadkomma en bättre samordning av det stödet med familjebehandlingen. Det skulle t ex kunna handla om att vara med vid en mammas besök vid psykiatrin och ifrågasätta "Men hur tänker ni att den här mamman ska orka kliva upp med tvååriga Linnea när ni ger dom här sömntabletterna?"

Familjebehandlaren försöker då föra in barnperspektivet som komplement till hälso- och sjukvårdens fokus på enbart den vuxnes medicinska symptom.

Det här systemiska jobbet slutar ju inte vid familjegränserna, det är ju ibland hela samhället man sitter och jobbar med behandlande

4.9 Vilka manualbaserade metoder inspirerar den traditionella familjebehandlingen?

Det fina med traditionell familjebehandling är ju att jag fyller min egen verktygslåda och plockar med mig

Om det är nån manualbaserad metod som jag inte känner hundra för, då kommer jag att bli sämre. Men jag tar hemskt gärna utbildningen, så jag får med mig verktygen

Som nämnts visar forskning att den traditionella familjebehandlingen ständigt utvecklas och influeras av manualbaserade program och metoder som är aktuella för olika problemområden. Vilka manualbaserade metoder inspirerar enligt fokusgruppdeltagarna den traditionella familjebehandlingen i Gävleborg?

I casen som handlade om yngre barn nämndes Tryggare barn och Trygghetscirkeln som tänkbara inspirationskällor, med betoning på utbildningsinslagen som handlar om hur samspelet mellan föräldrar och barn kan förbättras. Även Marte meo influerar berättade deltagarna: "Marte meo-glasögonen tar man ju inte av sig för att man går in i traditionell familjebehandling." Behandlarna med utbildning i Marte meo är enligt deltagarna så tränade i att observera samspelet, exempelvis turtagningarna, mellan barn och föräldrar att de inte alltid behöver filma situationer för att få användning av metoden.¹⁵

FFT (Funktionell familjeterapi) framhölls som en inspirationskälla vid caset om 14-åringen med normbrytande beteende. I enlighet med den metoden skulle familjebehandlaren t ex fokusera på "Vad är den goda intentionen hos de här föräldrarna egentligen?" och försöka motverka att familjemedlemmarna skuldbelägger varandra. Att få in alla berörda i rummet så att alla hör samma saker, och att försöka framställa föräldrarnas kritik mot en "stökig" ungdom som något positivt, som härrör från omtanken om ungdomen, är andra inslag som familjebehandlaren kan ta med sig från FFT.

En annan manualbaserad metod som nämndes vid caset om en ungdom med normbrytande beteende var RePULSE. Frågorna som ställs där upplevdes vara bra för att få ungdomen att börja prata, liksom verktygen för att lära känna sina triggers och hantera dem.

Vid starka konflikter mellan separerade föräldrar nämndes att metoden Samarbetssamtal kan inspirera. Övriga metoder som nämndes vid relationsproblem i familjen respektive våldsproblematik var Komet och KIBB.

4.10 Använda olika förhållningssätt i behandlingen

Att tillämpa olika arbetssätt, metoder och verktyg är en aspekt av det traditionella familjebehandlande arbetet. En annan aspekt handlar om behandlarens förhållningssätt gentemot klienterna – hur hen "lägger orden", med vilket tonfall och med vilket kroppsspråk.

¹⁵ Filmning är ett inslag när Marte meo används fullt ut.

Det går naturligtvis inte att få en nyanserad bild av förhållningssättet genom enbart intervjuer, men resultaten från fokusgrupperna ger i alla fall en viss inblick i de förhållande normerna. Figur 2 visar olika tänkbara förhållningssätt.



Figur 2: Olika förhållningssätt i den traditionella familjebehandlingen

I fokusgrupperna framkom en stark betoning på det neutralt, nyfiken utforskande förhållningssättet. Deltagarna beskrev att familjebehandlaren inte bara i den första fasen, som handlar om att bygga allians, utan även i det behandlande arbetet ställer många utforskande frågor om familjens situation och enskilda händelser. Detta är också ett led i att försöka få föräldrarna att själva anamma ett nyfiken utforskande förhållningssätt till sin situation. Deltagarna betonade att lösningarna måste komma från föräldrarna, att man som behandlare inte kan "sitta på sin höga häst och säga hur dom ska leva sitt liv", utan att det handlar om att möjliggöra för föräldrarna att ta ansvar och makten över sina egna liv.

Att bekräfta och berömma lyftes, som nämnts, framför allt som en strategi under den alliansbyggande fasen. Men förhållningssättet kan ibland även användas i det behandlande arbetet, som ett led i att hålla motivationen uppe.

Enstaka exempel gavs på ett konkret rådgivande förhållningssätt. Apropå caset med en ungdom med beteendeproblem och begynnande kriminalitet, menade en deltagare att föräldrarna i början av behandlingsarbetet kan uppmanas att "Vi sätter inga regler nu, för det är bara dömt att misslyckas. Backa. Gör bara gott. Han behöver inte förtjäna det. Överraska honom. Hitta goda stunder." Familjebehandlaren kan även tydliggöra för föräldrarna att regler och gränssättningar blir aktuella först när ungdomen fått tillit till föräldrarna. En annan deltagare invände dock att om det rör sig om ungdomar med missbruksproblem (inget sådant case fanns med) så är helt andra råd på sin plats. Då handlar det inte om att bara göra gott eller att inte dra några gränser, utan då uppmanas föräldrarna snarare att "Sök igenom rummet, begränsa honom, ha kontroll."

Huruvida det är lämpligt att ibland använda ett kritiserande/utmanande förhållningssätt visade det sig finnas delade meningar om. Detta är intressant, bland annat utifrån att enligt KBT behöver terapeuten ibland utmana klienten (Kåver, 2016). På liknande sätt lyfts i ett kunskapsstöd från Socialstyrelsen (2021) att *kognitiv omstrukturering*¹⁶ och *effektivt ogillande*¹⁷ är verksamma behandlingskomponenter vid normbrytande beteende. Medan de andra behandlingskomponenterna som listas i kunskapsstödet, såsom färdighetsträning,

¹⁶ Att utmana och ersätta attityder och grundantaganden som stödjer och vidmakthåller ett visst beteende (Socialstyrelsen 2021:22)

¹⁷ 1) omedelbart uttrycka sitt ogillande då någon uppvisar normbrytande beteende/attityder, 2) förklara varför man ogillar det personen gör/säger och 3) föreslå/beskriva ett prosocialt alternativt beteende/tankesätt (Socialstyrelsen 2021:22).

hemuppgifter, positiv förstärkning och rollspel stod oemotsagda när de förespråkades i fokusgrupperna, framkom invändningar mot de exempel på utmanande förhållningssätt som enstaka deltagare lyfte.

Apropå caset med de separerade föräldrarna i konflikt, nämnde en deltagare att hen kan bli lite ”hård” i sådana situationer och kritisera de ursäkter kring den dåliga kommunikationen som föräldrarna framför. ”Där brukar jag säga: ’Nu får ni ta och skärpa er.’” Detta förhållningssätt ifrågasattes av andra i gruppen: ”Blir det nån form av uppläxningssamtal då eller?”

En informant menade att vissa klienter blir tryggare av att hen inte är för mjuk utan rak och tydlig ibland. Hen berättade om ett ärende hen nyligen haft med just föräldrar i stark konflikt. Ena föräldern undvek att svara på den andres sms, vilket gjorde att den andre blev mer upprörd och skickade ännu fler sms. Deltagaren berättade att hen då sagt till föräldern som undvek att svara: ”Du ser inte den där cirkeln, ju mindre du svarar, desto mer tokig blir hen /.../ Om du kan se till att kommunicera direkt, så kommer hen också lugna ner sig.” Enligt informanten hade detta fått föräldern att ”vakna till” och att hen efteråt tyckt det var väldigt bra att familjebehandlaren var så tydlig.

Andra deltagare i fokusgruppen hade dock invändningar mot detta förhållningssätt: ”Det gäller att vi inte är för snabba med att servera hur klienterna ska göra.” De vidhöll att ett nyfiket utforskande förhållningssätt, som syftar till att hjälpa klienten själv komma fram till lösningen, är att föredra då lösningen annars inte blir befast. Att ställa frågor, så att föräldern börjar se själv att det här kommunikationsmönstret inte fungerar, hade enligt dessa deltagare varit lämpligare.

4.11 Miljöer för behandlingen

Det finns idag forskning (Reiter, 2000; McWey, Humphreys & Pazdera, 2011) som pekar på att det finns vinster i att bedriva behandlingsinsatser i hemmet då insatsen sker på familjens arena istället för att familjen möter behandlare på socialkontor. Behandling utanför hemmet kan upplevas som mer ’stel’ (More & Seu, 2011). Forskning pekar också på att barn kan uppleva det som svårare att prata i ett terapirum (Strickland-Clark, Campbell & Dallos, 2000). Det finns visst stöd för att hemmabaserad familjebehandling ger ett positivt utfall eftersom mätningar före och efter insatsen pekade på en betydande skillnad (Reiter, 2000; Yorgason, McWey & Felts 2005).

Men det finns också forskning som indikerar att det kan förekomma svårigheter med att genomföra insatser i hemmet avseende terapeutens eller behandlaren roll (Cortes, 2004). Det kan bland annat vara svårt att skilja på rollen som gäst och professionell i och med att den traditionella behandlingen eller insatsen utmanas av att arbetet sker på hemmabasis. Insatser i hemmet kan också få klienter att känna sig sårbara (McWey, Humphreys & Pazdera, 2011). Därför krävs det mycket mer av en behandlare som arbetar i hemmet än på en arbetsplats då hembaserade insatser ställer högre krav på flexibilitet och förmåga att se nya möjligheter genom behandlingen (Cortes, 2004).

I vilka miljöer beskrev fokusgruppdeltagarna att de skulle ha träffat familjerna i casen? Vid detta tema framkom att deltagarna hade olika erfarenheter, men också olika åsikter kring vilka miljöer som är mest lämpliga att bedriva det familjebehandlande arbetet i.

De miljöer som oftast nämndes var socialkontoret och familjens hem. Men medan vissa informanter betonade att hembesök är självklara inslag vid flera typer av problematik framhöll andra att hembesök bara sker i undantagsfall. Skillnaderna verkade här vara kopplade till

verksamhetens organisation/rutiner, men även till den enskilda familjehandlarens preferenser.

Exempelvis beskrevs det i en liten kommun med enbart två familjehandlare som svårt att praktiskt få till hembesök då det i regel kräver att båda åker tillsammans (dels utifrån att en då kan ägna sig åt barnen och en åt de vuxna, dels utifrån eventuell hotbild). I en annan kommun hade man hittills inte gjort så många hembesök, men planerade nu att börja göra uppstarterna hemma hos familjerna. Vissa deltagare uttryckte att de väljer den miljö där familjen känner sig tryggast medan andra betonade att de behöver träffas på en arena där både familj och behandlare känner sig bekväma och att familjen kan ha önskemål om plats men att behandlaren bestämmer. Någon uttryckte att "Vissa behandlare hos oss är typ bara på kontoret, andra gör nästan bara hembesök."

De fördelar med hembesök som beskrevs var framför allt kopplade till familjer med lite yngre barn. Där det finns brister i fostrarförmågan är det viktigt att observera samspelet mellan barn och föräldrar i hemmiljön. När förälders funktionsnedsättning finns med i bilden, beskrevs övningar i hemmet som viktiga. I exempelvis caset med en sjuåring som dragits i håret av sin pappa, och där sjuåringen hade utåtagerande beteende, uttrycktes att hembesök vore bra utifrån att det är mer avväpnande och informellt än ett besök på socialkontoret dit föräldrarna tar med barnet. Vissa deltagare framhöll även att själva miljön på socialkontoret inte är barnvänlig. Andra lyfte dock att man försökt anpassa de olika rummen där så att de ska upplevas trivsamma av barn respektive ungdomar. En deltagare beskrev att de i hennes verksamhet helst arbetar hemma i familjerna "på deras arena". Däremot är man alltid på kontoret vid uppföljningar tillsammans med socialsekreterare, "För det blir nån annan sorts tyngd i det när vi är hos oss."

Deltagarna som hade en mindre positiv inställning till hembesök uttryckte bland annat att man "förlorar kontrollen över behandlingsrummet och situationen". Oförutsedda saker som blir svåra att hantera inträffar, t ex att någon granne dyker upp hos familjen. En deltagare som ofta gör hembesök såg dock inte detta som något problem utan menade att föräldrarna i sådana lägen får bestämma huruvida det känns OK att köra på ändå eller inte. Ytterligare en informant uttryckte att familjerna ofta vill att behandlaren ska komma hem till dem. Men ibland svarar hen och kollegorna "Det vi ska prata om, det är mycket skönare att sitta i en neutral miljö. Sen lämnar ni det hos oss och åker hem, för vi ska prata om krångliga saker."

Socialkontoret och familjens hem framstår alltså som de vanligaste miljöerna. Men även andra miljöer nämndes som arenor för det familjehandlande arbetet. När det gällde caset med ungdomen med normbrytande beteende beskrevs bilåkning vara ett bra sätt för att försöka få kontakt, samtala och bygga förtroende. Att sitta bredvid varandra och titta ut genom bilfönstret istället för mitt emot varandra är mer avväpnande och ungdomen kan känna sig mindre utsatt. Man kan t ex åka förbi "driven", eller stanna till på ett snabbmatställe eller café. Att gå ut på en hundpromenad i skogen, tillsammans med en förälder med brister i fostrarförmågan, är ett annat exempel på en mer avväpnande form än det traditionella samtalet "ansikte-mot-ansikte" (se även Käver, 2016).

Andra exempel på miljöer där deltagarna beskrev att det familjehandlande arbetet ibland utförs på var lekparker, på bussar eller i affärer. Det handlar då oftast om att observera hur samspelet mellan barn och förälder fungerar i vardagliga situationer. Familjehandlaren kan även besöka barnets skola.

4.12 Barnets delaktighet i den traditionella familjebehandlingen

Enligt den dominerande programlogiken för traditionell familjebehandling förväntas alltså arbetssätten och förhållningssätten leda till att föräldrarna mentaliserar, inser att de kan göra andra val och ändrar beteende, så att situationen för det utsatta barnet förbättras. Vilken roll har då barnet i behandlingen, dvs i vilken mån görs det delaktigt och i vilka former? Som väntat framkom här vissa skillnader kopplade till barnens olika åldrar i de olika casen. Men det fanns även skillnader som snarare verkade vara kopplade till rutiner och arbetssätt hos olika verksamheter och familjebehandlare.

Gemensamt för deltagarna som diskuterade caset med en tvååring, där mamman hade brister i fostrarförmågan, var att de lyfte vikten av att observera samspelet mellan flickan och mamman. Vad gällde caset med den femåriga flickan vars separerade föräldrar var i stark konflikt framhöll vissa deltagare att de inte skulle ha träffat flickan, åtminstone inte i början. ”Det är inte självklart att träffa barnet och etablera någon form av... Vi ska kliva ur sen och det är föräldrarna som ska ha nya verktyg och förmågor.”

Andra sa att de skulle ha träffat barnet, exempelvis inspirerat utifrån modellen i Tryggare barn. Det skulle innebära att träffa barnet innan själva behandlingen börjar, medan den pågår och sedan vid avslut, för att få en bild av om barnet märker någon skillnad i föräldrarnas bemötande. Ett annat förslag var att använda visualisering med hjälp av dockor för att försöka få en bild av hur flickan upplever de olika hem hon bor i samt överlämningsstillfällena mellan föräldrarna i syfte att få föräldrarna att mentalisera hur deras konflikt påverkar flickan. En deltagare nämnde att familjebehandlaren kan berätta för flickan i början att hen kommer att träffa mamman och pappan ”för att dom ska bli ännu bättre föräldrar”. Det är också ett sätt att avlasta flickan.

Även när caset med den sjuårige pojken, som blivit dragen i håret av pappan och som själv hade utåtagerande beteende, diskuterades så hade deltagarna skilda uppfattningar om huruvida pojken skulle involveras. Någon framhöll att familjebehandlaren bara skulle träffa honom om pojken ”verkligen suktade efter det” och motiverade detta bland annat med att det troligen är många andra vuxna som redan pratar med honom. Om t ex barnet har en väldigt god relation med en lärare så kan det vara bättre att familjebehandlaren istället samtalar med läraren kring hur barnets situation förändras under behandlingen av föräldrarna. Ett annat argument för att inte träffa pojken var att familjebehandlaren skulle lita på att socialsekreteraren gjort en tillräckligt bra utredning av föräldraförmågan och att behandlaren inte behöver observera samspelet mellan föräldrarna och pojken. Socialsekreteraren förväntades även ha ett utvärderingssamtal med pojken i slutet av behandlingsarbetet med föräldrarna inför uppföljningen av insatsen.

En annan deltagare menade dock att det kan vara bra att träffa den sjuårige pojken åtminstone en gång, och t ex berätta att ”Vi kommer att träffa mamma och pappa så här... Det här har dom berättat har hänt, och så får ju inte föräldrar göra”. Ett annat förslag som lyftes var att vid hembesök försöka involvera samtliga syskon i en form av familjesamtal. Samtalen skulle kunna syfta till att få en bild av de olika barnens roller i familjen, men också till att komma överens om några få regler för bemötandet familjemedlemmarna emellan. I det här sammanhanget betonade några av deltagarna vikten av att föräldrarna fått tillit till familjebehandlaren så att de gett sitt godkännande till att barnen får prata och berätta fritt om hur de upplever sin situation.

Gemensamt för de olika former av delaktighet som lyftes för de yngre barnen, var att den syftade till att observera barnen, informera dem och/eller få en mer nyanserad bild av hur de upplever sin situation. Den mer nyanserade bilden verkade framför allt vara tänkt att få

föräldrarna att förstå hur deras beteende påverkar barnet och att fungera som ett underlag för att ”mäta” om det blivit någon förbättring av barnets situation på grund av behandlingen av föräldrarna. Den nyanserade bilden verkade däremot inte vara tänkt som underlag för behandlande insatser till barnet självt, exempelvis i form av att det får hjälp att sätta ord på sina upplevelser eller verktyg att hantera konfliktyllda situationer. I caset med den sjuårige pojken som blivit dragen i håret av pappan fanns även information i uppdraget om att pappan var deltidssjukskriven utifrån sin ork och stress. Medan vikten av att höra med pappan om hur han mår och vad han behöver för att må lite bättre lyftes i en av fokusgrupperna så nämnde ingen av deltagarna att familjebehandlaren borde fråga den sjuårige pojken om detta.

Två av casen som diskuterades handlade om äldre barn. Ett av dem, som bara diskuterades i en av fokusgrupperna, rörde en 17-årig flicka som vuxit upp med en pappa som utövat olika typer av psykiskt våld, kontroll och kränkningar mot henne. Nu hade pappan flyttat och mamman hade enskild vårdnad. Insatsen syftade enligt uppdraget från socialsekreteraren till att ge flickan ökad kunskap om våld i nära relation och möjlighet att sätta ord på sina upplevelser, känslor och tankar kring det hon varit utsatt för. Träffarna skulle enligt uppdraget i första hand ske med flickan men även med mamman vid behov.

Deltagarna hade mycket synpunkter på innehållet i uppdraget. Framför allt var de kritiska till att mammans delaktighet var så nedtonad. De menade att mamman skulle behöva involveras i hög grad i insatsen, då det är hon som ska finnas till hands och stödja flickan efteråt, så att flickan mår bättre. För att underlätta detta skulle relationen mellan flickan och mamman behöva utforskas, liksom hur mammans föräldraförmåga varit.

Att stödja klienten i att benämna känslor är ett vanligt arbetssätt inom KBT, då det har lugnande effekt och lindrar ångest (Kåver, 2016). Deltagarna i fokusgruppen betonade dock att det inte alls är säkert att våldet är ”pratbart” för den 17-åriga flickan, och att det är viktigt att familjebehandlaren har taktkänsla och lyssnar in om flickan verkligen vill prata om detta eller kanske hellre vill börja med något annat, exempelvis bekymmer i skolan. Det behöver vara begripligt för flickan varför ett av målen för insatsen är att ge henne stöd i att sätta ord på upplevelserna och en relation måste ha etablerats innan hon kan förväntas prata om detta.

Vilken grej vi lägger på henne. Vem har bestämt att hon ska vara den som ska prata om det som är... kan vara tungt att prata om /.../att berätta det värstaste för någon helt random som kommer /.../vi kan skicka henne tillbaka till trauma.

En deltagare framhöll dock ett annat perspektiv och menade att hens erfarenhet är att ”tjejer i 17-årsålderna brukar vilja prata mycket”.

Givet dessa förbehåll nämndes ändå några arbetssätt, såsom att gå igenom våldsbegreppen, våldsspiralen och att göra en livslinje tillsammans med flickan, som ett led i att öka hennes kunskaper och medvetenhet om våldets mekanismer och ge henne verktyg att förhålla sig till sina upplevelser.

Det femte och sista caset handlade om en 14-årig pojke med normbrytande beteende där pappan tidigare varit våldsam och haft missbruksproblem. Båda grupper som diskuterade detta case betonade vikten av att bygga relation, förtroende och tillit både mellan familjebehandlaren och pojken och mellan pojken och hans föräldrar, särskilt pappan. Målen i uppdraget, som handlade om att te x ge föräldrarna strategier för gränssättning, behöver enligt deltagarna komma i andra hand. ”Han vill veta att hans föräldrar älskar honom och kommer att finnas där. Det är ju liksom

det primära.” Familjebehandlaren skulle därför försöka ta reda på vad pojken tycker han behöver från sina föräldrar. Deltagarna betonade att föräldrarna ”ska göra det största förändringsjobbet” så att pojken vinner tillit till dem.

Familjebehandlaren kan t ex prata med pojken enskilt, få fram hans upplevelser och känslor, och sedan tillsammans med pojken träffa pappan och hjälpa sonen sätta ord på dem. Först därefter kan det bli relevant att börja diskutera gränssättning och regler. En annan variant av arbetssätt som nämndes är att man är två familjebehandlare, där en har kontakt med pojken och en med föräldrarna. ”Sen sätter vi oss ihop och pratar. Vad har han för känslor i sig; sortera dem, sätta ord på dem, bekräfta dem. Hur hanterar du det? Vad har du för strategier då?”

Fokus låg alltså huvudsakligen på att få föräldrarna att ändra beteende även i diskussionen kring detta case, men där lyftes också inslag som syftade till att få ungdomen att mentalisera. Familjebehandlaren kan t ex försöka få ungdomen att mentalisera hur det känns för mamman att leva i ett hem där hon är rädd för sitt barn (sonen hade slagit henne) och även att mentalisera att det är ”ganska skönt” att ha föräldrar som bryr sig om en genom att t ex sätta upp regler för när man ska vara hemma.

De teoretiska utgångspunkterna och föreslagna arbetssätten kopplade till detta case verkar delvis överensstämma med dem som rekommenderas i Socialstyrelsens kunskapsstöd (Socialstyrelsen, 2021) om insatser till ungdomar med normbrytande beteende. För barn 12-17 år förordas där strukturerad familjebehandling (Socialstyrelsen, 2021), som utgår från ett socialekologiskt perspektiv¹⁸ och tillämpar beteendeterapeutiska principer och färdighetsträning. Att involvera familjemedlemmar och andra viktiga personer runt ungdomen betonas, liksom vikten av att stärka föräldrarnas förmågor och beteenden. Det nationella kunskapsstödet rekommenderar också strukturerad, individuell KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för samma målgrupp. Även om vissa inslag av att stödja ungdomen i att mentalisera nämndes i fokusgrupperna, hade de föreslagna arbetssätten överlag mindre betoning på denna form av träning riktad direkt mot ungdomen. Exempelvis lyftes inga förslag på att ge ungdomen hemuppgifter eller använda beteendekontrakt¹⁹.

4.13 Att tillämpa traditionell familjebehandling jämfört med manualbaserade metoder

Jag känner mig fri, mot om jag ska köra manual

Under delar av fokusgruppintervjuerna lämnade deltagarna diskussionen om hur de skulle ha arbetat i enskilda case och resonerade snarare kring traditionell familjebehandling generellt, jämfört med manualbaserade metoder. Flera framhöll fördelarna med den traditionella familjebehandlingens flexibilitet som de menade ökar möjligheterna att vara lyhörd och kontinuerligt justera upplägget utifrån familjens behov. ”Ah, där tog dom emot. Ja men då gör jag mer av det.” Exempelvis kan man först efter att ha känt in familjens behov bestämma upplägget, såsom att föräldrarna först träffas separat och sedan tillsammans. Hade man arbetat

¹⁸ Ett sätt att förstå samspelet mellan risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer och i olika sammanhang (Socialstyrelsen 2021). Som en konsekvens av det socialekologiska synsättet behöver behandlingen riktas mot fler än en riskfaktor, dvs det behövs ett multimodalt arbetssätt.

¹⁹ Behandlaren och ungdomen kommer överens om sina åtaganden samt privilegier /sanktioner kopplade till huruvida kontraktet följs (Socialstyrelsen 2021).

efter en manual hade upplägget varit styrt från början. Likaså upplevdes valet av plats för behandlingen vara mer flexibelt än vid manualbaserade metoder.

I intervjuerna framkom att den traditionella familjebehandlingen ofta kännetecknas av en gemensam struktur bestående av tre faser. *Inledningsfasen* handlar om att bygga relation och tillit, i *behandlingsfasen* ska beteendeförändringarna ske och i *avslutningsfasen* fasas insatsen ut och fokus ligger på att säkerställa att familjen klarar sig själv nu. Insatsens frekvens och längd uppgavs variera, beroende på familjens problem och hur behandlingsprocessen utvecklas. Men generellt verkar modellen ”mycket, mellan, sällan” ofta råda, dvs tätare kontakter i början och glesare mot slutet av insatsen. Vid traditionell familjebehandling kan man alltså, i motsats till en manualbaserad metod, sällan på förhand säga hur många träffar insatsen kommer att bestå i och hur länge den kommer pågå. Detta lyftes inte som något odelat positivt, utan deltagarna framhöll att medan vissa familjer uppskattar att få träffa familjebehandlare och inte behöver känna till det exakta upplägget från början, vill andra veta ”När är vi klar med er?”

Deltagarna resonerade också kring att den enskilda familjebehandlarens trygghet med och tro på den valda metoden har stor betydelse för hur väl den fungerar. Familjebehandlaren integrerar olika behandlingskomponenter i arbetet utifrån sin erfarenhet, och om hen är trygg med arbetssättet kommer föräldrarna också att bli mer trygga.

Den effektivaste behandlingsmetoden är den som behandlaren tror på. Då kan jag få klienten att tro att det kommer att göra nytta, och då kommer det att göra nytta

I en fokusgrupp lyftes vikten av en god matchning mellan barnets/familjens problem och familjebehandlarens kompetens. Denna matchning beskrevs som särskilt viktig vid traditionell familjebehandling där behandlaren självständigt behöver ”snickra ihop” ett upplägg istället för att följa en på förhand given manual. I samma grupp framhölls vikten av att den traditionella familjebehandlingens upplägg har tydlig koppling till evidens, ”så att det inte blir tyckologier”. Finns inte denna koppling, finns en fara att det flexibla upplägget ger utrymme att ”jobba med saker som kanske inte ens fungerar”. En deltagare menade att manualerna väl just kommit till för att behandlarna ska veta varför de gör det de gör. Hen beskrev att det inom arbetsgruppen skett en utveckling mot mer reflektion kring evidens och teoretisk koppling, jämfört med när hen började arbeta där. Då rådde snarare normen ”Nej, men använd sunt förnuft, ut och jobba bara. Ni är själv föräldrar.”

5. AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Resultaten som presenterats i den här rapporten bygger på ett långsiktigt utvecklingsarbete i kommunerna i Gävleborg. Med hjälp av individbaserad systematisk uppföljning av barnen i öppenvården fördjupas kunskapen om familjernas problem, insatser och huruvida målen med insatserna uppfylls.

För de flesta öppenvårdsinsatser som riktas mot utsatta barn i socialtjänsten finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om insatsen har effekt (SBU 2018). I brist på forskningsbaserad kunskap har under senare tid lokal systematisk uppföljning allt mer framhållits som en viktig kunskapskälla för att bidra till beprövad erfarenhet och en evidensbaserad praktik (SOU 2020:47, Hjelte, 2017; Hassan & von Thiele Schwarz, 2017). En sådan uppföljning förutsätter dock att målgrupper och insatser definieras och dokumenteras på ett enhetligt sätt (Östberg, 2015).

Utvecklingsarbetet i Gävleborgs län har medfört en ökad samsyn bland öppenvårdsverksamheterna kring definitionen av problemområden och insatser. Processen kan därmed sägas ha bidragit till ett ”gemensamt språk”. Detta underlättar i sin tur för chefer och familjebehandlare att vid kommunövergripande träffar reflektera kring skillnader i verksamheternas resultat och vilka olikheter i arbetssätt som kan ligga bakom dessa. På så sätt kan resultaten bli ett värdefullt underlag för verksamhetsutveckling.

Den individbaserade uppföljningen har även gett kunskap om vilka gemensamma utmaningar kommunernas öppenvård har. Resultaten visar exempelvis att vid förälders psykiska ohälsa, förälders missbruk och eget missbruk hos ungdomen är måluppfyllelsen förhållandevis låg och andelen återkommande ärenden hög. Detta tyder på att insatserna till dessa målgrupper kan behöva utvecklas för att bättre matcha behoven.

Resultaten har också tydliggjort att frågan om bästa möjliga matchning mellan familjernas problem och insatser är komplex och att inga enkla svar finns. Exempelvis är måluppfyllelsen betydligt högre när enbart insatsen ”Tryggare barn” getts till våldsutsatta barn, jämfört med när andra manualbaserade metoder eller traditionell familjebehandling använts för samma målgrupp. Detta kan tolkas som att Tryggare barn är en överlägsen metod, men det skulle också kunna spegla att graden av och/eller formen av våldsutsatthet hos barnen som får den insatsen skiljer sig från dem som får andra insatser. För att kunna dra säkra slutsatser om vilken metod som är lämpligast krävs mer nyanserade data, t ex upprepade mätningar med bedömningsinstrument. Sådana omfattande uppgifter kan å andra sidan inte ingå i den form av grundläggande uppföljning av samtliga ärenden som det handlar om här, utan kräver avgränsade fördjupningsstudier.

Den gemensamma uppföljningen har därutöver visat att manualbaserade metoder inte självklart leder till högre måluppfyllelse än traditionell familjebehandling. Medan insatsen ”Tryggare barn” utmärker sig med hög måluppfyllelse vid våldsutsatthet, finns inga statistiskt signifikanta skillnader i måluppfyllelse mellan manualbaserade metoder, traditionell familjebehandling eller en kombination av dessa i ärenden med Relationsproblem i familjen. Däremot framkom att vårdnadshavare i högre grad avbryter när enbart manualbaserade metoder använts för denna målgrupp.

Ett utvecklingsområde framåt är att fördjupa kunskapen om hur barnen och deras föräldrar upplever insatsen. Det kan ske via olika former av brukaruppföljningar. En särskilt stor

utmaning blir att fånga barnets röst även i de fall där deras föräldrar eller de själva oplanerat avbryter insatsen.

5.1 Traditionell familjebehandling: gemensamma kännetecken och fortsatt fördjupning

När det gäller öppenvårdsinsatser till barn och unga ligger fokus i såväl forskning som myndighetsrapporter oftast på manualbaserade metoder. Att det finns en sådan mångfald av namngivna metoder²⁰ bidrar troligen till en bild av att dessa används i större utsträckning än vad som faktiskt är fallet. Resultaten från vår uppföljning visar att manualbaserade metoder används i en minoritet av ärendena i öppenvården, medan den icke-manualbaserade traditionella familjebehandlingen är vanligast.

I praktiken passar det sällan att använda en standardiserad metod för många olika klienter i socialtjänsten. Istället behöver metoden anpassas till varje unik individ och familj, som ofta har kombinationer av flera olika problemområden (Blom & Morén, 2015; Socialstyrelsen, 2021). Det är därför egentligen inte förvånande att traditionell familjebehandling används i så stor utsträckning, utan snarare förvånande att det inte finns mer forskningsstudier om innehållet i denna (Löfholm, Brännström, Olsson & Hansson, 2013).

Det som vi här kallar traditionell familjebehandling har i litteraturen olika benämningar, såsom ”ospecificerad familjebehandling/familjeterapi” (SBU, 2020). Bristen på enhetlig terminologi och definition av innehåll kan ge intryck av att det inte finns några gemensamma kännetecken alls för denna form av insats; att den utförs på olika sätt av olika familjebehandlare i olika situationer. Resultaten från fokusgruppintervjuerna med ett 30-tal familjebehandlare från nio kommuner i Gävleborg visar dock på några gemensamma beståndsdelar i den traditionella familjebehandlingen. Det handlar om de vägledande teorierna, den dominerande programlogiken och processen för behandlingen bestående av tre faser. Även de centrala behandlingskomponenterna, såsom färdighetsträning i form av problemlösning och känsloreglering, visade det sig finnas en stark konsensus kring. Betoningen på ett nyfikat utforskande förhållningssätt, liksom på ett multimodalt arbetssätt som inkluderar nätverket runt barnet och andra aktörer, var också gemensam.

Däremot framträdde vissa skillnader när det gäller i vilken utsträckning behandlingen genomförs i familjens hem respektive i öppenvårdens lokaler. Skillnaderna verkade vara kopplade till verksamhetens organisation/rutiner, men även till den enskilda familjebehandlarens preferenser. Utifrån att forskning visat att olika miljöer kan vara att föredra vid olika former av problem, vore detta tema intressant att reflektera kring tillsammans med chefer och familjebehandlare.

Det framkom också vissa skillnader i huruvida de intervjuade familjebehandlarna skulle ha erbjudit barnen i de diskuterade casen att vara delaktiga i insatsen, och i vilka former. I den mån delaktighet för de yngre barnen lyftes, verkade den främst syfta till att observera barnen, informera dem och/eller få en mer nyanserad bild av hur de upplever sin situation. Däremot verkade delaktigheten i mindre grad avse behandlande insatser för barnet självt, exempelvis i form av att det får hjälp att sätta ord på sina upplevelser eller verktyg att hantera konfliktyllda situationer.

²⁰ Vid en kartläggning av SKR under 2021 identifierades hela 119 olika insatser till barn och unga i socialtjänsten varav en stor del var manualbaserade öppenvårdsinsatser (SKR 2022).

Generellt sett var betoningen på behandlande insatser gentemot föräldrarna stark i fokusgruppintervjuerna. Den dominerande programlogiken för familjebehandlingen verkar kännetecknas av att föräldrarna förväntas ändra sitt beteende, så att situationen för barnet förbättras. Fokus för insatsen ligger alltså på att *bereda vägen för barnet*. Men kan vi verkligen förvänta oss att föräldrarna alltid kommer att ändra sitt beteende till den grad att barnet inte utsätts för påfrestande, konfliktfyllda situationer igen?

Inom KBT betonas att många faktorer i klientens situation inte går att förändra och att klienten därför behöver träna sig i acceptans och i att bära upplevelser och problem som inte snabbt går att lösa (Kåver, 2016). Ur barnens perspektiv skulle en alternativ programlogik därför kanske innefatta att stärka dem i att hantera ansträngande upplevelser och situationer, dvs att *bereda barnet för vägen*. Kanske kan den traditionella familjebehandlingen här inspireras av vissa manualbaserade metoder, där barnet deltar på samma villkor som föräldrarna i behandlingen? Ett exempel är programmet ”Jag och min familj”, riktat till familjer med förälders missbruk. Där används psykoedukation, rollspel och övningar för barn och föräldrar tillsammans, med syfte att öka barns välbefinnande och avlasta barnet från skuld och ansvar (Jess, Lyrberg, Isaksson, & Nehlin, 2023).

Även om vi genom fokusgruppintervjuerna fått en något tydligare bild av innehållet i den traditionella familjebehandlingen, har vi egentligen bara skrapat på ytan. Intervjuerna speglar det som ett urval av familjebehandlare berättat om sina arbetssätt, med utgångspunkt i några för dem okända case. Ett par av dem påpekade att det är svårt att sätta ord på det egna arbetet.

Det skulle vara så skönt om någon annan kunde vara med i rummet och liksom på nåt sätt... För jag tänker att vi använder oss av en massa saker som vi faktiskt inte riktigt vet om och kan sätta ord på, därför att det är så integrerat i systemet

Att gå vidare och belysa den traditionella familjebehandlingen i en forskningsstudie som innefattar observation av mötet mellan familjebehandlare och klienter, är därför ytterligare ett tänkbart utvecklingsspår.

REFERENSER

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Berg, I.K. (1992). *Familjebehandling: lösningsfokuserat arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Mareld.
- Bergström, M., Sundell, K., Olsson, T., Leander, L., & Åström, T. (2022). Interventions in child welfare: A Swedish inventory. *Child & Family Social Work*, 28(1), 117-124.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12946>
- Bickman, L. (2002), The Death of Treatment as Usual: An Excellent First Step on a Long Road. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 195-199.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.2.195>
- Blom, B. & Morén, S. (2015). *Teori för socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur & Kultur.
- Burns T. (2009). *End of the road for treatment-as-usual studies?. The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 195(1), 5–6.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062968>
- Burns, T., Catty, J., Watt, H., Wright, C., Knapp, M., & Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems: Results of a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 375-382. doi:10.1192/bjp.181.5.375
- Chorpita, Bruce & Yim, Letitia & Donkervoet, John & Arensdorf, Alfred & Amundsen, Mary & McGee, Clifton & Serrano, Alberto & Yates, Alayne & Burns, John & Morelli, Paula. (2002). Toward Large-Scale Implementation of Empirically Supported Treatments for Children: A Review and Observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K., & Oxman, E. (2000). Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental health services research*, 2(3), 155-164.
<https://doi.org/10.1023/a:1010141826867>
- Cortes, L. (2004). Home-Based Family Therapy: A Misunderstanding of the Role and a New Challenge for Therapists. *The Family Journal*, 12(2), 184–188.
<https://doi.org/10.1177/1066480703261980>
- Davies, H., Nutley, S. & Smith, P. (2000). *What works?: Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol, UK: Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781847425119>
- Diskrimineringsombudsmannen (2021). *Skillnader som kan utgöra risk för diskriminering? En kvalitativ studie om faktorer som påverkar socialsekreterares bedömningar och beslut*

inom den sociala barn- och ungdomsvården. (Underlagsrapport författad av Katarina Grim och Birgitta Persdotter vid Karlstads universitet).

Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 201-215. <https://doi.org/10.1037/h0080330>

Grell, P., Blom, B. & Ahmadi, N. (2020). Conditions for helping relations in specialized personal social services – a client perspective on the influence of organizational structure. *Nordic Social Work Research*, 10(4), 356-368. DOI: 10.1080/2156857X.2019.1596148

Hansson, K. med medverkan av Hedenbro, M., Lundblad, A-M., Sundelin, J., och Wirtberg, I. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt.* Centrum för utvärdering av socialt arbete, Socialstyrelsen: Gothia.

Heimer, M. & Pettersson, C. (2023). *Barnets resa i socialtjänsten. Det svenska familjeorienterade systemet och barnet som rättighetsbärare.* Rapport 2023:1. Örebro: Region Örebro län.

Hwang, P. & Nilsson, B. (2019). *Utvecklingspsykologi.* (Fjärde utgåvan). Stockholm: Natur & Kultur

Hydén, M. (2008). *Evidensbaserat arbete: Så kan vi arbeta med kvinnor utsatta för våld i nära relationer,* (Socionomen, 2008:1)

Jess, K., Lyrberg, A., Isaksson, J., & Nehlin, C. (2023). Me & my family: a programme for children and parents in families with parental substance use problems – an outcome study. *Nordic Social Work Research* 2023, Ahead-of-print, 1-12. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2023.2192223>

Kelley, S. D., Nixon, C. T., & Bickman, L. (2000). Evaluating mental health services for children and adolescents. I D. Drotar (Red.), *Handbook of research in pediatric and clinical child psychology: Practical strategies and methods* (s 463-489). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4165-3_22

Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*. 2006 Apr 8;332(7545):815-20. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C. Epub 2006 Mar 16. PMID: 16543298; PMCID: PMC1432213.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling: en grundbok i kognitiv beteendeterapi.* (Andra, uppdaterade utgåvan). Stockholm: Natur & Kultur.

Löfholm, C.A., Brännström, L., Olsson, M. and Hansson, K. (2013), Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter?. *International Journal of Social Welfare*, 22, 25-34. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00870.x>

Löwenborg, C. & Kamsvåg, K. (2006). *Med andra ögon: brukarens syn på familjebehandling.* Sollentuna: FoU Nordväst, Stockholms län.

McWey, L. M., Humphreys, J., & Pazdera, A. L. (2011). Action-oriented evaluation of an in-home family therapy program for families at risk for foster care placement. *Journal of marital and family therapy*, 37(2), 137-152. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00165.x>

Moore, L. and Seu, I.B. (2011), Giving children a voice: children's positioning in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 33, 279-301. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00556.x>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Rapport 2018:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Persdotter, B. & Andersson, M. (2020). *SAVE – Support and protection Against Violence, on Equal terms for all children. Ett forsknings- och utvecklingsprojekt om barnavårdsutredningar vid anmälan om misstänkt våldsutsatthet*. (Rapport FoU Välfärd Värmland 2020:1. Karlstad: Karlstads universitet).

Reiter, M. D. (2000). Utilizing the home environment in home-based family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 11(3), 27-39. https://doi.org/10.1300/J085v11n03_03

Santa Ana, E. J., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Carroll, K. M. (2008). What is usual about "treatment-as-usual"? Data from two multisite effectiveness trials. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Dec;35(4), 369-79. doi: 10.1016/j.jsat.2008.01.003. Epub 2008 Mar 12. PMID: 18337053; PMCID: PMC2712113.

Socialstyrelsen (2006). *Öppenvårdens former: En nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott hos barn 6-17 år. Socialstyrelsens kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Staines, G. L., McKendrick, K., Perlis, T., Sacks, S., & De Leon, G. (1999). Sequential assignment and treatment-as-usual. Alternatives to standard experimental designs in field studies of treatment efficacy. *Evaluation review*, 23(1), 47–76. <https://doi.org/10.1177/0193841X9902300103>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2018). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. SBU-rapport nr 280. Stockholm: SBU.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2020). *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter*. SBU-rapport nr 308. Stockholm: SBU.

Strickland-Clark, L., Campbell, D. and Dallos, R. (2000), Children's and Adolescent's Views on Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 22, 324-341. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00155>

Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2016). Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American*

Psychological Association, Division 53, 45(6), 784-796.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020540>

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2022). *Kartläggning av insatser i socialtjänst. Bilaga över insatser.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Tillberg Mattsson, K. & Mobäck, R. (2022). *Att öka kunskapen om barnen i öppenvården – uppföljning av avslutade ärenden 2020-2021* (Arbetsrapport 2022:2. FoU Välfärd, Region Gävleborg).

Tillberg Mattsson, K., Nordlund, H. & Lindvärn, M. (2021). *Att öka kunskapen om barnen i öppenvården – individanpassad systematisk uppföljning i Gävleborg* (FoU-rapport 2021:2. FoU Välfärd, Region Gävleborg).

Vaughn, S., Schumm, J.S. & Sinagub, J.M. (1996). *Focus group interviews in education and psychology.* London: SAGE.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning.* (3., [omarb. och uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Woodford, M. S. (1999). Home-Based Family Therapy: Theory and Process from “Friendly Visitors” to Multisystemic Therapy. *The Family Journal, 7(3), 265-269.*

Yorgason, J. B., McWey, L. M., & Felts, L. (2005). In-home family therapy: indicators of success. *Journal of marital and family therapy, 31(4), 301–312.*
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01572.x>

Åsbrink, P. (2022). *Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2021 i jämförelse med perioden 2013 - 2020.* (FoU-rapport 2022:3. FoU Välfärd, Region Gävleborg).

Östberg, F. (2015). *Insatser inom socialtjänstens öppna barn- och ungdomsvård.* FoU Södertörns skriftserie nr 139/15. Stockholm.

BILAGA 1 – FORMULÄR FÖR SYSTEMATISK UPPFÖLJNING SU-X 2022

Behovsprövad Intern öppenvård barn och unga Gävleborg

BAKGRUND

Ärende-id.....

1) Barnets ålder vid aktualisering i öppenvården.....

2) Barnets kön

Flicka

Pojke

Annan könsidentitet

"Hjälp och instruktioner": Vad barnet självt upplever sig som
--

3) Var är barnet/ungdomen född?

Född i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige

Född i Sverige med en förälder född utomlands

Född i Sverige med båda föräldrar födda utomlands

Född i övriga Europa

Född utanför Europa

Vet inte

4) Vilket datum blev barnet aktualiserat i öppenvården?.....

"Hjälp och instruktioner": När ärendet kom in i utförardelen av verksamhetssystemet
--

5) Vilket datum påbörjades insats i öppenvården?.....

"Hjälp och instruktioner":
Första gången någon i familjen träffade öppenvården

6) Har barnet varit aktuellt inom öppenvården tidigare?

- Nej
- Ja, en gång tidigare
- Ja, flera gånger tidigare
- Vet ej

PROBLEMATIK SOM ÄR RELEVANT UTIFRÅN MÅLEN I UPPDRAGET

7) Ange den huvudsakliga problematiken utifrån beskrivningen i uppdraget.
På denna fråga kan du välja högst tre alternativ.

- Utsatt för våld/övergrepp
- Våld i familjen
- Hedersrelaterat våld och/eller förtryck
- Relationsproblem i familjen
- Brister i fostrar-/föräldraförmåga
- Brister i hemmiljön, pga. psykisk ohälsa hos förälder
- Brister i hemmiljön, pga. missbruk hos förälder
- Psykisk ohälsa hos barnet
- Beteendeproblem
- Skolproblem
- Egen brottslighet/kriminalitet
- Eget missbruk
- Annan huvudsaklig problematik, ange vilken

"Hjälp och instruktioner":
Utgå från den senaste versionen av uppdrag och mål.
Se "Begränsningsdefinitioner för huvudsaklig problematik" i lathunden

Rubrik till kommentarsfältet: Ange vilken annan huvudsaklig problematik:.....

INSATSER

8) Vilken eller vilka insatser har barnet eller vårdnadshavare fått?

På denna fråga kan du välja flera alternativ.

- Traditionell familjebehandling
- Kristöd vid orosanmälan om våld mot barn
- Annan manualbaserad metod, ange vilken/vilka
- Annan ej manualbaserad insats, ange vilken/vilka

"Hjälp och instruktioner":

Ange bara manualbaserade metoder där merparten av programmet/metoden fullföljts enligt manual

Rubrik till kommentarsfältet: Ange vilken/vilka andra manualbaserade metoder // Ange vilken/vilka andra, ej manualbaserade insatser // Övriga kommentarer:

.....

.....

9) Har barnet varit delaktigt i insatsen/insatserna?

- Insatsen påbörjades aldrig
- Nej, barnet har inte varit delaktigt, ange varför
- Ja, ange hur barnet varit delaktigt

"Hjälp och instruktioner":

Ange varför barnet inte varit delaktigt i insatsen/insatserna

Ange på vilka sätt barnet varit delaktigt, t ex samtal, observation och/eller svarat på skriftliga frågor

Rubrik till kommentarsfältet: Ange varför barnet inte varit delaktigt // Ange hur barnet varit delaktigt:

.....

.....

AVSLUTNING

1) Vilket datum avslutades ärendet i öppenvården?.....

11) Avslutsorsak

- Målet/målen med insatsen har uppnåtts helt eller delvis
- Insatsen bedöms inte svara mot barnets behov, förtydliga nedan
- Insatsen avbryts oplanerat på initiativ av vårdnadshavare
- Insatsen avbryts oplanerat på initiativ av barnet/ungdomen
- Insatsen påbörjades aldrig
- Andra orsaker, ange vilka

Rubrik till kommentarsfältet: Förtydliga hur insatsen inte svarar mot barnets behov (t ex behov av placering eller annan insats istället) // Ange vilken/vilka andra avslutsorsaker (t ex att familjen flyttat)

BILAGA 2 – BEGREPPSDEFINITIONER I FORMULÄRET SU-X

Fråga 7 – Huvudsaklig problematik

(de flesta definitioner motsvarar Gävleborgs läns anmälningssaker – se Åsbrink 2022)

Utsatt för våld/övergrepp – Utsatt för fysiskt eller psykiskt våld, kränkningar, sexuella övergrepp.

Våld i familjen – Våld mellan familjemedlemmar. Barnet tvingas bevittna (se eller höra) våld i sin närmiljö eller leva i en miljö där våld eller hot förekommer ofta.

Hedersrelaterat våld och/eller förtryck – Kännetecknas av att det är kollektivt utövat, dvs. att det kan vara flera förövare, t.ex. inom den närmaste familjen, samt att det kan vara sanktionerat eller pådrivet från omgivningen.

Relationsproblem i familjen – Konflikter mellan familjemedlemmar. Innefattar även konflikter i samband med och efter separation mellan föräldrar.

Brister i fostrar-/föräldraförmåga – Omsorgssvikt pga. bristande tillsyn, bristande gränssättning, övervakning samt auktoritära uppfostringsmetoder.

Brister i hemmiljön, pga. psykisk ohälsa hos förälder – Omsorgssvikt pga. psykisk ohälsa hos förälder/föräldrar. (Observera att intellektuell funktionsnedsättning inte inkluderas här). Handlar om främst två underkategorier:

1) *Psykisk ohälsa/funktionsnedsättning konstaterat*, ex. genom rapporterad diagnos eller via samråd med hälsovård.

2) *Psykisk problematik förmodad*, pga. uppvisad oro, nedstämdhet, depression, uppförandestörning.

Brister i hemmiljön, pga. missbruk hos förälder – Omsorgssvikt pga. missbruk / beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel hos förälder/föräldrar.

Psykisk ohälsa hos barnet – Rör psykisk ohälsa hos barnet/ungdomen av mer eller mindre allvarlig art. Handlar om främst två underkategorier:

1) *Psykisk ohälsa/funktionsnedsättning konstaterat*, ex. genom rapporterad diagnos eller via samråd med hälsovård.

2) *Psykisk problematik förmodad*, pga. uppvisad oro, nedstämdhet, depression, uppförandestörning.

Beteendeproblem – Kan ses som ett samlingsbegrepp för en ”stökig” social situation för ett barn/ungdom som ex. innefattar utagerande (allvarliga konflikter med kamrater och andra vuxna), riskfyllt sexuellt beteende, alkohol och drogbruk i mindre skala, vistas i kriminella miljöer. Vanligt att flera problemområden förekommer parallellt.

Skolproblem – Rör barnets/ungdomens situation på skolan, ex. om problem i relationer till andra barn (mobbar eller mobbas) och vuxna, skolk eller skolvägran.

Egen brottslig verksamhet/kriminalitet – Mer allvarliga lagöverträdelser, ex. stöld, skadegörelse, misshandel, inbrott, trafikbrott, vapeninnehav. Lagförda brott eller sådana brott som förväntas leda till åtal, strafföreläggande eller åtalsunderlåtelse.

Eget missbruk – Mer uttalat och allvarligare bruk av alkohol och droger. Ett bruk som negativt påverkar ungdomens sociala situation (skolan, familjrelationer), fortsatt bruk trots erfarenheter av negativa konsekvenser.

Annan huvudsaklig problematik – om en annan problematik än någon av ovanstående hör till de tre viktigaste, används det här svarsalternativet och förtydligas i fritextrutan. T ex förälders intellektuella funktionsnedsättning.

Fråga 8 – Insatser

Traditionell familjebehandling – med detta menas all behandling som inte följt en manual eller specifik metod. Behandling som räknas inom detta område kan ses som skraddarsytt för familjen och/eller att det inte varit möjligt att genomgå en manualbaserad metod av olika anledningar.

Krisstöd vid orosanmälan om våld mot barn – hit räknas alla de manualbaserade krisstöd som familjer får under en begränsad period i samband med att en orosanmälan om våld mot barnet har inkommit till socialtjänsten. Till exempel I Stunden, Efter Barnförhöret osv.

Annan manualbaserad metod – här inryms alla metoder som följer en färdig struktur/manual och där familjen/barnet har genomgått minst 50 % av behandlingsupplägget. I rutan skriver man vilken eller vilka metoder som har använts. Exempel på metoder är Trygghetscirkeln, KIBB, Tryggare Barn, A-CRA osv. Även om man följt en intern manual t ex för placeringssamtal ska man skriva det här.

Annan ej manualbaserad insats – här inryms alla insatser som inte är Traditionell familjebehandling och inte följer en särskild manual. T ex stöd till ungdomar som flyttar hemifrån för att klara vardagsrutiner och ekonomi.

Att tänka på

- Ibland kan en familj vid sidan av interna öppenvårdsinsatser även få externa insatser. Då noterar man det i fritextfältet (t ex "Trappan – extern insats").
- När insatsen inte startas markeras inget av svarsalternativen.

Fråga 11 – Avslutsorsak

Målet/målen med insatsen har uppnåtts helt eller delvis – vid insatser där alla eller större delen av målen har uppnåtts används denna avslutsorsak. Anledningen till att den är något bredare än att bara fokusera på helt uppnådda mål är att målen i uppdraget både kan vara många och ibland stora och att de då spänner över många områden. Har man dock skrivit en tydlig genomförandeplan med mål nedbrutna till delmål kan det vara lättare att överblicka om målen uppfyllts eller inte.

Insatsen bedöms inte svara mot barnets behov, förtydliga nedan – ibland passar inte insatsen familjen och det kan vara så att någon annan verksamhet behöver ta över (exempelvis BUP eller barn- och familjehälsan) eller att barnet behöver placeras under en tid. Skriv varför insatsen inte svarar mot barnets behov i kommentarsfältet längst ner.

Insatsen avbryts oplanerat på initiativ av vårdnadshavare – detta alternativ används om föräldern/föräldrarna av olika anledningar inte vill delta i insatsen och att avbrottet inte är planerat i samråd med familjebehandlaren eller socialsekreteraren.

Insatsen avbryts oplanerat på initiativ av barnet/ungdomen – detta alternativ används om barnet/ungdomen av olika anledningar inte vill delta i insatsen och att avbrottet inte är planerat i samråd med familjebehandlaren eller socialsekreteraren. Gäller också om ungdomen fyller 18 år och tackar nej till fortsatt insats.

Insatsen påbörjades aldrig – ibland inkommer det insatser där planering för uppstart genomförs men att familjen sedan drar sig ur innan uppstarten hinner genomföras. Det kan även vara så att familjen har fått en annan insats via ex. BUP, vilket gör att familjen i detta skede tackar nej till behandling via öppenvården.

Andra orsaker, ange vilka – om ingen av ovanstående avslutsorsaker anses relevanta används denna avslutsorsak och förtydligas i fritextrutan. T ex om familjen flyttat från kommunen.

BILAGA 3 – FRÅGEGUIDE FOKUSGRUPPINTERVJUER

Intervjuer baserade på olika case (avidentifierade uppdrag till öppenvården) där traditionell familjebehandling använts

- Beskriv hur du skulle gå tillväga rent konkret.
- Vad tycker du är viktigt att tänka på när du möter familjen första gången? Hur kan det bli sen, kommer kommunikationen/relationen förändras?
- Vilka skulle involveras i insatsen?
- Vari skulle insatsen bestå?
- Skulle du dra nytta av utbildningar i manualbaserade metoder – vilka i så fall?
- Var skulle insatsen äga rum?
- Vilken intensitet skulle insatsen ha? (längd, frekvens)
- Vad skulle ha betydelse för att målen nås? Och vad skulle kunna bidra till att de **inte** nås?
- Hur skulle måluppfyllelsen bedömas?

Att öka kunskapen om barnen i öppenvården

Den här rapporten tar sin utgångspunkt i kommunernas upplevda behov av mer systematisk kunskap om barnen i socialtjänstens öppenvård. Vilka problemområden kännetecknar dem och deras familjer, vilka insatser får de och i vilken mån bidrar insatserna till en förbättring av barnets situation? Resultaten bygger på en gemensam uppföljning av avslutade öppenvårds-ärenden i sju kommuner i Gävleborg samt på fokusgruppintervjuer med ett 30-tal av länets familjebehandlare.

Beställ rapporten från:
fou.valfard@regiongavleborg.se
Region Gävleborg, FoU Valfärd
Gävle sjukhus, ingång 11
801 87 Gävle

FoU rapport 2023:3
ISBN 978-91-988641-0-6

