

Ungdomsbehandling

Hemmaplanslösning som idé och praktik

Rapportserie i socialt arbete. Nr 1, 2007

Ungdomsbehandling. Hemmaplanslösning som idé och praktik.

Thorbjörn Ahlgren

Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete
Växjö universitet

Rapporten kan beställas från
IVOSA, Växjö universitet, 351 95 Växjö
E-post: rapport.ivos@vxu.se
Tel. 0470-70 80 00
www.vxu.se/ivos/

© IVOSA och författarna
Ansvarig utgivare: Kerstin Gynnerstedt
Redaktör: Verner Denvall
Omslag: Eddie Andersson
Tryckt hos Intellecta DocuSys, Mölndal
ISSN 1652-8573

Innehåll

Innehåll	1
Figur- och tabellförteckning	3
Förord	5
Förord	5
Abstract.....	7
Sammanfattning.....	8
1. Inledning.....	11
Studiens syfte, frågeställningar och utgångspunkter	13
Definitioner och avgränsningar.....	14
Idéns ursprung.....	16
Dokumentation inom individ- och familjeomsorgen.....	19
Avhandlingens disposition	20
2. Metod.....	23
Förförståelse	23
Metodologiska utgångspunkter.....	24
Undersökningsobjekt	26
Materialinsamling och tillvägagångssätt	31
Metodsvårigheter.....	35
Etiska aspekter.....	37
Studiens giltighet	38
3. Forskning om barn- och ungdomsvården.....	41
Nationell forskning.....	41
Internationell forskning	46
4. Teoretiska perspektiv.....	49
Socialtjänstens organisering.....	49
Nyinstitutionell teori.....	51
5. Intervjustudien – Den lokala processen	61
Legitimeringsprocesser.....	68
Idén utvecklas.....	72
Den lokala förpackningen	78
Övergripande sammanfattning och slutsatser intervjustudien.....	90
6. Aktstudien – idéns realisering	91
Vägen in i öppenvårdsbehandling.....	91
I behandling	100
Vägen ut.....	106
Utvärdering av behandlingen.....	107
Efter öppenvårdsbehandling.....	109
Övergripande sammanfattning och slutsatser aktstudien.....	111
7. Diskussion.....	115
Den lokala arenan - översättning och förpackning.....	115
Anpassningsstrategier.....	117
Legitimeringsprocesser.....	118
Legitimitet eller resultat?.....	120
Referenser.....	123
Bilagor.....	129

Ungdomsbehandling

Bilaga 1.....	129
Bilaga 2.....	130
Bilaga 3.....	131
Bilaga 4.....	137
Bilaga 5.....	142
Bilaga 6.....	143
Bilaga 7.....	144
Författarpresentation	146
Rapporter i serien	147

,

Figur- och tabellförteckning

Figur 1	Studiens tidsmässiga genomförande.....	31
Figur 2	Idéns resa.....	59
Figur 3	Aktualisering för barnvårdsutredning	93
Figur 4	Inskrivningsålder.....	100
Figur 5	Utskrivningsålder.....	101
Figur 6	Den lokala praktikens översättnings- och förpackningsprocess	122
Tabell 1	Öppenvårdens och institutionsvårdens omfattning åren 1998 och 2005 för åldersgruppen 0-20 år.....	27
Tabell 2	Antal deltagande ungdomar i verksamheter.....	30
Tabell 3	Studier om öppenvårdsbehandling.....	44
Tabell 4	Risikfaktorer i ungdomarnas uppväxtmiljö	92
Tabell 5	Saknade uppgifter	95
Tabell 6	Huvudorsak till insats inom öppenvårdsprogram.....	96
Tabell 7	Betydande problem - livsområden.....	99
Tabell 8	Inskrivningsaktörer.....	99
Tabell 9	Behandlingsformer inom öppenvårdsbehandlingen.....	105
Tabell 10	Angivet skäl till att avsluta insatsen	106
Tabell 11	Måluppfyllelse och utvärderingsbeskrivningar	109
Tabell 12	När avslutades insatsen?	110
Tabell 13	Insats efter ett öppenvårdsprogram	110

Förord

Med mitt stora idrottsintresse kan jag inte motstå frestelsen att likna forskarstudierna med ett maratonlopp. För att genomföra en forskarutbildning krävs bland annat träning (studier), tålamod och uthållighet, något som jag av egen erfarenhet vet också krävs för att genomföra ett maratonlopp. Jag trodde att jag kom med tålamod, uthållighet och en bra grundträning till starten för forskarutbildningen med drygt 20 års erfarenhet av praktiskt socialt arbete och magisterstudier bakom mig. Redan tidigt i forskarutbildningen blev jag påmind och förstod att mina praktiska erfarenheter av socialt arbete var något som kan liknas vid att starta ett maratonlopp med några kilo för mycket på kroppen. Trots denna ”övervikt” har jag kämpat på med mina studier och som belöning fått intellektuell stimulans, praktisk hjälp, uppmuntrande ord och stöd av många människor.

Att genomföra ett maratonlopp är en individuell prestation vilket också kan liknas med att genomföra forskarstudier. Samtidigt är det många som bidragit till att jag kan presentera min licentiatavhandling. Jag har bedrivit mina studier som en del av min anställning vid Luppen kunskapscentrum, vilket i praktiken innebär att studierna har finansierats av samtliga socialförvaltningar och landstinget i Jönköpings län. Ett tack riktas till er alla för att ni möjliggjort mina studier! Ett stort tack går till beslutsfattare och socialarbetare på Jönköpings socialtjänst för att jag fått ta del av dokumentation, ta tid i anspråk för intervjuer och för en mycket positiv attityd till min studie. Mina arbetskamrater på Luppen kunskapscentrum har också i hög grad bidragit, framförallt med en trevlig arbetsmiljö och stimulerande diskussioner, men också med läsning och synpunkter på min text. Ett speciellt tack riktar jag till Luppens informatör Lisa Andersson för korrekturläsning och språkliga kommentarer. Tack går också till Johan Näslund som har bidragit med läsning av text, men också med erfarenheter och nödvändig lotsning i den ibland snåriga akademiska världen. Verner Denvall som huvudhandledare har bidragit med sin positiva hållning och kunniga kommentarer och Eva Palmblad som bihandledare med synpunkter som framförallt fått mig att ta till mig nya teoretiska perspektiv. Tack! Tack går också till alla doktorandkollegor och forskare i socialt arbete vid Växjö universitet för relevanta kommentarer på min text och för inspirerande och lärorika diskussioner vid olika kurser och paperpresentationer. Ett extra stort tack går till Torbjörn Forkby för hans noggranna, kunniga och engagerade kommentarer i samband med slutseminarium.

Ungdomsbehandling

Jag vill också tacka ledare och ungdomar i fotbollsföreningen Tenhults IF för att ni ständigt och på olika sätt påmint mig om att det finns en värld utanför mina forskarstudier. Avslutningsvis går det största tacket till min familj: Ann, Malin, Annie och Anton för all kärlek, tålamod och ständig support i olika former.

Thorbjörn Ahlgren
Tenhult i september 2007

Abstract

Title: Open-care Treatment of Youth. Home-ground Solutions in Theory and Practice

This dissertation is a case study in two parts, which describes how ideas about open-care treatment of youth aged 13-20 years are interpreted and concretized in a local context. The study, i.a., aims at creating deeper knowledge about target group, content of treatment, and reported results concerning a form of treatment in social care which has hitherto been sparsely researched in Sweden. The results of the interview study demonstrate that the driving forces for developing local forms of open care treatments have first and foremost been to offer better care and to improve the professionalism of the social worker. Studies of the social welfare documents of 97 young people reveal that most of these youngsters are in bad need of treatment and that they have experiences of various kinds of treatment before the present efforts. The study also demonstrates that the efforts are rarely evaluated and lack systematic documentation. Finally, the study reveals that more than 60 per cent of the youth get some sort of continuous support by the social welfare system after the open-care treatment has come to an end. The results from both parts of the study are analysed by means of neo-institutional theory. According to this theory the local open-care treatment consists of an indistinct target group, family-oriented methods, and activities that have been legitimised by strong proponents, good timing, professional development, and by representing important political values.

In conclusion, the author argues that open care treatment shows signs of a beginning institutionalisation, a taken-for-granted-ness, which he thinks is risky, as we still do not know if open-care treatment is more favourable to the young people than different kinds of 24-hour care. In addition, the author holds, that the future role of the social worker should include knowledge that decreases unfounded taken-for-granted ideas.

Sammanfattning

Denna licentiatavhandlings fokus är socialtjänstens öppenvårdsbehandling för ungdomar i åldern 13-20 år.

Studien avser att undersöka om öppenvårdsbehandling kan ses som en institutionaliserad idé genom att studera hur och varför en lokal öppenvårdsbehandling utvecklas. Studien syftar också till att skapa fördjupad kunskap om målgrupp, behandlingsinnehåll samt redogjorda resultat för en insatsform inom socialtjänsten som tidigare sparsamt har belysts i svensk forskningslitteratur. Syftet undersöks i en fallstudie i Jönköpings kommun utifrån två delstudier. Resultaten från båda studierna analyseras organisationsteoretiskt med stöd av nyinstitutionell teori. Främst används teorin i studien för att förklara hur olika idéer sprids och överförs mellan organisationer och hur dessa idéer tas emot, tolkas och bearbetas för att anpassas till lokala förutsättningar.

I den första studien, intervjustudien, genomförs individuella och gruppintervjuer med socialarbetare i syfte att undersöka hur organisationen inom socialtjänsten argumenterar för framväxt av öppenvårdsbehandling, vilka ungdomar som bör få stöd och hjälp av öppenvårdsbehandling samt behandlingsresultat. Resultatet av intervjustudien visar att drivkrafterna för att utveckla lokala öppenvårdsbehandlingar främst har varit att erbjuda bättre vård och att utveckla professionen. Statens initiativ och medföljande ekonomiska stöd har också medverkat till utvecklingen av sådana verksamheter. Socialarbetarnas egna erfarenheter och behov av att utvecklas professionellt har påverkat valet av arbetsmetoder. Vad handledare och andra organisationer i ”fältet” ansett vara bra och verksamt har också bidragit till vilka metoder som valts för öppenvårdsbehandling. Det finns en stark tilltro till öppenvårdsbehandling hos de intervjuade samtidigt som ingen vet vilka resultat som presteras då det saknas utvärderingar eller andra granskningar. Även när det gäller målgrupp för verksamheterna finns det en tydlig bild. Enligt de intervjuade lämpar sig öppenvårdsbehandling för ungdomar med ett bra nätverk, tillräcklig intellektuell begåvning och med motivation att förändra sig. Få kritiska synpunkter kring organisering och innehåll i öppenvårdsbehandlingen framkommer. Den tydligaste kritiken som framförs i intervjuerna kommer från de remitterande socialsekreterarna som menar att verksamheternas metoder i högre grad bör anpassas till ungdomarnas behov istället för av moden och professionsutvecklingsbehov.

Sammanfattning

I den andra studien, aktstudien, är huvudsyftet att undersöka hur idéer om öppenvårdsbehandling konkretiseras i det praktiska arbetet med ungdomar. Ett annat syfte är att beskriva målgrupp, behandlingsinnehåll samt för redogjorda resultat. Båda dessa syften belyses genom en granskning av socialtjänstens dokumentation för 97 ungdomar som fått öppenvårdsbehandling som en biståndsinsats.

I aktstudien redovisas deskriptivt vilka ungdomar som har fått öppenvårdsbehandling i undersökningskommunen. Bristen på systematisk dokumentation gör det svårt att finna tydliga mönster i undersökningsgruppen. I utredningarna som ligger till grund för insatsen förekommer ett starkt systemiskt perspektiv, fokus på föräldrarnas brister och det föreslås ofta familjeinriktade behandlingsinsatser. Vidare har flertalet ungdomar omfattande vårdbehov och erfarenhet av andra behandlingsinsatser före den aktuella insatsen. Insatserna utvärderas mycket sällan och utan systematik i dokumentationen. Aktstudien visar avslutningsvis att drygt 60 procent får någon form av fortsatt stöd och att den vanligaste insatsen är försörjningsstöd följt av en ny öppenvårdsinsats.

Sammanfattningsvis menar författaren med stöd av nyinstitutionell teori att den nationella idén om öppenvårdsbehandling har "översatts" lokalt i en process där främst starka lokala företrädare, professionsutvecklingsbehov och ekonomiska incitament har styrt utvecklingen av den lokala "förpackningen", det vill säga den lokala öppenvårdsbehandlingen. Vidare menar författaren att de båda delstudierna visar att den lokala förpackningen består av en klientkonstruktion och socialarbetare med uppfattningar om vad som är verksamma metoder. De företrädesvis familjeinriktade verksamheterna har vunnit legitimitet genom starka företrädare, timing i tid, professionsutveckling och genom att stå för angelägna politiska värderingar. Avslutningsvis menar författaren att öppenvårdsbehandling uppvisar tecken på en begynnande institutionalisering – ett förgivettagande - vilket han menar är riskfyllt då vi ännu inte vet om öppenvårdsbehandling är en bättre behandlingsform för ungdomar än olika former av dygnsvård. Författaren menar slutligen att den framtida socialarbetarrollen också bör innehålla kunskaper som minskar ogrundade förgivettaganden.

1. Inledning

Kalle är 14 år när han för första gången kommer i kontakt med socialtjänsten. Efter en anmälan från skolan utreds han och utredningen visar att han bor hos sin biologiska mamma och pappa och har två syskon. Mamma och pappa har inga kända problem och det finns inga kända riskfaktorer under pojkens uppväxt. I skolan har Kalle svårt att koncentrera sig, hotar sina kamrater och misstänks vara tillsammans med "fel" kamrater på sin fritid. Barnavårdsutredningen slutar med en remiss till en familjebehandlingsenhet med uppdraget att stärka Kalles föräldrar så att de kan förhindra en fortsatt negativ utveckling.¹

Den sociala barnavårdens² organisering och val av insatser påverkar ytterst utsatta barn och deras familjer. Förespråkare för förbättring av socialtjänstens³ arbete anser därför att det borde vara naturligt att organisering och insatser⁴ styrs rationellt och bygger på det som för tillfället kan anses vara den bästa kunskapen. Rättsfall både nationellt och internationellt och debatten om evidensbaserad barn- och ungdomsvård som blossade upp på mitten av 1990-talet har gjort oss påmind om att organisering och insatser inte alltid är rationella och bygger på det som kan anses som den bästa tillgängliga kunskapen.⁵ Kraven på en evidensbaserad socialtjänst har lett till diskussioner om olika metoders förtjänster och brister. Inom barn- och ungdomsvården har framförallt institutionsvårdens brister hamnat i fokus för denna diskussion. Trots uppmärksamheten och ny forskning om institutionsvårdens brister⁶ har antalet barn och ungdomar på institutioner fortsatt att öka.⁷ Parallellt med denna ökning har en utveckling av behandlingsinsatser skett i kommunerna.

¹ Utdrag ur en personakt. Kalle, som finns i verkligheten men har ett annat namn, är en av de ungdomar som socialtjänsten i denna studie har valt att ge en öppenvårdsbehandling. De aktuella ungdomarna är en heterogen grupp och Kalle bör därför ses som ett exempel, inte ett typfall.

² Avser kommunala verksamhet som under olika beteckningar omfattar lagstadgad kommunal skyldighet för barn och ungdomar (författarens anmärkning).

³ Socialtjänsten används som begrepp för att beskriva den kommunala verksamhet som under olika beteckningar omfattar lagstadgad kommunal skyldighet gällande individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och handikappomsorg (författarens anmärkning).

⁴ Insats som begrepp problematiseras och beskrivs under rubriken definitioner och avgränsningar.

⁵ Se till exempel Tengvald 2003 s. 25-50, Månsson 2000 s. 4-9.

⁶ Andreassen 2003.

⁷ Socialstyrelsen 2005 s. 21.

Dessa framställs i olika sammanhang som ett alternativ till institutionsvård.⁸

Närmare 30 000 barn fick år 2005 någon form av öppenvårdsinsats som inte är kontaktperson/familj. Befintlig nationell statistik är dock förknippad med bristande tillförlitlighet beroende på oklarheter i vad som innefattas i de begrepp som använts vid inrapporteringen. Socialstyrelsen har vid en nyligen genomförd kartläggning visat att begreppen inte stämmer med åtgärdernas innehåll.⁹ Socialstyrelsen har i 120 slumpvis utvalda kommuner kartlagt öppenvårdsinsatser som inte är tidiga och allmänt förebyggande. Kartläggningens främsta uppdrag var att utveckla och definiera kategorier för olika former av öppenvårdsinsatser. Resultatet blev sex kategorier: programverksamheter, riktad dagverksamhet, socialpedagogisk insats, skolsocial insats, kvalificerat nätverksarbete och enskilt samtalsstöd. Kartläggningen visar att det finns en relativt omfattande repertoar av öppenvårdsinsatser i kommunernas socialtjänster. I genomsnitt hade kommunerna åtta insatsformer var för barn och tio för ungdomar. I undersökningen framkommer också att två tredjedelar av kommunerna uppger att de har politiska förväntningar och/eller direktiv från förvaltningsledningsnivå att använda öppenvårdsinsatser istället för vård utanför hemmet.

Att utveckla öppenvårdsinsatser motiveras oftast med att institutionsvården fungerar dåligt och är för kostsam.¹⁰ En naturlig följd av detta resonemang torde då vara att de alternativ som utvecklas är föremål för olika kontroller av effektivitet avseende behandlingsresultat och kostnader. Den sparsamma litteraturen om olika öppenvårdsinsatser behandlar dock oftast andra aspekter än utvärdering och effektivitetskrav. Hur skall vi då förstå utvecklingen av öppenvårdsinsatser? Finns det ytterligare skäl till utvecklingen? Är det till exempel ett sätt att omorganisera och utveckla socialtjänstens arbete? En modefluga i socialt arbete som med tiden försvinner eller stannar? Eller är det socialtjänsten som har tagit till sig nya idéer för att lösa ungdomars behov av behandling? Eller är det en kombination av en rad olika faktorer?

Man kan utifrån detta fråga sig om socialtjänsten utvecklar organisering och arbetsmetoder som rationella och bygger på en solid kunskapsbas, utan istället omedvetet eller medvetet styrs av en annan rationalitet, förgivettagande, som uppfattas som riktiga för att de

⁸ Forkby 2005 s. 83.

⁹ Socialstyrelsen 2006.

¹⁰ Forkby 2005 s. 83.

1. Inledning

sprids och accepteras, det som nyinstitutionalismen kallar *institutioner*. Enligt Stefan Wiklunds avhandling om anmälningar, organisation och utfall i den kommunala barnvården¹¹ finns det inom den sociala barn- och ungdomsvården ett antal exempel på *institutionaliserade idéer*¹². Han nämner samverkan, marknadsorientering och specialisering som tre exempel på institutionaliserade idéer inom den sociala barnvården. Att de uppstår menar han beror mer på deras lämplighet vid givna tidpunkter och att de kan öka legitimiteten för enheter inom barn- och ungdomsvården än deras kunskapsbas. Frågan är då om socialtjänstens arbete med att utveckla alternativ till institutionsvård på hemmaplan är ett annat exempel på en institutionaliserad idé inom socialtjänsten.

Studiens syfte, frågeställningar och utgångspunkter

Studiens undersökningsområde är socialtjänstens öppenvårdsbehandling för ungdomar i åldern 13-20 år. Studien avser att undersöka om öppenvårdsbehandling kan ses som en institutionaliserad idé genom att studera hur och varför en lokal öppenvårdsbehandling utvecklas. Studien syftar också till att skapa fördjupad kunskap om målgrupp, behandlingsinnehåll samt redogjorda resultat för en insatsform inom socialtjänsten som tidigare sparsamt har belysts i svensk forskningslitteratur. Syftet undersöks utifrån två delstudier.

Den första studien, intervjustudien, syftar till att undersöka hur öppenvårdsbehandling utvecklas genom att undersöka hur organisationen inom socialtjänsten argumenterar för framväxt av öppenvårdsbehandling, vilka ungdomar som bör få stöd och hjälp av öppenvårdsbehandling samt behandlingsresultat. Denna studie vägleds av följande frågeställningar:

- På vilket sätt initieras öppenvårdsbehandlingen?
- På vilket sätt sker argumentationen för öppenvårdsbehandling?
- Hur realiseras öppenvårdsverksamheter?
- Hur utvecklas öppenvårdsverksamheternas metoder?
- Vilka ungdomar och problembilder anser socialarbetarna lämpar sig för öppenvårdsbehandlingar?

¹¹ Wiklund 2006 s. 30-32.

¹² Dessa idéer tas för givna men har en lägre grad av institutionalisering och är tids- och modebetonade. Wiklund 2006 s. 30.

Den andra studiens, aktstudiens, huvudsyfte är att undersöka hur idéer om öppenvårdsbehandling konkretiseras i det praktiska arbetet med ungdomar. Ett annat syfte är att beskriva målgrupp, behandlingsinnehåll samt redogjorda resultat genom en studie av socialtjänstens dokumentation. Båda syftena belyses för ungdomar inom öppenvårdsbehandling. Frågeställningar för aktstudien är:

- Vilka ungdomar blir aktuella för öppenvårdsbehandling?
- Varför initieras och avslutas en öppenvårdsbehandling?
- Vad händer ungdomarna efter öppenvårdsbehandling?

Definitioner och avgränsningar

För att underlätta vidare läsning görs nedan ett förtydligande kring de begrepp som fortsättningsvis används i avhandlingen. När öppenvårdsverksamheter och andra behandlingsalternativ inom socialtjänsten skall presenteras används olika begrepp. Socialstyrelsen innefattar både frivilliga och tvingande åtgärder i *vård i öppna former*. I Socialstyrelsens¹³ beteckning inryms:

- kontaktperson/-familj enligt SoL¹⁴
- kontaktperson och behandling enligt LVU¹⁵
- personligt stöd enligt SoL
- LuL (lagen om unga lagöverträdare)¹⁶
- strukturerade öppenvårdsprogram enligt SoL

Det som ofta nämns som alternativ till institutionsvård är det som Socialstyrelsen kallar strukturerade öppenvårdsprogram.

Avser individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tiden och i vilka klienterna är inskrivna och vistas under hel dag eller del av dag.¹⁷

Dessa verksamheter presenteras ofta med olika beteckningar i andra sammanhang. I en avhandling av Torbjörn Forkby¹⁸ rubriceras de som *hemmaplanslösningar*, medan de beskrivs som *mellanvård* i en rapport av Knut Sundell.¹⁹ De yrkesverksamma socialarbetarna i föreliggande studie kallar dem rätt och slätt *öppenvård*. Bakom dessa

¹³ Socialstyrelsen 2005 s. 16-19.

¹⁴ Enligt Socialtjänstlagen 3 kapitel, 6 § tredje stycket Melin 2004 s. 74.

¹⁵ Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Ger socialtjänsten möjlighet att genomföra åtgärder mot den unges vilja. Melin 2004 s. 84.

¹⁶ Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare. Melin 2004 s. 85.

¹⁷ Socialstyrelsen 2005 s. 18.

¹⁸ Forkby 2005 s. 15-16.

¹⁹ Sundell 2000 s. 17-20.

1. Inledning

begrepp rymmer olika verksamheter med skilda målgrupper, målsättningar och innehåll. I denna studie används begreppet öppenvårdsbehandling²⁰ för det arbete som utförs av professionella socialarbetare i en organisation och som antingen föregåtts av en barnavårdsutredning med ett formellt biståndsbeslut eller sker utan utredning och formellt bistånd, men som utgår ifrån en känd problemsituation. Detta innebär att kontaktpersoner och kontaktfamiljer samt socialtjänstens förebyggande arbete inte ingår.

Att använda begreppet behandling är inte oproblemiskt och kräver därför att jag gör någon form av presentation av vad jag avser med begreppet. Begreppet är centralt i socialt arbete och används i den sociala praktiken för att beskriva aktiviteter med olika innehåll, omfattning och grader av frihet för den berörde. Traditionellt har behandlingsbegreppet framställts utifrån tre olika grundbegrepp. Den pedagogiska behandlingstanken, tron om att uppfostran kan förändra oönskade egenskaper till något bättre. Den medicinskt-rationella behandlingstanken som är en utveckling av den förra och som är kopplad till föreställning om sjukdom, diagnos, behandling och bot. Den socialpolitiska som handlar om att olika socialpolitiska reformer ska förbättra livsvillkoren för fattiga och marginaliserade grupper inom befolkningen. I samband med införandet av barnavårdslagstiftning utvecklades också en fjärde inriktning, den sociala behandlingstanken. Den skall ses som en utveckling av den pedagogiska behandlingstanken och fokuserar på individens utveckling och varaktig förändring istället för en negativ eller kriminell handling. Dessa grundbegrepp har under åren varit av betydelse för den sociala barnavården.²¹ På senare år har kampen om vad som skall innefattas i behandlingsbegreppet främst stått mellan det medicinska och nyare mer vetenskapliga former av pedagogiska behandlingstankar.²² Socialstyrelsens allmänna råd definierar behandling som:

Särskilda åtgärder som syftar till att komma till rätta med eller minska ett eller flera hos individen identifierade problem som faller inom socialtjänstens verksamhetsområde.²³

²⁰ Valet av detta begrepp sker endast för att förenkla fortsatt skrivande. Både mellanvård och hemmaplanslösningar skulle vara tänkbara begrepp för att beskriva hur socialtjänsten ger det beskrivna stödet och hjälpen till ungdomarna.

²¹ Levin 1998 s. 80-84. Denvall & Jacobson 2000 s. 178-183.

²² Daleflod 1996 s. 404-433.

²³ Socialstyrelsen 2003 s. 3.

Jag anser att inga av dessa definitioner beskriver det som sker i en öppenvårdsbehandling för ungdomar. Jag väljer därför att använda mig av en egen definition av öppenvårdsbehandling som mer utgår från förändring än ett probleminriktat perspektiv²⁴

Individuella och/eller gruppinriktade insatser som syftar till att förbättra ungdomens och dess nära anföringars situation.

Jag kommer att använda Socialstyrelsens begrepp från kartläggningen 2006²⁵ för att presentera innehållet i de aktuella öppenvårdsinsatserna. Jag använder begreppen socialpedagogisk insats²⁶, boendestöd²⁷ och enskilt samtalsstöd²⁸ eftersom de bättre beskriver innehållet än de mer allmänt använda begreppen från Socialstyrelsens statistik. Begreppet insats är också problematiskt på så sätt att det precis som behandlingsbegreppet används för en mängd åtgärder med olika innehåll, omfattning och grader av frihet för den berörde. I denna studie väljer jag att använda insats och åtgärd synonymt vid beskrivningar som betecknar åtgärder som socialtjänsten genomför, vars syfte är att förändra eller förbättra enskilda klienters eller gruppers situation. I begreppet innefattas både vad som utförs av socialtjänstens egen personal och tjänster som köps in av personer eller organisationer utanför socialtjänsten.²⁹ Med ungdom avses i denna studie åldersgruppen 13-20 år³⁰.

Idéns ursprung

Varifrån kommer och hur uppstår idén om att socialtjänsten skall arbeta med öppenvårdsbehandling för ungdomar? Av avgränsningsskäl väljer jag att kortfattat redogöra för några av de

²⁴ Denna definition är ett resultat av litteraturläsning och diskussioner med andra forskare och praktiker.

²⁵ Socialstyrelsen 2006 s. 56-58.

²⁶ Insatsform som syftar till att påverka barnets/den unges och/eller familjens situation genom att pedagogiskt använda aktiviteter och upplevelser i vardagen. Insatsen varierar i intensitet och varaktighet (Socialstyrelsen 2006 s. 57).

²⁷ Insatsform som avser att stödja unga, boende i egen lägenhet eller träningsläger, att klara ett eget boende och i övrigt stödja dem på vägen till ett självständigt vuxenliv (Socialstyrelsen 2006 s. 57).

²⁸ Insatsform som syftar till att stödja barnets/den unges och/eller familjen genom enskilda samtal av rådgivande eller behandlande karaktär. Insatsen kan variera i täthet och varaktighet (Socialstyrelsen 2006 s. 58).

²⁹ Bergmark & Lundström 2000 s. 83.

³⁰ Studiens åldersindelning kan förklaras på två sätt. Det första är att det är intressant att undersöka den grupp som enligt Socialstyrelsens statistik får mest insatser av socialtjänsten. Det andra är av praktiskt slag; undersökningskommunen använder sig av denna åldersindelning.

1. Inledning

aspekter som jag anser troligtvis har påverkat utvecklingen av öppenvårdsbehandling av ungdomar³¹.

I flera hundra år har samhället använt institutioner för att agera mot och disciplinera olika utsatta grupper i samhället. Kritiken mot denna vårdform har varit omfattande vilket ledde till att man i början av 1960-talet avinstitutionaliserade vården för stora grupper som till exempel psykiskt sjuka och utvecklingsstörda.³² För ungdomar är bilden mer komplicerad. Enligt Sallnäs³³ har institutionsvården totalt sett minskat sedan 1940-talet, medan vi från början av 1990-talet återigen ser en ökning av institutionsvård för ungdomar. Denna utveckling sker trots att institutioner för barn och ungdomar under en lång tid har ansetts vara problematiska utifrån att studier visat att det finns skadliga effekter. Utvecklingen sker också trots att staten sedan 1984 minskat sitt stöd till kommunernas kostnader för institutionsvård.³⁴ Den sker också parallellt som staten tar initiativ till att utveckla alternativ till institutionsvård samtidigt som man tar tillbaka ansvaret för de särskilda ungdomshemmen.

Staten tar 1993, som ett resultat av ifrågasättandet av ungdomsinstitutioner, via Statens institutionsstyrelse (SiS) tillbaka ansvaret för de särskilda ungdomshemmen från kommuner och landsting.³⁵ Staten ger också från 1994 via länsstyrelserna ekonomiskt stöd till kommunerna i syfte att stimulera utvecklingen av alternativ till institutionsvård.³⁶

Genom riktlinjer påverkar staten hur kommunerna bör utveckla alternativen till institutionsvård. Riktlinjerna för att få dessa medel har varierat något under åren men jag har tagit 2002 års inbjudan till att söka utvecklingsmedel från Länsstyrelsen i Jönköpings län³⁷ som ett exempel på hur staten försöker påverka kommunernas utveckling av öppenvårdsalternativ. I denna inbjudan framgår att prioriterade områden är:

³¹ För en mer utförlig historiebeteckning rekommenderar jag Forkbys avhandling *Ungdomsvård på bennaplan*.

³² Meeuwisse 1997 s. 59-73.

³³ Sallnäs 2000 s. 85-89.

³⁴ Socialstyrelsen 1989.

³⁵ Korpi, 1996 s. 19-20.

³⁶ Nilsson & Ahlgren 2003 s. 9.

³⁷ Länsstyrelsen 2002, beteckning 704-1748-02.

Ungdomsbehandling

- Utveckling av olika former av mellanvård.
- Verksamheter som kombinerar stöd- och behandlingsinsatser med arbete/sysselsättning.
- Samverkans- och vårdkedjemodeller.
- Utbildningsinsatser inom öppenvården.
- Kvalitetsutvecklings- och dokumentationsprojekt.
- Projekt som ser till de särskilda behov som flickor och pojkar med missbruksproblem har.

Vidare framgår av inbjudan att samverkan prioriteras, att stödet beviljas för ett år i taget men i högst två år och att stödet syftar till att kommunen bygger upp en egen strategi. I inbjudan framgår också att ansökan skall beskriva hur verksamheten skall fortsätta när bidragstiden upphört och att ansökan skall vara politiskt förankrad. Att staten genom ekonomiskt stöd påverkat kommunerna är troligtvis en viktig aspekt i utvecklingen av öppenvårdsbehandling, något som också framkommer i intervjuerstudien.

En annan faktor som troligtvis på senare tid påverkat utvecklingen av öppenvårdsbehandling är 1982 års socialtjänstlag.³⁸ I denna framträder ett nytt systemiskt synsätt³⁹ på klienten och socialtjänstens arbete, men också att insatserna ska vara normaliserande och ske i klientens sammanhang. Principer som både manar till och kräver ett annat behandlingsutbud.

Torbjörn Forkby⁴⁰ tar i sin avhandling upp professionens utveckling som en aspekt som påverkat utvecklingen av öppenvårdsbehandling. Han menar att det är flera saker som påverkat professionens inställning, men framhåller framförallt att kritiken mot den alltför utpräglade utredningskulturen på socialkontoren, bristerna i det behandlingsarbete som utfördes och inspirationen av arbetet i barnbyn Skå har påverkat professionen till att medverka till utvecklingen av öppenvårdsbehandling inom socialtjänsten.

Avslutningsvis några ord om de ekonomiska incitamenten för att utveckla alternativ till institutionsplaceringar. Försök att utveckla öppenvårdsbehandling för barn inom socialtjänsten gjordes redan

³⁸ Socialtjänstlag (1980:620).

³⁹ Synsättet bygger på systemisk teori som inte är en enhetlig teori. I socialt arbete har teorin använts för att förstå hur människor kontinuerligt samspelar och påverkar varandra. Olsson & Petit, 1999 s. 203. Utvecklingen av synsättet har skett utifrån den kritik som funnits mot alltför individriktade förklaringsmodeller till sociala problem (författarens anmärkning).

⁴⁰ Forkby 2005 s. 24-27.

1. Inledning

under 1970- och 80-talet⁴¹, men som tidigare skildrats gjordes den omfattande satsningen under 1990-talet parallellt med en lågkonjunktur, en hög arbetslöshet och en försämrad kommunal ekonomi. Något som knappast kan vara en ren tillfällighet. I såväl Forkbys avhandling⁴², Socialstyrelsens kartläggning av öppenvårdsinsatser från 2006⁴³ som i denna studies intervjuer, framkommer också att ett argument för att utveckla öppenvårdsinsatser är att minska de kommunala kostnaderna för barn- och ungdomsvården.

Empirin i avhandlingens andra delstudie – aktstudien - är hämtad från socialtjänstens dokumentation. Jag kommer därför att kort redogöra för under vilka förutsättningar och vilken lagstiftning som denna dokumentation skapats. Jag kommer också att kort diskutera kring några kända problem med socialtjänstens dokumentation.

Dokumentation inom individ- och familjeomsorgen

Barnvårdsutredningar regleras av lagar och förordningar, allmänna råd samt myndighetens egna anvisningar. Enligt 11 kap 1 § i socialtjänstlagen skall utredningen inledas omgående, relevanta kontakter skall tas, utredningen skall inte göras mer omfattande än vad som krävs samtidigt som alla relevanta uppgifter skall dokumenteras. Den enskilde skall underrättas om vad som dokumenteras i utredningen och eventuella insatser skall planeras och genomföras i samråd med den berörde. Vidare säger förvaltningslagen att utredningen skall vara saklig och opartisk och vara språkligt lättbegriplig. Detta innebär att det finns övergripande riktlinjer för hur en utredning ska utföras men att det också finns utrymme att utforma utredningar utifrån professionella och individuella krav.⁴⁴

När det gäller den personal eller enhet som bedriver behandlingsarbete inom socialtjänsten var det tidigare oklart om de omfattades av dokumentationsskyldigheten. Sedan ändringen av socialtjänstlagen 1997 omfattas även behandlingsarbetet av denna skyldighet och dokumentationen kring behandlingsinsatser skall vila på samma förvaltningsrättsliga principer som det myndighetsutövande arbetet inom socialtjänsten.⁴⁵

⁴¹ Hagelin & Levin 1988.

⁴² Forkby 2005 s. 13, 83, 113.

⁴³ Socialstyrelsen 2006 s. 23.

⁴⁴ Sundell & Egelund 2001 s. 35.

⁴⁵ Socialdepartementet 1996/97: 124. *Ändring i socialtjänstlagen.*

Trots olika riktlinjer har forskningen funnit olika problem i samband med barnavårdsutredningar. Det är till exempel vanligt att icke användbar information samlas in och att viktig information glöms bort eller övervärderas. Det är också enligt samma forskning vanligt att utredaren tidigt bestämmer sig för vad som orsakar och löser problemet och att det sedan styr vilken information som samlas in eller att tillgängliga insatser påverkar utredningsprocessen.⁴⁶ En ytterligare sak som komplicerar arbetet inom socialtjänsten och dokumentationen är att det inte finns någon självklar definition av vad ett socialt problem är eller hur det kan förstås eller förklaras. Olika teoretiska perspektiv, politiska aspekter, tidsepoker, kulturer och allmänt tyckande är några faktorer som kan påverka hur sociala problem uppfattas och åtgärdas.⁴⁷ Utredningarna har också syfte att legitimera socialtjänstens insatser och skrivs för en begränsad publik. Forskning har också visat att utredningarna tenderar att reproducera kulturella föreställningar om orsaker till sociala problem vilket tillsammans med andra angivna skäl gör att det finns anledningar till att betrakta dokumentationen som mer en social konstruktion än en ”sanning”.⁴⁸ Tidigare forskning visar också att valet av insats påverkas av de åtgärder som finns inom organisationen.⁴⁹ Klienters beskrivningar av sitt eller sina problem dokumenteras inte särskilt väl och det är ibland svårt att se vad som är klientens problem.⁵⁰

Förutom eventuella utredningar finns också i socialtjänstens aktdokumentation bland annat registeruppgifter, journalanteckningar, externa och interna utlåtanden samt extern kommunikation i form av brev. Denna form av dokumentation berörs sällan eller aldrig i forskningen kring dokumentation inom socialtjänsten.

Avhandlingens disposition

Jag kommer i den fortsatta presentationen att inleda med att diskutera studiens metodologiska aspekter. Därefter följer en genomgång av forskning om socialtjänstens barnavård med huvudsakligt fokus på den svenska forskningen. Sedan presenteras studiens teoretiska perspektiv där jag inleder med att diskutera kring socialtjänstens organisering med fokus på ett nyinstitutionellt perspektiv på organisering. I denna presentation framkommer bland annat att människobehandlande organisationer ofta legitimeras av

⁴⁶ Billqvist & Johnsson 2007 s 3-10 , Egelund 1997 s. 342-345.

⁴⁷ Meeuwisse & Swärdh 2002 s. 27-44.

⁴⁸ Hyden s. 194-205.

⁴⁹ Carlsson 1995 s. 149-152, Billqvist 1999 s. 33-35.

⁵⁰ Johnsson, L. 1999 s. 19.

1. Inledning

andra aspekter än deras förmåga att prestera resultat. Resultatredovisningen inleds med att resultatet från intervjustudien presenteras där personal från undersökningskommunen har intervjuats. I aktstudien presenteras resultatet från en studie av dokumentation för 97 ungdomar som varit aktuella för öppenvårdsbehandling. Varje resultatpresentation avslutas med en sammanfattning och slutsatser utifrån nyinstitutionell teori. I dessa framkommer bland annat att idén om öppenvårdsbehandling har översatts lokalt utifrån professionens behov och enskilda aktörer, men också att behandlingsformen främst vunnit legitimitet genom att vara ett nytt handlingsalternativ för socialtjänsten. Redovisningen avslutas med en sammanfattning och diskussion där jag diskuterar hur och varför idén översätts och hur en behandlingsform skapar legitimitet.

2. Metod

I detta kapitel redogör jag för mina överväganden i samband med materialinsamlingens olika faser i syfte att göra denna process transparent och då möjliggöra för andra att bedöma rimligheten i mina tolkningar och slutsatser. Jag inleder med att diskutera min förförståelse för att sedan presentera studiens metodologiska utgångspunkter. Därefter redogör jag för urval och materialinsamlingsprocessen. Jag avslutar kapitlet med att diskutera metodproblem och studiens etiska aspekter.

Förförståelse

Troligtvis har alla forskare någon form av förförståelse för sitt forskningsobjekt. I mitt fall består förförståelsen av 20 års erfarenhet av att arbeta med olika former av behandlingsarbete med barn och ungdomar. När det gäller öppenvårdsbehandling har jag en lång erfarenhet av att arbeta med olika former av öppenvårdsbehandling av ungdomar i en annan kommun än studiens undersökningsobjekt. Där var jag bland annat med om att under 1990-talet bygga upp en ny verksamhet som i huvudsak skulle minska institutionsvården. Sedan 2001 arbetar jag på länsnivå i Jönköpings län med att koppla ihop socialtjänstens arbete med utvecklings- och forskningsarbete på en regional forsknings- och utvecklingsenhet⁵¹ som finansieras av länets kommuner och landsting. Det är utifrån denna plattform som jag bedrivit mina forskningsstudier. Min anställning på FoU-enheten har inneburit att jag är välkänd hos beslutsfattare varför jag förhållandevis enkelt kunnat få tillgång till forskningsobjekt och material. Min förförståelse har inneburit att jag redan vid studiens start hade teoretisk och praktisk kunskap om fältet. En nackdel som min förförståelse kan ha lett till är att jag inte har kunnat vara tillräckligt objektiv i arbetet med studien och därigenom missat att ställa vissa frågor till materialet. Att arbeta som FoU-ledare och att på så sätt möta de intervjuade i andra yrkesmässiga situationer kan också ha lett till svårigheter vid studiens genomförande. Jag tror framförallt att det kan ha lett till att risken för socialt önskvärda svar vid intervjuerna har ökat. Detta främst beroende på att alla respondenterna sedan tidigare vet hur jag ser på öppenvårdsbehandling och att de dessutom vet att jag regelbundet träffar deras chefer och att det därigenom finns en ”risk” att jag berättar vad som framkommit i intervjuerna. Att mina forskarstudier

⁵¹ För mer info se www.luppen.se.

finansierats av min arbetsgivare⁵² och på så sätt indirekt av undersökningskommunen bedömer jag inte har påverkat min studie. Jag har aldrig blivit påverkad av mina finansiärer i val av metoder eller frågeställningar. Hur min erfarenhet och eventuella beroendeställning påverkat studien är dock svårt för mig att avgöra och i slutändan är det upp till andra att bedöma om så varit fallet.

Metodologiska utgångspunkter

Studiens syfte är att förstå, men också att tolka hur öppenvårdsbehandling översatts i en lokal kontext. Jag har därför i studien strävat efter ett konstruktionistiskt tolkningsperspektiv. Därmed utgår jag ifrån att sociala företeelser och kategorier skapas i sociala samspel. Jag menar också att forskarens beskrivning av den sociala verkligheten utgör konstruktioner och är en specifik version av det observerade som inte är slutgiltig.⁵³

För att härleda slutsatser vid forskning finns olika ansatser. Att utgå ifrån empiri för att ta fram teoretiska slutsatser benämns som induktion medan det motsatta förhållningssättet som innebär att teoretisk hypotes prövas empiriskt benämns som deduktion. Min ansats kan liknas med ett tredje förhållningssätt, ett abduktivt förhållningssätt, där det sker en pendling mellan teori och empiri och där det centrala är att finna ny kunskap om ett fenomen. Jag har i min forskningsprocess alternerat mellan teori och empiri vilket inneburit att dessa bägge successivt omtolkats och förfinats på grund av detta växelspel. Att välja nyinstitutionell teori som analysredskap var för mig ingen självklarhet vilket inneburit att jag under hela forskningsprocessen vandrat fram och tillbaka mellan empiri och teori för att ständigt diskutera tolkningar av mönster och slutsatser.⁵⁴

Studiens syfte att undersöka om öppenvårdsbehandling kan ses som en institutionaliserad idé genom att studera hur och varför en lokal öppenvårdsbehandling utvecklas gjorde att jag valde att genomföra en fallstudie. Enligt Yin⁵⁵ är fallstudien att föredra när forskningsfrågorna formuleras som *hur* och *varför*. Den är också en lämplig metod när forskaren inte har kontroll över händelseförloppet, när avsikten är att studera något i sitt verkliga sammanhang och när huvuduppdraget är att förstå och förklara en process. Fallstudien ger också en möjlighet att ta fram en detaljerad

⁵² Jönköpings läns tretton kommuner, Jönköpings läns landsting samt Hälsohögskolan i Jönköping.

⁵³ Bryman 2002 s. 33.

⁵⁴ Alvesson & Skoldberg 1994 s. 45, Bryman 2002 s. 20-23.

⁵⁵ Yin 2007 s. 17- 27.

2. Metod

kunskap om en sammansatt företeelse. Den grundläggande formen för fallstudien rymmer ett detaljerat och ingående studium av ett enda fall och det är enligt Yin⁵⁶ nödvändigt att precisera vad som undersöks i ett fall. Yin⁵⁷ skiljer mellan fem former av en fallstudie med ett undersökningsfall.

- *Det kritiska eller avgörande fallet.* Här har forskaren en tydligt framställd hypotes och väljer ut ett fall för att det kommer att ge en bättre förståelse och för att undersöka om hypotesen håller.
- *Det unika fallet.* Här undersöks det unika eller extrema fallet för att sedan utifrån resultatet diskutera eventuella kopplingar till andra teorier eller erfarenheter.
- *Det informationsrika eller avslöjande fallet.* Här ges forskaren en möjlighet att studera ett informationsrikt fall för att observera och analysera en företeelse som tidigare varit otillgänglig för vetenskapliga studier.
- *Det representativa eller typiska fallet.* Här är syftet att fånga och beskriva vad som sker i ett typiskt eller representativt exempel.
- *Det longitudinella fallet.* Här undersöks ett och samma fall vid två eller flera tidpunkter i syfte att studera förändringar över tid.

Att studera ett fall har begränsningar. Enligt Yin⁵⁸ handlar det främst om att det enda fallet kan ge en felaktig bild och enfallsdesign kräver därför en noggrann genomgång innan valet av fall sker för att minimera risken att ge en felaktig bild. Jag har valt ett fall främst av praktiska och resursmässiga skäl men också för att syftet inte är att generalisera utan söka detaljer i en utvecklingsprocess. Valet av undersökningskommunen som fall gjordes efter en noggrann genomgång och motiveras också av deras omfattande erfarenhet av att bedriva öppenvårdsbehandling. Med min tidigare erfarenhet om öppenvårdsbehandling och kunskap från en tidigare studie om Jönköpings öppenvårdsbehandling bedömer jag deras öppenvårdsbehandling som ett representativt och informationsrikt fall där jag kan komma nära, fånga detaljer i sitt verkliga sammanhang när jag studerar hur iden om öppenvårdsbehandling realiserar lokalt.

Enligt Yin⁵⁹ kan också en och samma fallstudie innehålla mer än en enhet i syfte att finna olika analysnivåer. Jag har i studien två analysenheter, personal och personakter som undersökts i två delstudier. I intervjustudien genomförde jag semistrukturerade

⁵⁶ Yin 2007 s. 67.

⁵⁷ Yin 2007 s. 61-62.

⁵⁸ Yin 2007 s. 63-64.

⁵⁹ Yin 2007 s. 64-67.

kvalitativa intervjuer med professionella. Att välja intervjuer med verksamheternas personal och tidigare chefer gjordes med syftet att förstå hur och varför utvecklingsprocessen sker lokalt. Med verksamheternas personal genomfördes intervjuerna i grupp för att få en samlad bild av hur verksamheternas personal resonerade kring mina frågeställningar.

I den andra delstudien genomfördes en aktstudie med i huvudsak kvantitativ ansats i syfte att undersöka hur idén om öppenvårdsbehandling har realiserats i det praktiska arbetet med ungdomar, men också i syfte att redogöra för verksamheternas målgrupp och innehåll. Jag valde att studera akterna eftersom jag trodde att akterna skulle förse mig med olika uppgifter om en större grupp ungdomar som fått öppenvårdsbehandling. Jag valde också denna metod för att undvika olika etiska problem, men också av tids- och kostnadsrättsliga aspekter. Utifrån de mönster som framkom i den insamlade empirin valde jag nyinstitutionell teori som analysredskap.

Undersökningsobjekt

Undersökningskommunen Jönköping är en av Sveriges tio största kommuner. Socialtjänstens verksamhet är indelad i fyra områden: äldreomsorg, individ- och familjeomsorg, omsorgsfunktion samt verksamhet för psykiskt och fysiskt funktionshindrade. Individ- och familjeomsorgen består i sin tur av fyra huvudområden: barn och ungdom, försörjningsstöd, invandrar- och flyktingverksamhet och missbrukarvård. Det aktuella området barn och ungdom är i sin tur områdes- och funktionsindelad, vilket bland annat innebär att utredningsarbete och renodlad behandlingsverksamhet utförs av olika personalgrupper och verksamheter⁶⁰. Kommunens socialtjänst har sedan början av 1990-talet, med periodvis ekonomiskt stöd i utvecklingsmedel från länsstyrelsen, arbetat med öppenvård för barn och unga genom verksamheter som enbart drivs i kommunal regi eller i samarbete med landstinget. Under tiden för studiens genomförande hade kommunen sex olika behandlingsverksamheter med olika inriktningar och omfattningar för ungdomar i åldern 13-20 år.

Precis som i övriga landet har Jönköping ökat användandet av dygnsvård och behovsprövat personligt stöd. Däremot visar statistiken från Jönköping att antalet barn och ungdomar som fått

⁶⁰ Information har hämtats från undersökningskommunens hemsida.

2. Metod

strukturerat öppenvårdsprogram och kontaktfamilj/person sjunkit sedan 1998.

Tabell 1 Öppenvårdens och institutionsvårdens omfattning åren 1998 och 2005 för åldersgruppen 0-20 år. Antal barn och unga som haft insatsformen någon gång under året, nationellt och i Jönköping.

	Dygnsvård		Strukturerad öppenvårdsprogram		Behovsprövat stöd		Kontaktperson /familj	
	1998	2005	1998	2005	1998	2005	1998	2005
Nationellt	4555	5791	3639	8075	17017	21515	21121	22033
Jönköping	262	315	150	107	83	325	347	319

Källa: Socialstyrelsen (2006) samt Jönköpings kommun.

Det ökade användandet av dygnsvård och därmed ökade kostnader ledde till att kommunen under 2003 startade ett arbete som innebar en genomlysning av dygnsvård och då främst institutionsvården.⁶¹ I samband med denna genomlysning genomförde jag en studie av kommunens öppenvårdsverksamheter och behovsprövat personligt stöd⁶² i syfte att presentera vilka ungdomar som fått dessa insatser. Denna studies undersökningsgrupp har sedan delvis ingått i föreliggande studie.

I föreliggande studie har sex olika behandlingsverksamheter ingått. Dessa presenteras nedan.⁶³

Familjebehandling Öst och Väst

Två verksamheter, som utifrån en geografisk indelning av kommunen, arbetar med samma målgrupp. Verksamheterna startade 1994 och har var sin sektionschef samt 8 respektive 7 familjebehandlare⁶⁴ som i huvudsak arbetar dagtid på vardagar. Målgrupp för verksamheterna är remitterade ungdomar i åldern 0-15 år och deras familjer. Behandlingsinsatsen är föranledd av barnets/ungdomens hemförhållande eller beteende. Förutom att uppnå barnens och ungdomarnas individuella målsättningar skall verksamheten också vara ett alternativ till traditionella institutionsplaceringar. Verksamheterna arbetar med individuella

⁶¹ Saknas protokoll, muntliga uppgifter från IFO-chef.

⁶² Ahlgren 2005 s. 10.

⁶³ I beskrivningarna av verksamheterna utgår jag från deras eget skriftliga presentationsmaterial.

⁶⁴ Samtliga har högskoleutbildning med inriktning mot vård och behandling. Flera har dessutom vidareutbildning i psykoterapi och/eller familjearbete, och/eller nätverksarbete.

Ungdomsbehandling

samtal och familjesamtal, miljöterapi, Marte Meo⁶⁵ samt en modell för intensivt familjeterapeutiskt arbete. Personal från verksamheterna arbetar också som kontaktpersoner åt familjerätten samt med olika samverkansprojekt. Behandlingsintensiteten är olika beroende på metod, men den är oftast intensiv med en eller flera gånger i veckan i början av behandlingen, för att sedan successivt få längre intervall mellan träffarna.

Tellus ungdomsboende

Verksamheten startade som ett projekt i mars 2002 och gjordes permanent från 1/1 2004. Tellus har en sektionschef och sju behandlingsassistenttjänster⁶⁶ som arbetar dag- och kvällstid varje veckodag. Målgruppen är ungdomar 17-22 år som varit kortare eller längre tid på institution eller familjehem. Tellus ungdomsboende skall svara för eftervård, behandling i eget boende för ungdomar som varit placerade samt ungdomar som är i riskzon för placering. Förutom träningsboende under maximalt ett år arbetar Tellus med social färdighetsträning, individuella stöd och utvecklingssamtal, familjesamtal och nätverksmöten samt fritidssysselsättning. Personalen träffar ungdomarna i princip dagligen för någon form av kontakt eller behandling.

Ungdomsteamet mot droger

Ungdomsteamet mot droger har drivits som ett samverkansprojekt mellan landstinget och kommunen sedan 2001 och blev en permanent verksamhet vid årsskiftet 2004/2005. Personalgruppen består av två ungdomsbehandlare⁶⁷, en sjuksköterska⁶⁸ samt en konsulterande läkare som arbetar dagtid på vardagar. Ungdomsteamet arbetar kommunövergripande med information, rådgivning och behandling i frågor om alkohol och droger. Målgruppen är både remitterade och frivilligt sökande ungdomar 13 – 22 år. Arbetsmetoder är strukturerade behandlingsprogram som

⁶⁵ Marte Meo är en salutogen behandlingsmetod. Metoden har utvecklats av den holländska specialpedagogen Maria Aarts. Marte Meo betyder "av egen kraft" (latin). Metoden bygger på kunskap från kommunikationsteori och nyare samspejsbaserad spädbarns- och utvecklingsteori. Metoden är ursprungligen utvecklad för att ge familjer med olika former av problem en kortvarig och intensiv hjälp i hemmet. Hedenbro & Wirtberg (2000).

⁶⁶ Nästan alla har en högskoleutbildning med inriktning mot vård och behandling. Några har vidareutbildning i familjearbete och/eller nätverksarbete.

⁶⁷ Högskoleutbildning med inriktning mot vård och behandling samt vidareutbildning i familjearbete och/eller nätverksarbete.

⁶⁸ Legitimerad sjuksköterska. Saknar uppgifter om vidareutbildning.

2. Metod

haschavvänjningsprogrammet⁶⁹ (sk. HAP), A R T⁷⁰ och motiverande intervju, men också urinprovstagning och information till föräldrar och skolor. I denna verksamhet träffar personalen ungdomarna med olika intensitet beroende på problematik. Den vanligaste behandlingsintensiteten är en gång i veckan.

Påverkansprogram och Ungdomstjänst

Verksamheten har funnits sedan år 2000 och riktar sig till unga lagöverträdare, 15-18 år, som dömts till vård inom socialtjänsten, antingen i form av ett så kallat påverkansprogram eller i form av oavlönat arbete - Ungdomstjänst. En samordnare⁷¹ utformar individuellt anpassade påverkansprogram med fem till tio träffar med andra professionella. Samordnaren tar också fram arbetsplatser med handledare för dem som dömts till ungdomstjänst. Inom ramen för denna verksamhet träffas socialarbetare och ungdom sporadiskt då det egentliga behandlingsarbetet genomförs av personer utanför verksamheten.

Undersökningsgrupper

Intervjustudien

I denna studie intervjuades olika personalkategorier inom socialtjänsten i undersökningskommunen.

För att undersöka framväxten av verksamheterna genomfördes individuella intervjuer med tre tidigare chefer inom öppenvården.⁷² För att undersöka hur personal som utför behandlingen förhåller sig till behandlingsmetoder, verksamheternas förutsättningar samt aktuella ungdomar genomfördes gruppintervjuer med personal vid familjebehandling Öst respektive Väst samt Tellus ungdomsboende⁷³. Grupperna bestod av 5-8 deltagare med 1-10 års erfarenhet av behandling i socialtjänstens öppenvård. All deltagande personal var högskoleutbildad. Vid samtliga intervjuer saknades någon eller några personal. Respektive chef deltog inte i intervjuerna.

I syfte att undersöka hur remitterande socialsekreterare uppfattar öppenvårdsbehandlingen genomfördes också telefonintervjuer med

⁶⁹ Ett manualbaserat program på 6-8 veckor (författarens anmärkning).

⁷⁰ Aggression replacement training. Ett manualbaserat program som syftar till social färdighetsträning, ilskekontroll samt moralträning (<http://www.statinst.se/zino.aspx?articleID=228>).

⁷¹ Högskoleutbildning med inriktning mot vård och behandling. Vidareutbildning i familjearbete och/eller nätverksarbete.

⁷² Frågor, bilaga 6.

⁷³ Frågor, bilaga 5.

Ungdomsbehandling

fyra socialsekreterare med erfarenhet av att remittera och samarbeta med öppenvårdsverksamheter⁷⁴. Dessa valdes ut utifrån en sammanställning från kommunen på dem som remitterat till verksamheterna. Utifrån denna lista valde jag sedan ut de som hade remitterat till minst tre olika enheter och lottade sedan fram fyra personer⁷⁵ som sedermera tackade ja till att intervjuas. I intervjustudien har totalt genomförts tio intervjuer, tre individuella, tre gruppintervjuer samt fyra telefonintervjuer.

Aktstudien

I en tidigare tvärsnittsstudie⁷⁶ undersöktes 117 ungdomar i åldern 13-20 år som enligt kommunens register var aktuella för någon av de sex verksamheterna eller hade behovsprövat stöd enligt SoL den 31 mars 2004. Alla dessa ungdomar hade fått den aktuella insatsen i form av ett biståndsbeslut. Utifrån den tidigare studien har jag sedan studerat 97 ungdomar som avslutat sin kontakt med den verksamhet som de haft kontakt med i den tidigare studien⁷⁷.

Som framgår av tabellen nedan är den största andelen ungdomar från familjebehandlingsverksamheterna.⁷⁸

*Tabell 2 Antal deltagande ungdomar i verksamheter.
(pojkar n= 50, flickor n=47)*

	Pojkar	Flickor	Totalt
Familjebehandling Väst	16	14	30
Familjebehandling Öst	18	22	40
Tellus ungdomsboende	6	8	14
Ungdomsteamet mot droger	5	2	7
Påverkansprogram	3	0	3
Ungdomstjänst	2	1	3
Totalt	50	47	97

Källa: Jönköping kommuns databas

⁷⁴ Frågor, bilaga 7.

⁷⁵ Slumpen gjorde att det blev två män respektive två kvinnor.

⁷⁶ Ahlgren 2005.

⁷⁷ Tjugo ungdomar togs bort från studien på grund av att det inte fanns tillräcklig dokumentation för studien, bland annat saknades information av grundläggande karaktär, till exempel familjesituation.

⁷⁸ Flera ungdomar deltar i mer än en verksamhet, men har placerats där de har den mest omfattande insatsen.

2. Metod

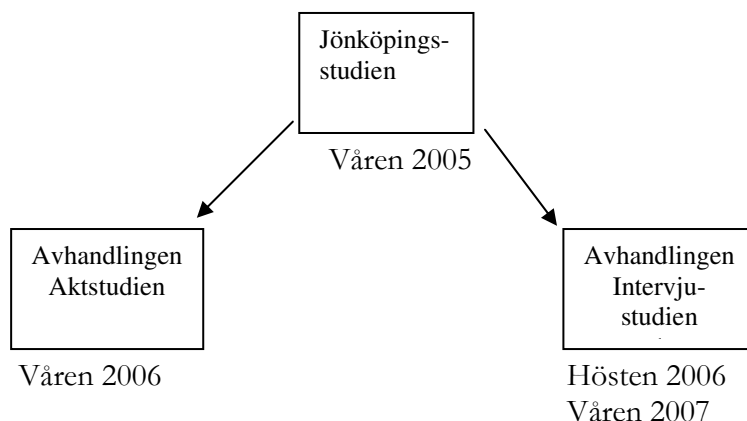
Drygt 70 procent av ungdomarna har varit aktuella i någon av familjebehandlingsverksamheterna, medan resterande ungdomar fördelas jämnt mellan Tellus ungdomsboende och kategorin övriga.

Materialinsamling och tillvägagångssätt

Innan jag kommer in på att presentera hur jag genomfört delstudierna gör jag en genomgång av hur hela studien genomförts.

I min tjänst som FoU-ledare vid Luppen kunskapscentrum genomförde jag under våren 2005 ett uppdrag åt Jönköpings kommun som syftade till att kartlägga vilka ungdomar som var aktuella i deras öppenvårdsverksamheter.⁷⁹ När detta uppdrag var slutfört beslöt jag mig för att inom ramen för min forskarutbildning och självständigt, utan uppdrag från Jönköpings kommun, att fortsätta att undersöka olika aspekter av Jönköpings öppenvårdsbehandling. Under våren 2006 utökade och kompletterade jag den tidigare genomförda kartläggningen i det som i avhandlingen kallas för aktstudien.

Under hösten 2006 och en bit in på våren 2007 genomförde jag sedan intervjuerna i det som här presenteras som intervjustudien. I avhandlingen presenteras delstudierna i omvänd tidsföljd i syfte att underlätta och tydliggöra min framställning. Schematiskt kan arbetsföljden i studien presenteras enligt nedanstående figur



Figur 1 Studiens tidsmässiga genomförande

⁷⁹ Ahlgren 2005.

I nästa avsnitt kommer jag att redogöra för det som i denna studie presenteras som intervjustudien.

Intervjustudien

I denna delstudie intervjuade jag socialarbetare som arbetade eller har arbetat i undersökningskommunen. Vilka som intervjuades styrdes av mina idéer om och förståelse av vilka som varit och är viktiga för utvecklingen av öppenvårdsbehandlingen i Jönköping. Av tids- och resursmässiga skäl valde jag bort att intervjua politiker trots att jag redan initialt visste att de är en viktig grupp vid verksamhetsutveckling

Inför samtliga intervjuer har jag informerat per e-post⁸⁰ om syftet med studien, att deltagandet är frivilligt, att inga namn kommer att nämnas och att eventuella kännetecken kommer att tas bort eller ändras i intervjusammanställningarna samt att resultatet endast kommer att användas i min studie. När det gäller personalgruppsintervjuerna har detta e-postmeddelande gått till respektive arbetsledare för vidarebefordran till all aktuell personal. Jag har inte nåtts av information om att någon personal valt att inte delta i intervjun utifrån denna information. För att vara säker på att alla fått informationen har jag gått igenom den innan jag har påbörjat informationen. Ingen personal har tackat nej till att medverka utifrån denna information. När det gäller de individuella intervjuerna har e-postmeddelandet skickats till respektive person och samtliga tillfrågade har tackat ja till att medverka i intervjuerna. Inför samtliga intervjuer har respektive frågeställningar⁸¹ skickats ut i förväg till respondenterna.

Tre tidigare chefer inom öppenvården som varit delaktiga i en drygt 15-årig utvecklingsprocess av öppenvårdsverksamheter intervjuades. Jag valde dessa personer av två anledningar; de har lång erfarenhet av utvecklingen av öppenvårdsverksamheter, men framförallt av det skälet att de nu arbetar med andra arbetsuppgifter och troligtvis kan och vågar ha en mer öppen inställning till det som skett än om de fortfarande arbetade eller var verksamma inom öppenvården i Jönköping. Jag valde att intervjua de före detta cheferna individuellt för att få deras version utan påverkan från de andra cheferna. Dessa intervjuer tog mellan 1-1,5 timme att genomföra och flera av de intervjuade hade tagit sig tid att förbereda sig inför intervjun genom att till exempel läsa igenom egna

⁸⁰ Bilaga 1 och 2.

⁸¹ Bilaga 5, 6, 7.

2. Metod

anteckningar för att kolla upp fakta. Två av tre intervjuer genomfördes på min arbetsplats medan den tredje intervjun gjordes per telefon av praktiska skäl. Verksamheternas personal intervjuades i grupp av flera anledningar, främst för att jag var intresserad av att få en samlad bild av hur en personalgrupp resonerar, men valet styrdes också av pragmatiska skäl såsom svårigheter att hitta en bra urvalsprincip för vem som ska intervjuas och för att spara tid. Gruppintervjuerna genomfördes på respektive arbetsplats och tog mellan 1,5 – 2 timmar att genomföra. Deltagarna i dessa samtal var mer oförberedda men ändå fyllda med tankar och idéer som bollades mellan deltagarna. Avslutningsvis genomfördes individuella telefonintervjuer med remitterande socialsekreterare. Dessa intervjuer tog mellan 30 - 60 minuter att genomföra. Jag hade som avsikt att även här genomföra gruppintervjuer av samma skäl som för verksamheternas personal men fick välja att genomföra individuella telefonintervjuer av tidsskäl. Jag hann helt enkelt inte i slutet av min empiriinsamling att invänta tider för gruppintervjuer.

Samtliga intervjuer transkriberades, bearbetades och analyserades med olika angreppssätt och tekniker, en metod för intervjuanalys som Kvale⁸² kallar Ad hoc. Övergripande har analysarbetet byggts på en process som liknar tankarna i den hermeneutiska cirkeln där jag växlat mellan helhet och enskilda delar.⁸³ Rent praktiskt innebar analysarbetet att jag läste utskrifterna flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet och fånga upp övergripande teman. Utifrån dessa teman återvände jag till materialet och sökte efter skildringar i utskrifterna som passat in under respektive tema. Jag har sedan genomfört ytterligare genomläsning av utskrifterna för att se om det finns eventuella andra sätt att tolka och tematisera materialet. Till slut framträdde ett antal teman som jag sedan arbetat vidare med och som presenteras med utvalda citat.

Resultatet från intervjuerna återges i resultatdelen av rapporten. De citat som anges i resultatet är trogna utskrifterna av intervjuerna med undantag för vissa korrigeringar. Justeringar i utskrifterna har gjorts för att dölja vissa språkval som kan härledas till intervjupersoner. Vissa grammatiska ändringar har gjorts för att göra citaten mer lättförståeliga. Ändringar har gjorts med varsamhet och utan att innebörd har förändrats, talspråk har ändrats till skriftspråk och har det behövt klargöras med text har detta visats genom kursivering av den tillagda texten. Om något stycke har utelämnats i

⁸² Kvale 1997 s. 172, 185.

⁸³ Kvale 1997 s. 49-54.

ett citat har det markerats med /.../. Om citaten börjar eller avslutas mitt i en mening har det markerats med

Aktstudien

I syfte att undersöka hur en idé om öppenvårdsbehandling har konkretiserats i det lokala praktiska arbetet med ungdomar genomfördes en aktstudie. I denna studie har all dokumentation i ungdomarnas personakter samt den digitala dokumentationen som öppenvårdsverksamheterna har kring de aktuella ungdomarna granskats. Aktdokumentationen bestod av tidigare utredningar, journalanteckningar, externa expertutlåtanden, brev m.m. Materialet lästes kronologiskt och bearbetades med hjälp av två instrument. Det första instrumentet är ett registerformulär⁸⁴ som jag konstruerade utifrån ett formulär som användes i Torbjörn Forkbys⁸⁵ studie av ungdomar placerade i institutionsvård i Göteborgsregionen, men också utifrån läsning av Claes Levins⁸⁶ kartläggning av ungdomar som fått vård vid § 12-hemmet Råby. Instrumentet syftar till att delta fram bakgrundsinformation kring den berörda ungdomen samt ge en presentation av den pågående insatsen. Detta instrument använde jag vid den tidigare studien i Jönköping men har därefter omarbetats och utökats. Det andra instrumentet är ett skattningsinstrument som i sitt ursprung också är hämtat från Forkbys studie om institutionsvård.⁸⁷ Instrumentet som jag också använt i den så kallade Jönköpingsstudien har anpassats till denna studie och följer de nio livsområden som ADAD-intervjun⁸⁸ innefattar, det vill säga fysisk hälsa, skola, arbete, fritids- och kamratumgänge, familjeförhållanden, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika. Skattningen av dessa områden har gjorts enligt en tregradig skala i syfte att beskriva graden av problembelastning som framkommer vid dokumentationsgranskningen.⁸⁹ Jag bedömer att instrumentet varit relevant för studien, men det har ändå inte varit oproblematiskt att använda och de problem som funnits redovisas under nästa rubrik - metodsvårigheter.

⁸⁴ Bilaga 1.

⁸⁵ Forkby 2003 s. 24-28.

⁸⁶ Levin 1997.

⁸⁷ Forkby 2003 s. 26-28.

⁸⁸ Systemet som är utvecklat i USA utgår från nio livsområden och kan användas både som utrednings/bedömningsinstrument i enskilda klientärenden och som utvärderingsinstrument efter avslutad behandling. Söderholm Carpelan, K. & Hermodsson, A. (2004). ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem för ungdomar. Nordisk socialt arbeid, nr 2, vol 24, sid 110-123.

⁸⁹ Bilaga 4 och 5.

2. Metod

Metodsvårigheter

Det finns inledningsvis några övergripande metodproblem som hänger samman med fallstudiemetoden. Enligt Merriam⁹⁰ är ett problem att den i sin ambition om att få rika beskrivningar kan bli för omfattande för att fånga läsaren. Ett annat problem menar Guba och Lincon⁹¹ är att fallstudier riskerar att förenkla, överdriva och ge sken av att skildra mer än de faktiskt gör, vilket kan leda till att läsaren kan dra fel slutsatser. Ett annat problem enligt Merriam⁹² är att forskaren är instrumentet för insamling och analys av information. Detta ställer stora krav på forskarens metodkunskaper och integritet i val av data.

Hur har jag hanterat dessa problem? För det första har jag strävat efter avgränsningar vilket lett till att studiens omfattning har kunnat hållas nere. För att gardera mig mot läsarens feltolkningar och de skevheter som kan uppstå beroende på mina metodbrister har jag varit noggrann med att skildra hur jag gått tillväga vid studiens genomförande.

I nästa avsnitt kommer jag att diskutera de metodproblem som är specifika för de två delstudierna.

Intervjustudien

Det finns enligt Bryman⁹³ problematiska faktorer som rör intervjuaren och det sociala samspelet vid intervjun. Hur denna så kallade intervjuareffekt sker är svårredovisat, då den framförallt bygger på hur den intervjuade uppfattar och påverkas av intervjuarens kön, etnicitet och socioekonomiska status. Som följd av detta samspel kan ett behov uppstå hos den intervjuade att vilja ge en positiv bild av sig själv eller att svara vad man tror är det förväntade svaret. I denna studie kan som tidigare presenterats min andra yrkesroll som forsknings- och utvecklingsledare ha påverkat vad respondenterna svarat och framförallt att de har gett socialt önskvärda svar. Ett annat problem är att forskaren är instrumentet vilket kan leda till feltolkningar och antaganden vid bedömningar om vad som skall lyftas fram i studien. Kopplat till detta är min förförståelse, som kan ha lett till felaktiga tolkningar av materialet och att olika hänsynstaganden har gjorts. Mera diskussioner om hur detta kan ha påverkat resultaten, under rubriken - förförståelse.

⁹⁰ Merriam 1994 s. 47.

⁹¹ Guba & Lincon 1981 s. 377.

⁹² Merriam 1994 s. 89-100.

⁹³ Bryman 2004 s. 140-142.

Aktstudien

Aktstudiemetoden är behäftad med ett antal kända problem. När det gäller all sekundärdata⁹⁴ är problemet att se förbi det som datainsamlaren har lagt till utifrån sin personliga tolkning och sina teoretiska perspektiv. Aktdata i detta sammanhang är också problematiska på så sätt att de avspeglar vad socialtjänsten känner till⁹⁵ eller bedömer relevant att dokumentera, vilket innebär att forskaren inte kan avgöra vilken information som är mest relevant i förhållande till studiens frågeställningar.⁹⁶ Parton⁹⁷ menar att akter har ett värde främst i studier som har ett organisatoriskt perspektiv. Socialarbetare registrerar de uppgifter som organisatoriskt krävs för att fatta beslut. Bristen på enhetliga definitioner av ofta använda begrepp som till exempel ”beteendeproblem” är ett annat problem vid aktstudier.⁹⁸ Ett ytterligare problem är att studier som baseras på dokumentation i personakter riskerar att undanta stora grupper av utredningar, främst dem som avskrivs utan bistånd.

Det finns forskare som anser att problemen med aktstudier är överbetonade. Studier visar att vissa uppgifter är mer tillförlitliga än andra, till exempel anledning till utredning samt uppgifter om förhållanden och skeenden. Däremot anses aktdata vara mindre tillförlitliga när det handlar om att förklara skeenden.⁹⁹ En praktisk fördel är att data är lättillgängliga. Metoden är också förhållandevis snabb, kostnadseffektiv och undviker en del etiska problem som uppstår när forskaren skall kontakta ungdomen. Trots vissa fördelar med aktstudier anses det ändå krävas att forskaren anpassar frågeställningarna till denna typ av sekundära källor, använder data som inte lämnar för stort utrymme för tolkningar och att slutsatserna anpassas till materialets kvalitet.¹⁰⁰

Även i denna studie är bristen på enhetliga definitioner för att till exempel beskriva problembilder ett problem, vilket också lett till svårigheter vid studiens bedömningar. Ett annat problem är också att barnavårdsutredningarna i studien varierar i omfattning, innehåll och kvalitet vilket har gett olika bedömningsunderlag.

⁹⁴ Sedan tidigare insamlad data, ofta av någon annan än den som gör studien.

⁹⁵ Samma problem finns självklart även med intervjudata.

⁹⁶ Hollander 1985 s. 347-349, Bernler & Johnsson 1993 s. 75-76. Billqvist & Johnsson 2004 s. 43-51, Billqvist & Johnsson 2007 s. 3-15.

⁹⁷ Parton & Thorpe 1997 s. 94-95.

⁹⁸ Billqvist & Johnsson, 2007 s. 5-6.

⁹⁹ Valentine 1982 s. 83-74.

¹⁰⁰ Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark 2001 s. 86-90.

2. Metod

I denna studie har jag använt ett ADAD-inspirerat instrument för att göra bedömningar av hur allvarliga problem som framställs i granskade utredningar. De problem jag har mött när jag använt instrumentet har varit kopplat till de presenterade problemen med aktstudier. Även här har bristen på enhetliga definitioner ställt till problem vid bedömningar men framförallt har som framgår i resultatredovisningen den bristande systematiken kring vad som utreds varit ett problem och att därmed har saknats information om viktiga livsområden.

Jag anser dock att den allvarligaste begränsningen är öppenvårdsverksamheternas knapphändiga och osystematiska dokumentation. Det finns inga rutiner för dokumentation för öppenvårdsverksamheterna i undersökningskommunen vilket fått till följd att varje socialarbetare har möjlighet att välja vad som dokumenteras. Tyngdpunkten i studiens bedömningar har som konsekvens av detta i huvudsak fått utgå från barnvårdsutredningar och annan dokumentation som handläggande socialsekreterare har ansvarat för. Förutom svårigheter att skildra innehållet i öppenvårdsverksamheterna är en trolig konsekvens av den bristande dokumentationen i verksamheterna att jag har missat aspekter som är viktiga i ett behandlingsarbete och att aspekter i myndighetsutövningen har fått för stort utrymme i mina bedömningar.

Att studera 97 personakter är tidskrävande och kräver en hög grad av noggrannhet och systematik. Det har också krävts att jag tagit mig tid att lära mig kommunens datastöd för att underlätta sökningar och läsning av det som är registrerat digitalt. Jag har i studien haft ett bra stöd av mina instrument för att sortera och systematisera men har ändå fått begränsa mig till att ta del av maximalt fem personakter per arbetsdag för att kunna hantera och hålla isär all den information som fanns. Med alla brister som fanns i dokumentationen och kopplat till den tid som krävts för studien är det tveksamt om det var värt mödan. Att rekommendera är att kombinera studier av färre antal personakter med intervjuer med berörda socialarbetare och klienter för att få en möjlighet att fånga det som av olika anledningar inte skrivs ner.

Etiska aspekter

Individens skydd inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning regleras genom fyra forskningsetiska principer. Informationskravet innebär i korthet att forskaren skall informera de berörda om studiens syfte och samtyckekravet innebär att deltagarna

själva har rätt att bestämma över sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att individen skall skyddas och att personuppgifter skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål.

Jag kommer nedan att redogöra för hur jag beaktat dessa krav vid genomförandet av studien.

Intervjustudien

Jag har inför intervjuerna informerat om syftet med studien och att det är frivilligt att delta.¹⁰¹ Jag har i syfte att skydda de intervjuades identitet valt att vara mycket kortfattad i presentationen av dem. Jag har också strävat efter att inte ta med citat som jag tror leder till igenkännande och jag har inte heller kopplat respektive citat till enskilda personer i strävan att skydda de intervjuades identitet. Trots detta finns det ett problem med intervjuerna med de före detta cheferna. Här finns en risk för att de kan identifieras beroende på de få intervjuade men framförallt beroende på den låga personalomsättningen bland cheferna för öppenvårdsbehandlingsverksamheterna.

Aktstudien

I aktstudien har data om individerna samlats in från myndighetsregister för att redovisas på aggregerad nivå vilket lett till att jag tillsammans med beslutsfattare i undersökningskommunen har gjort bedömningen att information inte behövde ges till individerna för ett samtycke till att delta i studien. För att uppfylla konfidentialitetskravet sker redovisningen i aktstudien på aggregerad nivå och forskningsdata har förvarats på ett säkert ställe och avidentifierats så att ingen utanför forskningsprojektet kan koppla samman någon som helst information till någon enskild individ. Nyttjandekravet har i denna delstudie uppfyllts genom att all data enbart används i det aktuella avhandlingsarbetet.

Studiens giltighet

En klassisk fråga i samband med en metoddiskussion är den om generaliserbarhet. När det gäller fallstudien som forskningsdesign är åsikterna delade. Rent generellt är de mer kvantitativt inriktade forskarna mer inriktade på att försöka hitta möjligheter till generaliserbarhet, medan andra mer kvalitativt inriktade forskare

¹⁰¹ Se bilaga 1 och 2.

2. Metod

tonar ner eller bortser från kriterier för generaliserbarhet. De mer kvalitativt inriktade forskarna anser att i en fallstudie som följs över tid (även retrospektivt) kommer vissa saker, situationer och mönster upp om och om igen. Dessa upprepningar menar Stake¹⁰² kan ses som generaliserbara. Även Alvesson och Sköldberg¹⁰³ för ett liknande resonemang och menar att om resultat går att överföra till nya fenomen och aktörer kan de ses som generaliserbara. I denna studie anser jag att Kvales¹⁰⁴ resonemang om *analytisk generalisering* stämmer bäst överens med mitt syfte då han menar att väl avvägda bedömningar av såväl forskare som läsare kan leda till ökad förståelse av ett fenomen eller en företeelse.

En annan klassisk fråga är den om studiens reliabilitet och om studien är möjlig att replikera för att kontrollera eller utveckla studiens giltighet. I kvalitativa studier är detta ofta svårt att uppfylla eftersom till exempel sociala betingelser vid intervjusituationer är svåra att återskapa. Enligt Bryman¹⁰⁵ är en strategi för att tillgodose kravet på reliabilitet att försöka göra forskningsprocessens olika moment transparenta. Jag har försökt att beskriva studiens genomförande på ett tydligt sätt i syfte att göra forskningsprocessen transparent och upprepningsbar. En annan sak som gör studien replikerbar är att jag använt mig av två instrument för bedömning och systematisering vilket underlättar genomförandet av liknande studier.

¹⁰² Stake 1995 s. 85-89.

¹⁰³ Alvesson & Sköldberg 1994 s 39-41.

¹⁰⁴ Kvale 1997 s. 210-211.

¹⁰⁵ Bryman 2004 s. 270-271.

3. Forskning om barn- och ungdomsvården

Nationell forskning

I detta avsnitt lyfter jag fram forskning med särskild relevans för mitt område. Syftet är att översiktligt redogöra för den forskning som bedrivits inom barnavårdsområdet och mer ingående redogöra för forskningen kring socialtjänstens öppenvårdsinsats i Sverige.

Enligt Staffan Wiklund finns två huvudinriktningar inom den svenska barnavårdsforskningen; a) den som riktar sig mot barnavårdens organisering och som studerar det arbete som bedrivs på socialkontoret i form av myndighetsutövande åtgärder och b) den som studerar socialtjänstens vård till utsatta barn och ungdomar.¹⁰⁶

Forskning kring den första inriktningen domineras av studier kring processer omkring och innehållet i barnavårdsutredningar. Dessa studier är ofta av lokal karaktär. Av svensk forskning framgår en relativt enhetlig bild av vilka barn och ungdomar som blir aktuella för socialtjänstens barnavårdsutredningar. Sju olika undersökningar som omfattar 3 000 barnavårdsutredningar visar att flera sociala faktorer ökar sannolikheten att barn riskerar att fara illa. Faktorer som invandrarbakgrund, låg socioekonomisk status, arbetslöshet och ensamstående föräldrar ökar sannolikheten att förekomma i en barnavårdsutredning.¹⁰⁷ Något fler pojkar än flickor tycks bli aktuella för barnavårdsutredningar och drygt 45 % är i åldern 13-20 år. Trots att Socialstyrelsens statistik inte skiljer ut tonåringar som grupp så uppskattar forskare att svensk och brittisk barnavård domineras av tonåringar. Runt hälften av alla utredningar som öppnas berör barn äldre än 12 år. I socialtjänstens dygnsvård utgjorde tonåringar hälften eller mer av alla barn som påbörjade en placering under vart och ett av åren 1983-1999. Av den nationella forskningen kring barnavårdsutredningar framgår också att det finns en stor variation i förekomsten av presenterade problem hos de aktuella barnen och ungdomarna.¹⁰⁸ Många barn som fått insatser från socialtjänsten återkommer för barnavårdsutredningar enligt svensk forskning. I en studie av ett representativt urval barnavårdsutredningar från tio kommuner¹⁰⁹ resulterade utredningen i att 57 procent hade någon form av insats. Inom tre år kom 58 procent av dem som fick en

¹⁰⁶ Wiklund 2006 s. 17.

¹⁰⁷ Sundell & Egelund 2001 s. 49-52.

¹⁰⁸ Vinnerljung, Sallnäs, & Oscarsson 1999 s. 6-10, Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark 2001 s. 104-115.

¹⁰⁹ Sundell & Vinnerljung 2004.

insats att åter aktualiseras för en utredning och av studiens undersökningsgrupp fick 45 procent senare ytterligare en ny insats. Bland de barn som återförenas med sina föräldrar efter dygnsvård återplaceras inom två år cirka 25 procent av de yngre barnen och mellan 40 till 50 procent av tonåringarna.¹¹⁰

Forskningen om dygnsvård omfattar studier av frivillig eller tvingande vård som genomförs på familjehem och institutioner. Forskning inleddes under 1950-talet med olika studier kopplat till barnby Skå som sedermera ledde till Gustav Jonssons avhandling *Delinquent boys, their parents and grandparents* 1967.¹¹¹ En annan tidig studie är *Barn i kris-projektet* som också utgick från arbetet på barnbyn Skå.¹¹² I den studien var klienternas upplevelser av familjehem i fokus. Familjehemsvårdens behandlingseffekter och långsiktiga konsekvenser har studerats i ett flertal studier av Vinnerljung¹¹³ medan Höjer¹¹⁴ har undersökt familjehemsstrukturer och inre liv. Sammantaget kan dessa och andra studier om familjehemsvården sägas visa på ett antal svårigheter och då främst de negativa långtidseffekterna. Den nationella forskningen om institutionsvård har haft olika inriktningar. Sallnäs¹¹⁵ har beskrivit institutionernas historiska och nutida framväxt, medan Andersson¹¹⁶ studerat institutionsbehandling för barn. Av särskilt intresse för denna studie är Levins¹¹⁷ avhandling om Råby ungdomshem. I avhandlingen *Uppfostringsanstalten, om tvång i föräldrars ställe* undersöker Levin vad som påverkar att en uppfostringsanstalt upplevs som framgångsrik som samhällsinstitution, men misslyckas som behandlingsorganisation. Med stöd av teorier om människo-behandlande organisationer och nyinstitutionalism, kommer Levin fram till att ett ungdomshem kan fortleva eftersom de legitimeras av hur de anpassar sig till omgivningens krav istället för de resultat de presterar. I omgivningens krav finns att de anpassar sig till och förvaltar institutionella myter i form av samhälleliga krav och förväntningar på vad behandlingen skall innehålla i stället för vad som är den officiella behandlingssideologin. Det leder till att organisationen är framgångsrik, men för en annan uppgift än den

¹¹⁰ Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark 2001 s 50-53.

¹¹¹ Vinterhed 1997.

¹¹² Hessle 1988.

¹¹³ Till exempel Vinnerljung 2001, Vinnerljung 2006.

¹¹⁴ Höjer 2001.

¹¹⁵ Sallnäs 2000.

¹¹⁶ Andersson 1984, Andersson 1995.

¹¹⁷ Levin 1998.

3. Forskning om barn- och ungdomsvården

uttalade. Han menar också att denna frihet för personal i människobehandlande organisationer bland annat leder till att de anpassar ”råvaran” – ungdomen - till organisationens resurser och medel. Detta leder i sin tur till, enligt Levin, att personalen missar de möjligheter ungdomarna har. Sammantaget menar Levin att ungdomshem som Råby bör läggas ned eller ändra innehåll, men att detta troligtvis inte kommer att ske eftersom den ”dolda” uppgiften att straffa ungdomarna är viktigare för samhället att upprätthålla än den officiella uppgiften att behandla och rehabilitera.

Det finns också ett antal studier vars frågeställningar omfattar såväl institutionsvård som familjehemsvård. Lundström¹¹⁸ och Hollander¹¹⁹ har studerat olika aspekter av tvångsvård. Vinnerljung har tillsammans med olika kollegor¹²⁰ och i olika studier beskrivit vårdformernas utformning och omfattning samt oplanerade avbrott i behandlingen kallad sammanbrott. I den senare studien beskrivs hur behandlingar på institutioner, familjehem och i socialtjänstens öppenvård ofta avbryts i förtid. För gruppen unga med asocialitet i bakgrunden avslutades mellan 40 och 70 procent av placeringarna i de vanligaste vårdformerna i förtid enligt Vinnerljung, Sallnäs & Kyle Westermark.¹²¹ Denna studie visade också att 34 procent av föräldrarna hade långvarigt missbruk och 11 procent en långvarig psykisk sjukdom. Andreassens¹²² kunskapssammanställning som i huvudsak redogör för internationella studier visade på institutionsvårdens svårigheter och menade att öppenvårdsbehandling i vissa fall är ett bättre behandlingsalternativ. Sammanfattningsvis kan sägas att nationell forskning om dygnsvård visar att den har ökat i omfattning, att institutionsvården i allt högre grad bedrivs av privata aktörer¹²³ och att dygnsvården har bristande positiva och långsiktiga effekter.¹²⁴

Det finns ett fåtal forskningsstudier kring de åtgärder som Socialstyrelsen definierar som vård i öppna former. De studier som finns beskriver oftast kontaktfamilj och kontaktpersoner. Lundström & Vinnerljung beskriver omfattning och Johansson & Regner¹²⁵ har studerat kontaktfamiljen och de inblandades föreställningar om

¹¹⁸ Lundström 1993.

¹¹⁹ Hollander 1985.

¹²⁰ Vinnerljung, Sallnäs, Oscarsson 1999. Vinnerljung, Sallnäs & Kyle Westermark 2001.

¹²¹ Vinnerljung, Sallnäs & Kyle Westermark 2001, s 187-193.

¹²² Andreassen 2003.

¹²³ Sallnäs, 2000.

¹²⁴ Andreassen 2003.

¹²⁵ Johansson & Regner 2003.

idealfamiljen. Mer omfattande studier har gjorts av Andersson¹²⁶ och Andersson & Bangura Arvidsson¹²⁷. Även kontaktperson/familj har ökat under senare tid¹²⁸ och beskrivs positivt av socialarbetare och klienter¹²⁹. Däremot saknas studier om kort- och långsiktiga effekter av insatsen.

För de övriga insatserna enligt Socialstyrelsens definition av vård i öppna former finns mest begränsade lokala studier som av avgränsningsskäl inte presenteras i denna studie.¹³⁰ I nedanstående tabell presenteras de mer omfattande studierna.

Tabell 3 Studier om öppenvårdsbehandling.

Författare	År	Titel	Fokus
Kerstin Söderholm Carpelan	1992	Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm	Effekt
Bengt Carlsson	1995	Att åtgärda eller behandla. En utvärdering av en organisationsförändring inom individ- och familjeomsorgen i Nässjö och dess konsekvenser för klientarbetet	Organisering
Knut Sundell	2000	Mellanvård för ungdomar. En studie av 133 ungdomar fem år efter avslutad mellanvård	Effekt
Torbjörn Forkby Sundell mfl	2005 2006	Ungdomsvård på hemmaplan, idéerna, framväxten och praktiken Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Resultat efter sex månader.	Organisering, Diskurs Effekt
Gustle	2007	Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi : en svensk randomiserad multicenterstudie angående multisystemisk terapi.	Effekt

I Kerstin Söderholm Carpelans¹³¹ avhandling följdes 208 ungdomar med missbruksproblem som varit aktuella vid Maria ungdomsenhet i Stockholm. Studien visar bland annat att 44 procent av de ungdomarna missbrukade fyra år efter avslutad behandling. Studien visar att fullföljd behandling och behandling i öppenvård i högre grad

¹²⁶ Andersson 1992.

¹²⁷ Andersson & Bangura Arvidsson 2001.

¹²⁸ Lundström & Vinnerljung, 2001 s. 320-323.

¹²⁹ Andersson & Bangura Arvidsson 2001 s. 52-54, s. 107.

¹³⁰ En mängd begränsade undersökningar har genomförts vid lokala FoU-enheter.

¹³¹ Söderholm Carpelan 1992.

3. Forskning om barn- och ungdomsvården

gav ett lyckat utfall. I en licentiatavhandling från 1995 utvärderar Bengt Carlsson¹³² från Göteborgs Universitet en nystartad verksamhet i Nässjö som arbetade med ungdomar och deras familjer¹³³. Studien som främst syftade till att utvärdera en pågående organisationsförändring och dess effekter på klientarbetet, visade bland annat att verksamheten inte tog emot avsedda ungdomar och att spänningar mellan olika enheter och personer resulterade i att man valde att institutionsplacera ungdomar istället för att använda den egna verksamheten.

Knut Sundell har studerat effekterna av olika verksamheter som han beskriver som mellanvård för kriminella ungdomar.¹³⁴ I undersökningen följdes 133 ungdomar i åldrarna 15 till 20 år med kriminell belastning, i fem år. Man valde att följa upp förhållandena kring kriminalitet, hälsa och försörjning. Bland ungdomarna var, förutom kriminalitet även psykisk ohälsa, missbruk och skolproblem vanliga. Däremot var kända sexuella övergrepp inte lika ofta förekommande. Ungdomarna hade i genomsnitt erfarenhet av nära fem insatser innan mellanvården påbörjades. Studien visar att 32 procent av föräldrarna har missbruksproblem och 20 procent psykiska problem och att 60 procent av ungdomarna kom från hem där det förekommit allvarliga sociala problem. En annan riskfaktor är splittrade hem; i Sundells studie har 68 procent växt upp i splittrade hem. Ungdomar med invandrarbakgrund är överrepresenterade i dygnsvård enligt flera studier.¹³⁵ Drygt 40 procent av ungdomarna i Sundells m.fl. studie har invandrarföräldrar. När ungdomarna intervjuades hade de i regel ingen egen bra förklaring till varför de hade blivit placerade i verksamheten. Däremot var de flesta positiva till att få en struktur på sin tillvaro och nära kontakt med vuxna som de kunde känna förtroende för. Också i denna uppföljning är tidsfaktorn viktig, kriminaliteten minskar till exempel successivt. Tre till fem år efter mellanvårdstiden har var fjärde ungdom ingen känd problematik. Men 55 procent har blivit dömda för brott, lider av stor psykisk ohälsa eller saknar egen försörjning. I undersökningen kunde man se att verksamheterna tycktes utvecklas över tid, vilket ledde till bättre prognoser för ungdomarna. Samtidigt upphörde fem av nio mellanvårdsinrättningar under perioden. Studien redovisar delvis dåliga resultat, men Sundell betonar att verksamheterna tar vid där

¹³² Carlsson 1995.

¹³³ Författaren till föreliggande studie arbetade där under den period verksamheten utvärderades.

¹³⁴ Sundell, Nyman & Alvarsdotter, 2000.

¹³⁵ Exempelvis Sarnecki 1996 s. 116-117. Hesse & Vinnerljung, 1999 s. 42-43.

andra misslyckats och att det handlar om svårt belastade ungdomar där socialtjänsten redan tidigare satt in stora insatser utan att lyckas.

I avhandlingen *Ungdomsvård på hemmaplan, idéerna, framväxten och praktiken* från 2005 studerar Torbjörn Forkby det han kallar hemmaplanslösningar i form av en specialskola. I studien beskrivs och analyseras idén bakom och organisationen av hemmaplanslösningar samt interaktionen mellan ungdomar och anställda i en verksamhet. Avhandlingen har en diskursiv och organisatorisk ansats och en viktig faktor som lyfts är hur det omgivande samhället kan ha orealistiska förväntningar och kräva åtgärder som överstiger möjliga resurser. En process som kan leda till att hemmaplanslösningar hotas, om de inte lever upp till dessa krav.

Sedan några år tillbaka pågår ett försök i Sverige att implementera den amerikanska behandlingsformen Multisystemisk terapi (MST) i socialtjänstens öppenvård. Utvärderingen efter sex månaders projektperiod visar att ungdomar som fått MST-behandling och ungdomar i kontrollgruppen uppvisar likvärdiga förbättringar.¹³⁶ Detta till skillnad från vad som har visats i olika internationella kunskapsöversikter om behandlingsinsatser för ungdomar med beteendeproblem, kriminalitet och drogmissbruk.¹³⁷ I dessa är MST är en av de mest lovande behandlingsmetoderna för dessa grupper. Sundell et al. förklarar de svenska resultaten med för kort utvärderingsperiod, metodologiska skillnader och att svenska insatser håller högre kvalitet än insatser i andra länder.

Internationell forskning

Främst beroende på bristerna i den nationella forskningen om öppenvårdsverksamheter och på studier om vad som är effektiva insatser, avslutas sammanställningen med en kortare genomgång av några internationella studier. Flera amerikanska kunskapssammanställningar om insatser för kriminella ungdomar under 1970¹³⁸- och 80-talen¹³⁹ indikerar att det saknades effektiva insatser för att förhindra ungdomarnas fortsatta kriminalitet.¹⁴⁰ Slutsatsen av de senare årens kunskapsöversikter om effektiva

¹³⁶ Sundell, Hansson, Andrée Löfholm, Olsson, Gustle & Kadesjö. 2006. Gustle 2007.

¹³⁷ Carr 2000, Elliot 1998, Farrington & Welsch 1999, Fraser, Nelson & Rivard. 1997, Kazdin & Weisz 1998, McBride, Sherman et al 2002, Stanton & Shadish 1997, Woolfenden & Williams & Peat 2002.

¹³⁸ Winter 1979.

¹³⁹ Till exempel Kazdin 1985.

¹⁴⁰ Henggeler 1996.

3. Forskning om barn- och ungdomsvården

insatser till unga med beteendeproblem, drogproblem och kriminalitet är dock att det finns program som är mer effektiva än andra.¹⁴¹ Dessa program kännetecknas av att graden av ungdomars problematik styr behandlingsintensiteten. Ungdomar med en mindre problematik kan till exempel erbjudas olika former av föräldraträning, medan ungdomar med allvarigare problem kan erbjudas behandlingsinsats med hög intensitet till exempel MST¹⁴² eller multi treatment foster care.¹⁴³ Andra kännetecken för effektiva program är att de kräver att den unge deltar aktivt, att programmet genomförs i ett nära samarbete med viktiga personer i närsamhället, att samtliga planerade insatser genomförs och att beteenden som bidrar till eller orsakar problemen fokuseras. Mest effektiva är de program som samtidigt arbetar med flera problem hos individen och som använder beteendeterapeutiska och kognitiv-beteendeterapeutiska metoder för social färdighetsträning.¹⁴⁴ Med de program som i dag har det bästa vetenskapliga stödet kommer uppskattningsvis en tredjedel att återaktualiseras för nya lagföringar inom ett år.¹⁴⁵

Sammanfattningsvis visar den empiriska forskningen kring svensk barnavård att i förhållande till studier om myndighetsutövning och dygnsvård finns det förhållandevis få studier om öppenvården. I boken *Nytta och fördärv – socialt arbete i kritisk belysning*¹⁴⁶ diskuterar författarna om nyttan av forskningen i socialt arbete utifrån hur lite av den befintliga forskningen som används i det sociala arbetets praktik. Ett relevant exempel i detta sammanhang som diskuteras i boken är att aktuell forskning visar att ungdomar med sociala problem utvecklas negativt i grupper med andra ungdomar med liknande problem. Trots denna kunskap ökar användandet av institutioner där ungdomarna vistas och behandlas i grupp. Även inom öppenvårdsbehandling för ungdomar sker behandling i grupp.

¹⁴¹ Lipsey & Wilson 1998, Lipsey 1999.

¹⁴² Multisystemisk terapi, MST, är en strukturerad familje- och närmiljöbaserad behandlingsmodell som utvecklades i USA under 1970-talet som ett alternativ till placering utom hemmet för kriminella ungdomar. Multisystemisk terapi har fått sitt namn av att interventionerna riktar sig mot de viktigaste systemen som en ung människa finns i – familjen, skolan, kamratkretsen och närmiljön. Den centrala tanken är att barns beteenden påverkas av faktorer i samtliga dessa sociala miljöer. Henggeler 1996.

¹⁴³ Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) är en behandlingsform som kombinerar familjehemsboende med andra behandlingsinsatser. Alla insatser utförs av olika professionella, men arbetet styrs och utvärderas av en professionell samordnare. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=7362>.

¹⁴⁴ Rutter Giller & Hagell 1998.

¹⁴⁵ Lipsey & Wilson 1998.

¹⁴⁶ Denvall & Vinnerljung 2006 s. 19-20.

Ungdomsbehandling

Allt arbete inom barnavården utförs av organisationer och kravet på öppenvårdsinsatser för barn och ungdomar har lett till att nya organisationsformer har uppstått inom socialtjänsten. Studier visar att formell organisering och personalresurser inom socialtjänstens arbete med barn och ungdomar inverkar både på utförande och på utfall av verksamheten.¹⁴⁷ Jag har därför valt att som teoretiskt analysredskap använda mig av ett organisationsteoretiskt perspektiv. I nästa avsnitt diskuterar jag allmänt kring socialtjänstens organisering för att senare övergå till en diskussion kring nyinstitutionell teori.

¹⁴⁷ Sundell & Hummelsjö, 1996 s. 82-83.

4. Teoretiska perspektiv

Allt arbete inom socialtjänsten utförs i någon form av organisation. Studiens undersökningsområde har som tidigare presenterats varit föremål för en process som lett till olika former av organisationer. Jag inleder presentationen av det teoretiska perspektivet med ett avsnitt om socialtjänstens organisering.

Socialtjänstens organisering

Socialbyråer och andra organisationer med människor som råmaterial och produkt benämns ofta i forskningslitteraturen som ”human service organisations”¹⁴⁸ eller på svenska människobehandlande organisationer. Inom denna definition ryms såväl organisationer som har social kontroll som mål, som organisationer med förändring som huvuduppgift. Dessa organisationer kan ses som arbetande utifrån tre arbetssätt; *people sustaining*, *people processing* eller *people changing*.¹⁴⁹ *People sustaining* avser att bibehålla personers välfärd utan att förändra dess egenskaper, medan *people processing* handlar om att klassificera eller att utreda behov som till exempel inom myndighetsutövningen i den sociala barnvården. Det tredje arbetssättet är av särskilt intresse i detta sammanhang eftersom *people changing* syftar till att förändra människors egenskaper. Alltså den uppgift som öppenvårdsverksamheterna har. Kännetecknen för organisationer som bygger på arbetssätt som *people processing* eller *people changing* är att verksamheterna är möjliga att utforma på många sätt och att personalen har ett stort handlingsutrymme. Det är också vanligt för människobehandlande organisationer att anpassa sitt råmaterial – människor - till organisationen i syfte att lyckas med sitt uppdrag.¹⁵⁰ Personal med dessa möjligheter brukar ofta benämnas som gräsrotsbyråkrater, de samspelar med andra människor, har stort inflytande på arbetssätt och är svåra för ledningen att styra.¹⁵¹ Människobehandlande organisationer har historiskt sett varit framgångsrik med mycket stor utbredning och stabilitet, samtidigt som man haft brister i utvecklingen av resultat.

Hur socialt arbete skall organiseras har lett till debatt och skilda åsikter¹⁵² delvis beroende på den ineffektivitet som senare forskning

¹⁴⁸ Hasenfeld 1983.

¹⁴⁹ Hasenfeld 1992.

¹⁵⁰ Johansson, 1992 s. 43-45.

¹⁵¹ Lipsky 1980 s. 18-20.

¹⁵² Larsson & Morén 1988. Pettersson 1986, S, Johansson 2002.

visat att socialt arbete har¹⁵³, men också beroende på den komplexitet som finns i det sociala arbetet.¹⁵⁴

Det finns flera faktorer som på senare tid har påverkat socialtjänstens organisering. En tydlig faktor är kravet på effektivisering. Enligt Blomberg¹⁵⁵ började flera kommuner i mitten av 1980-talet introducera marknadsmekanismer i sina kommunala förvaltningsorganisationer. En bärande tanke bakom införandet av marknadslänkande krafter var att de kommunala verksamheterna skulle bli effektivare och öka produktiviteten av sociala tjänster.¹⁵⁶ Dessa förändringar av kommunal verksamhet uppfattas vara påverkad av en internationell trend – New Public Management (NPM). Grundtanken bakom NPM är att det finns generella administrativa metoder som är effektivare än andra och att offentlig förvaltning blir effektivare om den använder samma styr- och ledningsinstrument som affärsdrivande företag. NPM har också ansetts vara ett sätt att genom olika reformer genomföra en process för att ändra organisationer i offentliga förvaltningar. Inom sjukvården har NPM bland annat inneburit marknads- och konkurrenstänkande, fokusering på effektivitet och kostnadsreduktion samt kvantitativa prestationsmål¹⁵⁷, en utveckling vi också kan skönja inom socialtjänsten.

På senare tid och parallellt med diskussionen om olika sätt att organisera och effektivisera socialtjänstens arbete har också en diskussion om det evidensbaserade arbetet inom socialtjänsten dykt upp. I denna diskussion används formuleringar av typen systematisk, effektiv, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁵⁸ Något som också indikerar behov av att utveckla socialtjänstens arbete och effektivitet.

Det finns ingen konsensus om vad organisationsbegreppet står för. En definition är att en organisation handlar om fördelning av arbete, beslutsrätt, befogenheter, styrning, samordning av verksamheter samt fördelning av resurser. Denna definition beskriver en organisation som en rationell och målinriktad företeelse och oberoende av sin omgivning något som ifrågasätts och diskuteras

¹⁵³ Lipsey & Wilson 1998, Lipsey 1999, Andreassen 2003.

¹⁵⁴ Levin 1998.

¹⁵⁵ Blomberg 2004 s. 14-15.

¹⁵⁶ SOU/1993:73 s. 11-12.

¹⁵⁷ Brunsson & Olsen 1993 s. 15-17. Hood 1995 s. 95-98.

¹⁵⁸ Månsson 2000, Tengvald, 2003, Webb 2001.

4. Teoretiska perspektiv

inom organisationsteorier.¹⁵⁹ Dessa diskussioner har lett till att det idag finns organisationsteorier som anser att organisationer skapas och agerar utifrån andra principer och att de påverkas av sin omgivning. En av dessa teorier är nyinstitutionell teori.¹⁶⁰

Som tidigare presenterats är det intressant att studera hur idéutvecklingen sker inom socialtjänsten och särskilt intressant är det för denna avhandling att diskutera om utvecklingen av öppenvård för ungdomar inom socialtjänsten kan förstås utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv. Jag har då valt att använda mig av nyinstitutionell teori som teoretisk referensram eftersom den särskilt har intresserat sig för hur idéer sprids och omsätts i form av verksamheter.

Nyinstitutionell teori

Efter flera studier under tidigt nittonhundretal¹⁶¹ ifrågasattes synen på organisationer som målinriktade och slutna system och som ett resultat av detta började man också inse att det inte fanns ”ett enda bästa sätt” att organisera en verksamhet.¹⁶² I mitten av 1960-talet myntades termen ”Contingency theory”, ett begrep som kom att innefatta förklaringar till varför organisationer utformar sina strukturer på ett likartat sätt. Contingency theory utgår ifrån att beslutsfattande sker på rationella grunder och att organisationens struktur påverkas av olika faktorer men framförallt av omgivningsfaktorer. Teorin beskriver också hur organisationen agerar gentemot omgivningen genom att använda begreppet avskärningsstrategier och interaktionsstrategier. Det första begreppet beskriver hur inflytande från omgivningen på verksamhetens egentliga arbete kan begränsas medan det andra begreppet beskriver hur organisationen agerar mot omgivningen i syfte att kontrollera sitt beroende av omgivningen. Sammanfattningsvis kan sägas att organisationer enligt contingency theory agerar strategiskt och målinriktat i förhållande till omgivningen.

Som en kritisk reaktion mot contingency theory uppstod vid mitten av 1970-talet, populationsekologin och nyinstitutionalismen. Enligt populationsekologin anpassar sig inte organisationer till förändringar i omgivningen utan vissa organisationer slås ut och

¹⁵⁹ Se till exempel Scott 2001 s. 21-45, Perrow 1986 s. 265-273, Meyer & Scott 1991 s.41-60.

¹⁶⁰ Powell & DiMaggio 1991 s. 11-13.

¹⁶¹ Johansson, R 2002 s. 9-11.

¹⁶² Ibid s 10.

andra uppstår på grund av förändringar i omgivningen. Det är alltså enligt detta synsätt omgivningen som väljer ut vilka organisationer som överlever. Att omgivningen kan ha en sådan betydelse beror enligt populationsekologin på organisationernas inneboende svårigheter att förändra sig. I förhållande till populationsekologin kan nyinstitutionalismen sägas lägga mindre vikt på förhållandet mellan organisation och omgivning.

Nyinstitutionell teori utgår från att människors handlingar delvis styrs av inlärd och insocialiserade tankekonstruktioner så kallade *institutioner*. Skapandet av institutioner är en social process som leder till förutsägbarhet, trygghet och en gemensam beskrivning av verkligheten och vad som är godtagbart. Institutioners omfattning kan variera och finnas i en mängd sammanhang. De kan också ses som en organisations regelverk och delas in i en formell och en informell del. En numera klassisk definition av institution inom nyinstitutionalismen av Scott¹⁶³ sammanfattar institutionens alla aspekter.

Institutions are social structures that have attained a high degree of resilience. They are composed of cultural-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.

Dessa inlärd förgivettagna beteenden består, som Scott beskriver av tre aspekter; begränsande och reglerande av beteende, normer och värderingar samt en kognitiv, kunskapsmässig aspekt. I vilken grad ett beteende består av de tre aspekterna kan variera. Eftersom socialtjänstens arbete med barn i hög grad styrs av lagar men också påverkas av samhälliga normer är det troligt att arbetet påverkas mest av institutioner som domineras av reglerande och normativa aspekter.

Enligt teorin påverkas framförallt organisationer som är osäkra på sin existens och sitt resultat. Till exempel människobehandlande organisationer av hur den uppfattas av omgivningen. I strävan efter legitimitet tar organisationen till sig av omgivningens institutionella krav eller myter det vill säga oprövade förutfattade meningar om vad som bör eller skall göras i olika situationer. Organisationer som anpassar sig till dessa belönas och deras verksamhet utvärderas sällan eftersom de genomförda institutionella kraven anses vara det ”rätta” sättet.¹⁶⁴

¹⁶³ Scott 2001 s. 48.

¹⁶⁴ Powell & DiMaggio (red.) 1991 s. 41-42. Johansson, R 2002 s. 76-77.

4. Teoretiska perspektiv

En del institutionella krav uppstår i *organisatoriska fält*. Dessa består av organisationer som delar en gemensam föreställning om att de av olika anledningar hör samman och blir i sin tur en referensram för hur organisationen bör eller måste agera i olika situationer. Tillsammans med andra aktörer i organisationens omgivning medverkar det organisatoriska fältet i ett spel om erövrande till att organisationens identitet skapas och att dess legitimitet bekräftas eller minskas.¹⁶⁵

Ett grundläggande antagande inom nyinstitutionalismen är att organisationer inom ett område (fält) tenderar att likna varandra av konkurrerande eller institutionella skäl. Powell och DiMaggio lyfter fram tre institutionella former av likriktning inom ett fält; coercive (tvingande) isomorfism som innebär att inom ett fält utsätts svagare organisationer för påverkan av andra starkare organisationer. Denna likriktning kan ha startat inom öppenvårdsbehandling 1993 då riksdag och regering den starka organisationen, beslutade om ekonomiskt stöd till socialtjänsten, den svaga organisationen, för att utveckla öppenvårdsalternativ. Mimetisk (imiterade) isomorfism innebär att verksamheter som är osäkra på sambandet mellan orsak och verkan och där målen är tvetydiga och lösningarna oklara, härmar andra till synes framgångsrika organisationer inom ett fält istället för att försöka hitta egna lösningar. Den sociala barnvården har levt och lever med tvetydiga mål och oklara lösningar vilket kan leda till en osäkerhet och öppenhet för att ta efter andra organisationer eller metoder som utan utvärdering framställs som framgångsrika. Normativ isomorfism innebär att verksamheter inom ett fält som har personal med samma eller liknande utbildningar tenderar att likriktas då de har påverkats av samma eller liknande idéer i sin utbildning om vilka metoder som skall användas eller hur en organisation skall arbeta. Den sociala barnvården domineras som bekant av socionomer med liknande grundutbildningar och i viss mån med samma fortbildning, vilket troligtvis kan påverka till en normativ likriktning.¹⁶⁶

Scott¹⁶⁷ kompletterar och utvecklar Powell och DiMaggios anpassningsstrategier. Han menar att anpassning till en starkare organisation det som Powell och DiMaggio kallar tvingande isomorfism kan ske med tvång, för att få legitimitet, men också för att få olika former av belöningar av den starkare organisationen. Enligt Scott anpassar organisationer sig till fältet också helt frivilligt

¹⁶⁵ Czarniawska 1992 s. 88-90.

¹⁶⁶ Powell & DiMaggio (red.) 1991, s. 66-74.

¹⁶⁷ Scott 1987 s. 501-509.

till exempel för att personalen i organisationen har värderingar som stämmer överens med fältets. Scott menar vidare att hur en organisation skapas kan ske omedvetet och slumpartat och påverkas i hög grad av tidsandan som råder vid bildandet av organisationen.

Nu är det inte så att organisationer enbart anpassar sig till omgivningen. En lösning på motsättningen att anpassa sig till omgivningens krav och samtidigt bevara en egen identitet och utveckla egna idéer är enligt Weick att utveckla en *lös koppling* mellan den uttalade strukturen och vad som faktiskt görs. För att överleva i en omgivning med motstridiga krav och oprecisa kunskapsmassa utvecklar organisationer lösa kopplingar mellan den legitimerande och operativa nivån i organisationen.¹⁶⁸ Rent konkret innebär det att organisationer undviker insyn och utvärdering och istället söker andra sätt att legitimera sig.

Ett annat nyinstitutionellt sätt att förklara organisationsförändringar är att de uppfyller institutionella föreställningar om vad som bör göras. Resultatet av genomförda förändringar är svåra att utvärdera och får ofta ett egenvärde i till exempel att visa att det sker förändringar och att alla i organisationen diskuterar organisationens funktion. Tydligt blir det i ideologiskt grundade förändringar som ofta upplevs som framgångsrika om de fått organisationen att delvis ändra inriktning. Såväl Czarniawska som Brunsson anser att organisationsförändringar oftast sker i riktning mot organisationens institutionella värderingar och kan på så sätt sägas vara mer stabiliserande än förändrande.¹⁶⁹ Enligt Johansson¹⁷⁰ finns det en tendens i den offentliga verksamheten och då särskilt hos politiker att utan särskild grund omorganisera, i synnerhet om det finns ett allmänt stöd för att förändra något som anses fungera dåligt. Detta menar jag också kan stämma överens med utvecklingen av öppenvårdsbehandling som alternativ till den behandling som framförallt nationellt ansågs fungera dåligt - institutionsvården. Denna tes bekräftas också av Brunsson¹⁷¹ som anser att reformer och/eller organisationsförändringar är lätta att påbörja om det finns ett upplevt problem, om de är lätta att förstå och om de fyller en funktion att bringa ordning i vardagens kaos. Han menar också att idéer som är överordnade, ideologiska eller följer långsiktiga trender i samhället i stort är särskilt lätta att påbörja och utveckla. En annan anledning till att en idé kan få genomslagskraft är enligt

¹⁶⁸ Weick, 1976 s. 16-18.

¹⁶⁹ Johansson, R 2002 s. 86-89.

¹⁷⁰ Johansson, R 2002 s. 86-89.

¹⁷¹ Brunsson & Sahlin-Andersson 1998 s. 22-24.

4. Teoretiska perspektiv

Erlingsdottir¹⁷² om den stämmer med de teorier och myter som finns kring vad som är bra för framgångsrika organisationer. Vidare påpekar hon att det inte behöver vara så att idén skall lösa ett befintligt problem utan om idén är attraktiv kan problemet istället skapas så att det passar den attraktiva idén. En annan aspekt, menar Johansson, är att i organisationer tas nya idéer bäst emot av personer som på avstånd betraktar eller styr verksamheten, till exempel politiker eftersom de överförda idéerna tenderar att ge enkla lösningar, något som passar denna grupp.

Internationellt har nyinstitutionalismen främst studerat organisatoriska fält medan centralt för svensk nyinstitutionalism är förhållandet mellan enskilda organisationsförändringar och hur olika idéer sprids i samhället. Dessa idéer är mer eller mindre tydliga men är ännu inte ett förgivettagande som en institution är. Idéer består oftast av föreställningar kring delar av en organisation, vilket har gjort att organisationer kunnat byggas upp av olika idéer. Med tiden och efter olika former av påverkan kan dessa idéer utvecklas till institutioner. Denna process kallas inom nyinstitutionalismen för institutionaliseringsprocessen.¹⁷³

En viktig part i institutionaliseringsprocessen är de organisationer som skapar, förpackar och sänder ut idéer på resa.¹⁷⁴ I studier om "sändare" utgår man från tre olika former av regler, *direktiv, normer och standarder* som täcker mindre delar av verkligheten än institutionsbegreppet. Direktiv har en tydlig upphovsman, är explicit, är tvingande, är ofta nedskrivna och innebär en sanktion om den inte följs. Normer är frivilliga, dolda regler som styrs av inre processer och saknar en känd upphovsman. Standarder är frivilliga utan sanktioner, explicita och identifierbara råd om vad som bör göras och de har en känd upphovsman. Ofta är standarder kognitivt präglade. Enligt Stranz¹⁷⁵ ökar utbredningen av standarder globalt och i socialt arbete nationellt genom Socialstyrelsens arbete för en evidensbaserad vård. Han menar med stöd av andra författare att den ökade användningen av standard kan ses som en ny form av isomorfism. Eftersom innehållet i standarder påminner om hur idén om öppenvårdsbehandling spreds till undersökningskommunen är det intressant att fördjupa resonemanget kring begreppet.

Innehållet i en standard är en *idé* och dess *förpackning*. Själva idén kan vara tämligen allmän medan förpackningen måste vara konkret

¹⁷² Erlingsdottir 1999 s. 24-25.

¹⁷³ Brunsson & Olsen 1993 s. 4-8.

¹⁷⁴ Johansson, R. 2002 s. 119 - 129.

¹⁷⁵ Stranz 2007 s. 74-75.

för att fungera som vägledning för en handling. Skapande, spridning och mottagande av en standard har undersökts särskilt av nyinstitutionalismen eftersom man upptäckt att standard får ett starkt genomslag. Vad som framkommit är att standarder får hög legitimitet och genomslagskraft om skaparna är experter och om den knyts till vetenskap. Vidare anser Johansson att innehållet i en standard kan variera även om de rör liknande områden. Den största skillnaden menar han är hur mycket den tillåter en lokal översättning och omtolkning.

Svensk nyinstitutionell forskning studerar till skillnad från den internationell nyinstitutionell forskning hur enskilda organisationer påverkas av ett organisatoriskt fält. Enligt Johansson¹⁷⁶ anser svensk nyinstitutionell forskning att idéer ofta sprids i organisatoriska fält. I ett fält sprids idéer som kan tas emot för att skapa en identitet som består av att vara lika eller olika de andra organisationerna i fältet. Identiteten är viktig eftersom den enligt Johansson¹⁷⁷ styr hur enskilda organisationen förhåller sig till idéer inom och utanför fältet. Detta innebär enligt Johansson¹⁷⁸ att en idé kan tolkas/översättas olika till de lokala förutsättningarna för att passa organisationens identitet. För att förklara denna förändringsprocess har man inom svensk nyinstitutionell forskning lånat begreppet *översättning* från kunskapssociologin. I denna process sprids en idé som oftast tas ur sitt sammanhang i en förenklad form och förflyttas till en mottagare som i sin tur tar emot den och i olika grader förändrar något, lägger till eller kopplar till en annan idé.¹⁷⁹ Hur mycket idéerna kan omtolkas beror på hur tydlig eller regelstyrd den är. Hur sedan mottagaren använder idéerna beror på vad organisationen tillåter och hur den presenteras. Johansson lyfter också fram hur en idé i en organisation tas emot, vilket också har inslag av makt och politik eftersom det i organisationer finns grupper som bevakar sina intressen.

Ett annat sätt att beskriva institutionaliseringsprocessen är utifrån den modell av Czarniawska som Erlingsdottir utvecklar i sin avhandling *Förförande idéer*.¹⁸⁰ Hon använder Czarniawska idémodell för att beskriva hur tanken om kvalitetssäkring blir institutionaliserad genom processen istället för genom den person, organisation eller det fält där institutionalisering sker. Hon menar att vi genom att följa en

¹⁷⁶Johansson, R. 2002 s. 44, 48, 59.

¹⁷⁷ Ibid s. 96.

¹⁷⁸ Ibid s. 105-110.

¹⁷⁹ Johansson, R 2002.

¹⁸⁰ Erlingsdottir 1999.

4. Teoretiska perspektiv

idé i en process får möjlighet att möta de personer, organisationer och fält som deltar i översättningen av idén.

Idémodellen definierar de olika stadierna i en idéns resa i tid och rum som följer:

- 1) *Lös koppling/ryckning*; när inspiration till idén hämtas från en tid/plats till en annan tid/plats.
- 2) *Förpackning*; när idén översätts till en prototyp, modell eller kod som kan presenteras vidare i fältet.
- 3) *Den resande idén*; när idén blir presenterad vidare i fältet.
- 4) *Omsättning till handling lokalt*; när modellen möter den befintliga praktiken där den tillämpas¹⁸¹.

När en idé hämtas från en tid/plats till en annan möjliggör denna process att idén kan omtolkas, vilket i sin tur möjliggör att den kan kopplas samman med andra idéer och tolkningar. Denna process möjliggör då att idén kan ses från ett annat perspektiv och upplevas som en ny idé. För att den nya idén skall kunna spridas krävs enligt modellen att den översätts till ett objekt i form av text, bild eller modell, en så kallad *förpackning*. Erlingsdottir¹⁸² menar också att det inte är idén i sig själv, utan hur den översätts i det lokala sammanhanget som har betydelse. Att sedan samma idé genomförs av en mängd organisationer förklarar hon med modeföljande. I detta resonemang skiljer hon mellan tre olika slags idéer. *Institution*, som är föreställningar som funnits länge och tas för givna, *förhärskande idéer* som återkommer regelbundet och är mer övergripande och genomgripande, samt *moden* som är kortvariga och till skillnad från de andra enbart innefattar delar av en organisation. Detta innebär att flera moden kan finnas samtidigt. Att inte alla organisationer inom ett fält tar till sig en idé förklaras också av Brunsson.¹⁸³ Han menar att det beror på att organisationer inte med automatik kan följa branschens trendsättare eftersom de är beroende av sin organisations livsfas. Om en organisation nyligen har genomfört en organisationsförändring är sannolikheten stor att den avvaktar med att ta till sig den nya idén. Detta kan då förklara varför utvecklingen av öppenvårdsverksamheter har sett olika ut mellan kommunerna.

Det nyinstitutionella perspektivet har förutom av Erlingsdottir använts i flera andra avhandlingar. I Stefan Wiklunds avhandling om anmälningar, organisation och utfall i den kommunala barnavården¹⁸⁴

¹⁸¹ Erlingsdottir 1999 s. 31-32.

¹⁸² Erlingsdottir 1999 s. 33-34.

¹⁸³ Brunsson & Olsen 1993 s. 15-20.

¹⁸⁴ Wiklund 2006.

ger han exempel på tillämpning av ett antal institutionaliserade idéer. Dessa menar han uppstår beroende på deras lämplighet vid givna tidpunkter och att de snarare kan öka legitimiteten för enheter inom barn- och ungdomsvården än deras kunskapsbas. Staffan Blomberg har i en studie i avhandlingen *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen*¹⁸⁵ studerat institutionaliseringsprocessen vid införandet av specialiserad biståndshandläggning. Han fann bland annat att de lokala översättningarna skiljde sig åt och att reformen löste olika befintliga problem. En avhandling som också undersöker öppenvårdsbehandling av ungdomar är i den tidigare nämnda Torbjörn Forkbys *Ungdomsvård på hemmaplan – Idéerna, framväxten, praktiken*.¹⁸⁶ I avhandlingen används delvis nyinstitutionell teori och av resultatet framgår att det han kallar hemmaplanslösningar löser organisationens behov av en utökad behandlingsrepertoar. Han menar också att satsningen ger nya utmaningar i form av krav på samverkan och att det är svårt att leva upp till de använda argumenten för hemmaplanslösningar i form av reducerade kostnader och behandlingsresultat beroende på alla de faktorer som påverkar detta.

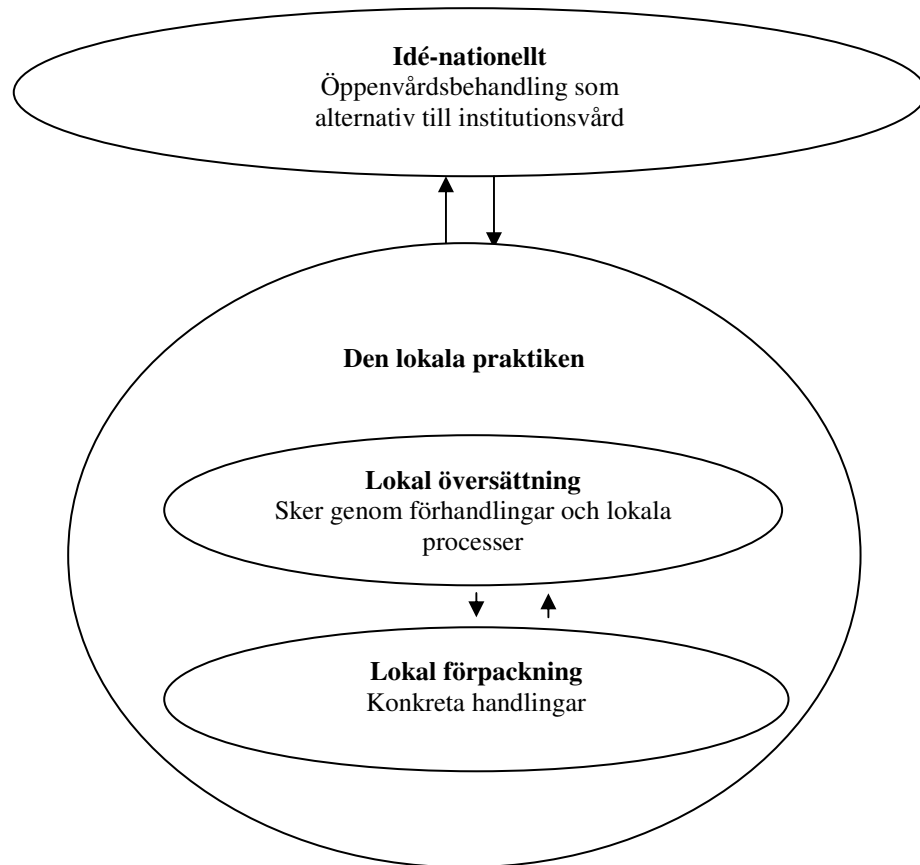
Jag kommer i min resultatredovisning att utgå från tankar om institutionaliseringsprocessen och anpassa den modell och begrepp som Erlingsdottir presenterade i sin avhandling till mitt undersökningsområde. Jag menar att införandet av öppenvårdsbehandling inom socialtjänsten kan ses utifrån denna process. Socialstyrelsens övergripande idé, som kan ses som en idé i form av en standard om öppenvårdsbehandling som alternativ till institutionsvård. Idén har förmodligen påverkats av olika intressen och intressenter innan den presenterades för lokala aktörer men denna process är inte fokus i min studie. Idén har sedan rest till olika lokala förutsättningar för att där mötas av en arena bestående av organisation och enskilda individer som sedan *översatt* idén genom att förändra, lägga till eller koppla denna idé till andra idéer och makt- och intressegrupper inom och utanför organisationen. Genom denna process sker en form av anpassning lokalt och idén tar form av olika konkreta handlingar. Dessa konkreta handlingar väljer jag att kalla för lokal *förpackning*. Processen belyses i nedanstående figur. Risker med figuren är att den väcker tankar om att införandet av öppenvårdsbehandling skall ses som ett Top-down beslut vilket inte är min avsikt. Jag vill i stället betona att utvecklingen har skett i ett

¹⁸⁵ Blomberg 2004.

¹⁸⁶ Forkby 2005.

4. Teoretiska perspektiv

växelspel med såväl behov hos de lokala socialtjänsterna som behov hos intressenter utanför den sociala barnvården. Statens utvecklingsmedel har på så sätt öppnat en arena och fyller en viktig booster – funktion för utvecklingsbehov hos lokala intressenter.



Figur 2 Idéns resa

I fokus för min resultatredovisning är den lokala översättnings- och förpackningsprocessen och jag avser främst att beskriva faktorer inom den lokala barnvården som påverkat denna process.

Först presenteras resultatet från en intervjustudie. Syftet med denna studie är att undersöka hur öppenvårdsbehandling utvecklas genom att undersöka hur organisationen inom den lokala barnvården argumenterar för framväxt av öppenvårdsbehandling,

Ungdomsbehandling

vilka ungdomar som bör få stöd och hjälp av öppenvårdsbehandling samt behandlingsresultat. Därefter följer en presentation av resultatet från en aktstudie huvudsyfte är att undersöka hur idéer om öppenvårdsbehandling konkretiseras i det praktiska arbetet med ungdomar. Ett annat syfte är att beskriva målgrupp, behandlingsinnehåll samt redogjorda resultat genom en studie av den lokala barnvårdens dokumentation. Varje delstudie avslutas med en sammanfattning och analys.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

I fokus för denna studie är den lokala processen i Jönköpings kommun vid utvecklingen av öppenvårdsbehandlingen för ungdomar. Jönköping är en kommun som har drygt 20 års erfarenhet av att utveckla öppenvårdsbehandling vilket gör den speciellt intressant för studier för att förstå öppenvårdsbehandlingens utveckling. I denna delstudie genomfördes tre individuella intervjuer med tidigare chefer inom öppenvårdsverksamheten och tre gruppintervjuer med personal vid tre öppenvårdsverksamheter samt fyra individuella intervjuer med socialsekreterare med erfarenhet av att samarbeta med öppenvårdsverksamheter. Jag inleder med att presentera resultatet från intervjuerna med cheferna i syfte att först presentera deras beskrivning av den lokala historiska utvecklingsprocessen inför den fortsatta diskussionen om lokal översättnings- och förpackningsprocess.

Idéns uppkomst – det lokala perspektivet

Varifrån kommer tanken/idén om öppenvårdsbehandling för ungdomar i undersökningskommunen? I intervjuerna med de tidigare cheferna ges dels en historisk, rationell men också personlig förklaring till idéns uppkomst.

Jag kommer att dela upp redovisningen med cheferna kring den lokala uppkomsten utifrån de olika utvecklingsperioder som jag funnit vid genomgången av utskriften från intervjuerna.

Första utvecklingsperioden, -1992

De intervjuade cheferna beskriver att Jönköping redan på mitten av 1980-talet hade en enhet som arbetade med behandlingsarbete i öppenvård för både barn och vuxna. Enheten som bestod av fem socialarbetare utan myndighetsutövning lades ned 1992 efter konflikter om lojalitet med kollegor och vilka arbetsätt som skulle användas.

... men det jag upplevde då som satt ute på distriktet var att det bland socialsekreterare fanns en väldigt stor skepsis mot SBÖ¹⁸⁷ just för det var ju den gruppen som skulle jobba ut mot distriktet. Och det var ju det här gamla vanliga som alltid hände då. Man tyckte att man kunde få välja sina ärenden, att man förde klientens talan mot socialtjänsten, det blev liksom en motsättning mellan myndighet, socialsekreterarna och den här öppenvården.

¹⁸⁷ Öppenvårdsverksamheten (författarens anmärkning).

Ungdomsbehandling

Efter det att verksamheten lades ned blev de olika tjänsterna utplacerade som ungdomssekreterare på socialtjänstens olika områden, tjänster som inte funnits tidigare, och detta ledde i sin tur, enligt de intervjuade, till att antalet ungdomsärenden ökade. Något som de intervjuade menar dels berodde på att tjänsterna gav utrymme för att arbeta mer med varje ärende och dels på att kunskapen om ungdomar som för illa ökade genom tjänsternas sätt att arbeta.

En av de intervjuade beskriver att han och andra som arbetade som socialsekreterare på olika sätt och i samband med att den tidigare verksamheten lades ned arbetade för att starta upp behandlingsalternativ på hemmaplan. Men då möttes de med skepsis och svar om att tiden inte var mogen för sådana alternativ.

Jag ville ha något mellanting. Jag tyckte att det var rätt spännande, men det fanns inte då. Det fanns inte. Man pratade med politiker, med chefer, ”jävligt bra idé”, dunk i ryggen, ”men det är inte läge för det” också vidare och jag hade skrivklåda, man skrev till nämnden ”om vi bara får detta så lovar vi att det blir mindre institutioner etc etc”.

Samma person menar också att en drivkraft var att erbjuda alternativ till det som han såg som slentrianmässiga placeringar och som gjordes för att behandlingsalternativ saknades. Trots motstånd och skepsis från beslutsfattare lyckades samma intervjuperson att år 1993 starta upp en försöksverksamhet med öppenvård på ett distrikt i Jönköping.

Uppdraget var att finna liksom öppenvårdsformer för ungdomar, att undvika institutionsvård så att säga, nu var det bara en och en... Jag tror vi jobbade 75 % bägge två då. Så det var 1 1/2 tjänst vi hade då. Så det var ingen omfattande verksamhet, det är möjligt att det fanns motsvarande saker på andra distrikt, men där var det mer att någon var ungdomshandläggare och kanske jobbade halvtid som behandlare och halvtid som socialsekreterare, som ungdomssekreterare.

Andra utvecklingsperioden, 1994-1998 - expansion

Redan året därefter, 1994, två år efter det att den tidigare verksamheten lagts ned, beskriver de intervjuade att diskussionen startade igen om att öppna nya verksamheter. Anledningen till den förnyade diskussionen var enligt de intervjuade dels att beslutsfattare ansåg att antalet placeringar ökade oroväckande mycket och med det kostnaderna och dels att staten förmedlade pengar genom länsstyrelserna för att uppmuntra till att utveckla öppenvårdslösningar.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Det var ju det magiska året -94. Då det ju kom mycket socialstyrelsepengar. Det var nästan lite magiskt för vi blev sammankallade och så sa dom att jag tror att det var tretton tjänster, i alla fall 10-15 tjänster som skulle komma utöver det vanliga och etableras i öppenvården i Jönköping. Vi trodde först att det var ett skämt. Det var julafton och jag satt och skrev för glatta livet hur man skulle göra, för om vi får en extra tjänst kan vi göra en öppenvårdsverksamhet och ta bemterapeuter.

Drivande i denna process i kommunen var enligt de intervjuade den person som varit chef för den tidigare öppenvårdsverksamheten som lagts ned och som nu hade en ny tjänst som utredningssamordnare för barn- och ungdomsvården. I intervjuerna beskrivs också att det fanns ett stort stöd hos många tjänstemän att utveckla ett mer behandlingsinriktat arbete inom den lokala barnavården, men också att det fanns olika åsikter om hur det skulle göras. Här kan man för att använda nyinstitutionella tankar säga att öppenvårdsidén möter en annan idé; socialarbetarens idé om behandlingsarbete.

Ja, jag tror inte att det enbart berodde på att man skulle få ner institutionsvårdskostnaderna, för det var det man i och för sig tryckte på, men det fanns ute på X då, ett basarbete bland socialarbetarna där man ville höja nivån. Man ville säkerligen själva egentligen velat ha behandlingsdelen bland socialsekreterarna, både barn och ungdom. Framförallt ungdom då, tror jag.

Alla de intervjuade beskriver hur de snabbt och utan tydlig samordning mellan distrikten tar fram förslag som utgår från respektive distrikts behov. Detta menar de intervjuade ledde till stora olikheter mellan vad de olika distrikten erbjöd som öppenvårdsverksamhet. En av de intervjuade beskriver att man ansåg att de då framtagna verksamheterna inte kunde vara ett alternativ till institutionsvård eftersom det inte fanns tillräckligt med resurser utan en ambitions- och kvalitetshöjning.

... hur det kunde bli så här och bara pang då.. Och så vet jag ju att vi, vi tjänstemän, tänkte att "inte kommer det här påverka institutionsvården, men okej om någon går på det".

Jag kan ju bara prata för mig själv men jag gick med i det här spelet och jag vet att x... jag vet inte om han var lika skeptisk som jag. Han var nog medveten om att det skulle behövas mycket, mycket mer resurser. Men det skulle vi aldrig fått igenom... det gällde ju att ha tålmod, det här blev ju ganska många tjänster totalt om man räknar ihop så var det kanske ett tiotal tjänster, för det var en ganska stor satsning.

Ungdomsbehandling

Jag hade väldigt svårt för det här liksom att man skulle vilseföra politikern på det här sättet, men okej.. Ändamålen belgar medlen, ungefär.

Trots denna tveksamhet till målet att minska institutionsvården fortsatte de inblandade att använda detta argument.

Det var ju väldigt mycket de här argumenten att om vi satsar de här summorna så kommer vi att få igen det i lägre institutionsvård då, det klassiska argumentet som alltid varit då och man tittade på det som varit. Det var ju gångbart på den tiden.

Efter beslut och med hälften av verksamheterna finansierade med pengar från länsstyrelsen startades 1994 tre öppenvårdsverksamheter, varav två var distriktsbundna, en för enbart barn mellan 0-6 år och en för alla åldrar. Den tredje verksamheten var gemensam för hela kommunen och riktade sig till ungdomar och deras familjer. Utöver detta tillskapades ett rekryteringsprojekt för kontaktpersoner, familjer samt familjehem. Totalt innebar satsningen 12 tjänster enligt de intervjuade. De tre verksamheterna var enligt de intervjuade ett treårigt försöksprojekt med ett tydligt mål att minska kostnaderna för institutionsvården.

Uppdraget var ganska vitt så att säga. Om vi ska gå tillbaka till vad som sades: Anställ tre personer och jobba på att få fram en verksamhet som jobbar för att minska institutionsvården och se till att få behandling på hemmaplan. Det var ju väldigt vanligt då.

Av intervjuerna framgår att den initiala lokala idén om öppenvårdsbehandling delvis var ett resultat av enskilda socialarbetares föreställningar. Detta kan delvis förklaras av att några socialarbetare utan tydliga direktiv gavs i uppdrag att forma de nya verksamheterna och dess innehåll. Utvecklandet av verksamheterna var också ett resultat av vad nyinstitutionell teori kallar tvingande isomorfism, där den svagare organisationen, socialtjänsten, på olika sätt påverkas till att anpassa sig till den starkare organisationen (statens) förgivettagna, det vill säga inom- och utomorganisatoriska normer, värderingar och idéer om hur socialtjänsten skall utföra sitt uppdrag på bästa sätt. Denna styrning sker som beskrivits genom statliga idéer om alternativ till institutionsplaceringar, och kraftfulla ekonomiska incitament. I Jönköpings fall sammanfaller statens initiativ med enskilda socialarbetares syn på verksamhets- och personlig utveckling och lokala behov av att spara pengar genom att tillskapa alternativ till institutionsvård.

Idéns översättning och förpackning – det lokala perspektivet

I intervjuerna har en speciell uppmärksamhet lagts vid att diskutera verksamhets- och metodutveckling för att undersöka hur översättningen och förpackningen av idén sker. Som tidigare konstaterats fanns en stor frihet inför starten av verksamheterna eftersom idén om öppenvårdsbehandling initialt var vag och oprecis. I intervjuerna framgår att denna frihet också fanns vid valet av olika metoder och att verksamhetscheferna, men också deras handledare, påverkade valet av metoder.

Jag hade en ganska tydlig bild vid anställningsintervjun, och sa att jag tror att det här är det verksamma att jobba med ungdomarnas nätverk, med familjearbetet och att ha individuell kontakt med dem och jobba med dom i de verksamheter som finns, individuella programmet eller vad det nu är. Så att jag var ganska tydlig med det. Det är mitt sätt att jobba på.

Ja andra...det var tillräckliga auktoriteter...Ja, sedan hade vi ihop, får vi inte glömma, med vår handledare Sven och Lisa.¹⁸⁸ Hon var nog den största auktoriteten, hon formade...ja, jag kan nog säga att hon formade familjebehandling.

Enligt de intervjuade var det inte enbart verksamhetschefer och handledares påverkan som styrde utan också vad behandlarna inom öppenvården ansåg var roligt och utvecklande att arbeta med. En av de intervjuade går så långt att han menar att det delvis handlar om en viss bekvämlighet hos behandlare.

Jo... alla behandlare tenderar till att jobba med det som är deras favoritmetod och på ett sätt ska dom ju göra det. Då gör man ju mest nytta när man gör det man är bra till. Och så vänjer man sig. Vissa metoder är fruktansvärt tidskrävande. Att ha tillsyn till ungdomar varje dag... att väcka ungdomarna på morgonen och jobba med en vardaglig preferens, det kräver ju en oerhörd insats, samtidigt - jag tycker det är förbaskat mycket roligare att göra Marte meo-inspelning än att komma hem och stötta en familj varje morgon och väcka varje morgon.

Samtidigt betonar samma intervjuperson att personal inom öppenvården är öppen för nya influenser och gärna vill prova nya spännande metoder.

¹⁸⁸ De heter något annat i verkligheten (författarens anmärkning).

Jag tycker att det är roligt att pröva nya metoder... detta är spännande... jag har läst mycket om det osv... jag vill testa detta. Till öppenvården kommer det ibland... ska jag spetsa till det lite... avantgardet inom behandlingsvärlden. Det är kul med nya metoder. Smedja för att testa nya saker... på gott och ont liksom.

Nej, det kan det ju inte vara... speciella referenser som behandlarna har egentligen som tycker det är spännande med bildterapi och bildutveckling. De tycker att det är väldigt spännande. ... och någon tycker att det är spännande att jobba med Marte meo, och jag tror utan att vara helt elak, att det är ju bra grejer det här som kommer, men det är tyvärr liksom behandlaren preferens som... nu har vi någon som kan det här med Marte meo eller ART. "Nu kör vi ART liksom".

Denna utveckling innebar att de tre första distriktsbundna verksamheterna utvecklade både lika och olika metoder utan att det fanns någon central tanke eller styrning. Det som var likt mellan de olika verksamheterna var en stark tilltro till olika systemiska metoder som fokuserade på familjens betydelse i behandlingen.

Sedan var det ju, vi hade ju ett systemteoretiskt tänkande och där fick vi utbildning utav GSI¹⁸⁹ i familjeterapin. Så det var en grund och den satte krav på alla som började hos oss. Att man fick åtminstone grundutbildningen. Så att vi hade den gemensamt.

En av verksamheterna valde att utveckla det miljöterapeutiska arbetet och enligt de intervjuade berodde detta främst på att personalen hade erfarenheter av denna metod.

Det var väl av egna erfarenheter, folk som hade arbetat miljöterapeutiskt. Men vi jobbade jättemycket med, särskilt under -99, så arbetade vi för att sätta ord på vad miljöterapeutiskt arbete är.

Initialt hade några verksamheter också vissa likheter med institutioner vilket innebar få klienter och mycket tid att lägga på varje klient.

... vi hade tid. Vi hade jättemycket tid att ge de här familjerna. Vi kunde ge dem jättemycket. Det är nog en nackdel, ett problem idag att man kanske inte har tillräcklig tid med de här familjerna. Det skapades, det var ju en institutionsform. Vi skapade ju nästan en ny mysinstitution där vi fikade till exempel.

¹⁸⁹ Utbildningsföretag från Göteborg (författarens anmärkning).

5. Intervjustudien – Den lokala processen

De som ville fick komma och fika tillsammans. Vi hade jättelång fika på förmiddagen och vi såg värde i det här, liksom att vi tyckte att vi var förebilder, att vi kunde visa föräldrarna hur man, vad som är acceptabelt att skämta om och hur man umgås, hur man pratar med varandra. Prata med varandras barn. Så där var det ju, man kan inte kalla det för proffsigt men det var någonting som var himla proffsigt i det som skapade trygghet och ett jätteförtroendekapital som vi har haft kvar till de här familjerna. Och den tiden, och det utrymmet att ge familjerna värme och omtanke, det finns inte idag.

En annan faktor som diskuterats flitigt under framväxten av öppenvårdsverksamheter i Jönköpings kommun är vilka roller som remitterande socialsekreterare respektive behandlare har. Främst har diskussionen handlat om hur verksamhetens uppdrag formuleras och av vem.

Utan tillsammans kan vi då börja diskutera uppdraget, vet vi målet kan vi börja diskutera tillsammans vad det är som ska göras. Men vi bestämmer metoderna, och där vet jag inte ens idag om det har nått ända fram. Det borde ha gjort det, men jag är inte säker på det.

Om man tittar genom åren har det varit lite samarbetsproblem med socialsekreterarna. Det har varit otydligt om vi har varit enbart behandlande eller om vi även ska vara utredande. Om det är socialsekreterarna som ska kalla till behandlingskonferens eller om det är behandlarna som ska göra det. Vem är det som ska ha ansvaret för att det blir gjort? Kontinuiteten i ärendet, för den socialsekreterare som är med och vi upprättar en behandlingsplan hur vi ska arbeta och sen kommer en ny socialsekreterare så gäller inte den gamla då utan den nya. Mycket diskussioner kring det här med just socialsekreterarna och där har inte familjebehandlingsvården varit supertydlig, kan jag tycka.

Enligt Johansson¹⁹⁰ måste själva idén vara tämligen allmän medan förpackningen måste vara konkret för att fungera som vägledning för en handling. Den mycket allmänna och oprecisa nationella idén om öppenvårdsbehandling saknar denna konkreta vägledning vilket gjort det möjligt att omsätta idén olika lokalt. Den nationella idén skapar på så sätt en lokal arena eller om man så vill ett organisatoriskt fält som är öppet för olika idéer vars grund är tanken att utmana institutionsvården. I Jönköping handlade idéerna om politikernas hopp om att utveckla samhällets stöd till utsatta barn samtidigt som kostnader minskas. Det handlade också om socialarbetarens hopp

¹⁹⁰ Johansson 1992 s. 125.

om professionsutveckling och möjlighet till bättre vård för utsatta barn. I denna process sker en förpackningen som initialt i Jönköping sker genom val av konkreta arbetsmetoder, något som enligt de intervjuade främst skett utifrån de professionellas preferenser eller tidigare erfarenheter. Även lokalt har idén om öppenvårdsbehandling varit mycket löst formulerad vilket också gör att mottagarna av den, behandlarna – gräsrotsbyråkraterna, enligt intervjuerna har stora möjligheter att översätta idén utifrån egna intressen och erfarenheter. Förutom att det sker en *tvingande* likriktning sker troligtvis också andra former av likriktning vid den lokala förpackningen av idén. Det har troligtvis skett en *mimetisk likriktning* då man har valt metoder som familjebehandling eller samtalsbehandling i andra närliggande verksamheter till exempel barn- och ungdomspsykiatri ansetts vara framgångsrika. Jag ser det också som troligt att det skett en *normativ likriktning* eftersom verksamheter har personal med samma eller liknande utbildningar och dessa tenderar att likriktas då de har påverkats av samma eller liknande idéer om hur en organisation skall arbeta.¹⁹¹ Vidare anser DiMaggio och Powell att vissa viktiga grupper inom eller utanför en organisation kan bestämma vad som ska anses lämpligt när en idé skall översättas i ett lokalt sammanhang. I intervjuerna med cheferna framkommer till exempel att verksamheternas handledare haft stor betydelse i val av metoder. Vi kommer också att se i aktstudien att skolan är en instans som visar på ungdomarnas behov, vilket föranleder mig att tro att även skolan har medverkat i översättnings- och förpackningsprocessen.

Legitimeringsprocesser

Från projekt till kontinuerlig verksamhet

Arbetet med att *översätta* och *förpacka* idén fortsatte i Jönköping. En viktig del i denna process var att legitimera och göra verksamheterna permanenta och jag beskriver nedan med hjälp av citat hur detta sker i Jönköping.

Redan efter två år menar de intervjuade cheferna att beslutsfattare övertalades av verksamheterna om att göra verksamheterna permanenta. På frågan om hur detta gick till blir de intervjuade lite besvärade och ursäktar sig för hur de och andra lyckades påverka beslutsfattarna.

¹⁹¹ DiMaggio & Powell 1991 s. 66-74.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Ja... vi gjorde några konstiga matematiska uträkningar där vi lät socialsekreterarna göra bedömningen "om vi inte hade funnits, vad hade ni gjort då?" "Ja, vi kanske inte hade gjort någonting". "Nej, nej, men då insåg vi att det kostar det och det, så och så eftersom vi hade gjort något här då, till exempel bara tillsatt en kontaktperson. "Ja, men där hade vi nog varit tvungen säkerligen att placera en kortare tid. Och så började vi räkna lite på det då vad det skulle kosta i motsvarande tid. Och med en sån matematisk uträkning kunde vi övertyga cheferna och det var ju inte vår bedömning utan socialsekreterarnas bedömning om vad de tror att de skulle ha gjort om vi inte funnits.

Enligt de intervjuade gjordes ingen annan form av utvärdering eller genomgång från någon utomstående. En av de intervjuade menar att en förklaring var det bristande förtroendet för den akademiska världen efter en utvärdering som inte uppfyllde praktikens förväntningar.

Vi lämnades ensamma på den tiden. Vi måste komma ihåg att på den tiden fanns det inte FoU-enheter. Högskolan fanns, de erhöjd uppföljning. De hade tidigare gjort uppföljningar på verksamheten som inte var på gång. Forskningsvärlden hade ingen profession på det här då. Man köpte in en typ av uppföljning som gav ett svar vi tyckte var "blaha blaha".

En av de intervjuade gjorde dock ett försök att genom systematisk journalföring tydliggöra vilka ungdomar som omfattades av verksamheten samt vilka insatser som genomförts. Detta underlag användes sedan i samband med diskussionen om fortsatt verksamhet.

Jag kommer ihåg att... att jag tror från början att vi får klassificera våra ungdomar som kommer hit då på grund av hur remissen ser ut eller vilket uppdrag och vad finns det för alternativ till den här öppenvården då, och i den mixen tror jag att det alternativet är ju, om det är allvarligt så att säga, är institutionsplacering eller något sådant. Eller att varje ungdom får klassificeras, hur allvarligt ser det ut, hur ser uppdraget ut, hur är situationen när de skrivs in och det är jag faktiskt rätt stolt över. Varenda ungdom som skrivs ut från verksamheten när de slutade för 6-7 år sedan, de 120 stycken, så hade vi någon form av sammanfattning, det kunde vara, det kunde ha varit en kort halv A4-sida liksom om behandlingen inte kommit igång, hur såg arbetsuppdraget ut.

Denna rapport samt den beskrivna sifferberäkningen låg sedermera delvis till grund för beslut. Detta innebar att verksamheterna permanentades 1996 och att utvecklingen fortsatte på respektive verksamhet. Att detta var möjligt förklaras också utav en av intervjupersonerna med att beslutsfattare drogs med i den entusiasm

som fanns hos personalen på verksamheterna. Bara det faktum att verksamheterna fanns var tillräckligt vid detta tillfälle.

... vi har själva talat om hur bra, vilket bra arbete vi gjort, själva beskriva stora förändringar, små förändringar, dra slutsatser och jag tror att beslutsfattare har konstaterat, har ryckts med och tycket "va bra, varför görs det inte mer sånt här?" Där man hysnat på vad vi sagt och våra bedömningar och socialsekreterarna som har remitterat till oss har varit överlyckliga för de första fem åren, när det fortfarande var socialsekreterare som kunde jämföra med hur det var innan de här öppenvårdsinsatserna fanns.

De intervjuade lyfter också fram att de själva var säkra på att de gjorde ett bra arbete och att den positiva responsen från andra professionella också gjorde att verksamheten och arbetet inte behövde utvärderas.

De sa ju jämt att "vad gjorde vi innan ni fanns, jag fattar inte det, det är ju självklart. Det är ju så självklart ". Det var därför vi aldrig var ifrågasatta på det sättet att vi behövde själva utvärdera oss. Att vi verkligen visar på att vi gör ett bra jobb. Det var så många som gjorde det. Vi fick en sådan respons och bekräftelse inte bara från socialsekreterare utan vi fick från skola, vi fick det från sjukhusfolk. Vi fick snabbt ett anseende hos andra, ja, de visste att man för det mesta gjorde ett bra jobb. Så att vi inte behövde själva tänka - "nu måste vi utvärdera det". Vi visste vad vi gjorde och andra sade det till oss så vi hade inte det behovet.

Det var inte enbart de professionella som pratade väl om verksamheten, utan även ungdomar och deras föräldrar enligt de intervjuade.

Jo, men jag tror att dom såg att det hände någonting, det skedde i alla fall någon förändring... förändring till det bättre för det mesta. Så det var nog med egna ögon. Ja, ungdomar som pratade kanske gott om oss, föräldrar som pratade... för det mesta gott om oss och så.

Som redan framkommit var anledningarna till att verksamheterna gjordes permanenta den kostnadsberäkning som gjordes av verksamhetscheferna, personalens positiva sätt att presentera sina verksamheter samt positiv respons från barn och deras föräldrar. På frågor om utvärdering i samband med att verksamheterna gjordes permanenta menar intervjupersonerna att det varken fanns krav eller medvetenhet från beslutsfattare om behovet av utvärdering.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

I början orkade man inte tänka så mycket, så långt att man dessutom skulle mäta och ta reda på resultat utan det handlade om att försöka komma igång. Det kommer ju sen liksom när man jobbat på ett tag då, att man måste ju utvärdera detta.

Att människobehandlande organisationer legitimeras av andra skäl än beroende på deras effektivitet är som tidigare presenterats inte ovanligt enligt nyinstitutionell teori.¹⁹² Efter att verksamheten hade gjorts permanent beskriver de intervjuade att de fortsatte på inslagen väg och utvecklade de metoder de tidigt valt. En av de intervjuade beskriver hur personalen på en verksamhet tillsammans med en konsult gick igenom verksamheten i syfte att utveckla och förfinas sina metoder.

Det handlade lite om att förtydliga våra arbetsmetoder... ”hur kan man garantera att det här är bra för ungdomen” då va. Det var ganska skönt... vi beskrev vårt arbetssätt. Det handlade inte om kvalitetsssäkring utan mer om kvalitetsdokument... eller liksom ambitionsdokument... det var ingen säkring i det här, tycker jag. Det har gått inflation i det här begreppet kvalitetsssäkring... jag tycker det var bra... vi definierade hur vi jobbade och vad vi tror är verksamt. ”Vad tror vi ungdomar behöver för att de ska må bra... jo, de behöver ha självkänsla, de behöver ha ett starkt nätverk, de behöver ha fungerande skola” osv. På alla de här punkterna skrev vi liksom mål och metoder att nå målen. Det gjorde vi bra, tyckte jag.

Den fortsatta utvecklingen var inte helt konfliktfri utan det fanns också kritik mot verksamheten och krav på förändring, men enligt de intervjuade fortsatte ändå verksamheterna på den inslagna vägen.

Vi fick i stort sett rätt så rätt så att säga och sen så kom det ju hela tiden sådana kommentarer ”Hur ofta träffar ni ungdomarna? Två gånger per vecka, det är för lite! Borde man inte träffa dem varje dag, de behöver er säkert på fredagskvällar” och så vidare. På något sätt så... vi tog till oss det... men vi kan nog, så här i efterhand, lite självkritiskt att vi tangerade den kritiken. ”Vi hör vad ni säger, men vi samarbetar med socialjouren” osv. Vi tog inte riktigt till oss det utan... vi undvek den biten. Vi jobbade... vi blev bättre... vi utvecklade nätverk... vi utvecklade familjearbetet. Vi blev riktigt bra på den gruppen ungdomar med väldigt svår familjeproblematik och utåtagerande beteende. Man kan kalla den... lite slarvigt... den ”jag-svaga-gruppen”.

Det kan sammanfattningsvis konstateras att idén legitimeras av andra skäl än uppnådda resultat och effektivitet. Framförallt framstår betydelsen av ett ytterligare handlingsalternativ och professions-

¹⁹² Se till exempel Levin 1998.

utvecklingsbehov som viktiga aspekter i legitimeringen av den lokala översättningen.

Idén utvecklas

Tredje utvecklingsperioden, 1998- konsolidering

Jönköpings socialtjänst omorganiserades 1998, från en distriktsindelning till en funktionsindelning med alla verksamheter som arbetade med barn och ungdom samlade under en chef med en beställar- respektive utförardel. För öppenvårdsverksamheterna innebar detta en omorganisation där de olika verksamheterna blev specialiserade och arbetade mot hela kommunen. Även nya verksamheter prövades som till exempel skolserviceprojektet där socionomer utan myndighetsutövning arbetade med kortare behandlingsuppdrag riktade mot barn med skol- och psykosociala problem.¹⁹³ Ett av syftena med omorganisation var att minska dygnsvård och framförallt institutionsvård. Enligt de intervjuade var det då som diskussionen kom på ledningsnivå om vilka metoder som skulle användas, innan dess hade det enligt dem varit upp till varje verksamhet att utveckla sitt arbetssätt.

Så då styrdes det här upp och då tyckte jag att vi kommit till en punkt när vi kunde säga att utbyggnaden nästan blev klar, "nu kan vi börja titta på innehållet". Hur man skulle kunna bjuda lite motstånd eller vara ett alternativ till institutionsvård. Och då kommer det med modeller, innehåll och så.

I Jönköping kom metoddiskussionen i stort sett att handla om att gå från nästan enbart samtalsbehandling till att erbjuda mer vardagsstöd. Enligt en av de intervjuade handlade den diskussionen inte enbart om metoder utan också om det faktum att samtalsbehandling anses ha en högre status och ge högre lön än att arbeta med ett vardagligt stöd.

Under mina sista år, som vi tog alla de dusterna. Det här med behandling är inte att man bara sitter och pratar utan att man gör saker ihop, att man lär sig saker som man behöver kunna i sitt dagliga liv och att det är väldigt mycket tillsyn och omvårdnad.

I samband med denna process kom också kraven på att börja utvärdera de olika verksamheterna, dels från beslutsfattare men också från länsstyrelsen som fortsatte sitt stöd till utvecklingen av nya öppenvårdsverksamheter.

¹⁹³ Saknas protokoll, muntlig uppgift från IFO-chef.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Ja, då hade vi tänkandet. Det var väl mycket det här med kunskapsstöd. Projektet hade sippat ned och även länsstyrelsens krav på, när vi sökte pengar därifrån, att det skulle utvärderas. Sedan en allmän medvetenhet tycker jag då.

Att utvärdera sina verksamheter gällde enbart de nystartade öppenvårdsprojekten. Inga diskussioner om detta fördes med de redan etablerade verksamheterna enligt de intervjuade. Däremot fördes sedan under flera år en livlig debatt om vilka metoder som skulle användas och i denna debatt kom, enligt en av de intervjuade, fram hur viktigt det var för personalen att kunna styra sina arbetstider och valet av metoder.

Man var rätt mycket ute på jakt, i slutet på 90-talet efter nya metoder. Vi hade press på oss att anamma påföljdsprogrammet då att det skulle läggas på oss då. Vi värjde oss mot det "nej, det här passar inte riktigt in i vår verksamhet". Sedan var det väldigt mycket det här att man skulle jobba på oregelbundna tider. När vi pratade om kvalitetsssäkring på träffen då pratade vi för döva öron och jag anklagar ingen... för de hade inte tagit initiativet själva att kunna påvisa det, liksom att få acceptans för det, att vi hade ju fått länsstyrelsepengar för att göra det. Intresset var inte så stort för det här då. Då tänkte vi "vi har en fungerande verksamhet" så var man inriktad på att bygga ut det som inte fanns.

För en del var det omöjligt att tänka sig arbeta på kvällar och helger, samtidigt var vi chefer rädda för att tappa duktig, erfaren personal om vi var tvingande i val av metod.

Denna process ledde enligt de intervjuade fram till att några intresserade behandlare inom öppenvården prövade en intensiv behandlingsform som i viss mån liknade den då omtalade MST-metoden¹⁹⁴ som var på väg att prövas i Sverige. Det ledde också som tidigare presenterats till en omorganisation av hela öppenvården och att två nya verksamheter startade. Syftet med de nya verksamheterna var enligt de intervjuade att fylla behov som de etablerade verksamheterna inte kunde hantera. Den ena nya verksamheten (Tellus) hade som primär uppgift att genom boendestöd möjliggöra ett tidigare hemtagande från institutioner och den andra verksamheten fick i uppgift att arbeta med ungdomar i behov av en multimodal och intensiv insats¹⁹⁵. De tre tidigare etablerade

¹⁹⁴ Amerikansk manualbaserad metod som bygger på multimodala insatser under en avgränsad tid (författarens anmärkning).

¹⁹⁵ Denna verksamhet startades för sent för att delta i denna studie.

verksamheterna fick i uppdrag att arbeta kommunövergripande och att fortsätta utveckla sina metoder.

I denna period som präglas av konsolidering sker en utvecklingen av öppenvårdsbehandling mot en mer tydlig styrning från ledning och politiker. Även om det inte direkt framgår av intervjuerna verkar det som att styrningen är ett resultat av att visionen om öppenvårdsbehandling som ett alternativ till institutionsvård är svår att leva upp till.

Utveckling inom öppenvårdsverksamheter

De intervjuade har på olika sätt lång erfarenhet av öppenvårdsverksamhet och har naturligtvis åsikter om hur verksamheterna behöver utvecklas. Det som framförallt lyfts fram är nödvändigheten att lösa ungdomens boende när det inte är möjligt att bo hemma. En av de intervjuade har en tanke om att verksamheterna bör utveckla behandlingsfamiljer det vill säga familjehem som är kopplade till öppenvårdsverksamheterna och som står för det dagliga livet.

... så är det i så fall att utveckla behandlingsfamiljer kopplat till öppenvården på hemmaplan, i kommunen då.

En annan utvecklingsidé som förs fram är att öppenvårdsverksamheterna borde samarbeta med institutioner för kortare boende och behov av struktur.

Och sedan en institution... ett institutionsliknande för korttidsboende. Där har man ju inte fått till det riktigt. Alltså att institutioner bara är för att stadga upp... tillfälligt. För det finns ju de som man bara behöver till en kortare tid, strukturera upp det hela och övergå till öppenvård igen.

Samtliga intervjuade är trots att de ser stora utvecklingsbehov helt inne på att öppenvårdsbehandling kan vara ett alternativ eller komplement till institutionsvård och att förutsättningarna för en varaktig förändring hos ungdomen är större med öppenvårdsbehandling.

Genom att behålla ändå sammanhanget så har man bättre prognos, det är jag säker på, om man bara kan liksom hindra det som är skadligt på hemmaplan. Jag tror i alla fall att det väger jämnt, man förvärrar ju inte det hela. Men som sagt det finns ju helt andra motiv, man måste se de motiven då... det handlar också om att skydda omgivningen som inte står ut med att se detta som händer.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

En av de intervjuade säger sig glädjas åt att de erfarenheter som de tidiga verksamheterna gjorde används idag, vilket leder till att dagens verksamheter erbjuder en bättre verksamhet än för 10 år sedan.

Vilka nitar vi gick på, de går inte på de lätta idag som vi gjorde då. Vi gick ju på vansinnigt mycket, vi var blåögda. Vi tycker att de gjort ett jättebra system i mottagandet av ungdomarna, förväntningar och vad de tränar dem på ett mycket proffsigare sätt än vi gjort. Så där har man tagit lärdom och det är inte bara våra erfarenheter utan även andras med som de verkligen tagit lärdom.

Avslutningsvis vill jag lyfta ett citat som kanske kan förklara hur verksamheter kan byggas ut och få ett förtroende hos beslutsfattare utan att egentligen aldrig ha blivit ifrågasatta och utvärderade.

Med politikerna har vi ju alltid sett till att ha ett bra förhållande, samarbete, med. Informera dem på ett vettigt sätt. På ett övertygande sätt så att de förstår att det här vi sysslar med är bra. Det är ingen annan som talar om det.

Möjligheter och hinder med öppenvårdsbehandling

Enligt Johansson¹⁹⁶ sker inom människobehandlande organisationer en anpassning av ”råvaran” det vill säga klienterna till de resurser som organisationen har i syfte att säkerställa goda resultat. I första hand menar Johansson att anpassning sker genom att klienter beskrivs och förstås med det perspektiv som en viss verksamhet har möjlighet till. Jag menar dock att denna tolkning är för snäv och bör utökas med att även innefatta de sorteringsmekanismer som organisationer skapar genom att konstruera och arbeta utifrån beskrivningar av vad som är ”lämpliga” klienter för organisationen. Syftet med dessa processer anser jag handlar både om underlätta goda resultat och att se till att organisationen kan vidmakthålla sina strukturer och metoder. Jag kommer fortsättningsvis att utgå ifrån denna utökade syn på anpassning av ”råvara” inom människobehandlande organisationer. Utifrån intresse för att studera anpassningen av klienter inom öppenvårdsbehandling tillfrågades de intervjuade om vad de ansåg angående vilka ungdomar som passar respektive inte passar för öppenvårdsbehandling.

Två av de intervjuade beskriver hur de i sina verksamheter fått ta emot ungdomar som de ansåg inte skulle gå att arbeta med i öppenvård, i viss mån chansat att det skulle fungera och hur den utredande socialsekreteraren i vissa fall undanhöll information för att få öppenvårdsverksamheterna att ta emot ungdomen.

¹⁹⁶ Johansson, 1992 s. 43-45.

Nej, vi fick alldeles för svåra ungdomar ett tag och där vi inte riktigt visste om det beller... att de var så svåra. De var så svåra så att socialsekreteraren förskönade bilden av dem. Ja, det var lite faktiskt som bilförsäljning. När vi började skrapa på ytan så såg vi att det fanns alldeles för mycket skador. Hade vi vetat det hade vi bara baxnat. Dessutom var vi entusiastiska och tog på oss alla dessa utmaningar och sa "banne mig, vi har metoder, vi ska kunna fixa detta". Vi tog det som roliga utmaningar. Det var inte bara det att vi fick för svåra, vi var dumma nog att ta dem också.

Utifrån sina erfarenheter har de intervjuade en tydlig bild av vilka ungdomar som lämpar sig för öppenvårdsverksamheter även om de poängterar att varje ungdom måste bedömas separat. De intervjuade var helt överens om att ungdomar med ett tillräckligt välfungerande nätverk och med föräldrar som orkar erbjuda ett hem får en bra vård i öppenvård, eftersom öppenvårdens insatser då kan stärkas och kompletteras med insatser från nätverket. De lyfte också fram betydelsen av att ungdomen är motiverad, men också att de har en tillräcklig begåvning för att tillgodogöra sig de insatser som erbjuds.

Att inte behöva sätta upp alldeles för hårda ramar och det fungerar ju inte i öppenvården ändå utan det handlar mycket om förtroende och någon vilja till förändring. Ungdomar som inte vill något, det är ju meningslöst. Det tror jag de flesta förstår att vi kan inte ensamma motivera dem i alla fall. Vi kan ju försöka och vi kan ju försöka tillsammans med andra förstås, men när det inte finns förmåga eller vilja att förändra då är det tufft. Och det handlar ju väldigt mycket om nätverk. När det finns en unge som säger "nej, jag vet inte", men ändå finns det ett starkt nätverk. Det kan vara människor som anses som socialt utsatta men någon slår näven i bordet och säger "nej, men det här ska vi fixa". När någon äldre auktoritet inom nätverket säger detta.

Ungdomar som är intelligenta, det är bra. De har ju förmågan att förstå, att det här kanske är en chans och de inte spolierar den så lätt. Utan man tar tillvara på den. Förmåga att kunna reflektera.

En annan faktor som är viktig enligt de intervjuade för att öppenvårdsbehandling skall fungera är samarbetet med skolan.

En hake till är planering med skolan. De behöver gå i skolan också. Går de inte i skolan går det inte att få struktur över dygnet då. Så skolan är ju jätteviktigt att det finns med här också.

På frågan om vilka som inte fungerar i öppenvårdsverksamheter fanns det också en samstämmighet kring att ungdomar med pågående missbruk och/eller kriminalitet är svåra att arbeta med i öppenvård, eftersom de enligt de intervjuade behöver metoder som

5. Intervjustudien – Den lokala processen

öppenvårdsverksamheterna inte erbjuder, till exempel tillsyn hela dygnet. En av de intervjuade betonar också att ungdomens förmåga att lita på vuxna var en grund för deras arbetssätt.

... ungdomar kan vi prata om. Som har blivit svikna för mycket, av för många vuxna. Det är jobbigt... de har alldeles för trasig bakgrund. De litar inte på vuxna så då funkar inte vårt koncept. Vårt koncept är ju att de ska lita på oss och att vi ska kunna lita på dem.

Samma intervjuperson menar också att verksamheterna tillbaka i tiden ofta fått ungdomarna i ett för sent skede, något som hon idag ser har förändrats.

Det har ju varit ett problem, att vi skulle fått träffa de här långt mycket tidigare. Och det är ju något vi kan jobba med. Alltså det jobbar ju familjebehandlingen med idag, att man träffar barnen mycket tidigare och kan ge de här familjerna lite mer idag.

Av intervjuerna framkommer att idén om öppenvårdsbehandling blir en arena för utveckling av olika intressenters behov. Tydligast framträder behov av såväl nya metoder för utsatta ungdomar, professionell utveckling för socialarbetarna men också politikerns behov av alternativ till institutionsvård. Utifrån dessa behov utvecklas verksamheterna som på relativt kort tid blir till ett självklart inslag i den lokala barnavården utan att det ställs några effektivitetskrav på verksamheterna. Av intervjuerna framgår också att de intervjuade har konstruerat/skapat sig en bild av vilka problembilder som bäst respektive sämst passar för öppenvårdsbehandling. Att genom sortering och klassificering anpassa människor till organisationer är en vanlig strategi för människobehandlande organisationer. Detta enligt Johansson¹⁹⁷ sker för att ha möjlighet att lyckas med sitt uppdrag. I denna studie verkar det också ske för att möjliggöra användandet av de metoder som verksamheterna valt. Metoder som fältet och enskilda socialarbetare föredrar.

Vi kan utifrån intervjuerna förstå att det fortsatta arbetet med att översätta och förpacka idén innebär att förankra arbetssättet hos beslutsfattare. Detta skedde främst genom olika sätt att legitimera arbetssättet. Att verksamheterna uppnår legitimitet utan att i egentlig mening granskas och ifrågasätts anser jag kan förklaras främst av tre aspekter. För det första – *den rationaliserade myten* – att vissa arbetssätt förutsätts utföras på ett speciellt sätt och att de anses vara legitima, effektiva och oberoende av utvärderingar. I denna studie är det tydligt att personalen för fram vissa metoder och arbetssätt som de

¹⁹⁷ Johansson, 1992 s. 43-45.

”rätta metoderna”. Att rationaliserade myter förekommer inom den sociala barnvården är ingen nyhet. Bland annat har både Levin¹⁹⁸ genom sin studie om ett behandlingshem och Wiklund¹⁹⁹ genom studien om samverkan, marknadsorientering och specialisering visat hur den sociala barnvården är mottaglig för obekräftade ”sanningar”. I denna studie är ”sanningen” eller myten att öppenvårdsbehandling är ett alternativ till institutionsvård. För det andra – *idéns attraktivitet* – dvs. att genomföra behandlingen på hemmaplan är tilltalande både ekonomiskt och humant vilket legitimerar verksamheten utan att resultatet behöver undersökas. Återigen något som bekräftas i studien där det framkommer att såväl personal som beslutsfattare av olika skäl anser att idén är attraktiv. Levin²⁰⁰ visar också i sin studie att organisering och arbetssätt kan fylla andra syften än effektivitetskrav till exempel samhällets krav på skydd. För det tredje, det som Weick²⁰¹ kallar för *lös koppling*, vilket innebär att det är skillnad mellan avsett och utfört arbete och att den skillnaden döljs för beslutsfattare. Ett exempel i denna studie är att öppenvårdsbehandling framställs för beslutsfattare som ett alternativ till institutionsvård utan att i praktiken vara det. Vi har fått ta del av några av de chefer som initierade och initialt översatte och förpackade idén om öppenvårdsbehandling. I nästa avsnitt möter vi personal ur tre av de verksamheter som arbetar med det konkreta behandlingsarbetet.

Den lokala förpackningen

I gruppintervjuerna med verksamheternas personal var huvudsyftet att undersöka den lokala förpackningen i form av valda målgrupp och metoder. Ett särskilt fokus lades vid att undersöka hur anpassning av ”råvaran”, ungdomarna – sker, det vill säga vilka ungdomar som personalen anser skall få öppenvårdsbehandling och hur den sker. Jag undersöker denna process genom att ställa frågor om hur personalen ser på ungdomarnas bakgrund och förutsättningar för behandling.

¹⁹⁸ Levin 1998.

¹⁹⁹ Wiklund 2006.

²⁰⁰ Levin 1998 s. 309-313.

²⁰¹ Weick 1976 s. 3.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Ungdomar och dess bakgrund

I intervjuerna med personalen diskuterades ungdomarnas uppväxtvillkor främst utifrån goda respektive dåliga förutsättningar för att lyckas i öppenvårdsbehandling. I intervjuerna bekräftades bilden av ungdomarna med olika förutsättningar och problem som senare framkommit i aktstudien. Enligt personalen är det inte enbart den presenterade problembilden som styr vilka ungdomar som skall behandlas i öppenvård utan främst handlar det om ungdomarnas förmåga till goda vuxenrelationer.

Jag tror att någonstans just ifrån det här salutogena synsättet så har alla ungdomar förutsättningar för att lyckas om man ger dem rätt förutsättningar och om de vågar ha vuxenrelationer.

Enda tydliga undantaget som framkom i intervjuerna var att ungdomar med ett pågående missbruk inte bör få öppenvårdsbehandling, eftersom de enligt personalen utsätter sig för stora risker och behöver tillsyn och kontroll i en utsträckning som öppenvårdsverksamheter har svårt att tillgodose. Vad som istället är viktigt att bedöma inför öppenvårdsbehandling är andra faktorer som till exempel anknytningsförmåga. Oavsett vilken verksamhet personalen företräder fanns en samstämmighet kring behovet av en jag-känsla och tidigare tillräckligt bra anknytning till någon vuxen eftersom det enligt personalen gav ungdomarna förutsättningar för att bygga relationer med behandlingspersonal och andra vuxna som ingår i öppenvårdsbehandlingen.

... att det finns en god anknytning eller att... good enough anknytning mellan familj och ungdom...

... alltså vad man har haft med sig sedan spädbarnstiden i form av anknytning, jag-känsla.

Vid flera intervjuer framkom också att personalen ansåg att föräldrarnas erfarenhet och egenskaper inverkar på vilka förutsättningar ungdomarna har att ta till sig behandlingen inom öppenvården, eftersom den ställer krav på att det finns andra vuxna runt ungdomen som stöttar och hjälper ungdomen.

Ja, det beror ju på... vilka livserfarenheter som den har med sig i bagaget då. Där har väl det sociala arvet också en stor påverkan på ungdomarna och...

En annan viktig förutsättning för att lyckas var enligt personalen att ungdomarna och deras föräldrar var motiverade att delta i behandlingen eftersom den kräver att man passar tider, men också att

mycket av det som skall förändras sker när inte personalen är närvarande.

Där jag har lyckats sämst där har det inte varit egenskaper hos ungdomen utan där inte jag har kunnat hjälpa familjen. Där kan jag ständigt se ett misslyckande. Där jag inte har fått med föräldrarna så har jag också inte lyckats med någon behandlingsinsats. Det finns andra egenskaper så, men där jag ser har det ständigt varit ett misslyckande så har det varit den biten.

Enligt personalen är den uppenbara fördelen med öppenvården att ungdomen får vara kvar i sitt naturliga sammanhang och att de inte utsätts för institutionens nackdelar. Nackdelen med öppenvården var enligt de intervjuade svårigheter att styra och kontrollera de ungdomar som behöver detta. Man berättade också att de ibland känner sig tvungna att försöka med ungdomar som de på förhand anser att de saknar resurser för att arbeta med, beroende på kravet att minska institutionsplaceringar.

... så nackdelen med öppenvården har ju med kontroll och styrning att göra. En ungdom som är väldigt utagerande kanske behöver droga... Att styra upp om det har gått tillräckligt långt. Och det är svagheten. Och ibland så när man ekonomiskt trycker på för att vi ska minska detta så blir det en väldigt konstig situation när vi tror att vi ska lösa situationen där det egentligen krävs det man får göra på institution. Punktmarkera, styra upp och stadga upp och det kan vi inte göra. Det är en omöjlighet att man ska klara det. Och det är nackdelen.

Några av de intervjuade beskriver att man borde använda öppenvården tillsammans med institutionsvård mer flexibelt än vad som görs idag.

Nackdelen är ju det här som har med systemet att göra då, kan jag tycka, för det är så väldigt skarpa gränser mellan öppenvård och institution. Att det går så långt så att det blir helt omöjligt att vara hemma, i stället för att se det som någonting dynamiskt som vi skulle kunna använda ihop så att säga. Och då skulle inte institutionens placeringar bli så farliga beller om barnen och ungdomar visste att nu handlar det om att nu ska jag vara här i tre veckor för att de ska lugna sig och få vila... mamma och pappa får vila. Sen kommer jag hem igen.

Behandlingsaspekter

I intervjuerna framkommer att personalen ser ett behov av att skraddarsy behandlingsmetoder efter ungdomens behov men att det ändå blir mycket samtalsbaserad behandling.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Varje individ är unik så att säga som... att lyssna in och så får det bli individuellt för varje ungdom hur man... hur kontaktpersonen jobbar eller hur vi jobbar. Det kan se lite olika ut.

Man har på senare år börjat använda fler av de manualbaserade och evidensbaserade metoderna som till exempel Aggression Replacement Training (ART). Man anser också att miljöterapi dvs. att lära ungdomen att hantera vardagssituationer, är ett viktigt behandlingsinstrument.

Vi gör ju vardagliga saker tillsammans... och där gör man ju saker tillsammans och det är ju ett sätt att bygga relation på. Till exempel så vardagligt som att gå och handla, laga mat tillsammans, äta ihop.

Det personalen framförallt anser som viktig och bra behandling är familjesamtal och olika former av nätverksarbete. Anledningen till att lyfta fram just dessa behandlingsformer är enligt personalen att de har ett systemiskt synsätt och en hög tilltro till familjens och nätverkets betydelse vid all behandling. Framförallt vid öppenvårdsbehandling då det krävs att nätverket står för insatser som i andra behandlingssammanhang, till exempel institutionsvård, personalen ansvarar för.

Skillnaden mellan öppenvård och institution är att i öppenvården så äger ändå familjen och ungdomen sin förändring och förändringen i insatsen man gör ska vara långvarig.

De anser själva att de inte saknar några speciella metoder utan menar återigen att det handlar om att skräddarsy behandlingen utifrån individens behov. Den lokala förpackningen i Jönköping innebär enligt den intervjuade personalen en uppsättning metoder och ett visst urval av ungdomar.

En annan frågeställning som togs upp i intervjuerna var hur behandlingen utvärderas. Det direkta svaret jag fick av personalen var att man inte utvärderar behandlingen. Personalen inom öppenvårdsverksamheterna menar att det först på senare år förts en diskussion om att utvärdera olika faktorer i verksamheten. Trots att diskussion förts har man enligt personalen inget tydligt system för vad och hur man skall utvärdera, utan det är upp till varje personal att själv utvärdera.

Vi har inga utvärderingar. Det man kanske gör för sig själv, som jag brukar göra ibland, det är att jag använder skalfrågor från när vi startade upp arbetet och så ser man om bekymret minskar. Det är ju ett sätt för ens egen skull och för familjens skull att man påvisar en förändring.

Ungdomsbehandling

I aktstudien har framkommit att det finns beskrivningar vid avslutningen av insatsen som kan ses som utvärderingar. När jag i intervjuerna frågar om dessa menar personalen att de inte har sett dem som några utvärderingar, utan mer en redovisning tillbaka till remitterande socialsekreterare av vad som gjorts. Några av de intervjuade menar att de regelbundet i möten muntligt utvärderar hur behandlingen fungerar tillsammans med ungdomen, föräldrar och remitterande socialsekreterare, men att detta mycket sällan dokumenteras.

Vi håller ju i mötet och går igenom vad var och en tar upp och som följer behandlingsplanen. Ja, ungdomarna får alltid berätta hur dom upplever hur det har varit sen förra mötet för socialsekreteraren.

Och ibland kan vi även ha en daglig kort utvärdering också. Det använder jag ibland att då ställer man frågan... Hur tycker du att samtalet har varit idag? Var det bra eller dåligt eller skulle jag gjort på nåt annorlunda sätt? Dom här tvärtom-frågorna också då.

I diskussionen om utvärdering framkommer med samtliga grupper efter en stunds diskussion att de regelbundet diskuterar hela sin verksamhet och att de nog tycker att det kan ses som en form av utvärdering. Dessa diskussioner förs ofta enligt de intervjuade utifrån aktuella behov och dokumenteras ibland i någon form av protokoll.

Ofta handlar det väl om diskussioner, vi bestämmer upplägget tillsammans med chefen, så bestämmer vi vad vi ska prata om på mötet. Men ofta har det ju varit hur vi har jobbat tidigare och hur vi kan utveckla det... dels ifrån vad vi har fått ifrån vår handledare kan jag känna och dels vad vi har pratat om själva.

Två av verksamheterna har för några år sedan genomfört ett kvalitetsarbete i syfte att tydliggöra för sig själva och omgivningen vilka grundläggande värderingar och metoder som verksamheten arbetar utifrån. Detta arbete dokumenterades, men har inte följts upp eftersom personalen anser att det inte krävts från ledningen och att det tog för mycket tid och energi från basverksamheten. Vid den verksamhet som startat senast i Jönköping hade man vid intervjutillfället nyligen själva genomfört en utvärdering där man ställde frågor om sin verksamhet till de ungdomar som avslutat behandlingen. Detta arbete dokumenterades och har presenterats i olika sammanhang.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Efter avslutad öppenvårdsinsats

Det finns ingen systematisk kunskap hos personalen om vad som händer efter avslutad behandling. De vet oftast vad som händer i direkt anslutning till behandlingen och då främst när man förmedlar någon ny behandlingsinsats. När det gäller längre perspektiv får man ibland kunskap utifrån samtal när man stöter på ungdomen eller föräldern.

Ja, det jag var inne på, spontan kunskap. Det kan vi ju få från andra också, från lärare som man möter och som berättar... ja, positiva saker. Eller negativa kanske också.

Personalen beskriver också att det för många av de avslutade ungdomarna behövs någon form av stödinsats och att det finns ungdomar som man tror behöver ett livslångt stöd. Samtidigt tror några ändå att det går bra för rätt många av ungdomarna utifrån deras förutsättningar.

Bra, så att dom kanske har en fungerande skola eller att dom kanske har fått ett fungerande liv med bra arbete och dom lever ett rätt hyfsat liv.

Flera av de intervjuade lyfte fram att de ville ha mer gedigen kunskap om vad som händer ungdomen efter avslutad insats, men att det arbetet måste skötas centralt inom förvaltningen eller om någon forskare åtar sig detta.

Utan att verksamheterna har utvärderats i någon egentlig mening har personalen skapat sig en bild av ”öppenvårdsungdomen”. Denna ungdom skall inte ha för stora problem med missbruk eller kriminalitet. Han eller hon ska också ha god förmåga att bygga nya relationer med vuxna, ha nätverk och framförallt föräldrar som aktivt kan medverka i behandlingen. Det är enligt de intervjuade ungdomens förmåga till goda relationer i kombination med ett stöttande nätverk som ger förutsättningarna för en bra öppenvårdsbehandling. Däremot finns dåliga förutsättningar i öppenvårdsbehandling, enligt personalen, för de ungdomar som har ett omfattande missbruk. Denna bild är relativt oprövad rent vetenskapligt, men växer fram i intervjuerna som en accepterad sanning. Jag anser att en del i översättnings- och förpackningsprocessen är konstruktionen av vilka ungdomar som passar för verksamheterna. Enligt Johansson²⁰² är det också ett vanligt sätt för människobehandlande organisationer att anpassa råmaterialet – i detta fall ungdomarna - till organisationen och verksamheterna i syfte att skapa förutsättningar för att lyckas. Det

²⁰² Johansson, 1992 s. 43-45.

framkommer också att personalen anser att verksamheten inte har metoder att möta de ungdomar som de anser inte passar för öppenvårdsbehandling. Jag väljer också att se dessa uttalanden som en anpassning av ”råvaran” i syfte att skapa en lokal förpackning och lokal översättning. Det är precis som vid intervjuerna med cheferna tydligt hur påverkad man är av verksamheter från närliggande organisationer med liknande uppgifter. Denna sammankoppling leder, enligt mig, till konstruktionen av ett organisatoriskt fält där likriktning sker. Detta leder i sin tur till att när en öppenvårdsidé ska förpackas i form av behandlingsmetoder väljs det som upplevs framgångsrikt inom andra organisationer i fältet.²⁰³

Enligt nyinstitutionell teori skapar organisationer *lösa kopplingar* mellan verksamhet och resultat när det finns svårigheter att mäta och kontrollera resultat. Av intervjuerna framkommer, enligt mig, en ambivalens hos personalen att utvärdera verksamheterna och de enskilda behandlingarna. Jag tror att denna ambivalens beror på en mängd faktorer förutom de rent metodologiska utvärderingssvårigheterna. En viktig faktor tror jag är att en utvärdering kan leda till att personalens handlingsfrihet att välja metoder, och indirekt ungdomar, kan begränsas. Just handlingsfrihet lyfts fram som ett viktigt och betydelsefullt inslag för ”gräsrotsbyråkrater”.²⁰⁴

I syfte att undersöka hur idén har förpackats i det lokala perspektivet av samverkanspartners intervjuades två manliga och två kvinnliga socialsekreterare med omfattande erfarenheter av att remittera till och samarbeta med öppenvårdsverksamheter.

Samverkanspartners - lokal förpackning

De fyra telefonintervjuade socialsekreterarna har mellan två och 25 års erfarenhet av att arbeta inom social barnavård. De har samtliga i olika omfattning erfarenheter av att remittera och samarbeta med öppenvårdsverksamheter. Frågeställningarna i intervjuerna handlade dels om deras syn på den lokala förpackningen, men dels framförallt om hur de resonerar kring urvalet av ungdomar som får behandling inom öppenvårdsverksamheter. Syftet med det senare är att undersöka hur socialsekreterarna medverkar till att förpacka/översätta idén genom att anpassa ”råvaran”.

²⁰³ Scott & Meyer 1991 s. 108-142.

²⁰⁴ Lipsky 1992 s. 14-15.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Ungdomar och deras bakgrund

Enligt de intervjuade är det svårt att beskriva vad som kännetecknar en ”öppenvårdsungdom”. Det finns enligt de intervjuade inga speciella problem som löses bäst med öppenvårdsinsatser utan det handlar om individuella bedömningar och omfattningen av problem. Pågående missbruk och omfattande kriminalitet är dock signaler på att öppenvårdsinsatser bör undvikas, enligt de intervjuade. De anser också att hos de ungdomar som man väljer att ge en öppenvårdsinsats ofta finns skolproblem och deras beslut underlättas om det finns en relation till och ett samarbete med ungdomens familj.

Det tycker jag är en ungdom som man har utrett och där man kommer fram till att det finns ett behov av stöd – men där behovet inte är så stort att det krävs en insats med dygnsvård. Utan det finns ett behov som man tycker att det är rimligt att det går att jobba med på hemmaplan. Men sedan kan det handla om både det egna beteendet eller det kan handla om relationer.

Det finns ingen sådan typisk öppenvårdsungdom. Det beror på alltså. Svaret skulle vara att det är svårt att definiera en typisk öppenvårdsungdom, men om man ändå skulle göra ett försök så skulle det vara en tjej/kille i 15-16-årsåldern med ansträngda relationer till sina föräldrar, och mindre kriminalitet.

Samtidigt menar de intervjuade att de har direktiv på ledningsnivå att pröva öppenvård innan något annat görs, vilket leder till att öppenvården prövas där man egentligen inte tror att det kan fungera. Trots att de intervjuade socialsekreterarna värjer sig mot att definiera vad som kännetecknar en ungdom inom öppenvårdsbehandling, så finns det en form av samstämmighet mellan de intervjuade cheferna, verksamhetens personal och de remitterande socialsekreterarna. Detta visar återigen på att *översättnings-* och *förpackningsprocessen* har skett med hjälp av en anpassning av ”råvaran” och en klientkonstruktion.²⁰⁵

Val av insats

Förutom bedömning av vårdbehov styrs valet av metod eller öppenvårdsverksamhet främst enligt de intervjuade av åldersindelningen på verksamheterna. De hade gärna sett fler verksamheter och tydligare information kring vilka metoder öppenvårdsverksamheterna kan erbjuda. Men också att metoderna

²⁰⁵ Johansson, 1992 s. 43-45.

styrdes mer av ungdomarnas behov än av vad behandlarna inom öppenvården tycker är populära metoder.

Öppenvården har väl inte gått ut och talat om vad de vill jobba med eller vad de är bra på. Men jag vet att man har pratat om lite olika metoder. Och det kanske blir lite så att man kör en grej, lite så kanske det kan vara ibland alltså. Det är någonting som är populärt och så kör man det. Och då blir man bra på det och då kör man det på alla.

Nej, men vad har vi att välja på? Jag menar, vi pratar om att vi har en öppenvård. Det vi har att välja på det är ungdomsbehandling och familjebehandling. Det är precis samma metoder, eller så gott som samma metoder på samtliga ställen. Det är ett mischmasch av en salig massa metoder som man har blandat och rört ihop i en gryta.

De menar också att det har funnits en otydlighet kring längden på behandlingen, men att det på senare tid blivit tydligare i samband med att verksamheterna inspireras av programliknande metoder. Vidare menar de att utvecklingen som skett på senare tid med personal som arbetar på obekväma tider och helger är positiv, men bör utökas med personal nattetid.

Framgångsrik öppenvårdsbehandling

När frågorna börjar handla om vad som är framgångsrika metoder inom öppenvården beskriver en av de intervjuade en oro kring öppenvårdens fokus på att minska institutionskostnaderna. Enligt den intervjuade har det fått till följd att verksamheterna inte har kunnat arbeta med andra ungdomar och komma in tidigare.

Man måste jobba med ungdomar ett eller ett par år tidigare, innan de hamnar för illa ute, och där kan jag väl rikta kritik mot dem som tar beslut om vad vi ska jobba med, politiker och höga tjänstemän, att det finns fler ungdomar som kan dra nytta av öppenvårdens verksamhet. För de senaste åren har den fått koncentreras på att hålla ungdomar borta från institutioner till varje pris.

Även de andra intervjuade menar att det är viktigt att komma in tidigare när ungdomens problem inte är så omfattande. De menar också att det är då det finns störst förutsättning att lyckas med vård inom öppenvård.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Jag kan tänka mig att de ungdomar som kommer in tidigt och som inte har en jättestor problematik när vi dyker upp – att det går bättre för dem som vi kommer i kontakt med tidigt. De har en bättre prognos från början och kan kanske få sig en tankeställare innan de stora problemen uppstår. Vi lyckas också bättre med de ungdomar som det går bra för i skolan, tror jag, för då har de också möjligheter att få stöd därifrån och den finns representerad.

Samtidigt menar en av de intervjuade att de ungdomar som får öppenvård efter en institutionsvistelse har bäst förutsättningar att fungera i öppenvård om det har skett stora förändringar för ungdomen och om de har fått en struktur på vardagen under tiden de varit på institutionen. Detta förklarar den intervjuade med att det krävs hjälp med att få struktur i vardagen för att ungdomar med sociala problem ska lyckas förändra sitt sätt att fungera. Något som enligt den intervjuade är svårt att uppnå med öppenvårdsverksamhet som har så lite tillsyn och insatser som de aktuella verksamheterna.

Svagheter med öppenvårdsbehandling

Sämst förutsättningar att lyckas i öppenvården har enligt de intervjuade de ungdomar som har omfattande social problematik som missbruk och/eller kriminalitet och då ofta i kombination med annan problematik som de intervjuade beskriver som neuropsykiatriska problem i form av stora koncentrationssvårigheter.

Det tror jag är de som har en tung social problematik, eller inte bara social beller. Det kanske visar sig senare inom öppenvården att de egentligen har oupptäckta handikapp. Och det kan vara alla möjliga varianter, till exempel neuropsykiatriskt.

En av de intervjuade bekräftar en av de intervjuade chefernas åsikt om att öppenvårdens personal i allt för hög grad har möjlighet att välja metod. Detta ser den intervjuade socialsekreteraren som en svaghet med verksamheten.

Svagheten är att det blir en behandling utifrån behandlarens egen kultur och behandlarens egna förhållningsätt till livet och behandlarens egna värderingar. Det blir för mycket av behandlarens egna värderingar, åsikter och kultur blir det. Det blir lätt så när man inte håller sig till en, när man inte är trogen en metod. Det blir också svårt för behandlaren. Fungerar det inte så byter man snabbt allt, metoder och allt. Märker man att oj, ART fungerar inte efter tre gånger - oj, vi byter och gör någonting annat istället.

Denna svaghet anser samma intervjuperson leder till en otydlighet vid val av insats för en ungdom.

Problemet nu är att man vet inte vad man remitterar till. Man remitterar till ett svart hål, gör man. Och fan vet vad man får ut för någonting. Hade jag vetat att jag remitterar till KBT-behandling eller lösningsfokuserad behandling så kunde jag vara tydlig gentemot klienterna, det är så här, det är beprövat i forskningen och det fungerar. Ni kommer att träffas så här många gånger, det är ett bestämt antal och så vidare. Det blir inte så mycket flum. Det är ett problem, att det inte är så.

Framgångsrika metoder

Betydligt svårare att svara har de intervjuade när vi diskuterar verksamma eller framgångsrika metoder och program inom öppenvården. Efter en hel del fundering menar flera av de intervjuade att de inte känner till några speciella metoder eller program som de vet är framgångsrika. Däremot menar de att när ungdomar fullföljer hela behandlingsprogram ökar sannolikheten för ett bra behandlingsresultat. Vidare menar de att en viktig förutsättning för att ungdomar skall fullfölja behandling är att verksamheterna är tydliga med sitt behandlingsinnehåll och hur lång tid behandlingen tar.

Att man blir bra på en metod och blir tydlig i det. Det är bättre för alla. Både för oss och för klienterna. Att alla vet vad som väntar.

Men en styrka är att det finns en hyfsat god kunskap kring, och en förtrogenhet med, socialt arbete. Det finns en erfarenhet och det är en styrka för verksamheten. En annan styrka är att de jobbar sena kvällar och helger. Det är också en styrka att de har en vilja, att det finns en innerlighet i att det ska bli bra. Det finns en kärlek till klienterna, finns det. I de flesta fall.

En av de intervjuade lyfter fram betydelsen av samverkan och menar att om den fungerar mellan öppenvården och samarbetspartners, så ökar chanserna för att behandlingen ska lyckas.

Vad är det som gör att samverkan fungerar bra eller att den fungerar skit? Det är ju också jätteviktigt, en jätteviktig grej för framgång. Fungerar samarbetet mellan socialsekreterare och öppenvårdsbehandlare? Fungerar det så ökar verkningssgraden, det gör den ju och samverkan fungerar. Där handlar det ju också om samverkan med rektorer och skolan. Jag kan tycka att öppenvården skulle bli ännu bättre genom samverkan.

En av anledningarna till osäkerheten kring resultat av öppenvård är att de intervjuade inte känner till att några utvärderingar gjorts och att de därför inte vet vad som fungerar eller är framgångsrikt.

5. Intervjustudien – Den lokala processen

Vi har nog inte haft några. Men det skulle jag ju önska att vi hade tillsammans med öppenvården, att vi kunde diskutera och få lära sig av det som fungerar bra och det som inte fungerar. Jag tror att det skulle vara bra att bara få prata om det som har varit.

Jag skulle vilja säga att vi gör så här som jag gör med dig nu, att vi sitter och funderar lite grann och pratar oss socialsekreterare emellan och försöker se det från olika håll. Men jag vet inte hur öppenvården utvärderar sitt. Vi utvärderar ju inte systematiskt våra ungdomar, de vi har remitterat dit, det gör vi inte. Hur gick det här? Har det fungerat? Varför gick det inte bra? Nej, det gör vi inte. Inget sådant. Vi sitter bara och funderar över olika saker.

Att öppenvården inte har utvärderats förklaras på olika sätt, men samtliga svar bygger på att ingen har krävt att verksamheterna skall utvärderas.

Det finns ingen konkurrens, det är ett svar på det. Det finns ingen press. Egentligen, vad spelar det då för roll om det inte gick bra? Självtänkan man ju tänka då att vi måste bli bättre på det här, men missförstå mig rätt nu – vem fan bryr sig?

De känner inte heller till något om hur det går för ungdomarna efter öppenvårdsinsatsen om inte ungdomarna återkommer för nya insatser. Sammanfattningsvis kan konstateras att de intervjuade socialsekreterarna har en relativt tydlig uppfattning om vilka ungdomar som öppenvårdsinsatser passar för, men också att de på uppmaning av ledningen prövar öppenvården som första insats i en insatskedja. Vad de däremot inte verkar veta så mycket om är innehållet i verksamheterna, verk samma metoder och effekterna av öppenvårdsinsatser.

Av denna diskussion framkommer ett missnöje kring den lokala förpackningen/översättningen, framförallt för att den fortfarande är otydlig och ger tolkningsmöjligheter. Att verksamheterna inte motsvarar de intervjuades behov kan troligtvis tolkas på många sätt. Jag väljer dock att knyta an till chefernas beskrivning där det var tydligt att enskilda socialarbetares behov styrde utvecklingen av verksamheterna. Denna handlingsfrihet kan möjligtvis ha lett till att verksamheterna mer motsvarar personalens behov än kollegornas och ungdomarnas behov. Om det nu är så att de remitterande socialsekreterarna väljer, trots ett antal frågetecken kring verksamheterna, att använda sig av dem får man förmoda att de fyller andra syften och legitimeras av annat än krav på effektivitet. Man kan också förmoda att processen är en beskrivning av ett begynnande

institutionaliserat beteende. Vad dess syfte är kommer jag att resonera kring i det avslutande diskussionskapitlet.

Övergripande sammanfattning och slutsatser intervjustudien

Av intervjustudien framkommer hur en idé inom den sociala barnvården tas emot, bearbetas, förpackas och legitimeras i ett lokalt sammanhang. Vid mottagandet av den mycket *löst formulerade idén* reagerar socialarbetarna – gräsrotsbyråkraterna - att genom sin givna handlingsfrihet skapa en verksamhet utifrån professionsutvecklingsbehov och i viss mån i samspel med det som uppfattas som ett *organisatoriskt fält*. Detta samspel leder till att verksamheterna försöker härma andra till synes framgångsrika verksamheter genom att välja deras metoder istället för att försöka hitta egna lösningar genom en så kallad *mimetisk lieriktning*. Detta som ett resultat av att man är osäker på sambandet mellan orsak och verkan och att målen är tvetydiga och lösningarna oklara. Rent konkret innebär det att verksamheterna innehåller och arbetar med ett synsätt och med metoder som för tillfället anses vara i fokus och användbara, till exempel systemiskt inriktade metoder och i huvudsak samtalsbehandling. Dessa metoder är också de som flitigt används av andra verksamheter inom samma *organisatoriska fält*. En anpassning av ”råvaran” har också skett genom att ungdomar som har behov som motsvarar metoderna är de som de intervjuade anser ska få insatsen. Vidare framkommer att verksamheten är *löst kopplad* till effektivitetskrav och har uppnått legitimitet utan att utvärderas, något som i nyinstitutionell teori förklaras med att organisationen uppfyller andra, viktigare funktioner än kravet på effektivitet. I intervjuerna framkommer bland annat hur viktig öppenvårdsverksamheten har varit för att utveckla professionen och för att ge nya åtgärdsalternativ för de myndighetsutövande socialsekreterarna.

Det finns som jag tidigare redogjort för många aspekter som påverkar innehållet i en lokal förpackning av en idé. I nästa delstudie undersöks de aktuella ungdomarna och deras behandlingar; viktiga aspekter i en översättnings- och förpackningsprocess.

6. Aktstudien – idéns realisering

Det finns som tidigare presenterats ett antal problem med att studera socialtjänstens dokumentation och det är viktigt att betona att jag inte ser det som beskrivs i dokumentationen som ”sanningar” utan ser dokumentationen som ett resultat av en komplex social process som i sin tur lett till sociala konstruktioner och berättelser. I dessa konstruktioner kan samhällets sätt att kategorisera och beskriva människor som avviker från det som anses vara normalt återspeglas.²⁰⁶

En idé på resa blir till slut konkreta handlingar och verksamheter i en lokal kontext. Jag har i min studie valt att granska socialtjänstens dokumentation av ungdomar som deltagit i någon form av öppenvårdsbehandling i syfte att undersöka hur *idén* om öppenvårdsbehandling har förpackats och konkretiserats i det praktiska arbetet med ungdomar. Detta görs genom att jag studerar socialtjänstens beskrivning av de aktuella ungdomarna, försöker följa ungdomarnas väg in i en öppenvårdsbehandling, studerar vad beskrivs ske i behandlingen och hur insatsen avslutas. Jag gör också ett försök att undersöka om ungdomarna efter avslutad kontakt med den aktuella verksamheten återkommer till socialtjänstens verksamheter. Jag har i synnerhet intresserat mig för att undersöka om det finns en systematik kring vilka ungdomar som får öppenvårdsbehandling.

Inledningsvis presenteras hur ungdomarnas bakgrund och väg in i öppenvårdsbehandlingen beskrivs i aktmaterialet i syfte att ge en översiktlig bild av vilka ungdomar som deltagit i öppenvårdsbehandling.

Vägen in i öppenvårdsbehandling

Undersökningsgruppen består av 50 pojkar och 47 flickor, totalt 97 ungdomar. Drygt hälften av ungdomarna beskrivs i huvudsak vara uppväxta med två biologiska föräldrar och cirka en tredjedel med en ensamstående förälder och/eller olika konstellationer med styvföräldrar. Resterande ungdomar har växt upp hos andra släktingar och/eller familjehem. Av ungdomarnas föräldrar är nästan var fjärde född utomlands varav drygt var tionde kommer från övriga Norden eller Europa.

²⁰⁶ Hydén 1995 s. 205.

Ungdomsbehandling

Familje- och uppväxtvillkor

Förekomsten av de beskrivna vanligaste riskfaktorerna för psykosociala problem i ungdomarnas uppväxt presenteras nedan i tabellen. I genomsnitt beskrevs 1,5 riskfaktorer (SD=1,09) i ungdomarnas uppväxtmiljöer, med en varians mellan 0 och 4 riskfaktorer.

I beskrivningarna förekom inga större könsskillnader i ungdomarnas uppväxtvillkor förutom att det beskrevs som något vanligare för flickorna att växa upp med en ensamförälder. Av totalt 194 biologiska föräldrar fanns för 66 stycken (34,1%) föräldrar noteringar om en egen problematik som till exempel missbruk. Vanligast problem som beskrevs hos de biologiska fäderna var missbruk (17 st, 17,5%) och för mödrarna psykiska problem (19 st, 19,5%).

Tabell 4 Riskfaktorer i ungdomarnas uppväxtmiljö, flera alternativ kan förekomma (pojkar n = 50, flickor n= 47).

Riskfaktorer	Procent	
	Pojkar	Flickor
Ensamförälder	40	60
Invandrarbakgrund	26	15
Föräldrars missbruk	28	30
Föräldrars psykiska problem	26	29,8
Fysiska övergrepp	2	2,1
Föräldrars kriminalitet	0	4,3
Kvinnomisshandel	2	2,1
Sexuella övergrepp	0	4,3

Källa: Jönköping kommun databas

Om vi räknar på ett annat sätt kan vi konstatera att nästan hälften av ungdomarna (44,3%) beskrivs som att komma från hem där det förekommit allvarliga sociala problem under uppväxten i form av missbruk, psykiska problem, kriminalitet, misshandel eller sexuella övergrepp.

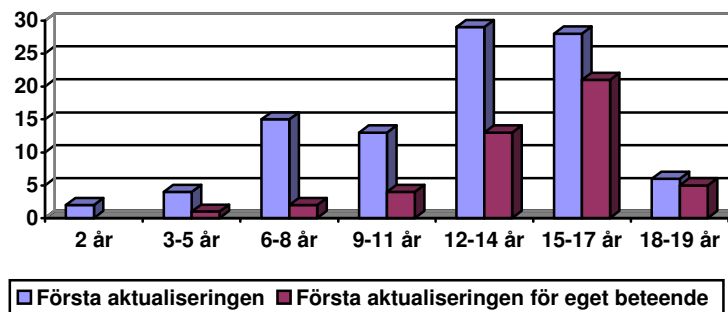
Tidigare erfarenheter av socialtjänsten

Jag kan inledningsvis konstatera att det inte beskrivs några könsmässiga skillnader kring tidigare erfarenhet av socialtjänsten. Ungdomarnas ålder vid första kontakten med socialtjänsten varierar över hela barndomen, från 2 år till 19 år men är mest frekvent under hela tonårsperioden. Det är knappt hälften av ungdomarna (47,4%) som aktualiserats beroende på eget beteende och inte oväntat sker

6. Aktstudien – idéns realisering

det oftast under tonårsperioden. Vanligaste anledningen som beskrivs för att starta en utredning är oro för huruvida barnet får tillräcklig omsorg (19,6 %) följt av kriminalitet hos barnet (15,5%) samt konflikter mellan barn och föräldrar (13,4%).

Figur 3 Aktualisering för barnavårdsutredning. (n=97)



Källa: Jönköping kommun databas

Av undersökningsgruppen är det 19 ungdomar (19,6 %) som utreds för första gången i samband med att de får den aktuella öppenvårdsinsatsen. Att ungdomarna utreds för första gången av socialtjänsten är däremot inte liktydigt med att de själva eller föräldrarna inte haft problem eller att de inte varit kända av socialtjänsten. 8 ungdomar har utan utredning och biståndsbeslut tidigare haft insatser från öppenvårdsprogram eller kontaktperson. Detta innebär att det är 11 av 97 ungdomar som inte fått någon tidigare insats från socialtjänsten. Av de återstående elva ungdomarna har två haft kontakt med eller behandling hos barn- och ungdomspsykiatrien.

Ett annat sätt att studera hur tidigare erfarenheter av socialtjänsten beskrivs är att undersöka omfattningen av registrerade åtgärder i personakterna. Undersökningsgruppen har tillsammans haft 181 olika insatser från socialtjänsten innan den aktuella öppenvårdsinsatsen, i genomsnitt är det nästan två insatser per ungdom med en variation mellan en och sju insatser. Vanligaste åtgärden (för 58 ungdomar) är någon form av öppenvårdsbehandling, näst vanligast är kontaktperson. I gruppen är det inte ovanligt med erfarenheter av

dygnsvård, 20 ungdomar har någon erfarenhet av HVB-vård²⁰⁷ medan 10 ungdomar har erfarenhet av familjehem.²⁰⁸

Beskrivna problembilder

Hur ungdomarnas uppväxtvillkor beskrivs har tidigare presenterats. I detta avsnitt redogör jag för de problembilder som beskrivs i utredningen som lett fram till ett beslut av öppenvårdsinsats. Syftet med detta är att ge en bild av hur ungdomarnas problem beskrivs men också hur de utreds inför en öppenvårdsbehandling.

För att systematisera beskrivna problembilder har jag använt mig av ADAD-intervjuns²⁰⁹ nio livsområden; fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika. Att det blev just detta sätt att systematisera information på, beror enbart på att jag använt systemet vid tidigare undersökningar och i dessa ansett att systemet fungerat bra.

Undersökningskommunen använder varken ADADs livsområden eller något annat gemensamt sätt att göra utredningar på, vilket innebär att innehållet och strukturen i varje utredning är väldigt olika. Detta får till följd att det saknas bedömningar vid ett flertal fall kring en eller flera av de livsområden som jag använder och varierar i hur graden av problem beskrivs. I tabell 5 nedan kan vi se att det främst är kring ungdomarnas fysiska hälsa och drogvanor som information saknas. Vi kan också se att det finns några skillnader mellan pojkars och flickors utredningar. En tydlig skillnad är att för livsområdet kriminalitet sker oftare en dokumentation kring pojkarna.

²⁰⁷ Behandling som innebär boende på ett hem för vård och boende.

²⁰⁸ Att observera är att ungdomarna kan ha fler än en insats.

²⁰⁹ Systemet som är utvecklat i USA utgår från nio livsområden och kan användas både som utrednings/bedömningsinstrument i enskilda klientärenden och som utvärderingsinstrument efter avslutad behandling. Söderholm Carpelan, K. & Hermodsson, A. (2004). ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem för ungdomar. *Nordisk socialt arbeid*, nr 2, vol 24, 110-123.

6. Aktstudien – idéns realisering

Tabell 5 Saknade uppgifter. I procent av antalet utredningar/ kön (pojkar n=50, flickor n= 47).

Livsområde	Pojkar	Flickor	Totalt
Fysisk hälsa	84	80	82,5
Psykisk hälsa	26	27	26,8
Fritid och kamratumgänge	16	19	17,5
Familjeförhållanden	2	4	3,1
Skola	12	13	12,4
Kriminalitet	26	40	33
Alkoholkonsumtion	46	38,3	42,3
Narkotikakonsumtion	42	51	46,4

Källa: Jönköping kommun databas

En försiktig slutsats av denna tabell är att det redan när ungdomen utreds sker ett val och att det finns ett större intresse att undersöka och dokumentera familjesituationen än till exempel fysisk hälsa eller alkohol- och drogkonsumtion. Att fokus läggs på familjesituationen anser jag möjligtvis är ett resultat av socialtjänstens rådande föreställningar om ungdomens problem. Föreställningar som är ett resultat av den ”anpassning” av råvaran som ofta sker inom människobehandlande organisationer. En risk med denna fokusering och anpassning är naturligtvis att utredningen missar väsentlig information för en öppenvårdsbehandling.

Ett sätt att studera vilka bedömningar som ligger bakom att en ungdom får en öppenvårdsinsats är att undersöka vilka huvudsakliga skäl som anges i den utredning som föregått öppenvårdsinsatsen. Ofta beskrivs flera anledningar som helt eller delvis hänger samman och vad som utredaren/na²¹⁰ ser som huvudorsaken har ibland varit svårt att avgöra. I några fall (14) har jag varit tvungen att göra en egen tolkning, vilket kan ha lett till felbedömningar. En förhållandevis stor grupp har hamnat i gruppen – annat, som bland annat består av de ungdomar som behöver stöd eller boende från öppenvården när de flyttat hem från en institutionsplacering. I besluten för dessa öppenvårdsinsatser motiverar socialsekreteraren oftast åtgärden enbart med ett behov av vård efter en institutionsplacering och det framgår inte om ungdomen har andra vårdbehov.

Av tabell 6 nedan kan vi konstatera att dokumentationen beskriver den vanligaste huvudorsaken som problematiska familjerelationer

²¹⁰ Med denna beteckning avses den eller de socialsekreterarna som undertecknat utredningen.

Ungdomsbehandling

och behov av stöd i föräldrarollen följt av omsorgssvikt²¹¹ från föräldrarna.

Tabell 6 Huvudorsak till insats inom öppenvårdsprogram i procent (pojkar n=50, flickor n= 47).

Huvudorsak	Procent	
	Pojkar	Flickor
Familjerelationer/stöd i föräldrarollen	46	49
Bristande omsorg	16	21,2
Missbruk	10	6,5
Eget boende	10	4,2
Kriminalitet	8	4,2
Fysiska och/eller psykiska problem	8	6,4
Skolproblem	0	2,1
Övrigt	2	6,4
Totalt	100	100

Källa: Jönköping kommun databas

Det saknas i dokumentationen ett system för hur utredaren/na bedömning risk- eller allvarlighetsgrad av ett beskrivet problem. Jag har därför gjort ett försök att beskriva hur omfattande och allvarliga problemen är enligt min bedömning av dokumentationen. Jag har i mina bedömningar dels utgått från ADADs livsområden och använt mig av tre bedömningsnivåer som utgår från ADADs sätt att bedöma problemomfattning.²¹² Ingen bedömning har gjorts om det helt saknas uppgifter eller om jag bedömt att informationen är bristfällig. Vid bedömningar har konsekvent lägsta tänkbara skattning valts. Nedan beskrivs de olika bedömningsnivåerna med stöd av citat som är utdrag ur de granskade personakterna. Första nivån *Inga reella problem* – innebär att socialsekreteraren bedömer att ungdomen inte behöver någon hjälp.

Gustav har enligt föräldrarna aldrig sysslat med brott och det har inte heller kommit utredarna till kännedom om något sådant.

Måttliga problem har använts då jag bedömt att det av dokumentationen framgår att socialsekreteraren anser att ungdomen behöver viss hjälp.

²¹¹ I denna studie används bristande omsorg som begrepp när föräldern inte har förmågan att tillgodose ungdomens behov av mat, kläder, medicinskt vårdboende samt brister i att brister tillsyn.

²¹² För mer information, se bilaga 3.

6. Aktstudien – idéns realisering

Lisa har enligt uppgift från skolan alltid behövt extra stöd för att hänga med i skolan. Enligt kuratorn föreligger fortfarande ett behov av extra stöd i svenska för Lisa medan hon själv troligtvis kan sköta matematiken.

Betydande problem har jag använt då det av dokumentationen framgår att socialsekreteraren bedömt att ungdomen har stora problem inom livsområdet och att hjälp är absolut nödvändigt.

Kalle har enligt sin mamma druckit stora mängder alkohol den senaste tiden och det urartade i helgen när han togs för fylleri i samband med ett slagsmål. Det finns också enligt mamman misstankar om andra droger, Kalle vägrar att frivilligt lämna urinprov.

Skillnader i vad och hur som dokumenterats gör att jag i olika omfattning har kunnat göra bedömningar för varje ungdom. Detta innebär att jag nedan enbart redovisar de fall då jag av dokumentationen har kunnat gjort bedömningen att ungdomen har betydande problem. Det finns noteringar om ungdomens fysiska hälsa för totalt 17 ungdomar (17,5 % av undersökningsgruppen). Av dessa anser jag att 3 pojkar och 3 flickor har betydande problem med sin fysiska hälsa. Det vanligaste allvarliga hälsoproblemet som beskrivs är allergier.

Stina har sedan tidig barndom haft stora besvär med pollenallergier och får frekvent inta medicin för sina besvär.

För 9 ungdomar (5 pojkar och 4 flickor) framgår det av dokumentationen att utredaren/na anser att de har betydande psykiska problem. Vanligast av dessa är depressioner och olika former av tvångstankar.

Lisa har vad både vi och Bup²¹³ anser kraftiga tvångstankar. Detta innebär till exempel att hon måste tvätta sig ett otal gånger efter att hon har hälsat på någon.

12 pojkar och 12 flickor anser jag har betydande problem på fritiden eller med kamrater. Allra vanligast för dessa var noteringar om olämpliga kamrater och bristande eller dåliga fritidsintressen.

Josef spenderar mer tid tillsammans med sina kompisar än sina föräldrar. Tyvärr framgår vid kontakt med skolan att kompisarna är äldre och att det finns misstankar om både brott och missbruk hos dem. Dessa misstankar bekräftas vid kontakt med Fältarna.

Av dokumentationen framkommer att 12 pojkar och 11 flickor anses ha betydande familjeproblem. Framförallt handlar det om bristande

²¹³ Barn- och ungdomspsykiatrin.

Ungdomsbehandling

kommunikation, men också om föräldrar som inte har tillräckligt god förmåga att styra sina ungdomar.

Föräldrarna beskriver att de helt har tappat kontrollen över Johannes. De säger sig inte veta vad de skall göra för att nå Johannes.

13 pojkar och 5 flickor kan av beskrivningar i dokumentationen anses ha betydande problem i skolan som till exempel inlärningsproblem, mobbning eller skolk.

Nils har svårt att följa den vanliga undervisningen i skolan. Enligt skolan beror det på hans koncentrationssvårigheter i kombination med familjesituationen. Trots stödåtgärder i skolan anser skolan att Nils inte kommer att lyckas få ett fullständigt betyg.

Betydande problem med kriminalitet beskrivs för 9 pojkar och 2 flickor, vanligast var att de gjort inbrott eller misshandlat någon.

Efter ha slagit ned en ungdom tillsammans med sina kamrater avslutade Simon med att kasta en stor sten i närmaste skyltfönster.

Av dokumentationen kan utläsas att 8 pojkar och 6 flickor anses ha betydande problem med alkoholkonsumtion. Dessa ungdomar har enligt akterna en omfattande alkoholkonsumtion.

Josefine har enligt henne själv druckit varje helg sedan hon gick i 7:an.

Avslutningsvis har undersökts vilka grad av narkotikaproblem som beskrivits i akterna. I undersökningsgruppen finns 6 pojkar och 3 flickor som har en omfattande narkotikakonsumtion och som jag bedömt har betydande problem med narkotika.

Vid provtagningen visade det sig att det var positivt för både cannabis och amfetamin. När Jonas konfronterades med resultatet berättade han att han regelbundet under två år rökt hasch men att amfetaminet bara en test.

I tabellen nedan har de ungdomar som jag bedömt ha betydande problem sammanställts. Antal bedömningsbara akter för varje livsområden redovisas inom parantes. Avsaknaden på noteringar för vissa problemområden gör att det är svårt att dra slutsatser kring dessa områden men också kring fördelningen mellan de olika problemområdena.

6. Aktstudien – idéns realisering

Tabell 7 Betydande problem - livsområden. Antal.

Livsområde	Pojkar	Flickor
Fysisk hälsa (pojkar n= 8, flickor n= 9)	3	3
Psykisk hälsa (pojkar n=32, flickor n=34)	5	4
Fritid och kamratumgänge (pojkar n=42, flickor n=41)	12	12
Familjeförhållanden (pojkar n=49, flickor n=45)	12	11
Skola (pojkar n=44, flickor n=41)	13	5
Kriminalitet (pojkar n=37, flickor n=28)	9	2
Alkoholkonsumtion (pojkar n=27, flickor n=29)	8	6
Narkotikakonsumtion (pojkar n=29, flickor n=23)	6	3

Källa: Jönköping kommun databas

Vad som framgår av tabellen är att det är en något fler pojkar som beskrivs ha betydande problem med skola/arbete samt alkohol och narkotika. En försiktig slutsats som kan dras är att utredaren/na anser att allvarlig familjeproblematik och problem med fritid och kamrater är viktiga skäl till att få en öppenvårdsinsats.

Av aktmaterialet framgår oftast vem som uppmärksammat socialtjänsten om att ungdomen eller hans/hennes familj behöver stöd och hjälp. I tabellen nedan kan vi se att det för pojkar framförallt är skolan och för flickorna skolan eller familjen som uppmärksammat eller anmält ungdomens behov till socialtjänsten.

Tabell 8 Inskrivningsaktörer. I procent (pojkar n =50, flickor n = 47).

Inskrivningsaktörer	Procent	
	Pojkar	Flickor
Skola	48	38,4
Familj/anhöriga	14	36,2
Annan enhet inom socialtjänsten	14	12,8
Polis	10	4,2
BUP	6	2,1
Annan	8	6,3
Totalt	100	100

Källa: Jönköping kommun databas

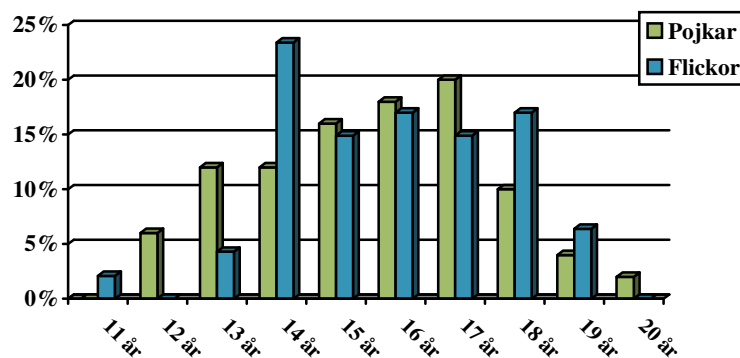
Sammanfattningsvis kan konstateras att nästan alla de aktuella ungdomarna beskrivs ha en historia med olika vårdinsatser och att i nästan hälften av fallen beskrivs föräldrarna ha en egen problematik. Till grund för biståndsbeslutet finns ofta bedömningar av

föräldraberster, men det kan också konstateras att det saknas information om viktiga delar i en ungdoms liv i den utredning som ligger till grund för insatsen. Hur ungdomarna beskrivs i akterna stämmer på flera punkter med de intervjuades bild av vilka ungdomarna som får öppenvårdsbehandling är och bör vara. Det beskrivs ofta en familjeproblematik, de utredda områdena stämmer väl med de områden som öppenvårdsbehandlingen fokuserar på. Detta indikerar återigen att en anpassning av "råvaran" har skett genom val av vilka som får insatsen och hur de utreds. Det finns en förpackning i detta avseende som går mot en institutionalisering av öppenvårdsbehandling.

Jag kommer i nästa avsnitt att undersöka ännu en del i förpackningsprocessen, själva behandlingen. I detta avsnitt redogör jag för behandlingstid, vilka mål och vilket innehåll som anges för behandlingen samt vilka insatser som ges i öppenvårdsbehandlingen.

I behandling

Som vi kan se i figur 4 finns det könsmissiga skillnader i tidpunkten då ungdomen skrivs in i verksamheterna. Flickorna är oftast yngre än pojkarna. Vanligast var att flickorna var 14 år medan pojkarnas vanligaste ålder var 17 år.

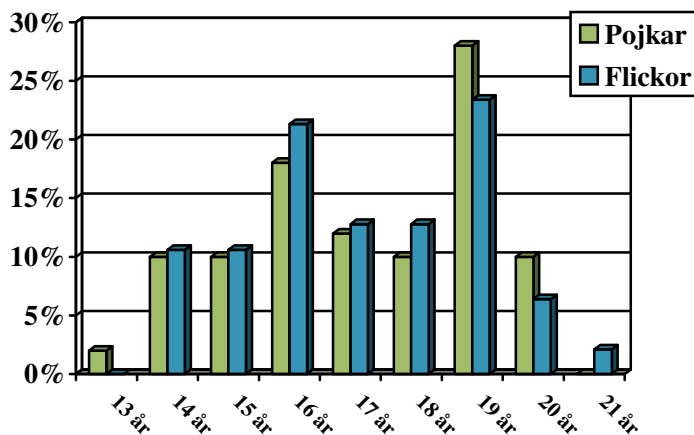


Figur 4 Inskrivningsålder. Antal (n=97).

Källa: Jönköping kommun databas

Spridningen var dock stor, från 11 år till 20 år vid inskrivning och som vi kan se i figuren nedan, 13 år och 21 år vid utskrivning. Vi kan också se att till följd av senare inskrivning är också pojkarna äldre vid utskrivningen.

6. Aktstudien – idéns realisering



Figur 5 Utskrivningsålder. Antal (n=97).

Källa: Jönköping kommun databas

Den genomsnittliga behandlingstiden²¹⁴ var 17,4 månader med en variation mellan 1 och 71 månader. För drygt hälften (54,6) av beskrivs att behandlingen pågick i någon av insatserna minst ett år. Vid en närmare studie framgår också att det är en övervikt för pojkar när det gäller behandling längre än ett år (64 % pojkar – 44 % flickor).

I syfte att undersöka vad den remitterande socialsekreteraren beskriver bör förändras och uppnås med en öppenvårdsbehandling studerade jag de målbeskrivningar som angivits i biståndsbeslutet och/eller den remiss som föregår en öppenvårdsinsats.

Målbeskrivningar

Målbeskrivningarna överfördes ordagrant till ett separat dokument där jag sedan kategoriserat dem utifrån vems behov som fokuseras, vilken behandlingsmetod som föreslås samt vad som skall uppnås med insatsen.

I 26 fall, det vill säga nästan drygt 25 procent av de studerade remisserna fanns inga målbeskrivningar. Av de resterande 71 framgår att i 16 fall (16,5%) är målsättningen tydligt inriktad på den aktuella ungdomens behov. Oftast beskrivs som i citatet nedan en kombination av vardagsbehov och personlig utveckling.

²¹⁴ Beräkning har skett utifrån inskrivning- respektive utskrivningsdatum.

Att få stöd att arbeta med en positiv självbild där det ingår att kunna välja bort kamrater som har negativ inverkan på fritiden och hela livssituationen.

Målbeskrivningar som helt eller nästan helt fokuserar på de vuxnas behov finns beskrivna i 16 målbeskrivningar (16,4%) och här handlar det väldigt tydligt om att utredaren/na anser att föräldraförmågan bör utvecklas.

Mamman behöver stöd i sin föräldraroll bl.a. med gränssättning och att hålla fast vid uppsatta regler, samt någon att prata med och som kan fungera som ett "bollplank" när det gäller de tankar och funderingar som mamman kan ha om att vara tonårsförälder.

Det finns också i 26 (drygt 25 %) beskrivningar ett tydligt fokus på både ungdomen, anhöriga och familjens behov. I dessa målbeskrivningar finns oftast ett starkt fokus på relationsaspekter.

Flickan och mamman skall arbeta med sin moder - dotterrelation. Insatsen skall efter behov motivera till andra insatser som främjar moder-dotter relationen till exempel gemensam BUP kontakt.

Behandlingsmetoder

För det första kan konstateras att metodbeskrivningarna ofta är övergripande vilket gjort att endast stora metodkategorier har kunnat användas. I de fall då det finns någon form av uttalad målbeskrivning (71 av 97 stycken) kan inte önskad behandlingsmetod utläsas i 10 fall och nästan alltid har då enbart aktuellt lagrum angivits i målbeskrivningen istället för att ange vilka behandlingsmetoder som önskas.

Verkställd utredning enligt 11 kap. 1 § Socialtjänstlagen har visat att behov av insatser föreligger. Då samtycke till insatser i form av öppenvårdsinsats/familjepedagog erhållits beslutas: att enligt 4 kap.1 § SoL bevilja bistånd i form av stödkontakt.

I 15 fall finns önskemål om olika socialpedagogiska insatser²¹⁵ och då oftast i form av vardagligt stöd eller boendestöd.

Målet med inskrivning på verksamheten är att hon ska få hjälp till struktur och press i sin vardag med främst tider och med hur hon ska sköta det egna hushållet med egen ekonomi.

Som tidigare beskrivits är en vanlig anledning till att få en öppenvårdsinsats att utredaren/na anser att familjerelationerna inte

²¹⁵ Insatsform som syftar till att påverka barnets/den unges och/eller familjens situation genom att pedagogiskt använda aktiviteter och upplevelser i vardagen. Intensiteten och varaktigheten varierar.

6. Aktstudien – idéns realisering

fungerar. I 24 fall anges önskemål om någon form av familjebehandling.

Syfte med familjebehandlingen:

Att samtala kring hur föräldrarna kan bemöta x på ett sätt som fungerar bra.

Att samtala kring vilka förväntningar föräldrarna och x kan ha på varandra i vardagslivet

Att samtala kring vilken gränssättning som kan vara realistisk för x och vad som kan vara viktigt respektive mindre viktigt i detta i mötet mellan föräldrar och x.

I 15 av de förekommande 71 beskrivningarna finns önskemål om individuella samtalsinsatser.

Stöd- och samtalskontakt för modern. Att hjälpa mamman att få struktur i vardagen för att ge pojken större trygghet i hemmet.

I aktuell forskning²¹⁶ betonas vikten av att flera olika behandlingsinsatser sker parallellt. Denna forskning handlar om ungdomar med omfattande problematik och är kanske inte helt jämförbar med studiens målgrupp. Trots detta har jag i studien undersökt i hur många fall den utredande socialsekreteraren beställt/önskat att flera olika former av behandlingsinsatser skall användas. I endast sju av de granskade beskrivningarna framkommer tydligt att det finns behov av flera olika former av behandlingsinsatser och då oftast en kombination av miljöterapeutiskt arbete och samtal.

Ge föräldrarna verktyg och andra medel för att förhindra ytterligare misshandel av barnen. Miljöterapeutiskt arbete i familjen kombinerat med samtal mellan barn och föräldrar.

Noteras skall också att i många av de fall som beskrivits som socialpedagogiska insatser i föreliggande studie förekom olika behandlingsmetoder men då inom ramen för miljöterapeutiska insatser.

Vilket mål?

Avslutningsvis har jag undersökt hur många av de befintliga målbeskrivningarna som beskriver vad som skall uppnås med behandlingen. Vanligast förekommande (58 fall) är en mer

²¹⁶ Se till exempel Andreassen 2003.

processinriktad målbeskrivning som i huvudsak beskriver vägen fram till målet och inte vad som skall uppnås.

Att ge modern verktyg att klara av sin roll som mamma i förhållande till sonen, trots en frånvarande far. Att ge sonen samma förutsättningar och att gå i skolan. Bearbetande samtal med tanke på mammans övergrepp tidigare.

Att stödja X i hem- och skolsituationen, främst genom enskilda samtal men även erbjudas familjesamtal. X har börjat en positiv utveckling efter placering på institutionen och verksamhetens funktion blir att stödja X till fortsatt positiv utveckling.

I de fall (10) där det beskrivs ett mål är ofta beskrivningarna otydliga och opreciserade i stil med nedanstående citat.

Att x anhåller sig droger och andra destruktiva handlingar.

Att familjen får verktyg att hantera sina tankar och känslor kring x missbruk så att de kan handskas med detta på ett bra sätt.

Sammanfattningsvis kan konstateras att när det finns målbeskrivningar med insatsen är de oftast inriktade på relationen mellan ungdomen och en eller flera föräldrar. Detta fokus återkommer också vid önskemål om behandlingsmetoder där familjearbete önskas till största del. Målsättningen med insatsen beskrivs stor del vara processinriktad och även där inriktad på familjen. Endast övergripande anges av den utredaren/na vad som skall göras och uppnås i behandlingen. Detta innebär att handlingsfriheten är stor för personal inom behandlingsverksamheterna. Något som vi vet passar personal inom människobehandlande organisationer, men som också kan leda till att verksamheten inte gör det som avsetts. Vi kan också ställa frågan om öppenvårdsbehandling har institutionaliserats på så sätt att den beställs utan att egentliga resultat krävs eller bara för att det skall göras något. En annan fråga som kan ställas är om de myndighetsutövande socialsekreterarna har kompetens till att formulera tydliga behandlingsuppdrag. Deras kompetens finns troligtvis mer kring att identifiera utsatta barns behov.

Behandlingsinnehåll

Det är svårt att utifrån dokumentationen undersöka hur och vilken behandling som genomförts då den beskrivs mycket fragmentariskt av såväl utredare/na som aktuell behandlingsenhet. En annan svårighet är att det i dokumentationen inte används en gemensam

6. Aktstudien – idéns realisering

begreppsapparat för olika behandlingsinsatser. Ett exempel är att det som av en socialarbetare beskrivs som familjearbete kan av en annan beskrivas som enskilda samtal med en förälder. Som ett resultat av dessa svårigheter har jag valt vida definitioner för att beskriva behandlingsinsatser. Inledningsvis kan konstateras att en tredjedel av studiens ungdomar beskrivs ha haft mer än en form av behandlingsinsats och då nästan uteslutande en kombination av samtal och en socialpedagogisk insats som till exempel fritidsaktivitet. Som vi kan se i tabellen nedan beskrivs samtalsbehandling²¹⁷ som den vanligaste behandlingen inom öppenvårdsbehandling och då ofta en kombination av enskilda- eller familjesamtal. Det finns en svag tendens att flickor i större utsträckning erbjuds olika former av samtalsbehandling.

Tabell 9 Behandlingsformer inom öppenvårdsbehandlingen (fler än en insats är möjlig). I procent av antalet ungdomar (pojkar n= 50, flickor n=47).

	Andel pojkar %	Andel flickor %
Samtalsbehandling	76	91,4
Socialpedagogiska insatser (förutom boendestöd)	36	12,7
Boendestöd	20	14,8

Källa: Jönköping kommun databas

Parallellt med öppenvårdsbehandlingen beskrivs att drygt 60 procent av ungdomarna, något större andel pojkar, har haft längre eller kortare insatser utanför verksamheten/insatsen. För 19 ungdomar har det inneburit fler än två kompletterande insatser. För alla dessa ungdomar har det inneburit kortare eller längre vistelser i familjehem eller behandlingshem (12 i behandlingshem). Vanligaste kompletterande insatsen som beskrivs är annars kontaktperson- eller familj följt av försörjningsstöd och BUP. Även här finns en svag könsmissig skillnad. Flickor får enligt dokumentationen i större utsträckning än pojkar försörjningsstöd.

²¹⁷ I denna kategori finns kortare kommentarer om en rad av olika former av samtal beskrivna. Jag har dock valt att inte kategorisera dessa beroende på den bristande dokumentationen.

Vägen ut

Jag har också undersökt vilka skäl som anges i dokumentationen för att avsluta behandlingen. I aktdokumentationen redovisas detta i löpande text och jag har systematiserat och kategoriserat dessa beskrivningar enligt nedanstående tabell. Av dokumentationen kan inte tydligt utläsas i vilken grad insatsen har avslutats i förtid, det som i andra studier beskrivits som behandlingssammanbrott.²¹⁸ Vi kan däremot konstatera att var femte ungdom beskrivs få en ny behandlingsinsats i samband med att de avslutar sin behandling vid öppenvårdsverksamheterna.

Tabell 10 Angivet skäl till att avsluta insatsen. I procent av antalet ungdomar (pojkar n= 50, flickor= 47).

	Pojkar %	Flickor %	Totalt av undersöknings- gruppen %
De professionella och/eller ungdomen/familjen anser att målet är nått	42	44,6	43,3
Ungdomen och/eller familjen avslutar pga. av missnöje med behandlingen	4	12,8	8,2
Till behandlingshem/familjehem	16	12,8	14,4
Till annan behandling inom socialtjänsten	6	4,3	5,2
Noteringar saknas om behandlingsavslut	30	21,2	25,8
Annat/övrigt	2	4,3	3,1
Summa	100	100	100

Källa: Jönköping kommun databas

I vart fjärde ärende finns inget avslutningsskäl angivet i samband med att insatsen avslutats. Däremot beskrivs att 18 av dessa ungdomar har en annan insats direkt efter den aktuella insatsen, ett faktum vi återkommer till. Nära hälften av ärendena avslutas genom att de professionella och/eller ungdomen och deras familj anser att målet med insatsen är nått. I drygt hälften av fallen beskrivs att det framförallt är de professionella som gör bedömningen att målet med insatsen är uppnått.

²¹⁸ Se till exempel Vinnerljung et al 2001, Andreassen, 2003.

Vidare kan konstateras att nästan en tredjedel erbjuds mer än en behandlingsform och att över hälften har någon annan form av insats parallellt med öppenvårdsinsatsen. Att behandlingen avslutas beror enligt dokumentationen oftast på att målet är uppnått, men för var femte att en annan behandlingsinsats sätts in.

Utvärdering av behandlingen

I samhällsdebatter och inom socialt arbete diskuteras numera evidens som ett begrepp för huruvida insatser är verksamma.²¹⁹ Detta har lett till ett behov av att utvärdera olika insatser. Jag vet sedan intervjuerna med chefer att det inte finns någon traditionell utvärdering av verksamheterna och var därför intresserad av om det skedde utvärdering på individnivå. Jag har undersökt hur insatserna utvärderas på individnivå i dokumentationen i samband med att insatsen avslutas. Det som har eftersökts är någon form av sammanställning som efter eller i samband med avslutad insats beskriver innehållet i den genomförda insatsen och vad olika insatser har lett till.

I 45 ärenden (46,4%) saknas sådana sammanställningar. I resterande 52 ärenden förekommer någon form av skriftlig sammanställning som jag läst och systematiserat utifrån förekomsten av utvärderande diskussioner. Texterna jag granskat är skrivna av andra skäl än utvärdering, vilket gjorde det svårt att använda vanlig utvärderingsterminologi. Efter ett antal genomläsningar beslöt jag mig för att använda två mycket övergripande kategorier av utvärderingsbeskrivningar; *deskriptiv* respektive *reflekterande utvärdering*. Deskriptiv utvärdering har jag valt att kalla de berättelser som i huvudsak innehåller beskrivningar av vad som gjorts och som saknar författarens reflektioner kring processer, behandlingsinnehåll eller annat som påverkat behandlingsresultatet. Reflekterande utvärdering används för de berättelser där jag anser att författaren har reflekterat kring processer och annat som påverkar behandlingsresultatet.

I 36 av 52 resterande fall finns vad jag vill beskriva som en deskriptiv utvärdering. Några exempel på dessa utvärderingsbeskrivningar är följande:

Efter ett år med stor framgång i boende och i skola så flyttas kontraktet på lägenbeten över till X. Efter att X fått eget kontrakt blir kontakten mer efter X egna behov, vi har mestadels telefonkontakt ca en gång i månaden. Skola och livet som nybliven pappa fungerar bra.

²¹⁹ Tengvald 2001.

Ungdomsbehandling

Vid den avslutande kontakten mellan mig, mamman och barnbehandlaren berättar mamman att hon tycker att det fungerar bättre hemma mellan henne och hennes flickor. Däremot så finns det fortfarande bekymmer runt flickan. Hon hänger inte med helt i skolan, hon kommer inte riktigt överens med sin klassföreståndare och hon provar på läkares inrådan en mild variant av migränmedicin för att se om det kan minska hennes huvudvärk.

I 16 fall (16,5%) finns vad jag anser vara en reflekterande utvärdering.

Föräldrarna berättar sina tankar och upplevelser angående familjesamtalen. De tycker att de har blivit bättre och bättre ju längre tiden har gått och att de fått med sig många idéer och nya perspektiv hem. De har sedan samtalat om vad som kom upp i familjesamtalet och har kommit fram till egna idéer om hur de ska gå till väga.

X har genomgått en stor positiv förändring under de ett och ett halvt åren som undertecknade har haft kontakt med honom. Han har gått från att vara en pojke till att börja bli en man, med vad det innebär av att ta ansvar och fatta bra beslut. Det var ett litet bakslag under en tid i våras, men nu är X på rätt väg igen. Fadern har varit välkommen att delta vid samtalen, men har inte gjort detta. X har under sin uppväxt varit med om flera jobbiga saker och en del av detta och sina tankar kring det har han delgett undertecknade.

Finns det några mönster mellan skäl till avslut av behandling och utvärderingsbeskrivning? Det ska först konstateras att det både finns akter där det förekommer skäl till avslutning men ingen utvärderingsbeskrivning, men också akter med utvärderingsbeskrivningar och inget tydligt avslutningsskäl. Detta gör att det blir svårt att redovisa samband. Något som syns i tabell 12 nedan.

Vad som framkommer i en analys är att där det helt saknas utvärderingstankar återfinns störst andel där avslutningsskäl saknas. I den dokumentation där jag ansett att det finns reflekterande utvärderingsbeskrivningar finns den största andelen professionella och/eller ungdomar/familjer som anser att målet är nått. Den största andelen som gått vidare till annan insats återfinns bland dem som jag ansett har en deskriptiv utvärdering. Det faktum att ungdomen gått vidare till annan behandling kan kanske förklara att det i denna dokumentation finns ett fokus på att beskriva vad som gjorts.

6. Aktstudien – idéns realisering

Tabell 11 Måluppfyllelse och utvärderingsbeskrivningar i procent (pojkar n= 50, flickor n= 47).

	Utvärderingsformuleringar saknas n =45		Reflekterande utvärdering n = 16		Deskriptiv utvärdering n = 36	
	Pojkar %	Flickor %	Pojkar %	Flickor %	Pojkar %	Flickor %
De professionella och/eller ungdomen/familjen anser att målet är nått.	10	32	87,5	57,1	52,4	60
Ungdomen och/eller familjen avslutar pga. av missnöje med behandlingen.	5	12	0	14,3	4,8	13,3
Till behandlingshem/familjehem.	15	12	0	14,3	23,8	13,3
Till annan behandling inom socialtjänsten.	5	4	0	0	4,8	0
Saknar avslutningsskäl.	60	36	12,5	0	9,5	6,7
Annat/övrigt	5	4	0	14,3	4,7	6,7
Summa	100	100	100	100	100	100

Källa: Jönköping kommun databas

Sammanfattningsvis kan konstateras att det enligt min bedömning i nästan hälften av fallen inte förekom någon utvärderingsbeskrivning. I de fall de fanns var det inte vanligt att skriva utvärderingsbeskrivningar som reflekterar kring vad som varit verksamt. Detta stämmer väl med vad som framkommit vid redovisningen av personalintervjuerna. Det framkommer också att bland de reflekterande utvärderingarna återfinns den största andelen behandlingsinsatser där de professionella och eller ungdomen/familjen anser att målet för insatsen är uppnått.

Efter öppenvårdsbehandling

Vad händer med ungdomarna efter det att den studerade insatsen avslutats? Vi har tidigare sett att det beskrivs att några ungdomar direkt får en annan insats i samband med att insatsen vid öppenvårdsverksamheten avslutas. I studien har jag endast haft möjlighet att undersöka socialtjänstens insatser efter öppenvårdsinsatsen. När jag genomförde min undersökning hade det gått olika lång tid sedan den aktuella insatsen avslutades. Vi kan i tabellen nedan se att drygt 2/3 av ungdomarna avslutade sin

Ungdomsbehandling

behandling för mer två år sedan och att nära hälften avslutades för mer än ett år sedan.

Tabell 12 När avslutades insatsen?

Tidsperioder	Antal	Frekvens
För mer än 24 månader	33	34,0
För mer än 12 månader	47	48,5
För mindre än 12 månader	17	17,5
Totalt	97	97

Källa: Jönköping kommun databas

Ser vi till hela undersökningsgruppen kan konstateras att 32 pojkar och 31 flickor det vill säga 64,9 procent har eller har haft en insats från socialtjänsten efter avslutad öppenvårdsinsats. Omfattning och innehåll i insatserna är väldigt olika. Det finns några (4) som har haft eller har tre olika insatser medan mer än hälften (29) endast har haft en insats. I tabellen nedan kan vi se att försörjningsstöd är den vanligaste insatsen följt av ett öppenvårdsprogram.

Tabell 13 Insats efter ett öppenvårdsprogram. Antal (Observera att fler än en insats per ungdom är möjligt).

	Pojkar	Flickor
Försörjningsstöd	18	14
Öppenvårdsprogram	15	15
Institution och/eller behandlingshem	6	6
Kontaktfamilj/person	3	3

Källa: Jönköping kommun databas

Ovanstående tabell beskriver vilka insatser ungdomarna som redan fått en insats, fått efter det att deras behandling avslutats i öppenvårdsprogrammet. Ett annat sätt att studera vad som hänt efter öppenvården är att konstatera att vid undersökningstillfället var 27 pojkar och 16 flickor, det vill säga 44,3 procent av undersökningsgruppen, aktuella för en pågående insats från socialtjänsten.

Studerar jag sedan de 33 ungdomar som varit avslutade i minst två år har 73 procent av dessa ungdomar haft en eller flera nya insatser från socialtjänsten. Vanligaste insatsen som beskrevs var försörjningsstöd (27,2%), följt av olika former av dygnsvård (18,8%).

Nästan hälften (45,5%) av denna grupp hade en eller flera pågående insatser två år efter den studerade insatsen.

Det kan konstateras att nästan tre av fyra ungdomar har haft insatser från socialtjänsten efter den aktuella öppenvårdsinsatsen. Vanligaste insatsen var försörjningsstöd och/eller en ny insats i någon öppenvårdsverksamhet. För många av dessa ungdomar beskrivs en omfattande, ofta familjeinriktad problematik. Hos dessa ungdomar var det inte ovanligt med dygnsvård efter öppenvårdsinsatsen.

Övergripande sammanfattning och slutsatser aktstudien

Det finns inte någon särskild struktur för en barnvårdsutredning i undersökningskommunen. Detta gör att det är olika bedömningar och information som samlats in, vilket i sin tur leder till att det i efterhand är svårt att göra jämförelser mellan ungdomarna och med andra studier. Framförallt saknas information om deras fysiska hälsa, men också kring alkohol- och narkotikasituation.

Ungdomarna i aktstudien är i åldern 11-20 år, vanligtvis 14 eller 17 år, vid inskrivning vid öppenvårdsinsatsen och nästan jämnt könsmissigt fördelade. Till skillnad från denna studie framgår av andra studier om öppenvård eller dygnsvård att pojkarna är mer eller mindre överrepresenterade. I Socialstyrelsens statistik från 2005 finns en svag övervikt för pojkar i öppenvård. I en tidigare refererad studie av Sundell²²⁰ om ungdomar i mellanvård består undersökningsgruppen av 86 procent pojkar. En viktig notering om den senare gruppen är att anledningen till att ungdomarna får insatsen enbart är ett kriminellt beteende.

Den genomsnittliga behandlingstiden i öppenvårdsinsatsen var drygt 17 månader och hälften hade insatsen en längre tid än ett år. Hälften av ungdomarna i studien är uppvuxna med två biologiska föräldrar och tre fjärdedelar har två föräldrar som är födda i Sverige. Den tydligaste riskfaktorn i ungdomarnas uppväxt är att var tredje förälder har någon form av egen problematik och att flera av ungdomarna har haft en kombination av kända riskfaktorer i sin uppväxt. Att föräldrar med barn som vårdas av socialtjänsten ofta har en egen problematik bekräftas av andra studier. Vinnerljung et al²²¹ studie om sammanbrott i fosterhem visar att 34 procent av föräldrarna hade långvarigt missbruk och 11 procent en långvarig

²²⁰ Sundell, et al 2000 s. 28.

²²¹ Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark, 2001 s. 113.

psykisk sjukdom. Sundells et al.²²² studie om kriminella visar att 32 procent av föräldrarna har missbruksproblem och 20 procent psykiska problem. Samma studier visar att 60 procent av ungdomarna kommer från hem där det förekommit allvarliga sociala problem om samma variabler används som ovan. En annan riskfaktor är splittrade hem. I Sundells et al. studie har 68 procent växt upp i splittrade hem. Ungdomar med invandrarbakgrund är överrepresenterade i dygnsvård enligt flera studier.²²³ I föreliggande studie har nästan var fjärde ungdom minst en förälder med invandrarbakgrund, som jämförelse har drygt 40 procent av ungdomarna i Sundells et al. studie invandrarföräldrar.

Flera av ungdomarna har haft kontakt med socialtjänsten under hela sin uppväxttid, men det är vanligast i undersökningsgruppen att första kontakten med socialtjänsten sker under tonårstiden och då på grund av oron för ungdomens beteende. Vid starten för den studerade insatsen beskrivs att de flesta ungdomarna har en eller flera erfarenheter av någon insats från socialtjänsten. Den vanligaste är någon form av öppenvård men det finns även ungdomar med erfarenhet av dygnsvård. Endast 11 av 97 ungdomar har inte haft kontakt med socialtjänsten innan den aktuella öppenvårdsinsatsen. För pojkarna är det vanligast att skolan anmäler eller kontaktar socialtjänsten, medan för flickorna är det oftast familjen och/eller annan anhörig. Av de utredningar som föregått öppenvårdsinsatsen framgår att det vanligaste angivna skälet till insats är bristande relationer mellan barnet och föräldrarna och behov av stöd i föräldrarollen. Samtidigt beskrivs i utredningarna att det finns en mängd olika betydande problem för ungdomarna. En jämförelse är att i Sundells et al.²²⁴ studie har ungdomarna i genomsnitt erfarenhet av nära fem insatser innan mellanvården påbörjades. I denna grupp hade hela 72 procent erfarenhet av dygnsvård och 41 procent av öppenvårdsinsatser före mellanvården. I en annan studie från FoU Väst²²⁵ där institutionsplacerade ungdomar i åldern 13-21 år undersöktes hade var femte ungdom ingen insats, nästan hälften hade haft en insats och var tredje hade haft två eller flera insatser. Ytterligare jämförelser kan göras med ungdomar som är inskrivna på särskilda ungdomshem. I en rapport från SiS²²⁶ framgår att knappt 20

²²² Sundell et al 2000 s. 28.

²²³ Bergström & Sarnecki 1996 s. 163-165, 1996, Hessle & Vinnerljung 1999 s. 42-43.

²²⁴ Sundell et al. 2000 s. 41-50.

²²⁵ Forkby 2003 s.11-12.

²²⁶ Statens Institutionsstyrelse 2005 s. 25-26.

6. Aktstudien – idéns realisering

procent inte hade haft någon tidigare insats från socialtjänsten, knappt 30 procent hade haft en insats och drygt 50 procent hade haft två eller fler insatser. Anledningen till första kontakten med socialtjänsten är i denna studie nästan jämnt fördelat mellan eget beteende och föräldrars omsorgssvikt. I Sundells et al.²²⁷ studie finns det en svag övervikt till aktualisering på grund av föräldrars omsorgssvikt (55%). Det är däremot vanligast i båda studierna med en första aktualisering under tonårstiden. Det är tydligt att studiens ungdomar i hög grad har erfarenhet av stöd från såväl socialtjänst som psykiatri, innan de blev aktuella för öppenvårdsinsatsen.

För var fjärde ungdom saknas en målbeskrivning för insatsen, men där den beskrivs sker det oftast i vaga och oprecisa termer. Lika otydligt blir det när jag undersöker vilken behandlingsmetod som önskas, men vanligaste önskemålet är någon form av familjebehandling. Den vanligast genomförda behandlingen som beskrivs är samtalsbehandling och var tredje ungdom har haft mer än en form av behandling. Till detta skall läggas att sex av tio ungdomar har haft parallella insatser utanför den aktuella verksamheten. Nästan hälften av insatserna avslutas för att ungdomen, familjen eller de professionella anser att målet med insatsen är uppnått, men samtidigt saknas förklaringar till varför öppenvårdsinsatsen avslutades för var fjärde ungdom. Även i detta sammanhang finns det svårigheter att göra jämförelser, främst beroende på att endast två studier hittats som tar upp avslutningsskäl och att de har en något annorlunda målgrupp. I en studie av Sundell et al.²²⁸ undersöktes motivet till avslutning av en öppenvårdsinsats. Totalt var det i den studien 47 procent som avslutades för att målet eller delmålet hade uppnåtts, 22 procent av fallen avslutades på grund av att det inte fungerade, 10 procent beroende på att familjen avböjde hjälp, 8 procent av fallen på grund av ålder och i 13 procent saknades uppgifter.

Det finns inget system för att utvärdera insatserna i undersökningskommunen och för nästan hälften av ungdomarna går det inte att hitta något av utvärderande karaktär i dokumentationen. I de resterande fallen finns i ett fåtal fall (16) någon form av reflektion kring vad som förändrats i ungdomens liv genom behandling och vad i behandlingen som varit verksamt. Avslutningsvis undersöks i den första delstudien i vilken mån ungdomarna har en fortsatt kontakt med socialtjänsten efter avslutad behandling. Av hela undersökningsgruppen har drygt 60 procent haft

²²⁷ Sundell 2000 s. 34-35.

²²⁸ Sundell et al. 2004 s. 71-74.

en eller flera insatser från socialtjänsten efter den avslutade öppenvårdsinsatsen och det är vanligast med försörjningsstöd eller en ny insats i en öppenvårdsverksamhet.

Det finns som beskrivits få studier som möjliggör jämförelser med resultatet från aktstudien Men där det går att göra jämförelser framkommer både likheter och olikheter i problembilder och behandlingserfarenheter. Undersökningsgruppen är inte homogen och en slutsats är att det inte finns några tydliga kännetecken för de ungdomar som får en öppenvårdsinsats utan att det finns andra förklaringar till att ungdomar får öppenvårdsinsatser. Detta trots att det beskrivs en tydlig målgrupp i intervjustudien. Denna oklarhet kring målgrupp för öppenvårdsbehandling anser jag visar att i det konkreta arbetet har inte idén om öppenvårdsbehandling ännu helt översatts och förpackats lokalt. Det kan också vara så att förpackningen lokalt i Jönköping består av den otydlighet i målgrupp, resultat med mera som träder fram i aktstudien. Båda förklaringarna kan möjligtvis härledas till idéns otydlighet. Den ger tolkningsmöjligheter till en personalgrupp som har en vana av stor handlingsfrihet men också till beslutsfattare. Jag tror också att det kan förklaras av att öppenvårdsbehandling får legitimitet på andra grunder än effektivitet till exempel som ett nytt handlingsalternativ vid en utredning. Denna *lösa koppling* förklarar också varför verksamheterna inte har utsatts för någon form av utvärdering eller att det inte finns någon metodik i dokumentationen för att utvärdera individinsatserna.

7. Diskussion

Var idén om öppenvårdsbehandling för ungdomar exakt uppstår är svårt att avgöra, men när staten ekonomiskt stödjer idén genom länsstyrelserna 1994 leder det till att undersökningskommunen startar öppenvårdsverksamheter. Staten motiverade sin satsning utifrån dåliga erfarenheter av institutionsvård, men gav kommunerna stor frihet i vad alternativen skulle innebära. Den nationella idén framstår som mycket oprecis och ger på så sätt möjligheter till omtolkningar, vilket kännetecknar det som man inom nyinstitutionell teori kallar *idéer* och som kan sägas ha drag av kulturella/kognitiva förgivettaganden.

Undersökningskommunen Jönköping var en av många kommuner som ansökte om och beviljades ekonomiska medel för att starta öppenvårdsbehandling för barn och ungdomar. Nästan 15 år senare undersöker denna studie med stöd av nyinstitutionell teori om öppenvårdsbehandling inom socialtjänstens arbete med ungdomar styrs av institutionella idéer. I två delstudier, intervju- och aktstudie, studeras hur en idé om öppenvårdsbehandling för ungdomar på sin resa möter en lokal arena i Jönköping där olika aktörer verkar för att ta emot och översätta idén om öppenvårdsbehandling till det lokala sammanhanget och egna intressen.

Den lokala arenan - översättning och förpackning

I intervjustudien beskrivs att idén om öppenvårdsbehandling initialt var diffus och oprecis och att ansvaret för att översätta och förtydliga idén lokalt gavs till enskilda socialarbetare. På detta sätt skapades en lokal arena för översättning av den nationella idén med främst professionsföreträdare. De intervjuade menar att för professionen var det viktigaste skälet till att starta öppenvårdsbehandling att få en chans att ge bättre vård, men också att utvecklas i sitt yrke. Drivkraften att utvecklas professionellt påverkade också valet av metoder i verksamheten. I intervjuerna framkommer att utvecklingen av öppenvårdsbehandlingen styrdes av enskilda socialarbeters behov, åsikter om vad fältet eller den egna professionen ansåg vara verk samma metoder och vilka metoder som gav status. Detta urval av metoder kritiserar i intervjuer med socialsekreterare med erfarenhet av att remittera och samarbeta med öppenvårdsverksamheterna. De menar att verksamheternas metoder i högre grad bör anpassas till ungdomarnas behov istället för som idag då de upplever att behandlingen styrs av moden och trender. Till skillnad från de remitterande socialsekreterarna menar

verksamheternas personal och de före detta cheferna att på det stora hela förfogar de över bra behandlingsmetoder och lyfter specifikt fram olika familjeinriktade metoder och att behandlingen anpassas till individen. En hörnsten i översättnings- och förpackningsprocessen är vilka metoder som används. En annan hörnsten är vilka som får ta del av verksamheterna. Vi vet från studier att människobehandlande organisationer tenderar att ”anpassa” sin råvara, klienten, till organisationen för att underlätta goda resultat,²²⁹ vilket föranledde att i studien undersöktes hur de intervjuade resonerade kring vilka ungdomar som lämpar sig för öppenvårdsbehandling.

I diskussioner om vilka ungdomar som passar för öppenvårdsbehandling växer det oavsett vem som intervjuas fram en bild av en ungdom med tillräcklig intellektuell begåvning, motiverad till en förändring och med ett bra nätverk som ansvarar för vissa insatser. Samarbete med ungdomens skola är också en förutsättning för att lyckas. När det inte fungerade i öppenvårdsbehandling beror det oftast på att ungdomen har ett pågående missbruk och/eller kriminalitet enligt de intervjuade. Av intervjuerna framkommer dock att direktiven från ledningen om att alltid pröva öppenvård först, har lett till att man prövar en öppenvårdsinsats även i de fall de anser att det inte stämmer överens med vårdbehovet. Dessa bilder kring de aktuella ungdomarna kan kopplas till de resultat som framkommit i aktstudien. I denna studie ges en översikt av hur de ungdomar som har fått en öppenvårdsbehandling i undersökningskommunen beskrivs i socialtjänstens dokumentation. Avsaknaden på en tydlig dokumentationsstruktur gör det svårt att finna tydliga mönster i undersökningsgruppen och jämföra med andra studier. Vad som däremot framkommer är att det redan i utredningarna som ligger till grund för insatsen finns ett starkt systemiskt perspektiv, fokus på föräldrarnas brister och att det ofta föreslås familjeinriktade behandlingsinsatser. I studien framkommer också att de flesta ungdomarna beskrivs ha ett omfattande vårdbehov och erfarenhet av olika behandlingsinsatser före den aktuella insatsen. Av dokumentationen kan dock utläsas att många behandlingar avslutas för att personalen och/eller ungdomen och dess nätverk anser att målet med behandlingen är uppnått. Studien avslutas med ett försök att undersöka i vilken omfattning ungdomarna beviljas nya biståndsbedömda insatser av socialtjänsten. I detta framkom att drygt 60 procent beskrivs få någon form av fortsatt stöd och att den vanligaste insatsen är försörjningsstöd följt av en ny

²²⁹ Johansson, 1992 s. 43-45.

öppenvårdsinsats. Sammanfattningsvis kan konstateras att det i den lokala översättnings- och förpackningsprocessen framkommit att de tydligaste drivkrafter för att utveckla öppenvårdsbehandling är behoven av professionsutveckling och alternativ till institutionsvård. Av intervjuerna kan också dras den slutsatsen att det finns en form av det som människobehandlande organisationer²³⁰ kallar för ”anpassning” av råvaran för öppenvårdsbehandling. Förutom att tillskriva klienter för organisationen lämpliga diagnoser menar jag att ”anpassningen” sker genom att skapa bilder av vilka klienter som är lämpliga för en organisation och att utifrån dessa sedan styra vilka klienter som får en insats. Detta sker främst för att underlätta goda resultat men kan enligt mig också ske för att legitimera valet av organisationens metoder. I denna studie finns det en tydlig korrelation mellan verksamheternas metoder och vilka klienter som anses lämpliga. Klientkonstruktionen för öppenvårdsbehandling som successivt byggts upp och som återkommer i princip alla intervjuer handlar om att ungdomen har en förmåga till goda relationer och ett fungerande nätverk.

Anpassningsstrategier

Hur skall då denna arena och lokala process förstås? Hur kommer det sig att en kommun väljer att följa och utveckla en idé som till synes introduceras nationellt? Nyinstitutionell teori menar att det för organisationer inom organisatoriska fält²³¹ finns olika anpassningsstrategier. Denna studie visar att idéer om öppenvårdsbehandling redan fanns i kommunen, vilket innebar att organisationen hade en handlingsberedskap i form av personal som var beredda att översätta och förpacka idén lokalt. Detta stämmer väl med Scotts²³² tankar om att organisationer anpassar sig helt frivilligt för att personalen i organisationen har värderingar som stämmer överens med fältets. Anpassning sker enligt Scott om ledande organisationer på olika sätt belönar organisationer, vilket också sker i när man får stöd ekonomiskt av staten för att utveckla öppenvårdsbehandlingen. En form av belöning är också att få legitimitet i det organisatoriska fältet vilket också enligt Scott är ett skäl för att anpassa sig till rådande idéer inom ett organisatoriskt fält. Tidsfaktorn är också viktig enligt Scott då anpassning till fältet kan

²³⁰ Johansson, 1992 s. 43-45.

²³¹ I detta sammanhang handlar det om de verksamheter som arbetar med barn med social problematik, men troligtvis också närliggande verksamheter, till exempel skolan.

²³² Scott 2001 s. 501-509.

ske automatiskt på grund av att tiden är mogen för en förändring. För Jönköping stämmer också detta väl med vad som framkommit i studien. Man hade problem med ökade kostnader och behövde agera för att göra något åt detta.

Vid själva förpackningen, när verksamheten startas och metoder skall väljas sker en annan form av anpassning som Powell och DiMaggio²³³ kallar mimetisk påverkan som innebär att metoder och arbetssätt används som uppfattas som framgångsrika i fältet. I intervjuer med dem som varit med om att skapa verksamheterna framgår att utvecklingen av innehållet styrdes av personernas egna erfarenheter och föreställningar om verksamma metoder och metoder aktuella i diskussioner och utbildningsinsatser. Enligt en av de intervjuade var också studiebesök hos liknande verksamheter ett sätt att få idéer om innehållet i de nya verksamheterna. Powell och DiMaggio²³⁴ förklarar denna process med att likriktning sker inom ett organisatoriskt fält beroende på att organisationen är osäker på sambandet mellan orsak och verkan, när målen är tvetydiga och lösningarna otydliga. Något som stämmer väl med öppenvårdens verksamheter. Alla de beskrivna förutsättningarna är sådana som enligt nyinstitutionell teori underlättar idéöverföring.

Legitimeringsprocesser

Förutom anpassningsstrategier fanns i studien andra aspekter som påverkade översättningen och förpackningen. Idébärarna var erfarna socialarbetare med både erfarenhet av behandlingsarbete på institution och av arbetsledning, vilket innebar en hög legitimitet internt för idén. Det finns också enligt nyinstitutionell teori anledning att tro att människobehandlande organisationer legitimeras av andra skäl än de rent resultatmässiga.²³⁵ I studien framkommer att öppenvårdsinsatser sällan utvärderas och att man aldrig försökt att undersöka eller utvärdera verksamheterna utifrån ett effektperspektiv. Naturligtvis finns det rent metodmässiga svårigheter att utvärdera men om jag bortser från dem, hur kan man då förstå att dessa verksamheter sällan utvärderas?

I intervjuer med före detta chefer framkommer att de genomskådade ledningens och politikernas ambition att sänka institutionskostnaderna, då de redan från början insåg att de inte

²³³ Powell & DiMaggio (red.) 1991 s. 66-74.

²³⁴ Powell & DiMaggio (red.) 1991 s. 66-74.

²³⁵ Se till exempel Meyer & Scott 1983, Perrow 1986, 1972. Erlingsdottír 1999, Johansson 2002.

7. Diskussion

hade rätt redskap för att arbeta med alternativ till institutionsvård. Trots detta använde de samma skäl då de legitimerade, motiverade och argumenterade för sina egna behandlingsmetoder och verksamheter. ”Ändamålet helgar medlen” som en av de intervjuade uttrycker det. Efter knappt två år permanentades de första tre verksamheterna utan någon form av egentlig utvärdering. Detta förklarar de före detta cheferna med att alla inblandade trodde på idén om öppenvård, att verksamheterna gjorde något som inte tidigare gjorts samt att de och deras kollegor var bra på att beskriva och entusiasmera berörda beslutsfattare.

En förklaring till legitimitet kan vara att verksamheterna verkar ha levt upp till *institutionella krav* som finns från omgivningen, det vill säga att beslutsfattare och andra tror att verksamheten har funnit det bästa arbetssättet för att lösa ett angeläget problem och därför inte behöver utvärderas. Att kringliggande verksamheter, främst skolan, men också kollegor och politiker inom socialtjänsten, ställer sig bakom verksamheterna anser jag vara en form av legitimering. I intervjuerna framkommer hur personal använder olika former av argumentation för att övertyga beslutsfattare om verksamheternas duglighet. Frågan är dock varför beslutsfattare låter sig övertalas av något som framstår som subjektivt och otydligt?

Att verksamheterna uppnår legitimitet utan att i egentlig mening granskas och ifrågasättas anser jag kan förklaras av flera andra aspekter. En aspekt är att det framförallt i början 1990-talet var viktigt att spara pengar genom att inte placera på institution. En annan tanke är att 1982 års socialtjänstlags intentioner först i början av 1990-talet får ett genomslag i socialtjänsten. Jag menar dock att det finns andra mer troliga aspekter som förklarar hur verksamheterna uppnår legitimitet. För det första – *de rationaliserade myterna* – i denna studie är det tydligt att personalen för fram vissa metoder och arbetssätt som de ”rätta metoderna”. En annan ”sanning” eller oprövad myt som förs fram i sammanhanget är att öppenvårdsbehandling är ett alternativ till institutionsvård. Både Levin²³⁶ genom sin studie om ett behandlingshem och Wiklund²³⁷ genom studien om samverkan, marknadsorientering och specialisering har visat hur den sociala barnvården är mottaglig för obekräftade ”sanningar”. För det andra – *idéns attraktivitet* – där det tilltalande både ekonomiskt och humant att genomföra behandlingen på hemmaplan vilket legitimerar verksamheten utan att resultatet

²³⁶ Levin 1998.

²³⁷ Wiklund 2006.

behöver undersökas. Detta bekräftas i studien där det framkommer att såväl personal som beslutsfattare av olika skäl anser att idén är attraktiv. Levin²³⁸ visar också i sin studie att organisering och arbetssätt kan fylla andra syften än effektivitetskrav till exempel samhällets krav på skydd. För det tredje - *lös koppling*²³⁹ - mellan avsett och utfört arbete vilket visar sig i studien genom att öppenvårdsbehandling framställs för beslutsfattare som ett alternativ till institutionsvård och att verksamheterna och insatserna sällan utvärderas. För det fjärde - *timing* - den nationella idén om öppenvårdsbehandling landade tidsmässigt rätt hos professionen för att fylla ett behov av utveckling från enbart myndighetsutövning till behandling. Den lanseras också under en period då kommunerna behöver sänka sina kostnader för institutionsvården.

Legitimitet eller resultat?

Av de båda studierna kan slutsatsen dras att den nationella idén om öppenvårdsbehandling lett till en lokal förpackningen som består av en oklar målgrupp, en uppsättning familjeinriktade behandlingsmetoder, materialiserande av verksamheter som utan utvärderingar främst har vunnit legitimitet genom att ge socialtjänsten handlingsalternativ och socialarbetaren utvecklingsmöjligheter snarare än bekräftade lösningar på svåra sociala problem. Det beskrivna fenomenet är inte unikt för öppenvårdsbehandling. En forskare som har liknande förklaringar är Claes Levin²⁴⁰ som i sin avhandling om Råby ungdomshem argumenterar för att det inte räcker att förändra organisationers strukturer för att uppnå bättre resultat. Han anser att problemet är mer komplext än så. Enligt Levin får människobehandlande organisationer legitimitet utifrån hur de anpassar sig till yttre förväntningar och krav, inte beroende på de resultat som presteras. Exempel på yttre krav för människobehandlande organisationer är lagstiftning, men också politiska föreställningar. Detta innebär att organisationer för att överleva, få legitimitet och mer ekonomiska resurser blir mer beroende av de förväntningar och ”sanningar” som omgivningen har på dem, än av faktiska resultat. Därför menar också Levin att mätning och kontroll av effektivitet undviks eftersom det kan skapa osäkerhet kring verksamhetens legitimitet. Jag anser att det utifrån min studie finns goda skäl att anta att även öppenvårdsbehandling är

²³⁸ Levin 1998 s. 309-313.

²³⁹ Weick 1976 s. 3.

²⁴⁰ Levin 1998 s. 309-314.

7. Diskussion

mer beroende av andra faktorer än uppnådda resultat för sin legitimitet och överlevnad. Troliga faktorer är rent ekonomiska, det vill säga spara pengar, men också professionsutvecklingsbehov, starka karismatiska ledare, tidsandan med politiska ambitioner att avveckla institutioner och att visa handlingskraft. Sammanfattningsvis kan jag konstatera att framväxten och konsolideringen av öppenvårdsverksamheter i Jönköping har flera drag av begynnande institutionalisering och styrs av olika förgivettaganden. Innebär detta att användandet av öppenvårdsverksamheterna är här för att stanna eller är det en modefluga som bör komplettera Stefan Wiklunds²⁴¹ lista över idéer inom socialt arbete?

Svaret på den frågan ges inte här, utan studien leder istället till nya frågor och funderingar. Den osäkerhet som avsaknaden på systematisk dokumentation och utvärdering leder till är oroande. Hur kan vi veta att öppenvårdsbehandling inte är ett sämre alternativ än att inte göra något alls eller att institutionsplacera? Som vi tidigare konstaterat är det svårt eller omöjligt att få organisationer att agera rationellt.²⁴² Men en bit in på 2000-talet är det ändå rimligt att beslutsfattare och personal inom verksamheterna vet vilken målgrupp verksamheterna ska rikta sig till och utifrån detta sedan använda de metoder som för tillfället är bäst utvärderade för respektive målgrupp. För att detta skall kunna ske krävs en ännu tydligare systematisk kunskapsutveckling med utvärdering och metodutveckling. För att detta skall möjliggöras krävs förutom ekonomiska resurser att socialarbetaren vågar och vill utveckla sin yrkesroll. I framtiden tror jag inte att det enbart räcker med att vara duktig på att möta klienter. I den kommande yrkesrollen och utvecklingen av professionen kommer det att krävas att socialarbetaren till exempel lämnar ut utvärderingsblanketter, bearbetar statistik och har rätt kunskap för att kritiskt kunna granska forskningsresultat. Kanske en kommande professionsutveckling också innebär att när nya idéer ger sig iväg på resa i den sociala praktiken, möts den av andra aspekter än de som förekom i Jönköping, när den skall översättas och förpackas lokalt.

Avslutningsvis kan den process som sker med en nationell idé när den möter den lokala verkligheten beskrivas med nedanstående figur²⁴³. Figuren som består av flera aspekter som inte belysts i denna studie skall främst ses som en matris inför eventuella kommande

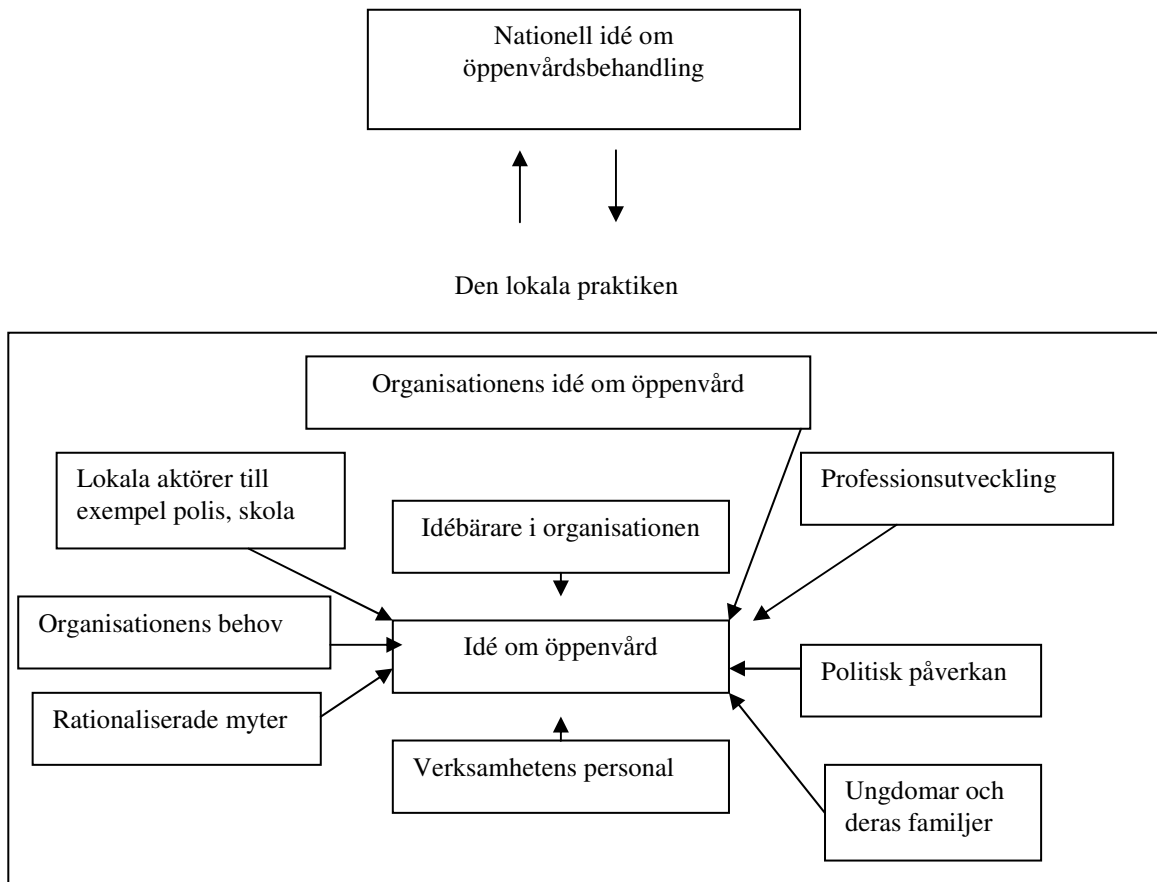
²⁴¹ Wiklund 2006.

²⁴² Se till exempel Powell & DiMaggio 1991 (red), Johansson 2002.

²⁴³ Figuren innehåller flera aspekter som inte belysts i studien och skall ses som en möjlig tankekonstruktion för kommande studier.

Ungdomsbehandling

studier. Den visar en arena med några av alla de faktorer och den process som påverkar hur en idé blir en lokal verklighet eller med ett nyinstitutionellt begrepp - *förpackning*.



Figur 6 Den lokala praktiken översättnings- och förpackningsprocess

Referenser

- Ahlgren, T. (2005). *Vilka ungdomar erbjuds vård i socialtjänstens öppenvårdsprogram? En aktstudie i Jönköpings kommun*. (FoU-rapport individ- och familjeomsorg 2005:1). Jönköping: Luppen kunskapscentrum.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (1984). *Små barn på barnhem*. Malmö: Liber förlag.
- Andersson, G. (1992). *Stöd och avlastning; om insatsen kontaktperson/-familj*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Andersson, G. (1995). *Barn i samhällsvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. & Bangura Arvidsson, M. (2001). *Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj? En kunskapsöversikt*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar – Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Bergmark, Å & Lundström, T. (2000). Metoder i socialt arbete – vad är det? I A. Meeuwisse, S. Sunesson & H. Swärd (Red). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bergström, U & Sarnecki, J. (1996). *Invandrarungdomar på särskilda ungdomsbem i Stockholms län*. I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki, & K. Söderholm Carpelan(red). *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning och Statens Institutionsstyrelse.
- Bernler G. & Johnsson, L. (1993). *Den sociala journalen 1 En studie i akter – deras struktur och funktion*. (Rapport 1993:7). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Billqvist, L. (1999). *Rummet, mötet och ritualerna – en studie av socialbyrån, klientarbetet och klientskapet*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet.
- Billqvist, L. & Johnsson, L. (1993). *Inte längre en klient? En studie av avslutade ärenden vid en barn- och familjeenhet inom socialtjänsten*. (Skriftserie 2004:2). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Billqvist, L. & Johnsson, L. (2007). Sociala akter som empiri. Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetarens dokumentation i forskningssyfte. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14, 3-18.
- Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförande av en organisationsreform och dess praktik*. (Akademisk avhandling). Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Brunsson, N & Olsen, JP. (1993). *The Reforming Organization*. London: Routledge.
- Brunsson, N & Sahlin-Andersson, K. (1998). Att skapa organisationer. I G. Ahrne (red). *Staten som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Börjeson, B, Cederström, A, Fredin, E. & Vinterhed, K. (1979). *Barn i kris. Utveckling av ett forskningsprojekt*. (Barnbyn Skås rapportserie nr 46, 1979). Stockholm: Stockholms socialförvaltning.

Ungdomsbehandling

- Carlsson, B. (1995). *Att åtgärda eller behandla. En utvärdering av en organisationsförändring inom individ- och familjeomsorgen i Nässjö och dess konsekvenser för klientarbetet*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Carr, A (2000). *What works with children and adolescents?: A critical review of psychological intervention with children, adolescents and their families*. London: Routledge.
- Czarniawska, B. (1992). *Styrningens paradoxer. Scener ur den offentliga verksamheten*. Stockholm: Norstedt.
- Daleflod, B. (1996). Är det möjligt att rehabilitera kriminella ungdomar? I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki, & K. Söderholm Carpelan(red) *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning och Statens Institutionsstyrelse.
- Denvall, V. & Jacobson, T. (2000). *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Denvall, V. & Vinnerljung, B. (2006). *Nytta och fördärr: socialt arbete i kritisk belysning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Egelund, T. (1997). *Beskyttelse av barndommen. Socialförvaltningens risikovurdering och indgreb*. Köpenhamn: Hans Reitzel.
- Elliot, D. S. (1998). *Blueprints for violence prevention*. University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Boulder, CO: Blueprints Publications.
- Erlingsdóttir, G (1999). *Förförande idéer. Kvalitetssäkringar i hälso- och sjukvård*. Lund: Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using familybased interventions. *Children & Society, 13*, 287-303.
- Forkby, T. (2003). *Kartläggning av ungdomar placerade i institutionsvård i tre kommuner i Göteborgsregionen under åren 1998 och 1999*. (Rapport 2003). Göteborg: FoU Väst.
- Forkby, T. (2005). *Ungdomsvård på hemmaplan, idéerna, framväxten, praktiken*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborg universitet
- Fraser, M. W. Nelson, K. E. & Rivard, J. C (1997). The effectiveness of family preservation services. *Social Work Research, 21*, 138-153.
- Guba, E.G. & Lincon, Y.S. (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi : en svensk randomiserad multicenterstudie angående multisystemisk terapi*. (Akademisk avhandling). Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Hagelin, K. & Levin, C. (1988). *Basenheten i Rosengård: en primärvårdsmodell för socialtjänsten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service organisations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice & Hall.
- Hasenfeld, Y. (1992). The Nature of Human Service Organizations. I Hasenfeld, Y. (red.) *Human Services as Complex Organizations*. Newbury Park: SAGE.
- Hedenbro, M. & Wirtberg, I. (2000). *Samspelets kraft: Marte meo – möjlighet till utveckling*. Stockholm: Liber.
- Henggeler, S. (1996). Multisystemic Therapy: An Effective Violence Prevention Approach for Serious Juvenile Offenders. *Journal of Adolescence, 19*, 47-61.

Referenser

- Hessle, S. (1988). *Familjer i sönderfall. En rapport från samhällsvården*. Göteborg: Norstedts.
- Hessle, S & Vinnerljung, B. (1999). *Child Welfare in Sweden*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet, Stockholm.
- Hollander, A. (1985). *Ombändertagande av barn. En studie av barnavårdsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Stockholm: Aktuell Juridik förlag.
- Hood, C. (1995). The New public Management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting Organization and Society*, 20, 93-109.
- Hyden, L.-C. (1995). Det sociala misslyckandet som berättelse. Att återställa den moraliska ordningen. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr. 3. 194-207.
- Höjer, I. (2001). *Fosterfamiljens inre liv*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Johansson, R. (1992). *Vid byråkratins gränser*. (Akademisk avhandling). *Om handlingsfrihets organisatoriska begränsning*. Lund: Arkiv.
- Johansson, R. (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, S. (2002). *Socialtjänsten som organisation. En forskningsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Johnsson, L. (1999). Dokumentation och journalföring. I G. Bernler, L. Cajvert, L. Jonnsson & H. Lindgren. *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johnsson, L & Regner, M. (2003). *Ensamma föräldrar: en studie av insatsen kontaktfamilj inom socialtjänsten*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborg universitet.
- Jönköpings kommun. Hemsida. <http://www.jonkoping.se/social/>. 20060313.
- Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Korpi, S. (1996). Samhällets insatser för ungdomar. I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki, & K. Söderholm Carpelan (red). *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning och Statens Institutionsstyrelse.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, H & Morén, S. (1988). *Om organisationens mänskliga sida. Om det sociala arbetets utvecklingsmöjligheter*. (Akademisk avhandling). (Studier i socialt arbete, Umeå universitet, nr 7 1988). Umeå: Institutionen för socialt arbete.
- Levin, C. (1997). *Ungdomar i tvångsvård: Råbyundersökning 94*. Stockholm : Statens institutionsstyrelse.
- Levin, C. (1998). *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. (Akademisk avhandling). Lund: Arkiv förlag.

Ungdomsbehandling

- Lipsey, M. W. & Wilson, D.B. (1998). Effective Intervention for serious Juvenile Offenders. A Synthesis of Research. I R, Loeber, & D, P Farrington, (red.). *Serious and violent Juvenile Offenders; Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Lipsey, M. (1999). Synthesis of the Relationship of Marijuana Use with Delinquent and Problem Behaviours. *School Psychology International*, 20, 57-68.
- Lipsey, M. (1980). *Street-level Bureaucracy – dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lundström, T. (1993). *Trängsombändertagande av barn: en studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. (Akademisk avhandling). Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet, Stockholm.
- Lundström, T & Vinnerljung, B. (2001). *Ombändertagande av barn under 1990-talet. Valfärdstjänster i omvandling*. Antologi från Kommittén Valfärdsbokslut, SOU 2001:52.
- Länsstyrelsen, (2002), Ansökningsformulär 704-1748-02. Jönköping: Länsstyrelsen.
- McBride, D., VanderWaal, C., VanBuren, H. & Terry, Y. (1997). *Breaking the cycle of drug use among juvenile offenders*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering. En studie av Fountain House-rörelsen*. (Akademisk avhandling). Lund: Arkiv förlag.
- Meeuwisse, A & Swärdh, H. (2002). Vad är ett socialt problem? I A. Meeuwisse & H. Swärdh (red). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Melin, S. (2004). *Socialtjänstens grunder – centrala begrepp från A till Ö*. Stockholm: Gothia.
- Merriam, S. (1994). *Fallstudie som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Meyer, J, W & Scott, R, W. (1983). *Organizational Environments. Ritual and Rationality*. Beverly Hills: SAGE.
- Meyer, J, W & Scott, R, W. (1991). *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. I W, Powell & P. J, DiMaggio. (Red) (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chigago and London: University of Chigago press.
- Månsson, S-A. (2000). *Kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten och den akademiska forskningen – drar vi åt samma håll?* Socionomen, nr 8, 4-9.
- Nilsson, G. & Ahlgren, T. (2003). *Möte mellan fält och forskning – kunskapsutvecklingens roll inom projektarbete*. (FoU-rapport individ- och familjeomsorg 2003:1). Jönköping: Luppen kunskapscentrum.
- Olsson, H. & Petit, B. (1999). *Familjeterapilexikon*. Smedjebacken: Korpen.
- Parton, N. Thorpe, D. & W, C. (1997.) *Child protection; risk and the moral order*. Basingstoke: Macmillan.
- Perrow, C. (1986, 1972). *Complex organizations. A critical essay*. New York: Random House.
- Pettersson, U. (1986). *Socialtjänsten i praktiken. Från mål till verklighet*. Stockholm: Skeab.
- Powell, W. & DiMaggio, P. J (Red) (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chigago and London: University of Chigago press.

Referenser

- Rutter, M., G. H. & Hagell A. (1998). *Antisocial Behaviour by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner - framväxt, ideologi och struktur*. (Akademisk avhandling). Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Sarnecki, J. (1996). Problemprofiler hos ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990-1994. I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A. Rydelius, J. Sarnecki, & K. Söderholm Carpelan (red). *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning och Statens Institutionsstyrelse.
- Scott, W. R. (1987). The adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32 493-511.
- Scott, W.R. & Meyer, J, W. (1991). *The organization of Societal sectors: propositions an Early Evidence. I The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chigago and London: University of Chigago press.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and organizations* . Thousand Oaks, Ca: SAGE.
- Sherman, L. W, Farrington, D. P, Welsh, B. C. MacKenzie, D. L. (2002). *Evidence-based crime prevention*. London: Routledge.
- Socialdepartementet (1997). Proposition. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen. Stockholm.
- Socialdepartementet (1980). Socialtjänstlag (1980:620). Stockholm.
- Socialstyrelsen (1989). *Förändring inom missbrukar- och ungdomsvården 1987 med anledning av nytt statsbidrag till missbruksvården m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen Allmänna förlaget.
- Socialstyrelsen (2003). *Föreskrifter och allmänna råd om bem för vård eller boende*. (SOSFS, 2003:20). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Insatser för barn och unga 2005*.
- Socialstyrelsen (2006). *Öppenvårdens former – en nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU/1993:73. *Radikala organisationsförändringar i kommuner och landstinget*. Rapport till lokaldemokratikommittén
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Stanton, M. D & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family couples treatment for drug use: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Statens Institutionsstyrelse (2005). *Ungdomar som skrivs in på särskilda ungdomsbem under 2003*. (Årsrapport ADAD 03). Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse. Hemsida. Aggression replacement training. (<http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=228>. 2006 0512.
- Statens institutionsstyrelse, Hemsida. Multisystemisk terapi. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=7362>. 20060512.
- Stranz, H. (2007). *Utrymme för variation – om prövning av socialbidrag*. (Akademisk avhandling). Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet, Stockholm.
- Sundell. K & Humelsjö, E. (1996). *Sociala utredningar med fokus på barn* (FoU rapport 1996:7). Stockholm: Stockholms Socialförvaltning, FoU-byrån.

Ungdomsbehandling

- Sundell, K., Nyman, M. och Alvasdotter, A. (2000). *Mellanvård för ungdomar. En studie av 133 ungdomar fem år efter avslutad mellanvård.* (FoU-rapport). Stockholm: Stockholms stad.
- Sundell, K. & Egelund, T. (2001). *Barnavårdsutredningar en kunskapsöversikt.* Stockholm: Gothia.
- Sundell, K. Vinnerljung, B., Andréé Löfholm, C. & Humlesjö, E. (2004). *Socialtjänstens barn Hur många är de, vilka är insatserna, hur ofta aktualiseras de och vad händer dem i vuxen ålder.* (FoU-rapport). Stockholm: Stockholms stad.
- Sundell, K. & Vinnerljung, B. (2004) Outcomes of Family Group Conferencing in Sweden. A 3-Year Follow-Up. *Child Abuse & Neglect*, 28, 267-287.
- Sundell, K., Hansson, K., Andréé Löfholm, C. Olsson, T. Gustle, L-H. & Kadesjö, C. (2006). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Resultat efter sex månader.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Söderholm Carpelan, K. (1992) *Unga narkotikamisbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm (rapport i socialt arbete nr 59 – 1992).* (Akademisk avhandling). Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Söderholm Carpelan, K & Hermodsson, A. (2004). ADAD och utveckling av dokumentationssystem för ungdomar. *Nordisk socialt arbeid*, 24, 110-123.
- Tengvald, K. (2003). Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningsfulla insatser. I *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Valentine, E. R. (1982). *Conceptual issues in psychology.* London: George Allen & Unwin.
- Vinterhed, K. (1997). *Vi borde visa dem att världen väntar : intervjuer om ungdomars psykiska hälsa.* Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Oscarsson, L. (1999). Dygnsvård för barn och ungdom 1983-1995 – förändringar i vårdlandskapet sedan socialtjänstens tillkomst. *Socionomens forskningsupplement*, 11, 1-20.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B. (2006). Fosterbarn som unga vuxna - en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 83, 23-35.
- Webb, S.A. (2001). Some considerations on the Validity of Evidence-Based Practice in Social Work, *British Journal of Social Work*, 31, 57-79.
- Weick, K. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21, 1-19.
- Wiklund, S. (2006). *Den kommunala barnavården – om anmälningar, organisation och utfall.* (Akademisk avhandling). Stockholm: Stockholms universitet.
- Winter, D. (1979). Trends in State Correction: Juveniles and the Violent Young Offender. *Crime and Delinquency*; 25, 145-61.
- Woolfenden, S. R., Williams, K. & Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 86, 251-256.
- Yin, R.K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande.* Malmö: Liber.

Bilagor

Bilaga 1

Mail inför gruppintervju

Hej!

I min forskarutbildning vid Växjö universitet genomför jag en studie där jag undersöker öppenvårdsbehandling inom socialtjänsten. Som en del i denna studie intervjuer jag personal som har eller just nu arbetar med öppenvårdsbehandling om olika aspekter om öppenvårdsbehandling. Jag skulle därför vilja träffa dig tillsammans med dina kollegor i er arbetsgrupp för en gruppintervju som tar cirka 1,5 tim. Om det är okey för dig och dina kollegor kommer jag att bilda intervjun för att sedan kunna skriva ut den ordagrant. Resultatet från intervjun kommer att redovisas i en rapport som publiceras vid Växjö universitet. Vid redovisningen kommer inga personnamn att användas för att garantera dig och dina kollegor anonymitet.

Jag vill att du meddelar mig om du kan närvara vid intervjun senast den xxxx per mail. Har du frågor kontaktar du mig på nedanstående mail eller telefonnummer.

Intervjun genomförs

Datum

Kl:

Plats:

Med vänlig hälsning

Thorbjörn Ahlgren

Mail: ahth@hhj.hj.se

Tele: 036-101334 alt.0708-199554

Bilaga 2

Mail inför intervju med chefer och remitterande socialsekreterare.

Hej!

I min forskarutbildning vid Växjö universitet genomför jag en studie där jag undersöker öppenvårdsbehandling inom socialtjänsten. Som en del i denna studie intervjuer jag personal som på olika sätt har kommit i kontakt med öppenvårdsbehandling om olika aspekter om öppenvårdsbehandling. Jag skulle därför vilja intervjua dig. Intervjun tar cirka 1 tim. Om det är okey för dig och kommer jag att bilda intervjun för att sedan kunna skriva ut den ordagrant. Resultatet från intervjun kommer att redovisas i en rapport som publiceras vid Växjö universitet. Vid redovisningen kommer inga personnamn att användas för att garantera dig anonymitet.

Jag är tacksam om du så snabbt som möjligt kan kontakta mig per mail eller telefon för att boka tid för att träffas.

Med vänlig hälsning

Thorbjörn Ahlgren
Mail: ahth@hhj.hj.se
Tele: 036-101334 alt.0708-199554

Bilaga 3

1. Löpnummer _____

2. Födelseår, månad _____

3. Kön Pojke

 Flicka

4. Födelseår _____

5. Nationalitet _____

6. Moderns nationalitet

Faderns nationalitet

7. Tidigare insatser

start och slutdatum _____

angiven orsak _____

beskrivning av insats _____

8. Bostad vid öppenvårdsbeslut
öppenvårdsinsats

Bostad under

Föräldrahem

Egen bostad

HVB

§ 12-hem

Ungdomsbehandling

Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häkte motsv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träningslägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjehem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Huvudsaklig familj under uppväxt

Två biol föräldrar	<input type="checkbox"/>
Biol moder	<input type="checkbox"/>
Biol fader	<input type="checkbox"/>
Styvf M biol	<input type="checkbox"/>
Styvm F biol	<input type="checkbox"/>
Adoptivfamilj	<input type="checkbox"/>
Fosterfamilj	<input type="checkbox"/>
Institution	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>
Delat boende, föräldr	<input type="checkbox"/>

10. Vårdhistorik

Tidigare Öppen vård	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Bilagor

Kontaktp	<input type="checkbox"/>
Kontaktfam	<input type="checkbox"/>
Familjehem	<input type="checkbox"/>
HVB	<input type="checkbox"/>
§ 12-hem	<input type="checkbox"/>
Kriminalvård	<input type="checkbox"/>
Psykvård	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>

11. Eventuell tidigare vårdtid för placering utom föräldrahemmet

Upp till ett halvt år	<input type="checkbox"/>
Upp till ett år	<input type="checkbox"/>
Upp till två år	<input type="checkbox"/>
Mer än två år	<input type="checkbox"/>

12. Orsak för öppenvårdsinsats

Egendomsbrott	<input type="checkbox"/>
Våldsbrott	<input type="checkbox"/>
Missbruk A	<input type="checkbox"/>
Missbruk N	<input type="checkbox"/>
Ordningsbrott	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Ungdomsbehandling

Rymning, vagabond

Familjem/I ork ej

Sucidrisk

Familjerelationer

Psykiska problem

Skolproblem

Prostitution

Kamratrelationer

Hälsfaktorer

Annat, vad

13. Neuropsykiatrisk diagnos

Nej

Ja, vilken

14. Vårdtid för aktuell öppenvård (ange antal månader)

15. Behandlingsmål

16. Behandlingsinsatser (pågående)

17. Behandlingsinsatser (genomförda)

18. Behandlingsintensitet (pågående - Ange antal träffar)

Varje vecka	_____
Varannan vecka	_____
Var tredje vecka	_____
Var fjärde vecka	_____
Övrigt	_____

19. Behandlingsintensitet (Genomförda - Ange antal träffar)

Varje vecka	_____
Varannan vecka	_____
Var tredje vecka	_____
Var fjärde vecka	_____
Övrigt	_____

Ungdomsbehandling

20. Parallella insatser

21 . Avslutningsorsak och datum för avslutning

22) Utvärderingsbeskrivningar av öppenvårdsinsatsen

23. Efter utskrivning, rapporterat kontakter.

24. Övrigt

Bilaga 4

Skattningsstöd för öppenvårdsstudien

Forskarens/utvärderarens skattning är en bedömning av den unges behov av hjälp eller behandling som framgår av det granskade journalmaterialet.

Skattningsskala, koder:

- Behöver inte ytterligare hjälp
- Måttliga problem, viss hjälp nödvändig
- Betydande, avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Värderingen anpassas till situation och i relation till den unges ålder. Nedan ges en beskrivning av tänkbara problem för varje område och bedömning.

Fysisk hälsa

Behöver inte ytterligare hjälp

Frisk, lättare åkommor som inte påverkar livsföringen negativt.

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Synnedläggningar av lindrigare art och liknande, viss negativ inverkan, sjukhusvård vid enstaka tillfällen. Migrän, viktproblem el likn.

Betydande avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Klar negativ påverkan. Stora sömnproblem, ätproblem. Mkt hög grad Allvarlig risk för den fortsatta utvecklingen, kroniska sjukdomar gulsot, anorexi, förgiftningar och liknande.

Skolsituationen

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem. Vissa svårigheter i skolan, men dessa har i princip kommits över. Ligger inte klart efter jämnåriga, eller läser ikapp i ordnad form.

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Behöver stöd för att komma igång, läsa ikapp eller specialpedagogiskt stöd.

Betydande avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Har oavslutad skolgång, långt efter jämnåriga, men bör kunna komma igång med stöd. Klara och svåra problem, kan ej läsa/skriva, skolfobi o likn.

Arbete

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem, har haft lite svårt med närvaron, att sköta tider osv, men har börjat fungera.

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Svårt med tider eller fungera i arbetsgruppen, behöver viss träning

Betydande avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Har återkommande fått sluta på arbetet för bristande närvaro och/eller andra problem. Har aldrig arbetat på grund av den sociala och/eller psykologiska problematiken.

Fritid och kamratumgänge

Behöver inte ytterligare hjälp

Har goda och fungerande vänskapsrelationer. Stimulerande fritid. Börjat hitta vänner och har några fungerande relationer. Fritiden är inget större problem

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Har svårt att skapa ett kontaktnät, faller lätt tillbaka till destruktiva relationer. Fritiden innebär vissa risktaganden.

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig
Har inga kamratrelationer eller destruktiva sådana. Fritiden återkommande problematiska situationer eller ensamhet Mkt hög grad Umgås i kriminella och/eller missbrukande grupper

Familjeförhållanden

Behöver inte ytterligare hjälp

Fungerar väl. Reder ut konflikter. Goda relationer

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Har tidigare haft, eller har ibland svårt att reda ut sina relationer, eller föräldrars tidigare leverne skapar viss osäkerhet men är på rätt väg och fungerar för det mesta, Hamnar i konflikter som är svåra att hantera för dem. Svårigheter att hantera skuld-, skam eller makthierarkier eller föräldrars återfall, bristande omsorgsförmåga

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig
Stora svårigheter med hot om att kasta ut ungdomen och/eller rymningar. Bråk som kan ta fysiska uttryck eller förbli olösta. Föräldrar periodiskt missbruk och dyl. Mkt hög grad Familjen i låsta positioner, kontinuerlig misshandel, vanvård, omsorgssvikt, övergrepp, etablerat missbruk hos föräldrar. Ungdomen utkastad, på rymmen.

Psykisk hälsa

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem Tidigare problem som kommits över. Viss oro, nedstämdhet som den unge kan hantera.

Ungdomsbehandling

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Svårt med sin personlighet depressiva, våldsamma inslag.

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Neurotisk, fobisk karaktär på problematiken. Viss tvångsmässighet
Mkt hög grad Psykisk sjukdom, psykosliknande tillstånd.

Brottslighet

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem Något snatteri, eller lindrigare brottslighet som klotter och dyl som den unge kommit förbi eller tagit ansvar för.

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Gör sig skyldig till återkommande lindrigare brottslighet såsom snatterier. Kan inte upphöra med egen vilja. Någon olovlig körning, bilstöld någon gång.

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Allvarligare brottslighet, upprepade bilstölder. Inbrott i hus. Lindrigare misshandel. Mkt hög grad Grov misshandel, rån. Brottslig livsföring.

Alkoholkonsumtion

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Har någon gång blivit omhändertagen jml LoB. Dricker inte kontinuerligt stora mängder. Har en livsföring som innefattar mycket ”festande”. Blivit tagen flera gånger jml LoB.

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Har en begynnande alkoholism, Alkoholism

Narkotikakonsumtion

Behöver inte ytterligare hjälp

Inga problem

Bilagor

Måttliga problem, viss hjälp nödvändig

Någon gång provat hasch eller ecstasy, men har definitivt tagit avstånd Röker hasch eller tar partydroger någon enstaka gång

Betydande Ansevärda/utomordentligt stora problem, hjälp absolut nödvändig

Bruk av hasch eller partydroger vid återkommande tillfällen, ca någon gång/månad Mkt hög grad Kontinuerligt missbruk minst en gång i veckan av narkotiskt preparat.

Bilaga 5

Frågeområden personalgruppsintervju

Berätta kort om era respektive yrkesutbildningar och erfarenhet av öppenvårdsprogram

Beskriv vilka ungdomar ni anser ni lyckas bäst med i ert öppenvårdsprogram?

Varför lyckas ni bäst med dessa?

Beskriv vilka ungdomar ni anser ni lyckas sämst med i ert öppenvårdsprogram?

Varför lyckas ni sämst med dessa?

Vilka metoder är mest verksamma i behandlingen?

Hur utvärderar ni era respektive insatser?

Vad är det speciellt som ni fokuserar vid utvärdering av insatserna?

Vilket samband finns mellan behandlingsplanen och utvärderingen?

Visa exemplet på beskrivande och reflekterande utvärdering och diskutera dessa.

Hur mycket vet ni om vad som händer med era ungdomar efter avslutat insats?

Visa resultaten och diskutera kring dessa.

Vad är styrkan respektive svagheten med hemmaplanslösningar/öppenvårdsprogram?

Bilaga 6

Intervjuguide Chefer öppenvården

Beskriv utifrån ditt perspektiv hur och varför öppenvården startade i Jönköping?

-Vem initierade verksamheterna?

-Vilka idéer om verksamheter och metoder har funnits?

- Hur har utvecklingen skett?

Hur har verksamheterna utvärderas under åren?

Hur har erfarenheter från utvärderingarna använts?

Beskriv utifrån ditt perspektiv vilka ungdomar som du anser passar bäst för öppenvården

Beskriv utifrån ditt perspektiv vilka ungdomar som du anser passar sämst för öppenvården

Beskriv utifrån ditt perspektiv vilka metoder som passar bäst för öppenvårdsarbete

Beskriv utifrån ditt perspektiv vilka metoder som passar sämst för öppenvårdsarbete

Övrigt

Bilaga 7

Intervjuguide remitterande socialsekreterare

Berätta kort om yrkesutbildningar och erfarenhet av handläggningsarbete och samarbete med öppenvården

Vad är en ”öppenvårdsungdom”

- Vilka problem respektive styrkor har ungdomarna
- Vilka problem respektive styrkor har föräldrarna
- Vad avgör om det blir en öppenvårdsinsats
- Vad styr metodvalet/verksamhetsvalet

Vad är styrkan respektive svagheten med hemmaplanslösningar/öppenvårdsprogram?

Beskriv vilka ungdomar ni anser ni lyckas bäst med i er öppenvård?

Varför lyckas ni bäst med dessa?

Beskriv vilka ungdomar ni anser ni lyckas sämst med i ert öppenvårdsprogram?

Varför lyckas ni sämst med dessa?

Vilka metoder/program tycker du är mest verksamma/framgångsrika i öppenvårdsbehandlingen?

- Motivera

Hur utvärderar ni era respektive insatser?

- Vad är det speciellt som ni fokuserar vid utvärdering av insatserna?
- Vilket samband finns mellan behandlingsplanen och utvärderingen?
- Hur mycket vet ni om vad som händer med era ungdomar efter avslutat insats?

Hur förklarar du att öppenvårdsinsatserna regelmässigt inte utvärderats?

Övrigt

Författarpresentation

Thorbjörn Ahlgren är doktorand i socialt arbete vid IVOSA Växjö universitet och FoU ledare vid Luppen kunskapscentrum i Jönköping.

Thorbjörn Ahlgren kan nås genom

Luppen kunskapscentrum
Hälsö högskolan
Box 1026
551 11 Jönköping

e-post: thorbjorn.ahlgren@hhj.hj.se

tel: 036-101334 alt. 0708-199554

Rapporter i serien

1. Salonen, Tapio & Rickard Ulmestig 2004:1. *Nedersta trappsteget. En studie om kommunal aktivering.*
2. Harju, Anne 2005:1. *Barn och knapp ekonomi.*
3. Enokson, Uffe 2005:2. *Tid, pengar och sociala nätverk.*
4. Salonen, Tapio (red) 2005:3. *Rena rama Sociorama.*
5. Johnsson, Eva 2006:1. *TVångsvård enligt LVM.*
6. Järkestig Berggren, Ulrika 2006:2. *Personligt ombud.*
7. Enokson, Uffe 2006:3. *Tiden i senmodernt vardagsliv.*
8. Johnsson, Eva & Kerstin Svensson 2006:4. *Omedelbart samarbete.*
9. Denvall, Verner & Tabitha Wright Nielsen 2006:5. *Innovationsparadoxen.*
10. Kullberg, Karin 2006:6. *Man hittar sin nisch.*
11. Karlsson, Ingrid 2006:7. *Att leda i kommunal äldreomsorg.*
12. Ahlgren, Thorbjörn 2007:1. *Ungdomsbehandling. Hemmaplanslösning som idé och praktik.*

Publikationer i rapportserien i socialt arbete vid IVOSA, Växjö universitet kan beställas genom IVOSA, Växjö universitet, 351 95 Växjö

E-post: rapport.ivosa@vxu.se

Tel: 0470-70 80 00

Eller hämtas som pdf:

www.vxu.se/ivosas/publikationer/rapporter_socialt.xml