





**FoU Rapport 2021:2**

**FoU Välfärd, Region Gävleborg**

Layout & form: Sam Halal, Hanna Nordlund, Martina Lindvörn

Tryckeri: Gävle Offset

ISBN 978-91-986805-0-8

# Förord

Vilka insatser får Gävleborgs barn och unga inom socialtjänstens öppenvård? Hur kan insatserna följas upp på ett hållbart sätt som bidrar till relevant lokal kunskap? Vilket stöd kan FoU Välfärd ge i det arbetet?

Denna rapport belyser dessa frågor. Rapporten är därför ett exempel på arbetet med individbaserad systematisk uppföljning inom Gävleborgs län. Systematisk uppföljning handlar om att:

... dokumentera arbetet med enskilda klienter för att följa upp hur det går för dessa klienter och om att sammanställa denna information i syfte att utveckla och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen, 2014)

Individbaserad systematisk uppföljning är i sin tur en viktig del i att skapa evidensbaserad praktik - något som tydligt efterfrågas inom ramen för förslaget till ny socialtjänstlag (SOU 2020:47).

Utvecklingsarbetet som FoU Välfärd bedriver tillsammans med kommunernas öppenvård, och som presenteras i denna rapport, har därför möjlighet att bidra till ökad kvalitet i berörda verksamheter. Detta är också ett av huvudsyftena med FoU Välfärd.

Karin Tillberg Mattsson vid FoU Välfärd är ansvarig för uppdraget och har skrivit större delen av rapporten. Hanna Nordlund vid Samhällsmedicin har gjort datasammanställningarna och beskrivningarna av dem i kapitel 5. Martina Lindvärn arbetar vid Familjeteamet i Söderhamn och har tagit fram användarstödet i Bilaga 2. Jag vill också nämna Oskar Andersson vid FoU Välfärd, som gett tekniskt stöd till de deltagande kommunerna.

Min förhoppning är att rapporten läses, sprids och inspirerar i arbetet för en hållbar socialtjänst!



Gävle 2021-04-12

Patrik Lind, avdelningschef FoU Välfärd, Region Gävleborg

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>6</b>
1.1. Vad är individbaserad systematisk uppföljning?	6
<b>2. Resultat från kartläggning av förutsättningar i länet</b>	<b>7</b>
2.1. Vilka behov av mer kunskap framkom?	7
2.2. Vilka uppgifter kunde hämtas ur verksamhetssystemen?	8
2.3. Vilka öppenvårdsinsatser nämndes?	9
2.4. Vilka bedömningsinstrument användes?	10
<b>3. Öppenvårdsinsatser för barn och unga – nationell kontext</b>	<b>11</b>
<b>4. Utvecklingsarbetet i Gävleborg</b>	<b>13</b>
4.1. Om variablerna i formuläret SU-X	14
4.2. Tekniska och juridiska förutsättningar	15
4.3. Om roller, hinder och glädjeämnen under processens gång	16
<b>5. Resultat från SU-X 2020</b>	<b>17</b>
5.1. Bakgrund dataunderlaget	17
<b>5.1.1. Barnens olika problemområden</b>	<b>17</b>
<b>5.1.2. Problemområden uppdelat på kön</b>	<b>18</b>
<b>5.1.3. Kombinationer av problemområden</b>	<b>20</b>
5.2. Barnens insatser	21
5.3. Avslutsorsaker	23
5.4. Insatsens längd	25
5.5. Nya och återkommande ärenden	27
<b>6. Avslutande diskussion</b>	<b>28</b>
6.1. Hur och av vem beskrivs barnets problem och behov?	29
6.2. Går det att beskriva komplexa insatser på ett standardiserat sätt?	29
6.3. Vad kan vi säga om resultaten av insatserna?	30
<b>Referenser</b>	<b>31</b>
<b>Bilagor</b>	<b>33</b>

## Sammanfattning

Socialcheferna i Gävleborg har gett FoU Vårld i uppdrag att stöda kommunernas systematiska uppföljning av behovsprövade öppenvårdsinsatser för barn och unga. En inledande kartläggning visade att personalen i kommunerna efterfrågar mer heltäckande kunskap om vilka insatser barn och familjer med olika problembilder får och vad insatserna leder till. Kartläggningen tydliggjorde också att det i dagsläget inte är möjligt att få fram sådan information ur verksamhetssystemen.

Med hjälp av en arbetsgrupp med representanter från några av länets kommuner togs ett formulär "SU-X" fram, där öppenvårdsverksamheter registrerar några enhetliga uppgifter om barnens problemområden, insatser och avslutsorsaker. I dagsläget (april 2021) använder sex av de tio kommunerna i Gävleborg formuläret. Deltagarna upplever att utvecklingsarbetet tydliggör vilka öppenvårdens målgrupper är och var det familjebehandlande arbetet består.

Den första sammanställningen av uppgifterna i SU-X omfattar 214 ärenden (100 flickor och 114 pojkar) som avslutades under 2020 inom öppenvården i Hudiksvall, Ovanåker och Söderhamn. För merparten av barnen var deras vårdnadshavares bristande fostrar-/föräldraförmåga en av orsakerna till att de var aktuella inom öppenvården, och i 30 % av fallen var relationsproblem i familjen, såsom konflikter mellan separerade föräldrar, ett av skälen.

Det visade sig finnas könsskillnader i vilken typ av problem som öppenvårdens insatser var avsedda att bemöta. I uppdragen från socialsekreterarna till öppenvården beskrevs brister i föräldrarnas fostrar-/föräldraförmåga, egna beteendeproblem, eget missbruk och egen brottslighet i högre grad för pojkar än för flickor. Å andra sidan lyftes relationsproblem i familjen och utsatthet för våld fram i större utsträckning för flickorna än för pojkarna.

Vid de flesta typer av problem fick barnen och deras familjer traditionell familjebehandling. Ett undantag var barnen som uppgavs vara utsatta för våld och/eller våld i familjen. Majoriteten av dessa fick manualbaserade insatser, främst krisstöd och "Tryggare barn".

60 % av ärendena avslutades på grund av att målen med insatsen uppfyllts helt eller delvis. Denna andel var liknande oavsett om barnet och föräldrarna fått traditionell familjebehandling eller en manualbaserad insats. Bland de relativt få familjer som fått bådadera var måluppfyllelsen ännu högre. Den näst vanligaste avslutsorsaken var att vårdnadshavare oplanerat avbröt insatsen. Detta förekom särskilt ofta (i 25% av fallen) vid relationsproblem i familjen.

En viktig aspekt av öppenvårdens insatser handlar om barnens delaktighet. Vid manualbaserade metoder som "krisstöd vid orosanmälan om våld", "Tryggare barn" och "Placeringssamtal" ingår att ge utrymme för barnets upplevelse av sin situation, liksom rätten att ställa frågor samt barnets behov av information. Bland de manualbaserade metoderna som användes vid relationsproblem i familjen eller föräldrars missbruk dominerade dock sådana som har fokus på föräldrarna, som "Trygghetscirkeln" och "Bassamtal". I vilken utsträckning barnets delaktighet tillgodoses vid föräldrainriktade manualbaserade metoder och vid traditionell familjebehandling är ett område att fördjupa i det fortsatta utvecklingsarbetet. Likaså i vilken mån barnets upplevelse av sin situation och hur den förändras under insatsens gång ligger till grund för bedömningen av om målen med insatsen uppfyllts.

# 1. Inledning

FoU Välfärd fick 2018 i uppdrag av socialcheferna i Gävleborg att stödja kommunernas systematiska uppföljning av öppenvårdsinsatser för barn och unga. Fokus ligger på behovsprövade interna öppenvårdsinsatser i socialtjänsten; serviceinsatser och externt utförda insatser faller med andra ord utanför detta uppdrag.

Det övergripande målet är att öka kunskapen om barnen som beviljas öppenvård, öppenvårdens innehåll, hur barnens situation förändras efter öppenvårdsinsatser och hur insatserna upplevs. En målsättning är också att berörd personal och chefer ska uppleva att de data som samlas in är till konkret nytta för uppföljning och utveckling av verksamheterna.

Syftet med denna rapport är att belysa:

- Personalens upplevda behov av mer kunskap om målgrupperna och insatserna i öppenvården samt förutsättningarna för systematisk uppföljning
- Utvecklingsarbetet som påbörjats för att skapa en länsövergripande modell för individbaserad systematisk uppföljning av öppenvårdsinsatser till barn och unga
- De första resultaten från gemensam systematisk uppföljning i tre kommuner

## 1.1. Vad är individbaserad systematisk uppföljning?

Individbaserad systematisk uppföljning (benämns hädanefter "ISU") innebär att löpande beskriva och mäta enskilda klienters problem och behov, insatser och resultat. Informationen sammanställs sedan på grupp- eller verksamhetsnivå som underlag för att analysera och utveckla verksamheten (Kunskapsguiden.se 2020a). Genom ISU skapas beprövad erfarenhet baserad på det egna arbetet och dess resultat (Socialstyrelsen 2014:7). Den beprövade erfarenheten kan sedan bli utgångspunkt för val och värdering av insatser och metoder både i enskilda fall och på verksamhetsnivå. ISU är därmed en förutsättning för en evidensbaserad praktik.

Det är dock viktigt att ha i åtanke att ISU *inte* ger kunskap om *effekterna* av en insats (Socialstyrelsen 2014:13). Det går visserligen att beskriva förändringar i klienternas situation under insatsens gång (t ex huruvida ungdomars skolnärvaro förändras), men inte att förklara orsaken till förändringarna. Om målet med en insats (t ex att skolnärvaron ska öka) bedöms vara uppfyllt när insatsen avslutas, kan det snarare ses som en indikation på om insatsen bidragit till förändring eller inte. För att få kunskap om effekterna av en insats krävs istället vetenskapliga effektutvärderingar där det kontrolleras för om andra faktorer än insatsen har betydelse för förändringen (Socialstyrelsen 2014:13).

FoU Välfärd sammanställer sedan 2008 årligen data på kommun- och länsnivå om barn som aktualiseras till socialtjänsten (se Åsbrink 2020). De individbaserade uppgifterna, som hämtas ur kommunernas verksamhetssystem, avser aktualiseringstyp (t ex anmälan), barnets ålder, kön, vem som aktualiserar (t ex Polisen), orsak till anmälan som uppges av den som anmäler (t ex skolproblem) och om aktualiseringen resulterar i social utredning eller inte. Utvecklingsarbetet inom öppenvården som presenteras i denna rapport innebär att ta ytterligare ett steg i arbetet med systematisk uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården i länet.

## 2. Resultat från kartläggning av förutsättningar i länet

Under hösten 2018 besökte rapportens första författare samtliga tio kommuner i länet för att få en bild av:

- Personalens upplevda behov av mer systematisk kunskap om barnen och insatserna i öppenvården
- Förutsättningarna för att få fram relevanta data ur verksamhetssystemen
- Vilken uppföljning av öppenvårdsinsatser för barn och unga som redan görs

Vid besöken deltog oftast cheferna för utrednings- och öppenvårdsenheterna samt en eller några socialsekreterare och familjebehandlare. Ibland deltog även systemadministratör och/eller verksamhetsutvecklare. En intervjuguide användes som underlag för samtalen. Resultaten som beskrivs i detta avsnitt bygger på minnesanteckningar från besöken i kombination med utskrifter av delar av ljudupptagningar. Dessutom erhöles kompletterande uppgifter i mailform, såsom förteckningar över orsakskoder i verksamhetssystemen.

Överlag visade sig intresset för ämnet vara stort bland den intervjuade personalen. Flera berättade att de talat mycket i kommunen om behovet av att följa upp resultaten av öppenvårdsinsatserna för barn i större utsträckning. Samtidigt fanns en stor medvetenhet om hur svårt det är att få fram standardiserade data som på ett relevant sätt kan spegla det familjebehandlande arbetet, som är en individuellt utformad insats avsedd att möta varje barns och familjs unika sammansättning av behov. Att verksamhetssystemen rent tekniskt inte stödjer möjligheten att få fram en bild av ”hela kedjan” av dokumentation, från aktualisering av barnet via utredning, beslut och öppenvårdsinsats ända fram till avslut av ett ärende, gör inte saken lättare.

### 2.1. Vilka behov av mer kunskap framkom?

De frågor som framför allt lyftes som angelägna att få svar på var:

- ✓ Hur vanliga olika öppenvårdsinsatser är
- ✓ Av vilka orsaker öppenvårdsinsatser avslutas
- ✓ Hur ”kedjan” ser ut – varför inleddes utredning, vilka insatser gavs, avslutsorsaker, måluppfyllelse

Så här beskrev en av de intervjuade situationen:

*”Vi i socialtjänsten är ganska påhittiga, men vi är lite dåliga på att följa upp det vi har hittat på”*

En annan aspekt som lyftes fram var bristen på kunskap om vad som kännetecknar familjerna som återkommer gång på gång till socialtjänsten. Vilka är deras behovsbilder och vilka insatser får de?



Att få mer kunskap om vilken metod som fungerar till vilken målgrupp uttrycktes också som viktigt. Likaså att identifiera särskilda ärendetyper eller målgrupper där måluppfyllelsen är lägre än för andra – något som skulle kunna bli ett underlag både i arbetet med att identifiera behov och lämpliga insatser.

*”Vi behöver få en fingervisning om vad som faller väl ut, så att vi inte jobbar jättemycket med nåt som aldrig ger nån effekt. Nu har vi ju en känsla – när vi avslutar ett ärende – om det blev bra eller dåligt, men egentligen har vi ingen aning”*

## **2.2. Vilka uppgifter kunde hämtas ur verksamhetssystemen?**

Som nämnts hämtar samtliga kommuner i länet årligen uppgifter ur sina verksamhetssystem om barnen som aktualiseras till socialtjänsten (se Åsbrink 2020). Där finns bland annat gemensamma koder för den huvudsakliga orsaken till anmälan.

Sex av de tio kommunerna hade när kartläggningen genomfördes även koder för ”orsak till utredning” (t ex ”Relationsproblem i familjen”) och/eller ”orsak till insats” (t ex ”Barnets beteende”) i sina verksamhetssystem. Dessa koder skiljde sig ibland från koderna för anmälningsorsaker, och var inte heller gemensamma för de sex kommunerna. Ingen av de intervjuade bedömde att det skulle vara relevant att på länsnivå sammanställa dessa uppgifter som indikatorer på barnens/familjernas problematik. Motiven var att:

- Koderna var alltför trubbiga – bara en enda orsak kunde anges vilket rimligen inte kan spegla den komplexa problematik som ofta uppdragas vid en barnavårdsutredning
- Uppgifterna om orsak fylldes ofta i av en administratör och inte av den socialsekreterare som har hand om ärendet, vilket minskar tillförlitligheten
- Fyra av kommunerna hade inte dessa orsakskoder i sina verksamhetssystem

Vilken information om öppenvårdsinsatserna kunde då hämtas ur verksamhetssystemen? Det gick att särskilja antalet barn som beviljas kontaktperson/kontaktfamilj respektive intern öppenvård<sup>1</sup>. Däremot fanns inga mer specifika uppgifter i verksamhetssystemen om vilka former av intern öppenvård som barnen och deras familjer beviljats, t ex traditionell familjebehandling och/eller olika manualbaserade insatser som Trygghetscirkeln eller Marte meo. Detta speglar dels att valet av metoder görs av öppenvårdens personal och inte av socialsekreterare, dels att verksamhetssystemen inte är programmerade för sådana uppgifter.

Hudiksvalls och Ljusdals kommuner hade i sina verksamhetssystem ”Avslutorsak” som en obligatorisk uppgift för socialsekreteraren/administratören att ange när ett ärende avslutas. Det verkade även i övriga kommuner vara möjligt att aktivera den uppgiften som tvingande att dokumentera. Samtidigt uppstod frågetecken kring hur tillförlitliga de uppgifterna skulle bli, då socialsekreteraren inte alltid får återkoppling från öppenvården kring varför ett ärende avslutats.

Det visade sig finnas en kommun i länet, Sandviken, som trots att verksamhetssystemen inte stödjer ISU hade lyckats införa en modell för detta som hållit i flera år. Teamledaren i öppenvården har ett samordningsansvar för heltäckande individbaserad statistik över antalet

---

<sup>1</sup> Det senare benämndes lite olika i kommunernas verksamhetssystem; t ex ”Strukturerad öppenvård”.

barn, behovsområden, typ av insats, måluppfyllelse och avslutsorsak. Statistiken fördes till en början i Excel och senare även med hjälp av Socialstyrelsens verktyg SU Pilot. Resultaten sammanställs regelbundet och utgör ett underlag för reflektion kring arbetssätt, behov av kompetens och verksamhetsutveckling.

I övriga kommuner hade man i varierande utsträckning statistik inom öppenvården över antalet barn, kön och ålder, men inte heltäckande uppgifter om insatser och avslutsorsaker.

### **2.3. Vilka öppenvårdsinsatser nämndes?**

Personalen gav exempel på flera olika manualbaserade metoder som används inom öppenvården för barn och unga. Men de framhöll också att merparten av det familjebehandlande arbetet inte är manualbaserat. Det handlar istället om ett individanpassat, ofta systemteoretiskt samt MI<sup>2</sup>- och KBT<sup>3</sup>-inspirerat arbetssätt, i form av samtalsstöd och rådgivning. Insatserna kan riktas både till enskilda individer och till en hel familj.

*”Dom väldigt styrda och omfattande metoderna, t ex IHF<sup>4</sup> använder vi i väldigt liten utsträckning, för dom är inte tillämpningsbara på hela spektrat av behov”*

Vissa av de manualbaserade metoderna/programmen beskrevs följas i sin helhet när de tillämpas. Det vanligaste verkade dock vara ett arbetssätt där familjebehandlarna använder sig av olika metoder i form av en verktygslåda / smörgåsbord att plocka ifrån, för att anpassa på ett unikt sätt till varje klients / familjs situation.

Det är främst yngre, mer oerfarna medarbetare som gärna vill ha en särskild metod att hålla sig till i arbetet, menade några av informanterna. Andra höll inte med om det, utan framhöll att det snarare är individuellt betingat huruvida en familjebehandlare helst följer en hel metod eller snarare använder sig av delar av olika metoder.

Flera av de intervjuade påpekade att det finns relativt få manualbaserade och evidensbaserade behandlingsmetoder vid familjebehandling – att de letat efter sådana men inte hittat. Vissa av metoderna förutsätter även dyr handledning från USA. Ännu svårare upplevdes det vara att hitta relevant forskning om resultaten av olika former av icke manualbaserad familjebehandling. Även kunskap om vad insatserna kontaktperson och kontaktfamilj leder till efterfrågades.

*”Det finns evidensbaserade metoder för vissa små målgrupper, men vi har 80 % mer verksamhet där vi får famla oss fram”*

*”Missbruk har alltid nån egen racerbana, med pengar och utbildningar och metoder. Men går du till familjebehandling, då är det 'finns i sjön'. Man får vaska och plaska och snickra”*

---

<sup>2</sup> Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) är en samtalsmetod vid rådgivning och behandling som syftar till att underlätta förändringsprocesser.

<sup>3</sup> Kognitiv Beteendeterapi.

<sup>4</sup> Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling.

På frågan om det finns vissa målgrupper av familjer där kunskapsbehovet är särskilt stort, nämndes flera olika:

- *Föräldrar med svag begåvning.* Hur ska socialtjänsten arbeta med denna målgrupp? Vilka kompetensbehov finns? Hur rimmar insatser till dessa målgrupper med IFO:s traditionella inriktning på mer kortvarig behandling?
- Den stora gruppen *barn där problematiken handlar om omsorgssvikt*
- *Ungdomar med missbruk*
- *Ungdomar med starkt normbrytande beteende*
- *Barn som blivit utsatta för våld.* Hur har vi utrett de ärendena, vad har de fått för insatser, och vilka blev effekterna av dem?
- *Människor från andra kulturer och med andra normer.* Vilka arbetssätt är t ex framgångsrika när det finns andra släktingar än vårdnadshavarna som har ett avgörande inflytande på barnets situation?

Under besöken reflekterade informanterna även kring utvecklingen av det sociala arbetet i stort. Ett par ställde sig frågan hurvida det verkligen blivit bättre för klienterna med utvecklingen mot allt fler manualbaserade metoder, jämfört med tidigare när ”hemma hos:are” var hos familjerna flera dagar i veckan och deltog i vardagliga sysslor som matlagning, handling och samtal. Finns där en risk att vissa familjer, som inte överensstämmer med manualbaserade metodernas snäva målgrupper och/eller inte orkar fullfölja krävande program och frågebatterier, kommer i kläm?

*”Vi har föräldrar som inte fixar IHF till exempel. Dom orkar inte hålla i”*

#### **2.4. Vilka bedömningsinstrument användes?**

För att få fram mätbar kunskap om hur barnens situation förändras under och efter en öppenvårdsinsats, behöver någon form av skattningsinstrument som mäter upplevelsen av t ex livskvalitet användas.

I några av kommunerna beskrev personalen att de använder olika självskattningsinstrument för uppföljning på utredar- och/eller öppenvårdssidan.

*”Det kan till exempel vara tredje gången familjebehandlaren träffar familjen, som alla får besvara frågorna på var sitt håll. Det brukar vara ett bra underlag för att jämföra hur familjemedlemmarna upplever situationen. Ibland får familjerna svara på samma frågor igen i slutet av insatsen, och ofta visar det då på förbättring.”*

Ingen av kommunerna använde dock instrumenten systematiskt, det vill säga för alla eller flertalet klienter. Bedömningsinstrument kunde alltså vara till nytta i enskilda ärenden, men inte för att få fram systematisk kunskap om t ex skillnader i hur barnens situation förändras vid olika typer av insatser.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Jämför en studie av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018:14), som visade att standardiserade bedömningsinstrument användes i nio av de 223 granskade förstagångsutredningarna inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Några uttryckte viss skepsis gentemot bedömningsinstrument, *"Det blir så fint för ögat, att kunna följa - men det kanske tappar dynamik i rummet?"* och ifrågasatte nyttan. Medan vissa av instrumenten man provat, t ex SDQ<sup>6</sup>, upplevts för trubbiga ansågs andra, som ESTER<sup>7</sup>, ha ett alltför snävt fokus och vara sprängfyllda med frågor om barnens beteende när kanske föräldraförmågorna är mer relevanta. Det påpekades också att socialtjänsten inte ska utreda mer än nödvändigt.

Enkäter som mäter klientens upplevelse av insatsen och familjebehandlaren bemötande hade också testats av några men inte fått något genomslag. Motivationen att använda dem beskrevs ha minskat när man inte gjorde något med resultaten.

### 3. Öppenvårdsinsatser för barn och unga – nationell kontext

Antalet barn i Sverige som får behovsprövade öppenvårdsinsatser har ökat under senare år och utgör en större grupp än de som placeras enligt SoL eller LVU (Socialstyrelsen 2020a). I Gävleborgs län beviljades under 2019 enligt nationell statistik 1628 barn ett ”strukturerat öppenvårdsprogram” eller ”behovsprövat personligt stöd” enligt 4 kap. 1 § SoL<sup>8</sup> (Socialstyrelsen 2020). Vid kartläggningen i länet framgick att dessa två kategorier inte är något som verksamheterna i praktiken gör skillnad på, utan där inryms alla behovsprövade öppenvårdsinsatser förutom kontaktperson/familj.

I riket som helhet utgör pojkar en större andel (55 %) än flickor (45 %) av dem som beviljas strukturerat öppenvårdsprogram eller personligt stöd (Socialstyrelsen.se 2020).<sup>9</sup>

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser för unga inrymmer allt från allmänt förebyggande arbete till hemmaplanslösningar i syfte att ersätta institutionsvård för barn (Socialstyrelsen 2006). Oftast ingår i beskrivningen av öppenvårdens insatser både de behovsprövade och de som ges som serviceinsatser, dvs utan myndighetsbeslut och krav på registrering och uppföljning av barnet/familjen. Nationella och regionala kartläggningar har visat på en mångfald av arbetssätt, insatser och metoder, där gränsdragningen mellan prevention, behandling, stöd och kontroll ofta är flytande (Socialstyrelsen 2006; Östberg 2015:7; SBU 2018). Gränserna för vilka insatser som är biståndsbedömda respektive ges som service är inte heller självklara och kan skilja sig mellan olika kommuner (Östberg 2015:7).

Socialstyrelsens nationella kartläggning visade att den vanligaste öppenvårdsinsatsen var ”enskilt samtalsstöd” till familjer/föräldrar eller till barn/ungdomar själva (Socialstyrelsen 2006). ”Familjebehandling” används ofta som ett samlingsbegrepp för olika typer av öppenvårdsinsatser riktade till barn och deras familjer (Östberg 2015:42). Familjebehandling grundar sig i kommunikations- och systemteori och kan innefatta olika behandlings- och stödformer (Hansson 2001). Exempel är samspelsbehandling mellan föräldrar och barn, enskilt

---

<sup>6</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire är ett bedömningsinstrument som kan användas för att skatta barns och ungdomars psykiska hälsa (Uppdrag psykisk hälsa 2017).

<sup>7</sup> Evidensbaserad systematisk bedömning av risk- och skyddsfaktorer för att bedöma barn och unga som uppvisar, eller är i riskzonen för, normbrytande beteende (Uppdrag psykisk hälsa 2017).

<sup>8</sup> Därutöver beviljades 614 barn i länet kontaktperson-/familj eller särskild kvalificerad kontaktperson, vilket också är en form av behovsprövad öppenvårdsinsats.

<sup>9</sup> Avser barn 0-20 år som beviljades dessa insatser någon gång under 2019.

stöd till barn, unga och föräldrar, nätverksarbete, praktiskt stöd mm (Sjöblom & Wiklund 2012, i Östberg 2015:42). Förhållningssättet innebär att se individens problem i ett familjeperspektiv, med fokus på att försöka påverka relationerna inom familjen till det bättre.

Östberg (2015) påpekar att flera av behandlingsmetoderna och påverkansprogrammen som används inom socialtjänstens öppenvård är dyra och att få av dem har vetenskapligt belagda effekter. Även SBU (2018) konstaterar i en systematisk översikt att de flesta öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten och BUP som används vid våld och försummelse mot barn inte har prövats vetenskapligt för den aktuella målgruppen, varken i Sverige eller i andra länder.<sup>10</sup> Även när vetenskapliga studier av manualbaserade metoder som t ex KIBB<sup>11</sup> genomförts, räcker oftast inte det vetenskapliga underlaget till för att avgöra om insatsen har effekt och därmed kan betecknas som evidensbaserad (SBU 2018:10).

Välgjorda effektstudier förutsätter forskningsupplägg med väl avgränsade målgrupper, insatser och utfallsmått samt kontrollgrupper (RCT-studier). Sådana studier är svåra att genomföra inom det komplexa, individanpassade sociala arbetet, och det kan därför ifrågasättas om de ens är lämpliga att genomföra i syfte att få mer kunskap om nyttan av insatserna som barn och familjer får i praktiken (Östberg 2015:26; Hydén 2008). Att systematiskt följa upp individer på lokal nivå kan vara att föredra. Då behöver dock själva innehållet i insatserna definieras och dokumenteras på ett enhetligt sätt, vilket ofta saknas idag (Östberg 2015:27).

I SKR:s utvecklingsprojekt ”Webbkollen Barn och unga” var målsättningen att bidra till ökad kunskap om resultat i den sociala barn- och ungdomsvården (SKL 2018). Där testade socialsekreterare i 12 kommuner att registrera ett urval av de så kallade BBIC<sup>12</sup>-variablerna för systematisk uppföljning som handlade om barnens problematik, insatser och resultat. Deltagarna upplevde att de flesta variabler var relevanta och intressanta för att följa upp verksamheterna. Vissa svarsalternativ, bland annat de som angav vilka öppenvårdsinsatser barnen beviljats, uppfattades dock som mindre användbara. De motsvarade inte de insatser som faktiskt erbjuds, t ex olika former av familjebehandling (SKL 2018:35).<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> De vanligaste insatserna för målgruppen var stödsamtal, Trappan, Marte Meo och KIBB.

<sup>11</sup> Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel.

<sup>12</sup> Barns Behov I Centrum. Ett arbetssätt för socialtjänstens barn- och ungdomsvård, med en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen.

<sup>13</sup> Förutom olika former av kontaktperson och kontaktfamilj specificerades i BBIC-variablerna bara ”Strukturerat öppenvårdsprogram”, ”Behovsprövat personligt stöd” och ”Annan öppenvårdsinsats”.

## 4. Utvecklingsarbetet i Gävleborg

Resultaten från kartläggningen i länet återkopplades till berörda chefer i länet. I samråd med dem beslutades nästa steg: Att våren 2019 bilda en arbetsgrupp under FoU Välfärds ledning. Arbetsgruppen skulle ta fram förslag på gemensam datainsamling och verka för en länsövergripande modell för systematisk uppföljning av öppenvårdsinsatserna till barn och unga. Gruppen bestod inledningsvis av några chefer från utrednings- och öppenvårdssidan, socialsekreterare, familjebehandlare, verksamhetsutvecklare samt experter på Treserva respektive ProCapita.

Gruppen arbetade med tre spår. Det första handlade om att testa att lägga in gemensamma avslutsorsaker i verksamhetssystemen. Det andra spåret var att testa appen OmMej<sup>14</sup>, som är tänkt att bidra till systematisk kunskap om barns egna upplevelser av sina behov och resultaten av insatserna. Det tredje spåret, som är i fokus i denna rapport, handlade om att utarbeta ett formulär, ”SU-X” (se Bilaga 1), där uppgifter om barnens problematik, insatser och avslutsorsaker fylls i av personal vid öppenvårdsverksamheterna.

Varför landade då arbetsgruppen i att öppenvården skulle börja registrera dessa uppgifter? För det första visade kartläggningen i länet att det inte var möjligt att ur verksamhetssystemen få fram systematisk kunskap om barnen som beviljas öppenvårdsinsatser. För det andra framkom att socialsekreterarna redan ägnar en stor del av sin arbetstid åt dokumentation, inte minst inom BBIC. Inom öppenvården var däremot den befintliga dokumentationen inte lika omfattande och styrd, och flera hade provat lite olika sätt att föra statistik över sina målgrupper och insatser men inte riktigt landat i en hållbar variant. Det fanns därför ett intresse att få ”draghjälp” från FoU Välfärd och arbetsgruppen för att hitta en gemensam modell.

Arbetsgruppen har varit engagerad i att formulera variablerna i SU-X med tillhörande svarsalternativ och att definiera dem så tydligt som möjligt (se Bilaga 2). Hösten 2019 blev Söderhamn pilotkommun, då en ansvarig familjebehandlare (rapportens tredje författare) började använda formuläret för att registrera avslutade ärendena. Hon tog även i samråd med FoU Välfärd fram ett användarstöd för dem som registrerar i SU-X (Bilaga 2).

Under 2020 började även Ovanåker och Hudiksvall använda formuläret. I samband med det bildades en ”subgrupp” till arbetsgruppen för dem som ansvarar för att fylla i uppgifterna.<sup>15</sup> Där stöts och blöts funderingar kring ifyllandet av formuläret. Strävan är att nå så god reliabilitet som möjligt. Hittills är det endast en person inom varje öppenvårdsverksamhet som fyller i uppgifterna för samtliga barn, i samråd med berörd familjebehandlare. Det stärker reliabiliteten, men innebär samtidigt en sårbarhet.

---

<sup>14</sup> OmMej är ett digitalt verktyg där barnet svarar på frågor om sin situation och sina upplevda behov av stöd.

<sup>15</sup> Från våren 2021, när projektet går in i en mer förvaltande fas, har den ursprungliga arbetsgruppen upplösts. Istället utgörs arbetsgruppen nu av de personer som har ansvar att fylla i formuläret SU-X och vid behov kan även t ex verksamhetsutvecklare eller chefer delta. Därutöver kommer samtliga öppenvårdschefer och verksamhetsutvecklare att bjudas in till årliga träffar där resultaten från sammanställningarna visas som underlag för erfarenhetsutbyte och reflektion.

Sedan januari 2021 registrerar även Sandviken, Ockelbo och Ljusdal uppgifter i SU-X vilket innebär att i dagsläget (april 2021) sex av de tio kommunerna i Gävleborg deltar.<sup>16</sup> Avsikten är att under 2021 bjuda in resterande fyra kommuner att ansluta.

#### 4.1. Om variablerna i formuläret SU-X

Utmaningen har varit att hitta en balans mellan att i formuläret SU-X inkludera så få variabler som möjligt, för att öka chansen till uthållighet i registreringen över tid, och samtidigt tillräckligt många uppgifter för att få fram intressant kunskap.

I SU-X ska den problematik hos barnet/föräldrarna som beskrivs i uppdraget från socialsekreteraren och som är relevant för målen för öppenvårdsinsatserna anges. Det är alltså inte familjebehandlaren egen bedömning och inte heller barnet eller föräldrarna som är primära källor här. För att öka jämförbarheten med orsakerna till att barnen anmälts till socialtjänsten, ligger benämningen på problemen så nära länets kommuners aktualiseringsskäl som möjligt (se Åsbrink 2020:47). En viktig skillnad är att i SU-X kan upp till tre problem anges, medan endast en anmälningsorsak kan uppges i verksamhetssystemen.

Ytterligare en utmaning har varit att formulera fasta svarsalternativ för de olika behovsprövade öppenvårdsinsatserna som barnen erhåller. Arbetsgruppen landade i att ”manualbaserad metod” kryssas för om en sådan fullföljts till minst hälften, och att namnet på metoden specificeras i fritext.<sup>17</sup> Svarsalternativet ”Traditionell familjebehandling” är en bred kategori. Utifrån att det är en situationsanpassad insats, tänkt att kontinuerligt anpassas till varje barns och familjs unika behov, bedömdes det inte fruktbart att försöka bryta ner den insatsen i underkategorier. Istället har en process påbörjats att kvalitativt beskriva den traditionella familjebehandlingens komponenter och reflektera kring de underliggande teoretiska och normativa utgångspunkterna.

Deltagarna i arbetsgruppen har beskrivit att traditionell familjebehandling präglas av ett systemteoretiskt och salutogent synsätt, och ofta grundar sig på anknytningsteorier, såsom strävan att väcka föräldrars empatiska förmåga. Vidare kan förhållningssättet beskrivas som MI-inspirerat. Den teoretiska grunden kan sägas utgöra ett ”skal”, som den enskilda familjebehandlaren sedan fyller med mer praktisk kunskap hämtad från utbildningar, egen yrkeserfarenhet, kollegors kunskaper och personliga erfarenheter.

Inom traditionell familjebehandling fullföljs inte hela manualbaserade metoder, utan istället använder sig familjebehandlaren av delar av olika metoder, i strävan att hitta den unika blandning som passar varje familj bäst. Att löpande stämna av och reflektera kring om arbetssättet gagnar familjen eller något behöver ”skruvas om” för att komma framåt, är centralt. Fingertoppskänsla och det mellanmänniska, kvalitativa samspelet; den allians som uppstår mellan familjebehandlaren och familjen, ses som viktig – viktigare än själva metoden. Interaktionen med och observationen av samspelet i familjen kan ske i många olika

---

<sup>16</sup> Formuläret har i samråd med arbetsgruppen reviderats i december 2019 och december 2020. Formuläret i Bilaga 1 gäller från 2021 och innehåller några mindre justeringar av 2020 års variabler, vilka datasammanställningarna i denna rapport bygger på.

<sup>17</sup> Observera att även verksamheternas egna utarbetade metoder ingår i ”manualbaserade”, såvida de beskrivs i manualer eller riktlinjer på ett sätt som gör att andra kan upprepa dem.

sammanhang, t ex samtal i öppenvårdens lokaler, besök i familjens hem eller vid aktiviteter någon annanstans.<sup>18</sup>

För att få kunskap om *effekterna* av en insats krävs som nämnts vetenskapliga studier med kontrollgrupp. För att kunna bedöma om målet med en insats uppfyllts bör egentligen barnet självt vara den primära källan, genom att t ex erbjudas beskriva sin situation före och efter insats. Användningen av självskattningsinstrument eller exempelvis appen OmMej sker dock endast sporadiskt, och kan i dagsläget inte bidra med kunskap till individbaserad systematisk uppföljning av samtliga ärenden inom en öppenvårdsverksamhet.

Därför landade arbetsgruppen vid formulering av avslutsorsaker i det breda svarsalternativet ”Målet/målen med insatsen helt eller delvis uppfyllda”, som baseras på familjebehandlaren bedömning, om möjligt i samråd med familjen. Svaret är tänkt att ge en indikation på om insatsen bidragit till förändring eller inte. De övriga avslutsorsakerna baseras på BBIC-variablerna samt SKL:s förslag till generella variabler för uppföljning i verksamhetssystemen (Socialstyrelsen 2018; SKL 2019).

#### **4.2. Tekniska och juridiska förutsättningar**

Formuläret SU-X finns i ett dataprogram kallat SUREg, som tagits fram av Socialstyrelsen i syfte att underlätta individbaserad systematisk uppföljning inom socialtjänsten (Kunskapsguiden.se 2021). Gävleborg fick möjligheten att bli ett pilotlän inom ramen för utvecklingen av SUREg, vilket bland annat inneburit att vi fått hjälp att skraddarsy formulär och att testa funktionen för export av data i krypterad form från kommunerna till FoU Välfärd.

Det finns lagstadgade krav på att socialtjänsten systematiskt följer upp och utvärderar den egna verksamheten, för att kunna utveckla och säkra kvalitén (Socialstyrelsen 2019). Ofta är det nödvändigt att kunna behandla personuppgifter på individnivå för det ändamålet. Socialstyrelsen har bedömt att behandlingen av personuppgifter för systematisk uppföljning på individnivå sker med stöd i SoLPuL och 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453). Att GDPR införts ändrar inte på detta, men däremot ställer GDPR skärpta krav på dataskydd (Socialstyrelsen 2019). Detta är något som Socialstyrelsen beaktat när de utvecklat programmet SUREg. T ex kan varje person som matar in uppgifter bara se sina egna ärenden och uppgifterna som registreras i varje ärende krypteras (Socialstyrelsen 2021). Det är också viktigt att kontinuerligt reflektera kring vilka uppgifter som verkligen behöver samlas in och kommer till användning i kvalitetsarbetet. Uppföljningarna ska vara avgränsade och ha tydliga syften, då personuppgifter inte får behandlas i onödan (Socialstyrelsen 2021).

Även om uppgifterna som skickas till FoU Välfärd inte innehåller namn eller personnummer utan bara ett ärende-id, är de att betrakta som personuppgifter så länge som kommunerna kan koppla ärende-id till ett faktiskt barn med hjälp av en kodnyckel. Uppgifterna i kodnyckeln

---

<sup>18</sup> I dataunderlaget som redovisas här ingår även praktiskt stöd till ungdomen själv i ”Traditionell familjebehandling”. Det kan t ex handla om att ungdomen just flyttat hemifrån och behöver stöd i att hitta fungerande vardagsrutiner. I det reviderade formuläret från 2021 har ett till svarsalternativ, ”annan ej manualbaserad insats” lagts till för att skilja ut den typen av insatser.



raderas efterhand, men för att garantera en säker hantering har berörda kommuner upprättat personuppgiftsbiträdesavtal med FoU Välfärd.

### **4.3. Om roller, hinder och glädjämnen under processens gång**

FoU Välfärd har en processledande och stödjande roll i arbetet. Det innebär att hålla i regelbundna möten för deltagarna från kommunerna, ge råd vid installationen av programmet SUReg (vid behov via direktkontakt med IT-person i kommunen) och stödja de personer som respektive chef utsett i att börja registrera i SU-X. Dessutom sammanställer FoU Välfärd regelbundet de inmatade uppgifterna och återför resultaten. De deltagande kommunerna har uppskattat stödet från regional nivå, och några uttrycker att de knappast hade nått hela vägen fram till användbara datasammanställningar på egen hand. Brist på tid och kompetens skulle blivit hinder.

Medan installationen av programmet SUReg gått smidigt i vissa kommuner, har processen i andra kantats av tekniskt strul kring paketering, programmets placering och användarnas behörighet till rätt mapp. Arbetsgruppens möten har utgjort fora för intressanta reflektioner och erfarenhetsutbyten kring öppenvårdens målgrupper och vad som är det familjebehandlande arbetets kärna. Deltagarna från Sandviken, som hade bedrivit ISU i flera år, valde att ansluta till arbetet och justera sina variabler då de såg en vinst i möjligheterna till jämförelse med andra kommuner.<sup>19</sup>

Deltagarna har skildrat hur arbetet med SU-X bidrar till att synliggöra inte bara utvecklingsmöjligheter, utan också allt det goda familjebehandlande arbetet som sker. När den som ansvarar för ifyllandet (t ex teamledare) träffar berörd familjebehandlare för att gemensamt fylla i hans ärenden, innebär det en värdefull liten reflektionsstund där familjebehandlaren kan få bekräftelse på det utförda arbetet. Annars tenderar ofta de ärenden där det inte gått/går så bra att vara i fokus för uppmärksamheten.

Vid en årlig nätverksträff i början av 2021 för samtliga familjebehandlare i länets norra kommuner diskuterades hur medarbetare som inte är direkt involverade i projektet upplever arbetet med SU-X. Erfarenheterna var överlag positiva, och man såg det inte som belastande att regelbundet, ca en halvtimme varje månad, träffa den ansvariga ifyllaren för att gå igenom sina avslutade ärenden. Några skildrade att ”det ger någonting tillbaka”, att ha sammanställningarna att reflektera utifrån vid arbetsplatsträffar. Det blir exempelvis tydligt vilka ens målgrupper är och vilka metoder som används, respektive vilka som personalen kanske gått utbildning i men inte använder.

En av deltagarna uttryckte att hen först tyckte dokumentationen i SU-X verkade jobbig – ”en sak till vi ska lägga tid på” – men nu upplever det givande och att det kan bli ett ”kvitto på att vi jobbar rätt.”

*”Tidigare var det lite luddigt, vad vi familjebehandlare håller på med. Nu blir det tydligare, vi kan visa även för politiker vad vi gör”*

---

<sup>19</sup> Socialstyrelsen bistod i att ta fram ett särskilt formulär för Sandviken, där fler variabler än SU-X ingår, vilka kommunen följt under flera år.

## 5. Resultat från SU-X 2020

### 5.1. Bakgrund dataunderlaget

Dataunderlaget består av de ärenden som avslutades under 2020 inom socialtjänstens behovsprövade öppenvård för barn och unga i Hudiksvall, Ovanåker och Söderhamn.<sup>20</sup> Totalt ingår 214 barn, varav 100 flickor och 114 pojkar. I genomsnitt var barnen inskrivna i 215 dagar. Söderhamn sticker ut något då den genomsnittliga insatstiden är kortare än för de övriga två kommunerna (se Tabell 1).<sup>21</sup> Medelåldern för barnen vid aktualisering i öppenvården var 9 år. Hudiksvall har en något högre medelålder vid aktualisering jämfört med de övriga två kommunerna.

Tabell 1. Bakgrundsinformation dataunderlaget

Kommun	Flickor	Pojkar	Medelålder vid aktualisering i öppenvården	Min-ålder	Max-ålder	Genomsnittlig inskrivningstid (dagar)
Söderhamn	46	44	8,9	0	18	155
Ovanåker	22	22	8,6	0	19	257
Hudiksvall	32	48	10,5	0	17	260

#### 5.1.1. Barnens olika problemområden

I formuläret SU-X (se Bilaga 1) kan verksamheterna ange upp till tre olika problemområden för respektive barn, baserat på informationen i uppdraget till öppenvården.<sup>22</sup> Det totala antalet angivna problemområden uppgår till 426 stycken medan antalet barn endast är 213.<sup>23</sup> Det genomsnittliga antalet problemområden per barn är därmed 2.

”Bristar i fostrar-/föräldraförmåga” är det problemområde som förekommer överlägset flest gånger, närmare bestämt hos 57 % av barnen. Den näst vanligaste problematiken är ”relationsproblem i familjen”, vilken förekommer hos 30 % av barnen (se Diagram 1).

<sup>20</sup> I Söderhamn avslutades ett ärende och i Hudiksvall fyra ärenden som inte registrerats i SU-X.

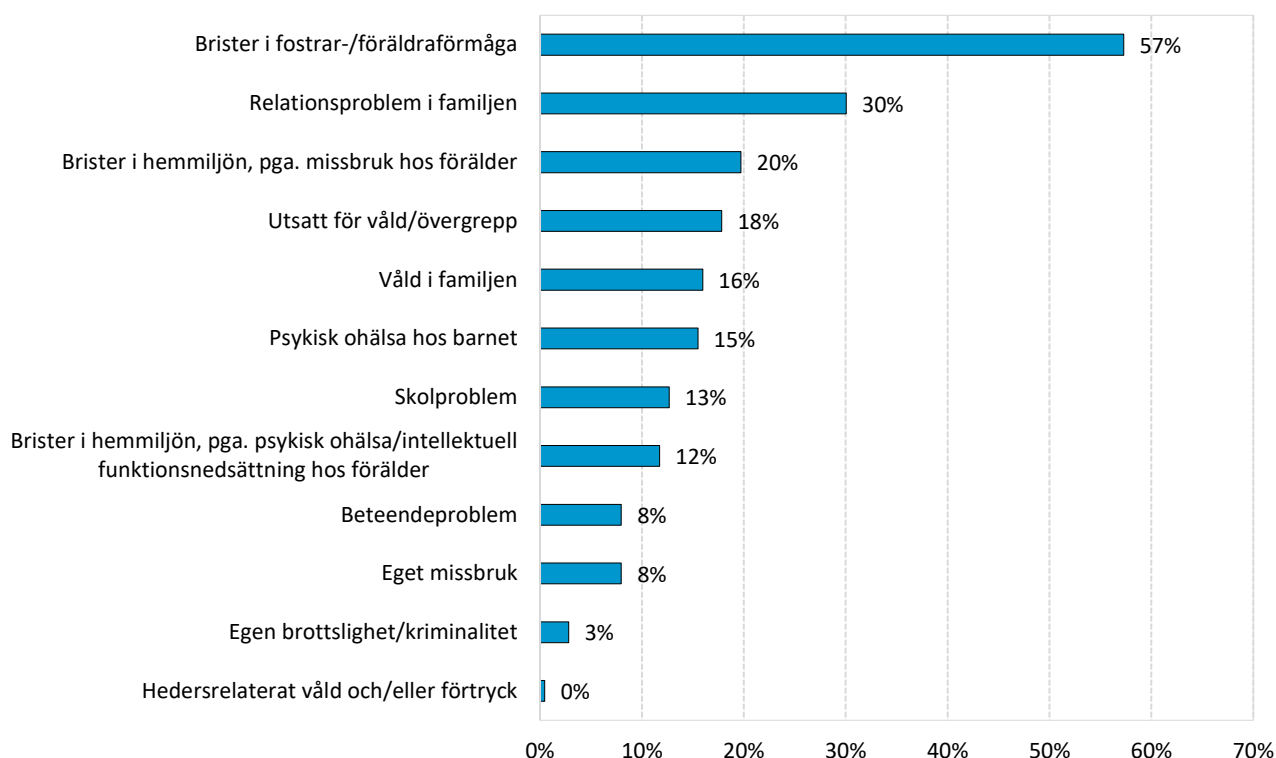
<sup>21</sup> Detta speglar delvis att relativt många av barnen i Söderhamn fick krisstöd, vilket oftast är en kort insats. Krisstöd ingick inte bland de insatser som registrerades i Hudiksvall (men dock för Ovanåker).

<sup>22</sup> Se även definitioner av problematik i Bilaga 2.

<sup>23</sup> 214 ärenden registrerades men för 1 barn saknas uppgifter om problematik.

Diagram 1.

**Hos hur stor andel av barnen förekommer olika problem?  
(Antal problemområden=426, antal barn=213)**



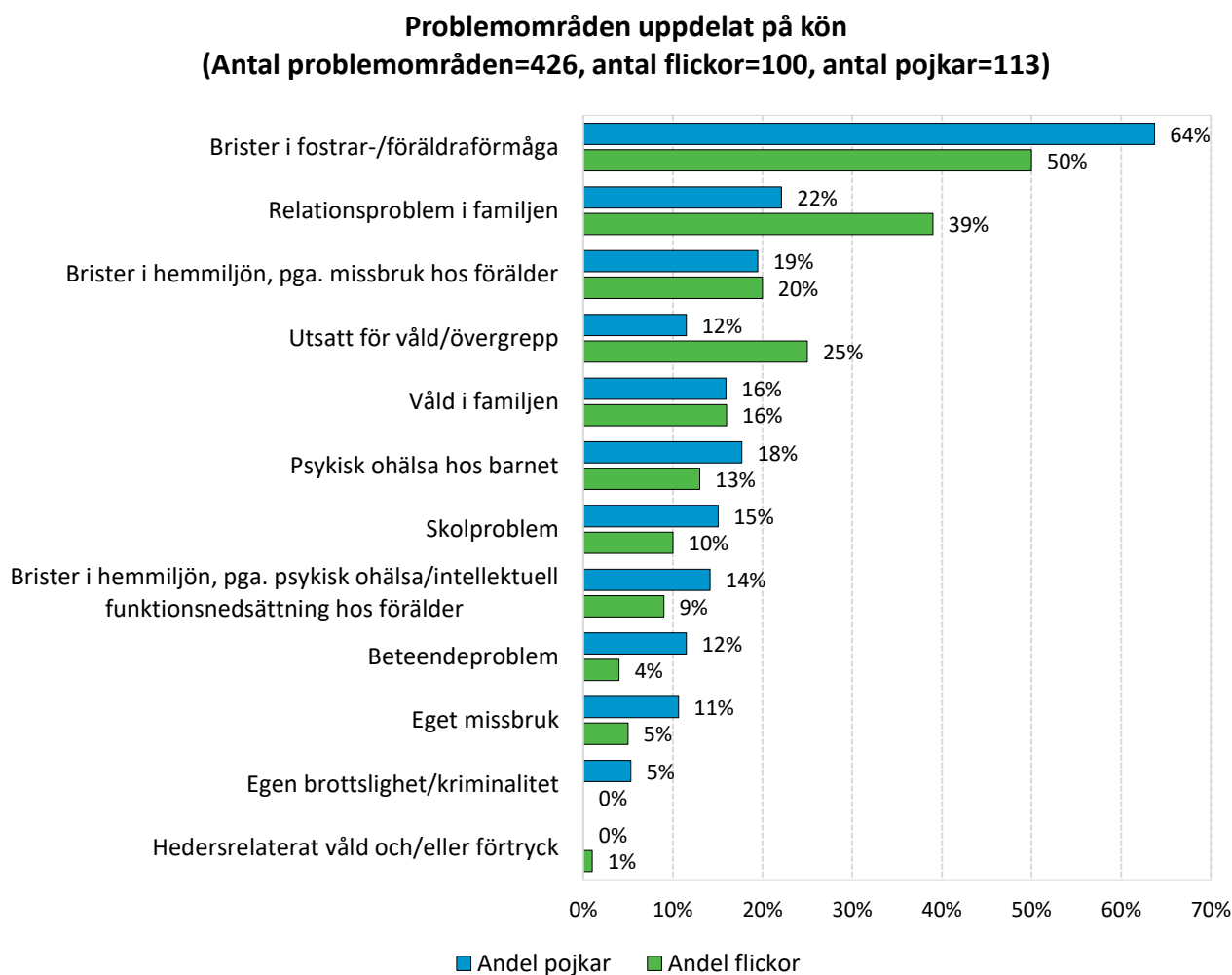
Hur skiljer sig då förekomsten av olika problemområden i detta dataunderlag från deras förekomst som orsak till att barn anmäls till socialtjänsten i länet? Uppgifter om orsaker till anmälan hämtas som nämnts ur kommunernas verksamhetssystem och sammanställs i årliga rapporter (Åsbrink 2020). De flesta problemområden är mer vanligt förekommande i detta dataunderlag än som orsak till att barn anmäls till socialtjänsten (ibid). Detta är förväntat, eftersom endast ett enda problem kan uppges som orsak när ett barn anmäls medan upp till tre olika problem kan anges i formuläret SU-X.

Det finns dock två problemområden, "Beteendeproblem" och "Egen brottslighet/kriminalitet" som är mer vanligt förekommande bland anmälningsorsakerna (Åsbrink 2020) än i detta dataunderlag. Det speglar förmodligen att risk- och skyddsfaktorer är centrala i BBIC-utredningen och barnets beteende betraktas som ett symptom på en familjerelaterad problematik. Deltagarna i arbetsgruppen beskrev att även om t ex egen brottslighet finns med i bilden, är det ofta andra problem, såsom brister i hemmiljön, relationerna i familjen och ungdomens mående som är primära och därmed lyfts fram mest i uppdragen till öppenvården.

### 5.1.2. Problemområden uppdelat på kön

Förekomsten av olika problemområden skiljer sig delvis mellan könen (se Diagram 2). "Brister i fostrar/föräldraförmåga", "beteendeproblem", "eget missbruk" och "egen brottslighet/kriminalitet" är problemområden som anges i större utsträckning hos pojkarna jämfört med flickorna. Samtidigt är det vanligare att "relationsproblem i familjen" samt "utsatthet för våld/övergrepp" anges för flickorna.

Diagram 2.



Även om dataunderlaget är begränsat och inga säkra slutsatser kan dras, är det intressant att reflektera kring dessa könsskillnader. Till att börja med kan vi konstatera att könsskillnaderna vad gäller misstänkt våldsutsatthet och ”Relationsproblem i familjen” inte alls är lika framträdande om vi ser till barnen generellt sett som anmäls till socialtjänsten i länet.<sup>24</sup> Även i den sk SAVE-studien som omfattar 15 kommuner (Persdotter & Andersson 2020) framkom att andelen pojkar och flickor som aktualiserades till socialtjänsten efter anmälan om misstänkt våldsutsatthet var liknande. Däremot visade det sig att flickor som efter barnavårdsutredning bedömdes vara i behov av stöd från socialtjänsten beviljades insatser i högre utsträckning än pojkar som hade samma behov (ibid, s 36).

Särskilt stora var skillnaderna i SAVE-studien om även barnens bakgrund beaktades. Bland barnen som bedömts vara i behov av stöd beviljades 68 % av flickorna med nordiskt ursprung öppenvårdsinsatser, jämfört med endast 25 % av pojkarna med ursprung utanför Norden. En något större andel av de senare beviljades istället placering enligt SoL eller LVU, men framför

<sup>24</sup> 54 % av barnen som anmäls pga ”Utsatt för övergrepp” var flickor och 46 % pojkar. Motsvarande andelar för ”Relationsproblem i familjen” var 52 % flickor och 48 % pojkar. Avser barn 0-17 år som anmäls till socialtjänsten i Gävleborg åren 2012-2020 (databearbetning av Per Åsbrink, FoU Valfärd).

allt berodde skillnaden på att vårdnadshavarna och pojkarna själva (ifall de var över 15 år) i betydligt mindre utsträckning gav sitt samtycke till någon insats.

Även en studie av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) visade att andelen pojkar med utländsk bakgrund som beviljades insatser var betydligt lägre än andelen bland övriga barn. Skillnaderna i beslut om insats visade sig inte kunna förklaras av att dessa pojkar hade mindre behov av insatser, utan berodde även här på bristen på samtycke.

Utifrån att det ur ett diskrimineringsperspektiv är viktigt att säkerställa barns jämlika tillgång till socialtjänstens insatser, behöver verksamheterna få kunskap om vilka målgrupper som beviljas vilka insatser. Arbetsgruppen har därför beslutat att föra in en variabel om barnens bakgrund i formuläret SU-X från 2021.

Diagram 2 visar också att ”Relationsproblem i familjen” anges för en betydligt större andel av flickorna än pojkarna. Vad speglar detta? En tolkning skulle kunna vara att flickor i högre utsträckning berättar för socialsekreteraren om sin utsatthet vid starka konflikter mellan föräldrarna, exempelvis vid separation. En annan skulle kunna vara att ”Relationsproblem i familjen” i själva verket inrymmer våldsutsatthet, och att könsskillnaderna därmed speglar samma fenomen som beskrevs ovan, dvs att pojkar som utsatts för våld beviljas insatser i mindre utsträckning än flickor med samma behov.

Den nämnda studien från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018:65ff) visade att misstanke rörande fysiskt våld mot barn var den enskilt vanligaste anmälningsorsaken i de 223 granskade förstagsutredningarna, men bara i en mindre del av utredningarna bekräftade vårdnadshavarna att de använt fysiskt våld mot barnet. De flesta av utredningarna identifierade istället problematik som bristande omsorg, familjekonflikter och psykisk ohälsa hos barnet.

Eget missbruk, beteendeproblem och kriminalitet är betydligt vanligare anmälningsorsaker för pojkar än för flickor i Gävleborg<sup>25</sup>, vilket indikerar att könsskillnaderna för dessa problemområden (Diagram 2) inte är slumpmässiga, trots det låga antalet observationer. ”Brister i fostrarförmåga” är att betrakta som ett symptom på andra problem, såsom förälders missbruk eller psykiska ohälsa, och därför analyseras inte könsskillnaderna där närmare.

### **5.1.3. Kombinationer av problemområden**

I och med att upp till tre olika problemområden kan anges för ett barn är vissa kombinationer av problemområden mer eller mindre vanliga. Av de 426 angivna problemområdena är det endast 64 som inte angetts i kombination med någon annan problematik<sup>26</sup>. Bland barnen som är utsatta för våld anges i ungefär 50 % av fallen inte någon annan problematik, vilket särskiljer sig från de resterande problemområdena vilka till största del förekommer i någon typ av kombination. ”Brister i fostrar-/föräldraförmåga”, vilken är den överlägset mest angivna problematiken, förekommer 89 % av gångerna i kombination med något annat problem.

---

<sup>25</sup> Avser barn 0-17 år som anmälts till socialtjänsten i Gävleborg åren 2012-2020 (databearbetning av Per Åsbrink, FoU Välfärd).

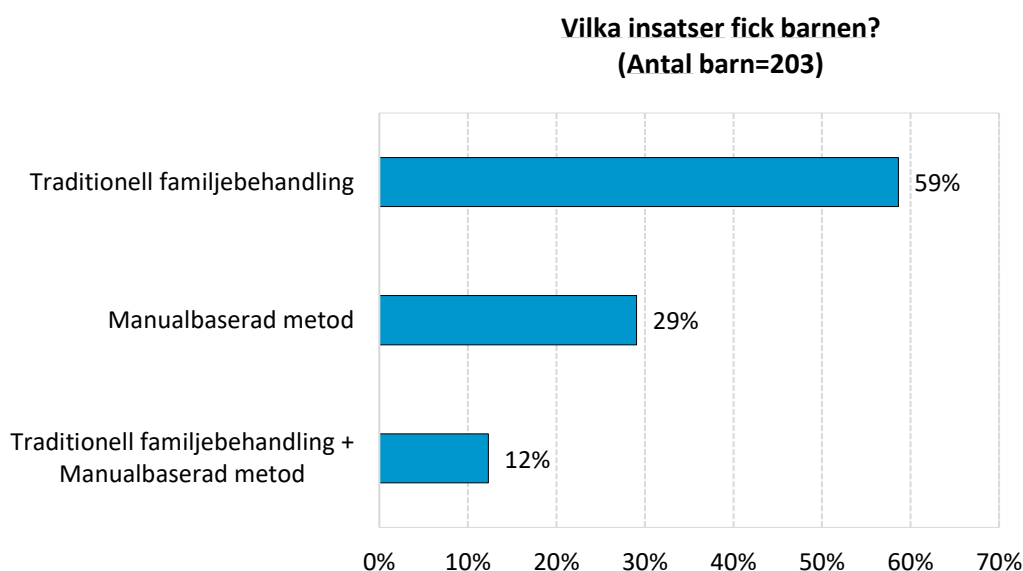
<sup>26</sup> För detaljer, se Bilaga 3.

Eftersom ”Brister i fostrar-/föräldraförmåga” kan ses som ett symptom snarare än en kärnproblematik har vi valt att inte analysera det problemet och vilka det förekommer i kombination med mer ingående. ”Relationsproblem i familjen” är den näst vanligaste problematiken och anges ofta i kombination med ”psykisk ohälsa hos barnet”. Resterande problemområden har relativt få observationer och det finns även en variation i vilka problem som angetts i kombination med varandra.

## 5.2. Barnens insatser

Den vanligast förekommande insatsen var traditionell familjebehandling, som 59% av barnen fick.<sup>27</sup> Enbart manualbaserad metod gavs till 29% av barnen och 12% fick en kombination av traditionell familjebehandling och manualbaserad metod (se Diagram 4). Vilken typ av insats som ges till barnen skiljer sig inte märkvärt mellan kommunerna. I Söderhamn anges dock enbart traditionell familjebehandling i något lägre utsträckning än i de övriga två kommunerna. Istället är traditionell familjebehandling i kombination med manualbaserad metod något vanligare i Söderhamn.

Diagram 4.



I fritextfält specificerades vilken typ av manualbaserad metod som använts, vilket visas i Tabell 2. ”Krisstöd”<sup>28</sup> är den vanligaste. Även ”Trygghetscirkeln”<sup>29</sup>, ”Bassamtal”<sup>30</sup> samt ”Tryggare barn”<sup>31</sup> är relativt vanliga typer av manualbaserade metoder. Däremot finns skillnader mellan kommunerna vad gäller vilka slags manualbaserade metoder som är vanligast. I Söderhamn

<sup>27</sup> Se definition av insatserna i Bilaga 2 samt i avsnittet ”Om variablerna i formuläret SU-X”.

<sup>28</sup> Här avses krisstöd vid orosanmälan om misstänkt våldsutsatthet, t ex ”Efter barnförhöret” som är en modell för att ge stöd och information till barn och föräldrar i den situationen (Elfström, Landberg & och Olofsson 2017).

<sup>29</sup> Trygghetscirkeln (Circle of Security) är ett anknytningsbaserat föräldrastödsprogram, som syftar till att stödja föräldrar i att nå en fördjupad förståelse för barns behov av känslomässigt stöd från sina föräldrar (Neander & Risholm Mothander, 2015).

<sup>30</sup> Bassamtal är en metod inriktad mot separerade föräldrar med hög konfliktnivå (Uppdrag psykisk hälsa 2017).

<sup>31</sup> Programmet Tryggare barn är inriktat mot föräldrar vars barn orosomålts för misstänkt våldsutsatthet. Barnen involveras genom barnsamtal (Ipsykologi,se 2021)

dominerar krisstöd och ”Trygghetscirkeln” och i Ovanåker ”Tryggare barn”, medan ”Bassamtal”, ”krisstöd” och ”Placeringssamtal”<sup>32</sup> är mest förekommande i Hudiksvall.

Tabell 2.

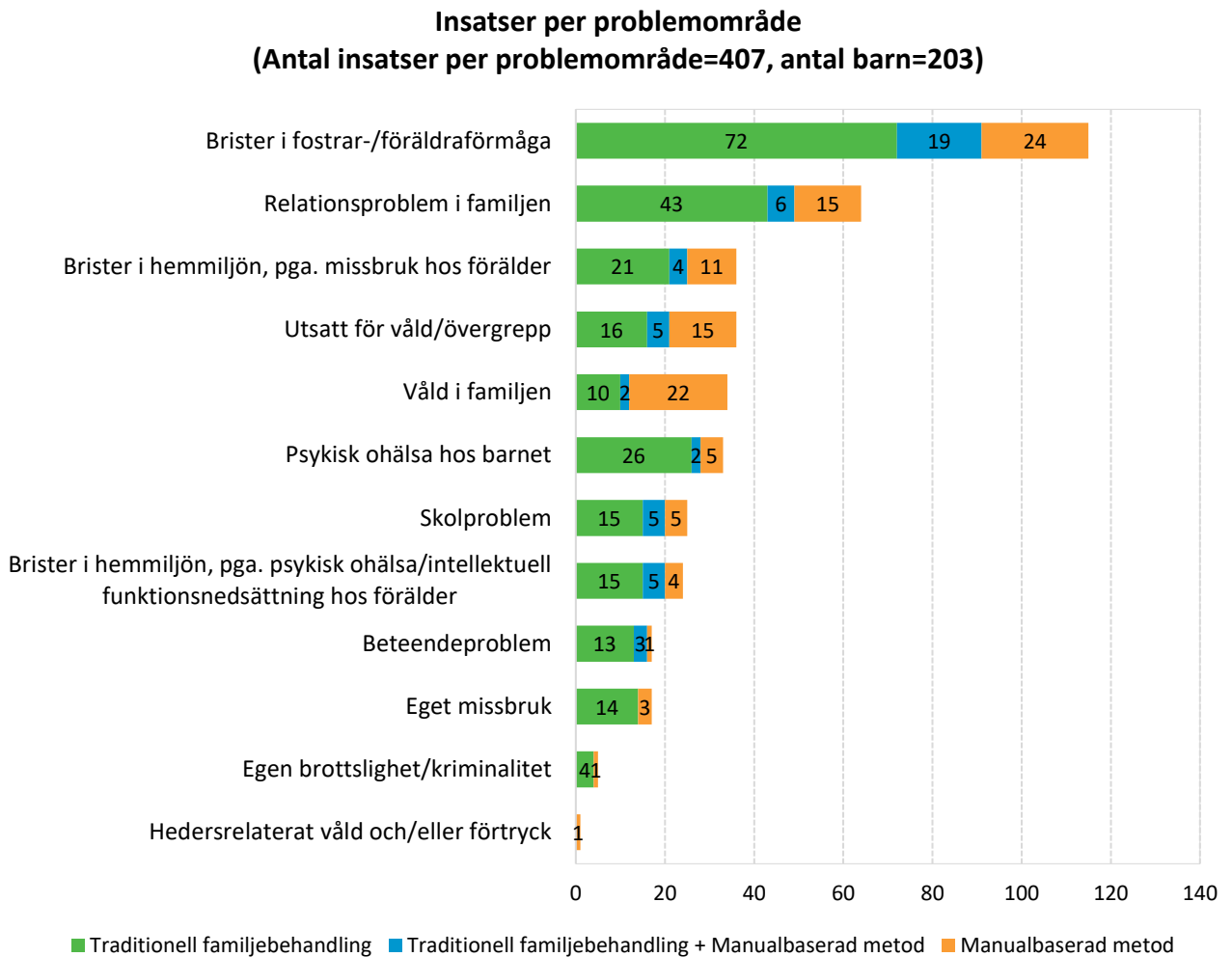
Typ av manualbaserad metod	Antal*
A-CRA	≤4
Bassamtal	<b>11</b>
Föräldraplan	≤4
Hemflyttssamtal efter placering	≤4
IHF	≤4
Jag och min familj	≤4
KIBB	≤4
Krisstöd vid orosanmälan om våld mot barn	<b>24</b>
Marte meo	≤4
Placeringssamtal	≤4
PYC (Parenting young children).	≤4
Påverkansprogrammet	≤4
Samarbetssamtal	≤4
Tryggare barn	<b>11</b>
Trygghetscirkeln	<b>19</b>
Återfallsprevention	≤4

\*Om en manualbaserad metod använts färre än fem gånger har ≤4 angetts i tabellen. På så sätt är det möjligt att redovisa att den manualbaserade metoden använts utan att avslöja exakt hur många som tagit del av den. Detta för att det inte ska vara möjligt att identifiera enskilda barn.

Hur vanligt förekommande de olika insatserna är varierar beroende på problematik. Traditionell familjebehandling är den vanligaste insatsen vid alla problemområden förutom när barnet är utsatt för våld och/eller våld i familjen. Då är manualbaserade metoder vanligare, ensamma eller i kombination med traditionell familjebehandling (se Diagram 5). Framför allt handlar det här om krisstöd och ”Tryggare barn”.

<sup>32</sup> Placeringssamtal är en metod som används i Hudiksvall. Den utgår från KASAM-teorin och syftar till att barnet ska få ett sammanhållet narrativ av sin placeringsprocess. Områden som berörs är barnets upplevelser, orsaker till placeringen, vilket stöd som finns runt barnet och hur det kan uttrycka önskemål och behov.

Diagram 5.



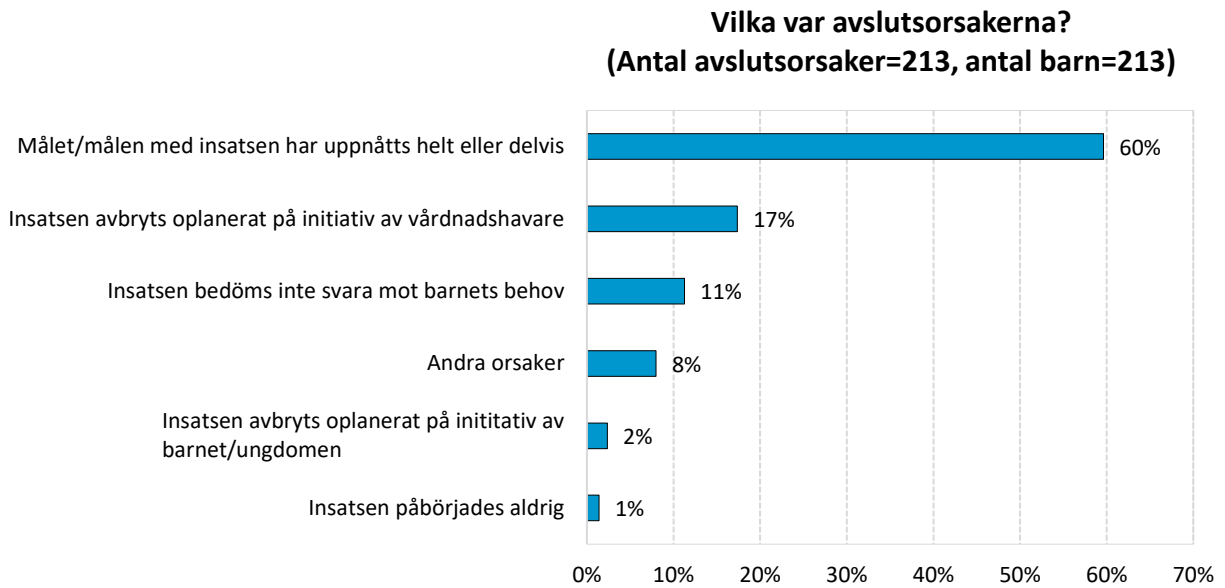
### 5.3. Avslutsorsaker

Verksamheterna har angett den avslutsorsak som stämmer bäst överens med anledningen till att insatsen avslutas inom öppenvården (se Diagram 6). Den vanligaste avslutsorsaken är att målet/målen med insatsen uppnåtts helt eller delvis, vilken angivits i 60% av fallen. Den näst vanligaste avslutsorsaken är att insatsen avbryts oplanerat av vårdnadshavare (17%). I 11% av fallen bedömdes inte insatsen svara mot barnets behov, varav insatsen avslutades.<sup>33</sup> Om inget av de förvalda alternativen anses relevanta anges ”Andra orsaker” och sedan specificeras i fritext den faktiska avslutsorsaken, exempelvis att familjen flyttat från kommunen.

<sup>33</sup> Det kunde handla om att barnet istället behövde placeras eller att BUP eller barnhabiliteringen tagit över eller att barnet beviljats LSS-insatser utifrån en erhållen diagnos. Ibland var inte familjeteamets behandling till gagn för barnet eftersom föräldrarna inte var motiverade till behandling och/eller behövde annat stöd för egna problem. Ibland hade barnets situation försämrats och ytterligare utredning kring behov av andra stöd bedömdes därför nödvändig.



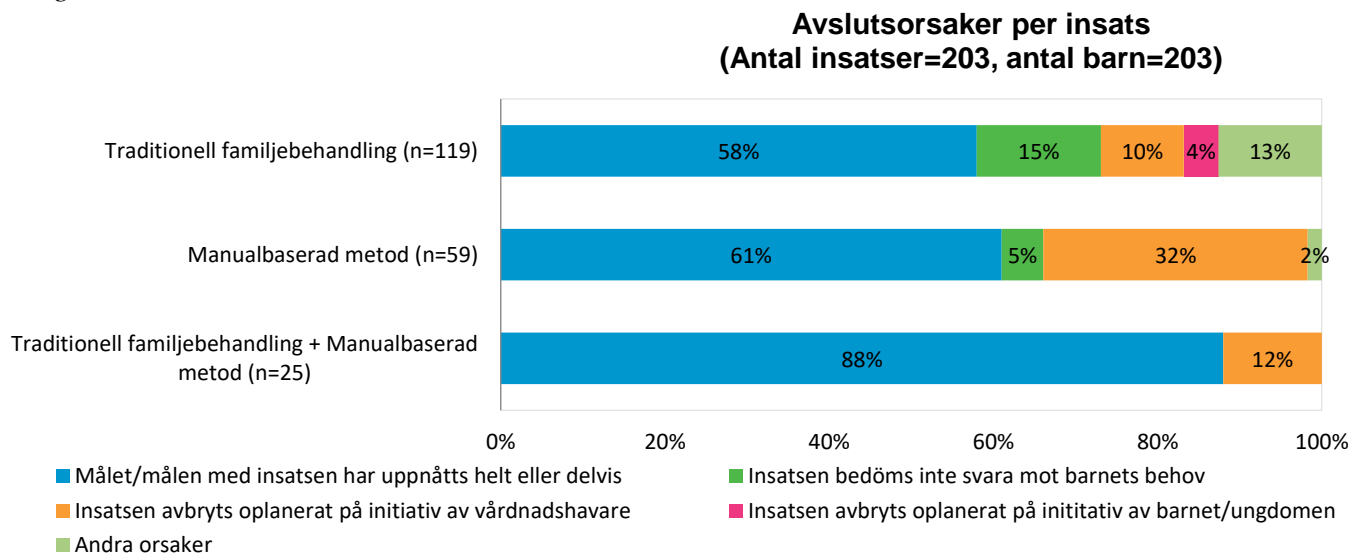
Diagram 6.



Av insatserna traditionell familjebehandling respektive manualbaserad metod var det ungefär en lika stor del av insatserna som avslutades på grund av att målet/målen uppnåtts (se Diagram 7). De övriga avslutsorsakerna vid traditionell familjebehandling är ungefär lika vanligt förekommande. I ärenden där enbart manualbaserad metod användes avslutades en relativt hög andel, 32% av ärendena, på grund av att insatsen avbrutits oplanerat av vårdnadshavare.

Vid traditionell familjebehandling i kombination med manualbaserad metod avslutades 88% av ärendena på grund av att målet/målen uppnåtts. Däremot är det endast 25 stycken ärenden som innefattade denna typ av kombination varav det är viktigt att inte dra alltför stora slutsatser av resultatet.

Diagram 7.



Som nämnts ligger familjebehandlaren bedömning till grund för om målen anses ha uppfyllts, om möjligt i samråd med familjen. Svaret ger bara en viss indikation på att en förbättring av barnets situation kan ha nåtts i och med insatsen. Det är ändå intressant att konstatera att det är ungefär lika vanligt att målen bedöms ha nåtts när familjen fått en manualbaserad metod som vid traditionell familjebehandling. Under senare tid har många manualbaserade metoder lanserats, ofta med en förväntan om att de i högre grad än ”sedvanliga insatser” bidrar till en så kallad evidensbaserad praktik i socialtjänsten (Hydén 2008). Men hur stor är risken att vårdnadshavaren väljer att avbryta insatsen när den är styrd av en manual, jämfört med när insatsen utformas situationsanpassat genom traditionell familjebehandling? Är en kombination av manualbaserad metod och traditionell familjebehandling särskilt framgångsrik? Förhoppningsvis kan detta belysas framöver med hjälp av ett större dataunderlag.

Avslutsorsakerna förekommer i olika utsträckning beroende på problematik. Vid ”Relationsproblem i familjen” avslutades vart fjärde ärende på grund av att vårdnadshavare avbryter insatsen oplanerat. När det förekommer ”Brister i hemmiljö p.g.a. psykisk ohälsa/intellektuell funktionsnedsättning hos förälder”, ”Egen brottslighet/kriminalitet” samt ”Beteendeproblem” är det relativt vanligt att insatsen avslutas då den inte bedöms svara mot barnets behov. Viktigt att notera är dock att antalet ärenden med dessa typer av problemområden är relativt få, med undantag för ”Relationsproblem i familjen”.

Vid återföringen av resultaten diskuterade arbetsgruppen vad det innebär att var fjärde insats där ”Relationsproblem i familjen” finns med i bilden avbryts oplanerat av vårdnadshavaren. Hur kan föräldrar i stark konflikt, t ex efter separation, förmås att se och agera med barnets bästa för ögonen, och hur kan behandlarna ge röst åt barnet i denna konflikt? Och vad händer med barnen när föräldrarna avbryter insatsen?

#### **5.4. Insatsens längd**

Under hur lång tid ett barn får en insats kan bero på flera olika saker, bland annat vilka problemområden och insatser det handlar om.<sup>34</sup> För att se om det finns några skillnader i behandlingstiden mellan de olika problemområdena har vi valt att beräkna mediantiden i dagar. Anledningen till att mediantiden används istället för den genomsnittliga tiden är att problemområdena kan vara flera och om ett problem som generellt har kort behandlingstid kombineras med ett problem som har längre behandlingstid kommer genomsnittet att vara känsligare för dessa variationer jämfört med medianvärdet<sup>35</sup>.

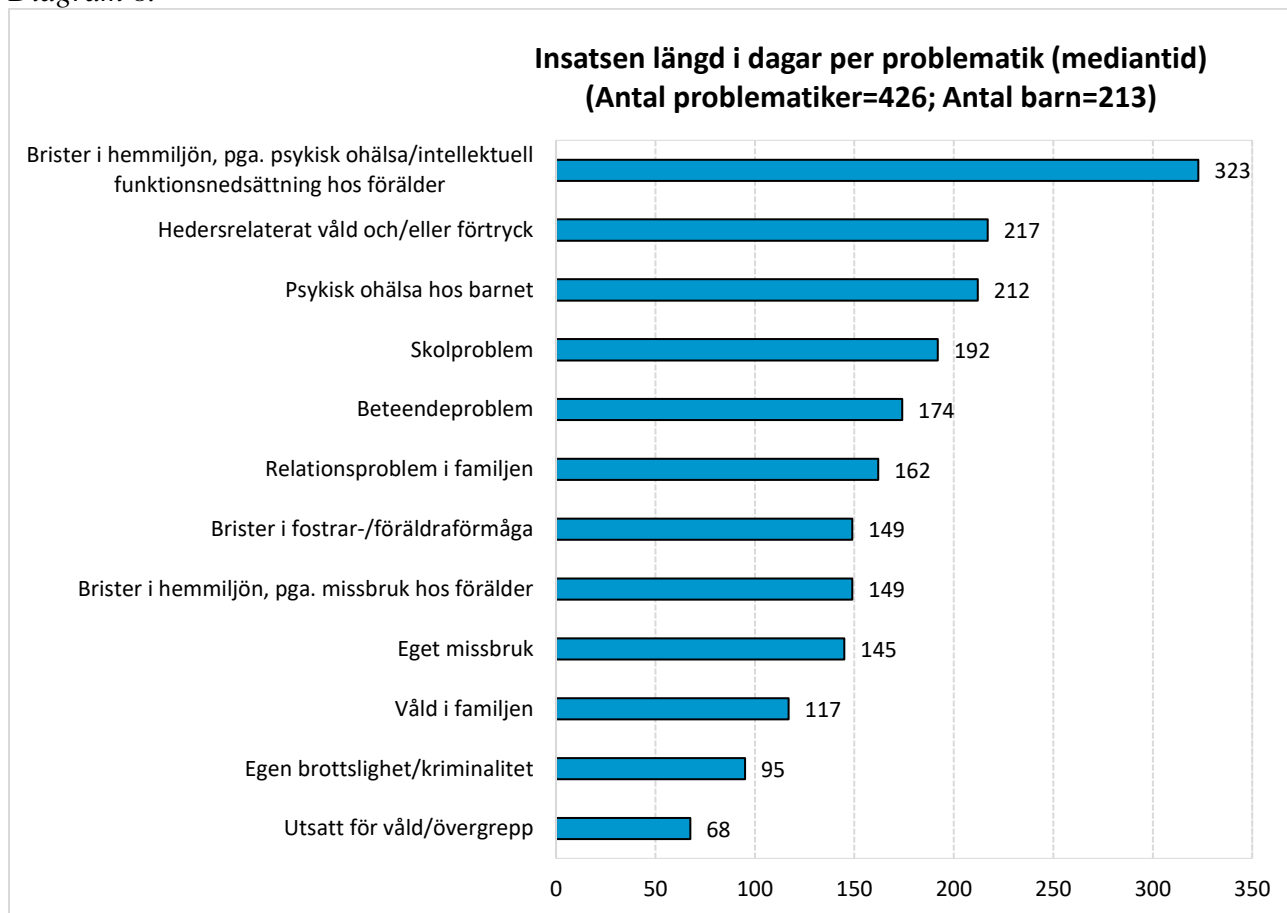
”Brister i hemmiljö p.g.a. psykisk ohälsa/intellektuell funktionsnedsättning” är den problematik där insatsen pågår under längst tid, med en mediantid på 323 dagar.

---

<sup>34</sup> Insatsens längd beräknades som Datum för avslut av insatsen minus Datum då insats i öppenvården påbörjades.

<sup>35</sup> För genomsnittlig tid, minvärde och maxvärde, se Bilaga 3.

Diagram 8.



Vid återföringen av resultaten till arbetsgruppen diskuterades vad detta kan bero på. En orsak skulle kunna vara att föräldrar med psykisk ohälsa oftare avbokar möten och träffar, just på grund av det dåliga måendet. Processen förlängs då. När det gäller föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning, påtalades redan vid kartläggningen att deras i regel långvariga behov av upprätthållande och praktiskt stöd kan upplevas ”krocka” med individ- och familjeomsorgens inriktning på behandling. Vid behandling finns en förväntan om att nå förändring och förbättring av föräldraförmågor, vilket just funktionsnedsättningen ofta sätter gränser för.<sup>36</sup>

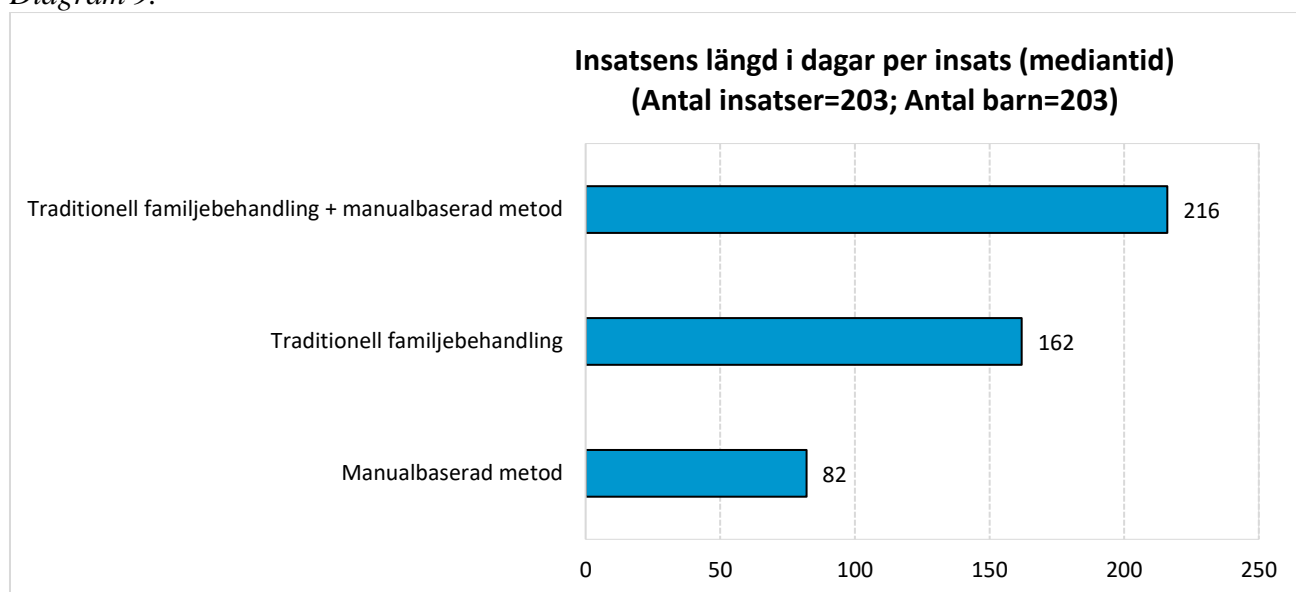
Vid problemområdet ”Utsatt för våld/övergrepp” pågår insatsen under kortast tid, 68 dagar. Detta kan för det första spegla att en relativt stor andel utgörs av krisstöd, vilket i regel ges under högst några veckor. Samtidigt väcker resultaten frågan om våldsutsattheten kunnat avhjälpas med en så kort insats? Ofta torde det finnas behov av en behandlande insats som sätts in efter själva krisstödet. Även behandlande insatser verkar dock vara relativt korta vid våldsutsatthet. ”Tryggare barn” är den vanligast förekommande behandlande manualbaserade insatsen, och har i likhet med andra manualbaserade metoder en kortare insattid än ”Traditionell familjebehandling” (se även Diagram 9).

<sup>36</sup> Från och med 2021 delas förälders ”psykiska ohälsa” respektive ”intellektuella funktionsnedsättning” upp i formuläret, för att få en mer nyanserad bild.

En annan tolkning är, som nämnts, att barn som fått krisstöd återkommer till öppenvården efter fördjupad utredning, men att då ”Relationsproblem i familjen” snarare än våldsutsatthet anges i uppdraget. Barn som har ”Relationsproblem i familjen” har en längre behandlingstid än de som uppgetts vara utsatta för våld (se Diagram 8).

Det finns även viss skillnad i mediantiden mellan de olika insatserna. Traditionell familjebehandling i kombination med manualbaserad metod har längst mediantid, 216 dagar. När enbart traditionell familjebehandling respektive manualbaserad metod förekommit är mediantiden 162 dagar respektive 82 dagar. Även detta speglar att manualbaserade metoder som krisstöd och Tryggare barn är relativt korta.

Diagram 9.



### 5.5. Nya och återkommande ärenden

Ungefär 70 % av barnen vars ärenden avslutades i öppenvården under 2020 hade inte varit aktuella där tidigare. Barnen som varit aktuella minst en gång tidigare var i genomsnitt inskrivna längre jämfört med de som inte varit aktuella. Den genomsnittliga åldern är något högre för de som varit aktuella flera gånger, 11 år, jämfört med de som varit aktuella en gång tidigare och de som inte varit aktuella alls tidigare, 9 år vardera.

Det går inte att urskilja något tydligt mönster för vilka problemområden som är vanligare beroende på om barnen varit aktuella flera gånger, en gång eller ingen gång tidigare. Detta kan bero på att det är relativt få observationer för de som varit aktuella en eller flera gånger tidigare. Det är dock inte säkert att det skulle funnits skillnader i förekomst av olika problemområden beroende på om barnen varit aktuella tidigare eller ej, även om underlaget varit större.

Det tycks dock finnas tendenser till att de som varit aktuella en respektive flera gånger tidigare får traditionell familjebehandling i större utsträckning (67% respektive 76%) jämfört med de som inte varit aktuella tidigare (53%). Underlaget är dock baserat på få observationer för de som varit aktuella en respektive flera gånger tidigare (30 respektive 31 barn).

Tabell 3

Tidigare aktuell	Antal	Genomsnittlig inskrivningstid	Genomsnittlig ålder vid aktualisering
Nej	147	190	9
En gång tidigare	31	273	9
Flera gånger tidigare	36	270	11
<b>Sammanlagt</b>	<b>214</b>	<b>215</b>	<b>9</b>

När resultaten presenterades för arbetsgruppen, var en av reaktionerna att andelen som återkommit flera gånger var lägre än väntat. Det skulle kunna spegla att ärenden där det uppstått många problem tenderar att hamna i fokus för personalgruppens uppmärksamhet, och kan komma att prägla bilden av målgruppen som helhet. Arbetsgruppen diskuterade även att det inte självklart ska ses som ett misslyckande, när familjer återkommer till öppenvården. Att familjer som fått krisstöd återkommer frivilligt för en behandlande insats torde snarare vara en fördel. Det är också naturligt att nya typer av problem och behov att stärka föräldraförmågan uppkommer vartefter barnet växer upp. Men samtidigt bedömdes det viktigt att följa hur stor andel som återkommer och fortsätta bevaka om det finns särskilda problemområden som är överrepresenterade.

## 6. Avslutande diskussion

Utvecklingsarbetet som presenterats här har tagit sin utgångspunkt i kommunernas upplevda behov av mer kunskap om öppenvården för barn och unga.

Ett av verktygen för att stärka kunskapen om målgrupper, insatser och resultat är individbaserad systematisk uppföljning (ISU). På senare tid har ISU allt mer lyfts fram som en viktig kunskapskälla (SOU 2020:47). Detta är kopplat till en strävan att evidensbasera socialtjänsten, där befintlig forskning i alltför liten utsträckning anses bidra med användbar kunskap om de insatser som faktiskt ges (Kunskapsguiden.se 2020b; Hjelte 2017). Lokal systematisk uppföljning framhålls som ett viktigt redskap för att bidra till beprövad erfarenhet och därmed en evidensbaserad praktik (Hjelte 2017; Hasson & von Thiele Schwarz 2017).

Genom det arbete som påbörjats i Gävleborg har vi nått en liten bit på vägen till ökad kunskap om barnen i öppenvården. I dagsläget (april 2021) registrerar sex av kommunernas öppenvårdsverksamheter några enhetliga uppgifter om sina målgrupper, insatser och avslutsorsaker. Utvecklingsarbetet har medfört en ökad samsyn bland deltagarna kring definitionen av barnens olika problemområden och insatser. Processen upplevs av deltagarna ha bidragit till att tydliggöra vad familjebehandling är och de första datasammanställningarna beskrivs vara intressanta som underlag för reflektion och verksamhetsutveckling.

I och med att FoU Välfärd samordnat processen och ansvarat för sammanställningar av de inmatade uppgifterna, har den administrativa bördan för kommunerna minimerats. Tidigare erfarenheter från lokala försök till ISU har visat att chanserna till uthållighet över tid är små på grund av brist på ändamålsenliga verksamhetssystem, tid och kompetens samt behovet att prioritera det klientnära arbetet (se t ex Socialstyrelsen 2020b).

En styrka med den ISU som vi påbörjat i Gävleborg är dess höga täckningsgrad. Formuläret ”SU-X” har hittills fyllts i för nästan samtliga barn som fått behovsprövade insatser inom de deltagande öppenvårdsverksamheterna. Det innebär att även familjer där insatserna av olika skäl avbrutits är inkluderade. Att formuläret innehåller bara tio frågor, som alla fylls i av öppenvårdens personal, ökar också chansen till hög täckningsgrad och uthållighet i registreringen. Samtidigt innebär just detta även begränsningar i vilken kunskap som ”SU-X” faktiskt bidrar till. Nedan kommer dessa begränsningar och utvecklingsbehov att diskuteras. Vi utgår ifrån att ISU är tänkt att löpande beskriva och mäta klienters *problem och behov, insatser och resultat* (Kunskapsguiden.se 2020b).

### **6.1. Hur och av vem beskrivs barnets problem och behov?**

I formuläret SU-X är det öppenvårdens personal som utifrån beskrivningen i uppdraget anger mellan ett och tre olika problemområden hos barnet/dess familj. Det är viktigt att komma ihåg att barnet inte är den primära källan här. Heimer m fl (2017) beskriver hur barnets röst och problembeskrivning försvagas under processens gång, från förhandsbedömning via utredning till insats, medan föräldrarnas delaktighet stärks och deras problembild tenderar att bli dominerande i insatsfasen. För att stärka barnets röst behöver medvetenheten om denna maktobalans stärkas, och alternativa verktyg för att synliggöra barnets problem- och målbild prövas, t ex appen OmMej.<sup>37</sup> En annan tänkbar väg är att i högre grad använda självskattningsinstrument. Den inledande kartläggningen i länet visade dock på svårigheterna med det. Det handlar om tidsbrist men också att befintliga instrument i regel inte är utformade för att vara användbara i det dagliga sociala arbetet utan snarare för forskningsstudier (Björk 2017).

### **6.2. Går det att beskriva komplexa insatser på ett standardiserat sätt?**

I ”SU-X” har vi valt att genom fritextsvar få nyanserad kunskap om vilka typer av manualbaserade metoder som används. Det ger en bild av vilka insatser som ges till vilka målgrupper, och utgör ett intressant underlag för erfarenhetsutbyte mellan kommunerna. När det gäller merparten av det familjebehandlande arbetet, som inte är manualbaserat, har vi valt att inte försöka bryta ner det i underkategorier utan helt enkelt benämna insatsen ”Traditionell familjebehandling” (se avsnittet ”*Om variabelerna i formuläret SU-X*”). För att få mer nyanserad kunskap om den insatsen ser vi kvalitativa fallbeskrivningar som en mer fruktbar väg framåt i utvecklingsarbetet.

En annan begränsning med SU-X är att dataunderlaget bara ger kunskap om de behovsprövade insatserna vid just öppenvårdsverksamheterna för barnen. Ur barnets perspektiv kan serviceinsatser, t ex deltagande i barngrupper, eller insatser till barnet eller dess föräldrar från andra håll, såsom BUP, skolan eller socialtjänstens Vuxenenhet vara nog så viktiga för resultatet.

---

<sup>37</sup> OmMej är ett digitalt verktyg där barnet svarar på frågor om sin situation och sina upplevda behov av stöd (ommej.se). Hudiksvalls kommun har börjat använda appen och ett av Forte finansierat forskningsprojekt följer införandet: ”*Barns inflytande och rätten till deltagande. Utvärdering av möjligheterna med digitala verktyg för barn i socialtjänsten*”

En viktig aspekt av öppenvårdens insatser handlar om barnens delaktighet. Resultaten från SU-X visar att de manualbaserade metoderna ”krisstöd vid orosanmälan om våld”, ”Tryggare barn” och ”Placeringssamtal” är relativt vanliga. I de metoderna ingår att ge utrymme för barnets upplevelse av sin situation vid våldsutsatthet respektive placering, liksom rätten att ställa frågor samt barnets behov av information. Bland de manualbaserade metoderna som användes vid relationsproblem i familjen eller förälders missbruk dominerade dock sådana som har fokus på föräldrarna, som Trygghetscirkeln och Bassamtal. Insatsen ”Jag och min familj”<sup>38</sup>, som tydligt involverar barnet, användes bara i enstaka fall i ärendena där föräldrarna hade missbruksproblem. Hur barnets delaktighet tillgodoses vid föräldrainriktade manualbaserade metoder och vid Traditionell familjebehandling, är ett område att fördjupa i det fortsatta utvecklingsarbetet.

### 6.3. Vad kan vi säga om resultaten av insatserna?

Som beskrevs i avsnittet ”*Om variablerna i formuläret SU-X*” kan inte dataunderlaget från SU-X ge kunskap om effekterna av en insats. Familjebehandlarens bedömning av om målen åtminstone delvis uppfyllts ger bara en indikation på om insatsen bidragit till förändring eller inte. För merparten av socialtjänstens insatser har inte ens forskningsstudier lyckats fastslå om de har effekt eller inte (SBU 2018:10), vilket visar hur komplext och ”svårsmätbart” det sociala arbetet är.

Precis som när det gäller problembeskrivningen, är det viktigt att utveckla kunskapen om vad barnen tycker insatsen resulterat i. En särskilt stor utmaning blir att fånga barnens röst även i de fall där deras föräldrar oplanerat avbryter insatsen, vilket dataunderlaget från SU-X visar är relativt vanligt.

Samtidigt kan man fråga sig om det är någon form av mätbart resultat som alltid är det viktigaste, ur barnets perspektiv. En studie av Maskrosbarn (2012) visade att många ungdomar som varit i kontakt med socialtjänsten värderade själva bemötandet högre än hur mycket förändringar/insatser kontakten faktiskt ledde till. Många upplevde att de inte blivit sedda och att föräldrarnas röst är viktigare än deras (ibid, s 11). Kvalitativa forskningsstudier inriktade mot föräldrar har visat att de anser öppenvårdsinsatser vara till hjälp för sin familj, men att insatserna inte alltid motsvarar deras behov (SBU 2018:8). Även föräldrar lyfter fram vikten av en respektfull och förtroendefull relation med personalen. Överhuvudtaget har forskning visat att relationen mellan klient och behandlare kan ha större betydelse för utfallet av en insats än själva metoden (se t ex Bergmark & Lundström, 2011).

Att få mer systematisk kunskap om hur barnen i öppenvården i Gävleborg upplever insatserna är därmed ytterligare ett utvecklingsområde.

---

<sup>38</sup> Ett familjebaserat öppenvårdsprogram riktat till familjer där en eller bägge föräldrarna har ett problematiskt intag av alkohol och/eller droger.

## Referenser

- Bergmark, A. & Lundström, T. (2011). Socialstyrelsen, dronten och den evidensbaserade praktiken. *Socialvetenskaplig tidskrift* 3, s 244-251.
- Björk A. (2017). Mot en situerad standardisering inom socialtjänsten. *Socialvetenskaplig tidskrift* (2017) 3-4, 303-313.
- Elfström, H., Landberg, Å. & och Olofsson, G. (2017). *Efter barnförhöret – en modell för att ge stöd och information till barn och föräldrar vid misstanke om barnmisshandel*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Hansson, K. med medverkan av Hedenbro, M., Lundblad, A-M., Sundelin, J., och Wirtberg, I. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete, Socialstyrelsen: Gothia.
- Hasson, H. & von Thiele Schwarz, U. (2017). *Användbar evidens. Om följsamhet och anpassningar*.
- Heimer, M., Näsman, E., Palme, J. (2017). *Rättighetsbärare eller problembärare? Barns rätt att komma till tals och socialtjänstens insatser*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Hjelte, Jan (2017). *Lokeboken. En handbok för lokal uppföljning enligt Loke-Modellen*. Umeå: Umeå kommun och Region Västerbotten.
- Hydén, M. (2008). Evidence-based social work på svenska – att sammanställa systematiska kunskapsöversikter. *Socialvetenskaplig tidskrift* 1, s 3-19.
- Kunskapsguiden.se (2020a). [Systematisk uppföljning – Kunskapsguiden](#) (hämtad 21-02-25)
- Kunskapsguiden.se (2020b). *Individbaserad systematisk uppföljning – en introduktion från Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänst*. Hämtad 21-02-25 från [Presentationsmaterial - Kunskapsguiden](#)
- Kunskapsguiden.se (2021) Verktyg för systematisk uppföljning. Hämtad 21-03-23 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/stod-for-systematisk-uppfoljning/verktyg-for-systematisk-uppfoljning/>
- Maskrosbarn (2012). *Frågar man inget – får man inget veta. En kvalitativ och kvantitativ intervjustudie med 50 ungdomar*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Rapport 2018:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Neander, K. & Risholm Mothander, P. (2015). *Trygghetscirkeln för ett reflekterande föräldraskap. COS-P i Sverige – kunskapsspridning och prövning av ett psykoedukativt föräldraprogram*. Hämtad 21-03-24 från [Microsoft Word - 151201 COS-P Slutrapport KN och PRM .docx \(su.se\)](#)
- Persdotter, B. & Andersson, M. (2020). *SAVE – Support and protection Against Violence, on Equal terms for all children. Ett forsknings- och utvecklingsprojekt om barnavårdsutredningar vid anmälan om misstänkt våldsutsatthet*. FoU Välfärd Värmland 2020:1. Karlstad: Karlstads universitet.
- Socialstyrelsen (2021). [För SU-ansvariga: Om SU-verktygen och rättsliga förutsättningar \(dcbstatic.com\)](#) (hämtad 21-03-12)
- Socialstyrelsen (2020a). [Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2019](#) (hämtad 21-03-16)



Socialstyrelsen (2020b). *Ett projekt om att ge stöd till systematisk uppföljning med BBIC:s variabler. Resultat från 15 lokala uppföljningsprojekt*. Artikelnummer 2020-12-7067. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019). [Informationsblad om vissa juridiska aspekter på systematisk uppföljning i socialtjänsten och EU:s dataskyddsförordning](#) (hämtad 21-02-26)

Socialstyrelsen (2018). *Informationsspecifikation för BBIC 3.2, bilaga 2: Variabler för systematisk uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*.

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

SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1. *Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst*

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

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2019). *Verksamhetssystem som stöd för systematisk uppföljning. Förslag till generella variabler och brukarfrågor för uppföljning av socialtjänstens stöd*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2018). *Webbkollen Barn och unga. Ett utvecklingsprojekt om uppföljning inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: SKL.

Uppdrag psykisk hälsa (2017). [Instrument och formulär för individ och grupp \(uppdragpsyiskhalsa.se\)](#) (hämtad 21-03-24)

Åsbrink, P. (2020). *Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2019 i jämförelse med perioden 2011 - 2018*. FoU-rapport 2020:2. FoU Välfärd, Region Gävleborg.

Östberg, F. (2015). *Insatser inom socialtjänstens öppna barn- och ungdomsvård i Botkyrka, Gotland, Haninge, Huddinge, Nacka, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö*. FoU Södertörns skriftserie nr 139/15. Tumba: FoU Södertörn.

## Bilagor

### BILAGA 1 - SU-X 2021

#### BAKGRUND

Ärende-id.....

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

2) Barnets kön

Flicka

Pojke

Annan könsidentitet

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

3) Var är barnet/ungdomen född?

Född i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige

Född i Sverige med en förälder född utomlands

Född i Sverige med båda föräldrar födda utomlands

Född i övriga Europa

Född utanför Europa

Vet inte

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

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

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

"Hjälp och instruktioner":

Första gången någon i familjen träffade öppenvården

6) Har barnet varit aktuellt inom öppenvården tidigare?

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

#### **PROBLEMATIK SOM ÄR RELEVANT UTFRÅN MÅLEN I UPPDRAGET**

7) Ange den huvudsakliga problematiken utifrån beskrivningen i uppdraget.

*På denna fråga kan du välja högst tre alternativ.*

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

"Hjälp och instruktioner":

Utgå från den senaste versionen av uppdrag och mål.

Se "Begriffsdefinitioner för huvudsaklig problematik" i lathunden

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

.....

## INSATSER

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

*På denna fråga kan du välja flera alternativ.*

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

"Hjälp och instruktioner":

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

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

.....

## AVSLUTNING

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

-----

10) Avslutsorsak

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

Insatsen påbörjades aldrig

Andra orsaker, ange vilka

**Rubrik till kommentarsfält 1:** Förtydliga hur insatsen inte svarar mot barnets behov (t ex behov av placering eller annan insats istället):

.....

**Rubrik till kommentarsfält 2:** Ange vilken/vilka andra avslutsorsaker (t ex att familjen flyttat):.....

## BILAGA 2 - Användarstöd till SU-X

### I formuläret registreras inte

- Observationsuppdrag – detta då observationsuppdrag i sig inte innebär någon behandlingsinsats.

### Fråga 1 – Barnets ålder vid aktualisering i öppenvården

Fyll i barnets kronologiska ålder. Om barnet är under 1 år, så skrivs "0".

### Fråga 2 – Barnets kön

Använd den könsidentitet som barnet själv uppger. Om det inte har framkommit att barnet har en annan könsidentitet än det juridiska könet fyll då i det juridiska könet. Detta kan ses på personnumrets näst sista siffra, jämn siffra för flickor och ojämn siffra för pojkar.

### Fråga 3 – Var är barnet/ungdomen född?

Svara på frågan utifrån den kunskap som du har om barnet/ungdomen. Är du inte säker, välj "Vet inte".

### Fråga 4 – Datum aktualiserat

Ange det datum när handläggaren "skickade" över insatsen till öppenvården.

### Fråga 5 – Datum insats

Ange det datum som finns ifyllt i utförardelen av verksamhetssystemet. Alltså då familjehandlaren träffade familjen för första gången (exempelvis vid ett uppstartsmöte).

### Fråga 6 – Tidigare aktuell (inom öppenvården)

Då vi oftast bara kan få tillgång till om barnet har varit aktuellt inom den egna öppenvården görs denna sökning enklast i utförardelen av verksamhetssystemet. Sök på barnets personnummer för att få upp nya/pågående/avslutade insatser för aktuellt barn.

## Fråga 7 – Huvudsaklig problematik (begreppsdefinitioner)

(de flesta definitioner motsvarar Gävleborgs läns anmälningsorsaker – se Åsbrink 2020)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Fråga 8 – Insatser

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

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

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

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

### Att tänka på

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

## Fråga 9 – Datum avslut

Ange det datum som finns ifyllt i öppenvårdens verksamhetssystem. Alltså då familjebehandlaren registrerat att insatsen är avslutad.

## Fråga 10 – Avslutsorsak

Ange den avslutsorsak som stämmer bäst överens med anledningen till att insatsen avslutas inom öppenvården.

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

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

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



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

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

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

#### **Att tänka på**

I rutan för övriga kommentarer går det att förtydliga hur insatsen inte svarar mot barnets behov (t.ex behov av placering eller annan insats istället) samt att ange vilken/vilka andra avslutsorsaker som har föranlett insatsens avslut. **Kom ihåg** att alltid skriva vilken avslutsorsak du menar genom att exempelvis skriva:

2. Insatsen svarar inte mot behoven pga....

6. Insatsen avslutas pga. att föräldrarna...

## BILAGA 3 – Resultat SU-X

Tabell X.1. Andel ensamförekommande problemområden

Problemområden	Total förekomst	Antal problemområden som förekommer själva	Ratio
Utsatt för våld/övergrepp	38	18	47%
Våld i familjen	34	8	24%
Eget missbruk	17	4	24%
Brister i hemmiljön, pga. missbruk hos förälder	42	8	19%
Relationsproblem i familjen	64	8	13%
Brister i fostrar-/föräldraförmåga	122	14	11%
Psykisk ohälsa hos barnet	33	2	6%
Beteendeproblem	17	1	6%
Brister i hemmiljön, pga. psykisk ohälsa/intellektuell funktionsnedsättning hos förälder	25	1	4%
Skolproblem	27	0	-
Egen brottslighet/kriminalitet	6	0	-
Hedersrelaterat våld och/eller förtryck	1	0	-
<b>Summa</b>	<b>426</b>	<b>64</b>	<b>15%</b>

Tabell X.2. Insatsens längd per problemområde

Problemområden	Antal	Genomsnittlig längd på insats i dagar	Mediantid	Maxvärde	Minvärde
Beteendeproblem	17	269	174	713	33
Brister i fostrar-/föräldraförmåga	122	231	149	1081	0
Brister i hemmiljön, pga. missbruk hos förälder	42	233	149	882	12
Brister i hemmiljön, pga. psykisk ohälsa/intellektuell funktionsnedsättning hos förälder	25	340	323	1081	4
Egen brottslighet/kriminalitet	6	96	95	161	37
Eget missbruk	17	181	145	568	19
Hedersrelaterat våld och/eller förtryck	1	217	217	217	217
Psykisk ohälsa hos barnet	33	257	212	1081	23

Relationsproblem i familjen	64	199	162	678	19
Skolproblem	27	235	192	685	0
Utsatt för våld/övergrepp	38	107	68	520	0
Våld i familjen	34	138	117	469	0

## FoU-rapporter från

### FoU Välfärd; Region Gävleborg

---

- 2008:1 Karin Tillberg Mattsson  
*Demensteamet i Gästrikland – en utvärdering.*
- 2008:2 Annika Almqvist, Mia Reuterborg & Per Åsbrink  
*Utvärdering av familjecentraler i Gävleborg.*
- 2008:3 Bengt Finn  
*Brukarnas behov i centrum – samverkan i GÄST-projektet kring personer med psykiska funktionshinder.*
- 2009:1 Lena Aune  
*Slutrapport och utvärdering av projekt JämRum.*
- 2009:2 Tillberg Mattsson & Elisabeth Norin  
*Att bli ledare för sina arbetskamrater – studie av Kompetensstegen i Gävleborg.*
- 2009:3 Annika Almqvist  
*Utvärdering av en samverkansprocess – ProG-projektet i Bollnäs.*
- 2009:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg under 2008.*
- 2010:1 Jannie Pevik Fasth  
*Barnahus – en första delrapporten.*
- 2010:2 Annika Almqvist  
*Självrespekt som väg ur våldet – utvärdering av Stickans gruppbehandling för män som utövat våld i nära relation.*
- 2010:3 Annika Almqvist, Kaj Gustafsson, Ronnie Karlsson & Hanna Wickström  
*Unga vuxna utanför – kartläggning i Gävleborg.*
- 2010:4 Lis Bodil Karlsson  
*Tryggare än så här kan det inte vara – en kvalitativ studie av Kvinnohemmet Rosen.*
- 2010:5 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn o Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2009 i jämförelse med 2008.*
- 2010:6 Inga Michaeli, Kaj Gustafsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Utanför upptrampade stigar – en studie av förebyggande hembesök hos äldre i Gävleborg.*
- 2011:1 Ann Lyrberg  
*Utbildning och kompetens inom missbruks- och beroendevården – en kartläggning bland personal i Gävleborgs län.*
- 2011:2 Jannie Pevik Fasth  
*Träffpunkter för äldre – en studie av sociala mötesplatser i Hudiksvall, Söderhamn och Gävle.*
- 2011:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2010 i jämförelse med 2009.*
- 2011:4 Kaj Gustafsson  
*Utvärdering av Barnahus Gävleborg – slutrapport.*
- 2011:5 Ann Lyrberg  
*Utvärdering av beroendemottagning i Bollnäs.*

- 2012:1 Ingrid Nilsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Ett redskap för brukarinflytande? – om möjligheter och dilemman i handikappomsorgens arbete med genomförandeplaner.*
- 2012:2 Bengt Finn & Kristina Bromark  
*Återhämtning som ledstjärna – utvärdering av "Hela vägens psykiatri Gästrikland".*
- 2012:3 Ann Lyrberg  
*Utvärdering av beroendemottagningen i Ljusdal.*
- 2012:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2011 i jämförelse med perioden 2008–2010.*
- 2012:5 Anna Karsbo  
*Bemötande av ensamkommande flyktingbarn i Gävleborgs län.*
- 2012:6 Kaj Gustafsson  
*GBL och GHN-problematiken i Bollnäs kommun – en inventering av kunskaper, samverkansformer och behov av utvecklingsarbete.*
- 2013:1 Ingrid Nilsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Att tillgodose sociala behov för en skälig levnadsnivå – en studie av hemtjänst i Gävleborgs län.*
- 2013:2 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2012 i jämförelse med perioden 2008–2011.*
- 2013:3 Marie Löhman  
*Kontaktfamilj – till vem, varför och hur? Handläggare inom Socialtjänsten i samtliga kommuner i Gävleborgs län beskriver en av sina vanligaste tjänster riktad till barn och unga.*
- 2013:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att öka kunskapen om barnen i gruppverksamheter.*
- 2013:5 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Utvärdering av familjecentrum i Ljusdal.*
- 2014:1 Kaj Gustafsson  
*GBL-missbruk i Bollnäs kommun – en studie av erfarenheter och upplevelser bland droganvändare och föräldrar.*
- 2014:2 Ann Lyrberg  
*Barns och föräldrars behov av stöd i familjer med missbruk – en intervjustudie med föräldrar och personal inom missbruks- och beroendevården i Gävle, Hudiksvall och Ovanåkers kommuner i Gävleborg.*
- 2014:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2013 i jämförelse med perioden 2008–2012.*
- 2014:4 Kaj Gustafsson  
*Uppföljning av stöd- och behandlings-insatser till barn och familjer som varit aktuella på Barnahus Gävleborg – Vad hände med barnen?*
- 2015:1 Kaj Gustafsson  
*Utvärdering av framtidssamtalet med unga lagöverträdare i Hudiksvalls kommun.*
- 2015:2 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2014 i jämförelse med perioden 2009–2013.*

- 2016:1 Ann Lyrberg  
*Öppenvårdsmottagning Våld i Nära Relationer – En utvärdering.*
- 2016:2 Kaj Gustafsson  
*Arbetet med våld i nära relationer i Gävleborgs län – En bild av läget 2015.*
- 2016:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2015 i jämförelse med perioden 2009–2014.*
- 2016:4 Annika Almqvist & Inger Linblad  
*Samverkan om barn och ungdomar med komplex problematik. Utvärdering av projektet SAX i samarbete mellan Högskolan i Gävle och FoU Välfärd vid Region Gävleborg.*
- 2017:1 Ann Lyrberg  
*En baslinjemätning av samverkansklimatet.*
- 2017:2 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2016 i jämförelse med perioden 2009–2015.*
- 2017:3 Ann Lyrberg  
*Öppenvård i Gävleborg – En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet.*
- 2017:4 Johan Fagerberg  
*Spelmissbruk – En forskningsöversikt.*
- 2018:1 Kaj Gustafsson  
*Utvärdering av den gemensamma socialjouren i Gävleborgs län.*
- 2018:2 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2017 i jämförelse med perioden 2009–2016.*
- 2018:3 Ann Lyrberg  
*Förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande av berusade personer i Gävleborg – Utvärdering av ett nationellt finansierat utvecklingsarbete 2014-2016*
- 2019:1 Karin Tillberg Mattsson  
*Boendestödet i Gävleborg – framgångsfaktorer och utvecklingsområden.*
- 2019:2 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för vuxna. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2018.*
- 2019:3 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och unga. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2018 i jämförelse med perioden 2010-2017.*
- 2019:4 Kaj Gustafsson och Jofen Kihlström  
*Arbetet med föräldraskapsstöd i Gävleborgs län - en behovsanalys.*
- 2020:1 Kaj Gustafsson och Oskar Andersson  
*Förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdal*
- 2020:2 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och unga. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2019 i jämförelse med perioden 2011-2018.*

- 2020:3 Kaj Gustafsson och Oskar Andersson  
*Förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle*
- 2020:4 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för vuxna. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2019.*
- 2020:5 Karin Tillberg Mattsson & Tord Fredriksen  
*Äldres vardagsliv under coronapandemin – en intervjustudie i Gävleborg.*
- 2020:6 Oskar Andersson  
*Gävle, en äldrevänlig kommun?*
- 2021:1 Kaj Gustafsson  
*Behovsanalys kopplad till arbetet i Gävleborgs län mot missbruk och beroende i åldersgruppen 13-29 år.*

## Att öka kunskapen om barnen i öppenvården – individbaserad systematisk uppföljning i Gävleborg

Vad vet vi om barnen som kommer till socialtjänstens öppenvård och om insatserna de får där? Den här rapporten tar sin utgångspunkt i verksamheternas upplevda behov av mer systematisk kunskap om detta. Ett utvecklingsarbete i Gävleborg presenteras, som tar sikte på en länsövergripande modell för individbaserad systematisk uppföljning av barnen i öppenvården. Dessutom redovisas resultaten från den första gemensamma uppföljningen som under 2020 omfattade tre av länets kommuner.

Beställ rapporten från:  
fou.valfard@regiongavleborg.se  
Region Gävleborg, FoU Valfärd  
Gävle sjukhus, ingång 9 A  
801 87 Gävle

FoU rapport 2021:2  
ISBN 978-91-986805-0-8

