

STOCKHOLMS UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete
Socialhögskolan

***Socialtjänstens förebyggande arbete med
barn, unga och familjer***

***Kartläggning av individ- och familjeomsorgens familjeinriktade
prevention inom 18 kommuner i Stockholms län***

Erika Ryttare
C-uppsats 10 poäng
Ht 2006
Handledare: Stefan Wiklund

TACK,

Jag vill tacka de intervjupersoner som representerat individ- och familjeomsorgen i kommunerna *Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Huddinge, Järfälla, Lidingö, Norrtälje, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Södertälje, Täby, Upplands- Bro, Upplands Väsby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker* för att de medverkat i kartläggningen. Jag vill även tacka min kursansvarige denna termin Katarina Piuva för en ordentlig forskningsförberedande genomgång och tacka FoU-Nordväst för förtroendet. Ett stort tack till min handledare Stefan Wiklund för handfasta kommentarer, ideér och motivation. Sist men inte minst vill jag även tacka min familj, framför allt Henrik Liljequist för korrekturläsning och stöd.

ABSTRACT

Socialtjänstens förebyggande arbete med barn, unga och familjer

Kartläggning av individ- och familjeomsorgens familjeinriktade prevention inom 18 kommuner i Stockholms län

Erika Ryttare

Little research has previously been done on social preventative work. No general survey of social preventative work directed at families has been done in Sweden. The aim of this study is to describe how the social services in the area of Stockholm view preventative work, what type of preventative work they offer and the extent of their collaboration with other vocational fields in this regard. The study is based on telephone interviews with 18 managers of child welfare services and has a predominantly quantitative design. The main theoretical starting point is the concept of prevention. The analysis is mainly based on different levels of prevention; primary, secondary and tertiary. The main finding of the study is that secondary prevention, e.g. Parent Education Programs, is the most common form of prevention. The results indicate that a significant part of all preventative work directed at children and youths reaches its intended recipients indirectly, mainly via their parents. The study also shows that tertiary prevention in the form of counselling is offered considerably more often to youths than to children. Furthermore, certain forms of tertiary prevention which normally require investigation are now found to be offered without formal decision of intervention.

Sökord: *prevention**, *family**, *social service**, *collaboration**, *survey**
*förebyggande**, *familj**, *socialtjänst**, *samverkan**, *kartläggning**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDANDE AVSNITT	1
1.1 Inledning	1
1.1.1 Socialt förebyggande arbete riktat till familjer	1
1.1.2 Kartläggning som första led av samverkansprojekt	2
1.2 Syfte och frågeställningar	3
1.2.1 Syfte.....	3
1.2.2 Frågeställningar	3
1.3 Disposition	3
1.4 Begreppsförklaring	3
1.5 Bakgrund.....	4
1.5.1 Det familjeinriktade förebyggande arbetets början.....	4
1.5.2 Barnvårdssystemet	4
1.5.3 Central lagstiftning	5
1.5.4 Förebyggande arbete i samverkan med andra samhällsorgan.....	6
1.5.5 Sverige.....	7
1.5.6 Norden.....	8
1.5.7 Europa.....	8
1.5.8 USA	9
2. TIDIGARE FORSKNING	9
2.1 Preventionsforskning	10
2.1.1 Svensk forskning om familjeinriktat förebyggande arbete.....	11
2.1.2 Internationell forskning om familjeinriktat förebyggande arbete	12
2.2 Sammanfattning av tidigare forskning.....	12
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
3.1 Begrepp är centrala i teorier och modeller.....	13
3.2 Prevention	13
3.2.1 Preventionens övergripande uppgift.....	13
3.2.2 Preventionens nivåer	14
3.2.3 Primärprevention/universellt förebyggande arbete.....	14
3.2.4 Sekundärprevention/selektivt förebyggande arbete.....	14
3.2.5 Tertiärprevention/indikerat förebyggande arbete	15
3.2.6 Användandet av preventionsnivåer i denna studie	15
3.3 Kommunernas organisering av förebyggande arbete	16
3.3.1 Samverkande preventivt arbete.....	16
3.4 Samverkan.....	17
3.4.1 Samverkan och dess nivåer.....	17
3.4.1 Former för samverkan	17
4. METOD	18
4.1 Forskningsdesign	18
4.1.1 Metodval	18
4.2 Datainsamling, urval och bortfall	19
4.2.1 Urval	19

4.2.2 Databaser, sökvägars användbarhet och litteratur.....	19
4.2.3 Strategier vid urval av litteratur.....	20
4.2.4 Telefonenkätens utformning och genomförande.....	20
4.2.5 Bortfall.....	21
4.3 Databearbetning och analys.....	22
4.3.1 Kvantitativ databearbetning och analys.....	22
4.3.2 Kvalitativ databearbetning och analys.....	23
4.4 Reliabilitet och Validitet.....	23
4.4.1 Reliabilitet.....	23
4.4.2 Validitet.....	23
5. RESULTAT OCH ANALYS	23
5.1 Hur vanligt är det förebyggande arbetet?.....	24
5.2 Vilka förebyggande insatser erbjuds?.....	26
5.3 Vilka samverkanspartners har IFO i det förebyggande arbetet?.....	29
5.4 På vilket sätt kan det förebyggande arbetet förbättras?	31
5.5 Analys utifrån preventionsnivåerna	34
5.6 Sammanfattning av analyserade resultat.....	35
6. DISKUSSION.....	36
6.1 Besvarande av frågeställningarna	36
6.2 Metoddiskussion och förslag på framtida forskning.....	38
7. REFERENSER.....	39
7.1 Tryckta källor.....	39
7.2 Elektroniska källor	42

Tabell 1. Utbud av förebyggande arbete utifrån preventionsnivåer

Tabell 2. Utbud av förebyggande arbete uppdelat efter antal verksamheter i Kommunerna

Tabell 3. Förebyggande arbete i institutionaliserad organisationsform uppdelat efter huvudman

Tabell 4. Förekomst av riktade gruppverksamheter/program inordnade under preventionsnivåer

Tabell 5. Förekomst och form av samtal/behandling genom IFO

Tabell 6. IFO:s samverkanspartners efter förekomst av samverkan och hur den fungerar

Tabell 7. Förslag på hur IFO:s förebyggande arbete kan förbättras; efter antal utsagor

BILAGA 1- Brev till IFO

BILAGA 2- Påminnelsebrev till IFO

BILAGA 3- Telefonenkät till IFO

BILAGA 4- Föräldrautbildningsprogram

BILAGA 5- IFO:s samverkan med ideella organisationer

BILAGA 6- Samverkan mellan IFO och andra aktörer kring barn och unga

BILAGA 7- IFO:s tidsbegränsade preventionsprojekt

BILAGA 8- Områden där IFO satsar på prevention

BILAGA 9- Total prevention i institutionaliserad form i 18 kommuner

BILAGA 10- De vanligaste formerna för prevention enligt IFO:s uppskattning

1. INLEDANDE AVSNITT

1.1 Inledning

“Barn, unga och deras familjer skall erbjudas tidigt stöd i sådan omfattning och av sådan kvalitet att deras behov av senare insatser förebyggs samtidigt som deras förutsättningar att utveckla sina egna resurser ökar.” (SOU 2005:81, s 24).

Ovanstående citat är hämtat ur *Källan till en chans, nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården* (SOU 2005:81) och beskriver ett av de huvudsakliga policymålen för svensk barnavård. Förebyggande/upsökande arbete inom ramen för socialt arbete (socialtjänsten) är dessutom en lagstadgad skyldighet för kommunerna i Sverige idag (SoL 3 och 5 kap., 2001:453). Trots det saknas en övergripande kartläggning över vilka preventiva insatser som finns tillgängliga för barn och familj samt utvärdering av tidiga insatser betydelse för barn och unga. Att preventionsforskning inte kan ses vara en prioritet inom kunskapsområdet social barn- och ungdomsvård och att social barn- och ungdomsvård som sådant i flera avseenden är outforskat, medför osäkerhet bl.a. om vilka målgrupper som skall prioriteras och vilka insatser som är mest kostnadseffektiva (SOU 2005:81). Den brist som överlag råder på forskning om social barn- och ungdomsvård kan alltså tänkas vara orsaken även till bristen på forskning om det familjeinriktade förebyggande arbetet. Oavsett orsak kan det uppfattas som underligt att det inte har forskats mer om det förebyggande arbetet då man vet att samhällets kostnader kan bli relativt höga på kort sikt om exempelvis psykiska problem inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede. Bara en insats som en familjehemsplacering kostar under två år ungefär 800 000 kronor och om placeringen inte visar sig effektiv blir kostnaderna ännu högre. Om barnet/den unge växer upp och utvecklar psykosociala arbetshinder kan det under en trettioårsperiod kosta samhället omkring 2 miljoner kronor (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Utöver detta är den enskildes lidande inte att förglömma. Det borde ligga i allas intresse att forska kring, utveckla och utöka det förebyggande arbetet för att förhindra mer långtgående insatser.

Ambitionen att arbeta förebyggande finns även om tidsbristen leder till att det lagstyrda arbetet måste prioriteras. Berg Wikander (2006) refererar till Anderssons (2000) arbetsrapport *Riskhantering ur ett folkhälsooperspektiv* när hon skriver att tradition, lagstiftning, ekonomi och en sektoriserad förvaltningsstruktur har gjort att yrkeskompetenserna som skulle kunna bedriva ett preventivt arbete hanterar problem först i ett långt framskridet skede. I stora drag väntar hälso- och sjukvård på de sjuka och skadade och socialtjänsten väntar på de utslagna. Bremberg (1998) skriver att socialtjänstens individ- och familjeomsorg traditionellt är riktad mot de mest utsatta; en grupp på cirka fem procent av Sveriges befolkning. Att socialtjänsten ska kunna verka preventivt på en befolkningsnivå är en omöjlighet när insatserna riktar sig mot så få. För att socialtjänstens förebyggande arbete ska ha en verksam effekt krävs ett vidgande av målgruppen (a.a.).

1.1.1 Socialt förebyggande arbete riktad till familjer

Det förebyggande arbetet och tidiga stödet kan ses som en angelägenhet för alla involverade kring ett barn eller en ungdom, även om den sociala barn- och

ungdomsvården har det yttersta ansvaret. Den statliga utredningen *Källan till en chans* (SOU 2005:81) menar att det har blivit allt mer uppenbart att de aktörer som möter barn och ungdomar och som lägger märke till när ett barn börjar uppvisa problem behöver samordna sina insatser för att kunna erbjuda hjälp så tidigt som möjligt (a.a.).

Sedan mitten av 1990-talet har det blivit allt vanligare att bedriva socialt förebyggande arbete på familjecentraler där den sociala barn- och ungdomsvården (socialtjänsten) samverkar med barnhälsovården (BVC), mödrahälsovården (MVC) och öppna förskolan för att få till stånd förebyggande arbete runt barnfamiljer (Lundström Mattson, 2004). På liknande vis samverkar ofta kommun och landsting i det förebyggande arbete som ungdomsmottagningar utför. Det har överlag blivit vanligt att socialtjänstens förebyggande arbete organiseras tvärfackligt i olika institutionaliserade former bl.a. för att tidigare kunna erbjuda hjälp till de barn, unga och föräldrar som behöver. Det finns dock ingen självklar förebyggande arena som vänder sig mot barn som lämnat förskoleåldern men som inte nått de tidiga tonåren. Samtliga inom denna åldersgrupp är skolbarn och det förebyggande arbetet blir därför främst skolans och elevhälsans uppgift genom omvårdnad och psykologiska, sociala och pedagogiska insatser. I den statliga utredningen (SOU 2005:81) hävdas att även tidigt stöd för denna grupp bör kunna lösas i samverkan mellan skola och socialtjänst i större utsträckning.

Centrala inslag i det förebyggande arbetet är primärprevention riktad till hela befolkningen och sekundärprevention riktad till sårbara grupper, t.ex. utsatta familjer. Statens folkhälsoinstitut (2001:37) hänvisar till SOU (1998:31) när de skriver att folkhälsoforskning har givit klara belägg för att små generellt riktade insatser ger bättre utdelning än stora insatser riktade till små högriskgrupper. Dock anses de riktade förstärkta insatserna vara nödvändiga för att kunna minska de hälsoklyftor som har psykosociala orsaker. I SOU (1998:31) hävdas dessutom att det i högre grad idag än tidigare behövs riktade insatser och att man vid behov bör individualisera dessa insatser. De sårbara grupper som omnämns är deprimerade föräldrar, gravida kvinnor med extrem oro, barnfamiljer med flyktingbakgrund samt föräldrar med psykisk- eller annan allvarlig sjukdom (a.a.).

1.1.2 Kartläggning som första led i utvärdering av samverkansprojekt

Som beskrivits tidigare sker ofta det förebyggande arbetet i samverkan mellan olika samhällsorgan. Ett projekt inriktat på sekundärprevention i form av stöd till föräldrar och barn genom bl.a. föräldrautbildningsprogrammet *KOMET* genomförs nu i samverkan mellan utbildningsförvaltningen respektive individ- och familjeförvaltningen i Sundbyberg i närheten av Stockholm. En utvärdering av verksamheten är i startgroparna vid forsknings- och utvecklingsenheten (FoU) Nordväst, i vilken denna studie fungerar som ett första led. Ambitionen är att en kartläggning av familjeinriktad prevention skall ge en inblick i hur det förebyggande arbetet ser ut idag och förhoppningsvis inspirera till mer forskning om prevention inom området social barn- och ungdomsvård.

1.2 Syfte och frågeställningar

1.2.1 Syfte

Syftet med C-uppsatsen är att beskriva och analysera socialtjänstens familjeinriktade förebyggande arbete i 18 kommuner i Stockholms län.

1.2.2 Frågeställningar

- Hur vanligt är det förebyggande arbetet riktat till barn, unga och familj i kommunerna inom FoU-Nordväst, -Nordost och -Södertörn?
- Vilka förebyggande insatser erbjuds?
- Vilka samverkanspartners har socialtjänsten i det förebyggande arbetet?
- På vilket sätt beskriver chefer inom individ- och familjeomsorgen i kommunerna inom FoU-Nordväst, -Nordost och -Södertörn det förebyggande arbetet och dess möjligheter till förbättring?

1.3 Disposition

I C-uppsatsens inledande kapitel redogjordes för problemområdet samt studiens syfte och frågeställningar presenterades. Därefter ges en kort begreppsförklaring och en redogörelse för bakgrund till studien. I det andra kapitlet presenteras tidigare forskning. I det tredje kapitlet redovisas studiens teoretiska utgångspunkter. I det fjärde kapitlet redogörs för den metod som använts. Det femte kapitlet redovisar resultat och i anslutning till dem en analys. I det sjätte och sista kapitlet diskuteras slutligen metod, resultat och analys och förslag till fortsatt forskning ges.

1.4 Begreppsförklaring

Familj - Inom ramen för denna C-uppsats ingår barn 0-12 år, unga 13-20 år (i vissa fall 23 år) och föräldrar i begreppet familj.

Familjecentral - *“En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande generell, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral bör minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete”* (FFFF, 2006). Samlokalisering och fördjupad samverkan kännetecknar en familjecentral (Statens folkhälsoinstitut 2001:37).

Individ och familj (IFO) - Individ- och familjeomsorg ska bland annat arbeta med uppsökande och förebyggande socialt arbete och ge råd och stöd i sociala frågor. Verksamheten har ett särskilt ansvar för att utreda behov av skydd till barn som riskerar att fara illa, social omsorg och behandling för barn och ungdomar (Stockholms stads webbplats, 2006).

Prevention - *“Förebyggande åtgärder...”* (Nationalencyklopedin, 2006). *“Förebyggande arbete, handlar om att hindra något från att ske, om att undanröja risker”* (Folkhälsoinstitutet, 2000, s 121). Begreppen prevention och förebyggande åtgärder används i denna studie som synonyma i enlighet med denna definition.

Samverkan - *Samverkan* är ett gemensamt handlande för visst syfte (Nationalencyklopedin, 2006).

1.5 Bakgrund

Följande avser att beskriva hur diskussionen kring familjeinriktade förebyggande åtgärder tog fart, hur den sociala barn- och ungdomsvården ser ut idag samt hur samverkansprojekt inom ramen för det familjeinriktade förebyggande arbete växt fram i Sverige och internationellt.

1.5.1 Det familjeinriktade förebyggande arbetets början

På 60-talet slog svenska barnläkarföreningen larm om barnmisshandel. En samhällsdebatt drogs igång med många starka reaktioner kring fenomenet. Lagstiftningen skärptes för att ge barn ett större skydd och snart lades ett familjepolitiskt reformpaket fram.

Föräldraförsäkring och barnomsorg byggdes ut samtidigt som ett förbud mot aga trädde i kraft. 1972 bidrog barnstugeutredningen till fler åtgärder för att förebygga att barn far illa och beslut fattades om föräldrautbildning och introducering av den öppna förskolan (Bing, 2005).

1.5.2 Barnavårdssystemet

När barn far illa idag är det yttersta skyddsnätet för barn och ungdomar den sociala barn- och ungdomsvården. Denna institution tar emot anmälningar och ansökningar från exempelvis oroliga föräldrar eller en ansvarstagande omgivning. Wiklund (2006b) skattar i en studie av 100 mellanstora kommuner att drygt 3 procent av barnen och ungdomarna anmäls till socialtjänsten varje år. Det är upp till barn- och ungdomsvården att identifiera de som har problem för att sedan försöka lösa dessa tillsammans med berörda personer (Wiklund, 2006b). Barn- och ungdomsvården har inte bara funktionen att ingripa till skydd för barnet, utan också funktionen att erbjuda stöd och behandling. Den sociala barn- och ungdomsvården har alltså en dubbel funktion där den både förmedlar frivilliga insatser som en råd- och stöd funktion och ansvarar för en mer tvångsbetonad myndighetsutövande funktion (Andersson i Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2000). Ett förslag i den nationella handlingsplanen för barn- och ungdomsvård är att det sociala arbetet riktat mot barn och familj fortsättningsvis skall utgöras av mer förebyggande arbete för att minska behovet av senare insatser. Detta skall ske utan att barn och unga i verkligt behov av insatser åsidosätts (SOU 2005:81).

Med utgångspunkt från anmälningar och ansökningar förmedlar barn- och ungdomsvården insatser dels i form av placeringar på institution och familjehem och dels inom öppenvårdsverksamhet. Enligt Socialstyrelsen (2004) var 20 000 barn och ungdomar placerade någon gång under 2003, samma år hade även 20 000 behovsprövat personligt stöd och 23 000 hade insats i form av kontaktperson/-familj. 5700 barn och ungdomar deltog i någon form av strukturerat öppenvårdsprogram under samma år. Lättare insatser som personligt stöd, kontaktperson/-familj och strukturerade program kan ses som förebyggande arbete då de avser att förhindra eller begränsa en dålig utveckling (Andersson & Bagura Arvedsson, 2001). Dessa insatser sätts ibland in för att kontrollera och behandla konsekvenser som uppstått ur ett problem. Socialtjänstens förebyggande arbete kan ses som en strävan efter att reducera behovet av öppenvårdsinsatser och dessa insatser kan i sin tur ses som en strävan efter att reducera behovet av barnavårdens tyngsta insats; placeringar (Lundström & Vinnerljung, 2001).

Framför allt antalet öppenvårdsinsatser har ökat de senaste åren. 1998 inrapporterades 3500 insatser och år 2004 inrapporterades 7400 insatser till Socialstyrelsen (Forkby, 2006; SOU 2005:81). En studie av Forkby (2006) visar att Sveriges kommuner i genomsnitt erbjuder åtta insatsformer inom öppenvården för barn och tio för ungdomar. Företrädevis är det den sociala barn- och ungdomsvården som ansvarar för öppenvårdsinsatserna. När andra huvudmän ansvarar för öppenvårdsinsatser är det främst skolan och sjukvården. Statens offentliga utredning (2005:81) skriver att den vanligaste öppenvårdsinsatsen är kontaktfamilj (a.a.). Kontaktperson/-familj tillkom som insats i och med den nya Socialtjänstlagen 1980 med avsikt att vara förebyggande. Insatsen är idag inte bara den vanligaste öppenvårdsinsatsen utan även den vanligaste barnavårdsinsatsen (Wiklund, 2006). Forkby (2006) skriver att de vanligaste insatsformerna finns i princip i alla kommuner och att det är samtalsstöd till hela familjer, föräldrar eller enbart till barn/ungdom. Strax efter följer förmedling av kvalificerade kontaktpersoner och familjepedagogiska insatser i hemmet. Antalet barn som omfattas av öppenvård är avsevärt fler än de som omfattas av institutionsvård, men institutionsvården utgör den dominerande utgiftsposten för barn- och ungdomsvården (a.a.).

Med åren har det blivit allt vanligare att den sociala barn- och ungdomsvården erbjuder öppenvårdsinsatser utan föregående utredning och biståndsbeslut (Forkby, 2006; SOU 2005:81). Ännu finns inga undersökningar på området gjorda men detta skulle kunna innebära att gränsen mellan socialtjänstens mer behandlande arbete och det rent förebyggande arbetet suddas ut. Det är också möjligt att förändringen redan har påverkat såväl statistik över antal barn och ungdomar inom öppenvården som socialtjänstens organisering, samt inte minst innebörden av begreppet förebyggande arbete. Rent allmänt har begreppet förebyggande arbete mest använts för att beskriva arbete som skall förhindra att problem uppstår. Inom preventionsforskning kallas detta primär- eller sekundärprevention. Primärprevention riktar sig till alla emedan sekundärprevention främst riktar sig till en sårbar grupp. Tertiärpreventiva insatser har mer av behandlingskaraktär och förmedlas normalt efter att anmälningar och ansökningar har utretts. Att öppenvårdsinsatser erbjuds utan utredning och beslut om insats skulle över tid kunna förändra innebörden av begreppet förebyggande arbete. Redan nu organiseras det förebyggande arbetet ibland inom särskilda förebyggande enheter på socialtjänsten. I SOU (2005:81) påpekas att trots att arbetsformerna för förebyggande arbete är under förändring är det viktigt att barn som eventuellt behöver skydd utreds.

1.5.3 Central lagstiftning

Förebyggande/uppsökande arbete inom ramen för socialt arbete (socialtjänsten) är en lagstadgad skyldighet för kommunen i Sverige enligt SoL 3 och 5 kap. (2001:453). I SoL 3 kap.1 § framgår att socialtjänsten skall samarbeta med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda för att främja goda miljöer i kommunen och enligt SoL 3 kap. 4 och 5 § § skall grupper och enskilda erbjudas hjälp av socialtjänsten. Vid behov skall insatsen för den enskilde genomföras med hjälp av tidigare nämnda parter (a.a.).

Stadgandet om förebyggande arbete i socialtjänstlagen är en målsättningsparagraf och ger inte direkta anvisningar om hur målen skall uppnås. Kommunerna har möjlighet att mer eller mindre godtyckligt organisera sitt förebyggande arbete, vilket gör att det preventiva

arbetet kan ges låg prioritet. Lagtexten medför dessutom enbart ett åliggande för kommunen, men ingen rättighet för den enskilde. En familj eller enskild kan inte söka förebyggande arbete och därmed inte heller överklaga ett avslag (Lundström Mattson, 2004).

Huvudansvaret för samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa ligger också på socialtjänsten enligt 5 kap.1 a § och till bestämmelsen framgår att socialtjänsten har ett förstahandsansvar för att samverkan kommer till stånd (2003:407). Samverkan skall även ske på en övergripande nivå vilket enligt *Källan till en chans* (SOU 2005:81) framgår av specialmotiveringen i propositionen 2002/03:53.

“Korresponderade bestämmelser om skyldighet att samverka finns i skollagen (1985:1100), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt i polislagen (1984:387).”

(SOU 2005:81, s 158)

1.5.4 Förebyggande arbete i samverkan med andra samhällsorgan

En stor del av det förebyggande arbetet bedrivs av andra samhällsorgan än socialtjänsten. I den tidigare refererade handlingsplanen för barn- och ungdomsvården (SOU 2005:81) menar man att det krävs en helhetssyn för att tidig prevention skall kunna erbjudas; att barn- och ungdomsvården samverkar framför allt med de samhällsorgan som till vardags möter föräldrar, barn och/eller ungdomar; t ex hälso- och sjukvården, förskola och skola. Idag kan även samverkan med ideella organisationer, polis och rättsväsendet förekomma.

Bland de samhällsorgan barn- och ungdomsvården samverkar med i det förebyggande arbetet har mödra- och barnhälsovården (MVC & BVC) en betydande roll då de inte bara har ett medicinskt uppdrag utan även psykosociala uppgifter. MVC kan erbjuda individuellt stöd av barnmorska, föräldragrupper och förmedling av kontakt med annan yrkesgrupp som exempelvis socionomer. BVC erbjuder föräldrautbildning till nyblivna föräldrar, förmedlar kunskap och hjälper föräldrar att bli stärkta i sin föräldraroll. Att få chans att träffa andra föräldrar ingår också, vilket kan stärka nätverket. Eftersom både MVC och BVC vänder sig till alla blivande eller nyblivna föräldrar ger det möjlighet till tidig upptäckt av problem (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Förskolan skall erbjuda plats åt alla barn som fyllt 1 år och deras uppgift är utöver att erbjuda omvårdnad och fostran också att ansvara för att barn som av fysiska eller psykiska skäl behöver stöd i sin utveckling skall ges den omsorg som deras speciella behov kräver. Öppen förskola riktar sig till föräldrar eller annan vuxen med barn som inte är inskrivna på den vanliga förskolan och de kan bistå med pedagogisk gruppverksamhet och stöd i föräldrarollen. Skolan och elevhälsan skall främst verka preventivt och omfatta omvårdnad och medicinska, psykologiska och sociala samt pedagogiska insatser. Skolhälsovård, elevvård och specialpedagogiska insatser ingår. Samverkan i det förebyggande arbetet mellan polis och barn- och ungdomsvård förekommer, men kan variera mellan olika kommuner. Framför allt sker samverkan kring anmälningsförfarandet, där polisen står för flest anmälningar i fall där barn/unga behöver skydd. Samverkan med barn- och ungdomspsykiatri sker på så vis att vissa behandlande insatser kan ses som förebyggande, annars sker samverkan främst i utredningar. Idrottsföreningar och kyrkor bedriver ofta verksamhet som kan ses som förebyggande,

men även andra ideella organisationer kan bedriva exempelvis informationsprojekt eller gruppverksamheter som vänder sig direkt till barn och ungdom (SOU 2005:81). Enligt Wiklunds studie (2006) har individ- och familjeomsorgen (IFO) störst frånvaro av samverkan med BVC samt polis, vilket kan ses som anmärkningsvärt då BVC är den instans som möter i princip alla småbarn i en kommun. BVC skulle kunna vara den viktigaste aktören runt barn i fråga om att anmäla oro i ett tidigt skede. Wiklund menar i studien att när institutionaliserad samverkan med exempelvis BVC förekommer leder det till färre anmälda barn. En slutsats som dras är att om samverkan inte leder till ökade anmälningsfrekvenser kan det innebära att den heller inte bidrar till målsättningen med tidiga insatser (a.a.).

”Samverkan sker i olika former och med olika framgång. Det finns många faktorer som försvårar samverkan som oklar ansvarsfördelning mellan huvudmännen, att mer omfattande verksamheter som bedrivs i samverkan ofta bekostas med projektmedel samt att den ekonomiska styrningen har svårt att skapa incitament som tydliggör och belönar med vinsterna med samverkan. Problemet med oklar ansvarsfördelning är kanske tydligast vad gäller socialtjänstens och den sociala barn- och ungdomsvårdens samverkan med hälso- och sjukvården.” (SOU 2005:81, s 176-177).

Killén (2000) skriver att det främst är de olika yrkesgruppernas förhållande till varandra och varandras kompetens som avgör hur bra hjälp en familj kan få. Hon menar att kompetenshöjning är en viktig del i att förbättra samverkan. Kompetenshöjningen kan bl.a. komma till stånd genom konsultation som ges i samband med enskilda fall eller när en institution utvecklar ett förebyggande arbete (a.a.).

Det sociala förebyggande arbetet riktat till familjer bedrivs som tidigare nämnts till stor del i samverkan med andra professioner. Här följer en genomgång av arbetet i Sverige och internationellt delvis kopplad till familjecentraler. Familjecentraler kan ses som en av de mest institutionaliserade organisationsformerna för socialtjänstens preventiva arbete i de fall där detta arbete sker i samverkan med andra professioner.

1.5.5 Sverige

Redan på 1960-talet diskuterades behovet av en samordning av framför allt socialvård och sjukvård (Boklund, 1995). Dessa tankar var ett viktigt skäl till att socialstyrelsen och medicinalstyrelsen slogs samman 1965 och blev nuvarande Socialstyrelsen (Folkhälsoinstitutet, 2000). I Göteborg påbörjades 1974 ett samverkansarbete mellan socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården och öppen förskola. Detta ledde till att liknande samarbeten successivt startades upp i andra kommuner under 1970-talet (Bak & Gunnarsson, 2000). På 1990-talet bidrog besparingar till att socialtjänstens resurser för förebyggande arbete i samverkansprojekt reducerades både i Göteborg och i andra kommuner runt om i Sverige. Folkhälsoinstitutet (2000) skriver att de sedan mitten av 1990-talet tillsammans med Socialstyrelsen stått bakom utbyggnaden av verksamheter som legat nära familjecentralsidén och sedan den tiden har det blivit allt vanligare att bedriva socialt förebyggande arbete på familjecentraler (Lundström Mattson, 2004). Familjecentraler finns i många kommuner i Sverige idag och är ett exempel på samverkan mellan kommunens förskoleverksamhet samt socialtjänst och landstingens hälso- och sjukvård (SOU 2005:81).

De tre begrepp som ingår i målsättningarna för alla familjecentraler är samverkan, helhetssyn och förebyggande arbete (Bak & Gunnarsson, 2000).

Målet för verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att:

- *finnas tillgänglig som nära mötesplats*
- *stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar*
- *skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga*
- *erbjuda lättillgängligt stöd*
- *vara ett kunskaps- och informationscentrum*
- *utveckla god service*

(Folkhälsoinstitutet, 2000, s 12)

1.5.6 Norden

I våra nordiska grannländer kan vi se projekt liknande familjecentralsidén. Norska *Hälso- och socialdepartementet* initierade 1999 den så kallade *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Inom ramen för planen har familjecentralsprojekt startats med hjälp av statliga medel och 2005 även avslutats. Planen för psykisk hälsa fortgår i Norge till 2008 med avsikt att förbättra stöd och service för människor med psykiska hälsoproblem. När det gäller barn och ungdom betonas tillgänglighet till tidig hjälp. Tanken är att i fortsättningen stärka det hälsofrämjande och förebyggande psykosociala arbetet genom bl.a. fler tjänster (Bing, 2005).

I Danmark finns olika former av familjehus som ger riktat stöd till barn och föräldrar och i Finland har *Social- och hälsovårdsministeriet* beslutat om att mellan 2005-2007 satsa på utveckling inom det sociala området. Etablering av familjecentraler i kommunerna skall ges hög prioritet (Bing, 2005).

1.5.7 Europa

I Europa har Daphneprojektets arbete, med syfte att förebygga våld i familjer, implementerats i verksamheter som motsvarar familjecentraler. Dessa verksamheter har oftast startats för att kunna ta sig an ett visst hälsoproblem eller en viss utsatt målgrupp. Länder som varit involverade i Daphneprojektet är bl.a. Italien, Österrike och Skottland, samt Sverige och Finland (Bing, 2005).

I England omfattas den sociala barn- och ungdomsvården sedan 2001 av en *Childrens Act* som bl.a. reglerar samarbete mellan olika aktörer kring barn och unga, men också stora delar av arbetet som bedrivs inom barn- och ungdomsvården. Sedan 2004 har en mängd funktioner inrättats; en motsvarighet till vår barnombudsman, lokalt utsedda tjänstemän med fokus på barnfrågor, samt styrelser för att utöva tillsyn av familjehem och se över skydd av barn. Varje *children's services authority* är skyldig att upprätta samverkansavtal med andra myndigheter eller organisationer som rör barn inom deras område (SOU 2005:81).

1998 genomförde New Labour i England *Sure Start* som en socialpolitisk huvudåtgärd (intervention) för att komma tillrätta med de problem som ansågs hänga ihop med barn som lever i fattigdom. De problem som beskrevs var att barnen presterar sämre i skolan

och därmed har lättare att i vuxen ålder hamna i arbetslöshet samt att de i högre grad än andra barn involveras i kriminella handlingar eller blir tonårsföräldrar (Eisenstadt, 2002). Genom att samordna en mängd serviceinstanser, såsom sjukvård/hälsa, barnomsorg, familjerådgivning, arbetslöshetsstöd och utbildning hoppades regeringen på att reducera antalet barn som lever i fattigdom. Detta skulle ske genom en mängd lokala program i framför allt utsatta områden och de hoppades på att nå cirka 400 000 barn, vilket är ungefär en tredjedel av alla barn under fyra år som lever i fattigdom i England (Moss, 2004).

Inom *Sure Start* samverkar en mängd olika professioner för att på bästa sätt kunna ge ett tidigt stöd till invånarna. I deras kärnverksamhet ingår:

- verksamheter som identifierar och försöker nå hjälpbehövande; *outreach services* och hembesök
- stöd för familjer och föräldrar
- kvalitetslek, inläring och barnomsorg
- primär sjukvård och lokal hälsovård, samt familjerådgivning gällande hälsa och barnets utveckling
- stöd för dem med specifika behov

Utöver kärnverksamheten anpassar sig *Sure Starts* efter lokala behov. Praktisk rådgivning, självutvecklande kurser, strukturerade föräldraprogram eller språk- och läskunnighetsträning kan förekomma (Roberts, 2000).

1.5.8 USA

I USA finns tankegångar i stil med familjecentralsidén där samverkan mellan olika professioner sker i gemensamma lokaler. Skillnaden är att målgruppen uteslutande är utsatta familjer och tonårsmödrar. De erbjuds hälsovård, socialt stöd och en plats för umgänge och lek. Att denna form av förebyggande arbete enbart erbjuds en viss målgrupp beror på att generella hälsovårdserbjudanden inte existerar i USA.

Forskningsresultat som presenteras från nätverket för "*Family Resource Centres in New Hampshire*" har visat på att tonårsgraviditeter och abort minskat, samt att arbetslösheten sjunkit och utbildningsnivån ökat i de barnfamiljer som berörts av verksamheten (Bing, 2005).

2. TIDIGARE FORSKNING

Följande avsnitt avser att presentera kunskapsläget i de ämnen som berör studien; främst prevention och familjeinriktat förebyggande arbete.

Omhändertaganden i familjehem och institutionsvård är det största forskningsområdet inom barn- och ungdomsvård (Wiklund, 2006). Senaste året har forskningen utökats med bl.a. en kartläggning av öppenvårdsinsatser (Forkby, 2006). Bergmark och Lundström står för en stor del av den svenska forskning som gjorts inom barnavårdsområdet. De har bl.a. studerat förekomst av och former för samverkan inom barnavården (2005). Två resultat utifrån denna studie är att barn- och ungdomsvårdens samverkan överlag handlar om generella och förebyggande åtgärder samt att den enskilda samverkan mellan socialtjänsten och en annan aktör kring barn och ungdomar tar mindre än 5h/månad.

2.1 Preventionsforskning

Gemensamt för svensk och internationell forskning är att det oavsett forskningsdisciplin tycks vara vanligt att dela in det förebyggande arbetet i Caplans (1964) preventionsnivåer; primär, sekundär och tertiär. Primärt förebyggande arbete riktas till alla och syftar till att förhindra att problem uppstår. Sekundärt förebyggande arbete syftar till att ingripa och begränsa. Tertiärt förebyggande arbete syftar till att kontrollera/behandla de konsekvenser som uppstått ur ett problem som redan existerar (Berg Wikander, 2006; Thurston, 2006). Motsvarande begrepp hos Killén är universellt, selektivt och indikerat förebyggande arbete (2000).

Caplan (1964) gör en skillnad mellan behandling och tertiär prevention då han menar att behandling inte ingår i begreppet. Motiveringen är att det tertiära preventionsarbetet inte skall baseras på att ha fokus på den enskilde utan istället ha ett samhällsperspektiv. Överlag tycks gränsdragningar mellan de olika nivåerna vara en omdiskuterad fråga (Killén, 2000; Lundström Mattson, 2004).

Även forskning kring samverkan har relevans för denna C-uppsats då många samverkansstudier har mer eller mindre artikulera kopplingar till förebyggande arbete (jmf t ex SOU 2005:81). Under 1970-talet gjordes exempelvis samverkansstudier med fokus på den primärvård och socialtjänst som samlokaliseras och dess socialmedicinska arbetslag medan det på 1980-talet började forskas mer om yrkesgruppernas samspel (Mallander, 2000).

Kunskap om samverkans effekter för barn och familjer är begränsad och det är främst de samverkande parterna själva som gjort de uppföljningar som finns att tillgå (SoS 2004a). Danmark och Kullberg (1999) anser att det saknas undersökningar om samverkan som har teoretisk förankring och som analyserar samverkansarbetet kritiskt. Det har dock förekommit studier som till viss del är kritiska. Boklund (1995) refererar till Wiig (1991) som menar att samarbete riskerar att bli ett mål i sig. Boklund (1995) skriver om hinder för samarbete att det är centralt att yrkesgrupperna i samarbetssituationen vet varför man skall samarbeta, har enkla uppnåeliga mål samt att de kan se konkreta resultat av sitt samarbete. Detta behöver ändå inte vara tillräckligt för att samarbete ska leda till lyckade resultat. När samarbetsproblem uppstår rör det ofta den egna yrkesrollen och dess position i förhållande till andra yrkesgrupper; bristande kunskap om varandras arbetssätt. Även regelverk kan stå i vägen för en gynnsam samverkan (a.a.).

De senaste åren har samverkan granskats med ett mer kritiskt öga (Bergmark & Lundström, 2005; Sundell & Colbiörnsen, 1999; Wiklund, 2006). Sundell och Colbiörnsen (1999) uttrycker att det finns en förvirring kring definitionen av begreppet samverkan. Bergmark och Lundström (2005) tycker att det är anmärkningsvärt att det satsas så mycket på ett område där det inte finns evidens som tyder på att det är mödan värt; framför allt inte ur ett klientperspektiv (familjerna). Forskningen fokuserar mer på vad samverkan innehåller än vad den innebär. Wiklund (2006) skriver att det är svårt att finna stöd för samverkans förtjänster i avseendet att identifiera barn och ungdomar som riskerar att fara illa. Han utlyser utförligare riktlinjer för innehållet av den samverkan som socialtjänsten idag är ansvarig att initiera.

Positiva effekter av samverkan saknar till stor del stöd inom forskningen, men i enskilda utvärderingar av verksamheter där samverkan är institutionaliserad visar resultaten på att de professionella är överens om att en välfungerande samverkan är bra för att framför allt kunna ge ett tidigt stöd till barn och familjer (Ahlgren, 2003; Folkhälsoinstitutet, 2000; Palm, Andersson & Ryttare, 2005; SoS 2004a; Öberg, 1999). Det återstår alltså att se om forskning kan visa på fördelarna med samverkan. Oavsett avsaknaden av vetenskapliga belägg förekommer samverkan flitigt inom det förebyggande arbetet. *Källan till en chans* (SOU 2005:81) anser att för att kunna ge ett tidigt stöd utifrån en helhetssyn och utifrån barnets perspektiv krävs att de inblandade aktörerna samverkar. Enligt Lundström Mattson (2004) är samverkan nödvändig för att en förebyggande verksamhet, exempelvis en familjecentral, skall kunna fungera. I Socialstyrelsens strategier för samverkan (2004a) står också att samverkan behövs framför allt när det gäller tidiga insatser och det förebyggande arbetet (a.a.).

2.1.1 Svensk forskning om familjeinriktat förebyggande arbete

Efter databassökningen visade det sig att förebyggande arbete rörande familjer är ett stort område inom forskningsfält som psykologi, medicin/folkhälsa, pedagogik, integration och samhällsarbete/politik. Störst andel forskning på preventionsområdet tycks ha utförts inom den medicinska sfären. Detta är en slutsats grundad på mängder artiklar om exempelvis HIV-prevention i världen eller annan forskning kring sjukdomsprevention och barnmorskors arbete (Ryttare, 2006).

I Sverige är det socialt förebyggande arbetet ett nytt forskningsfält och det har inte funnits mycket skrivet på området. En relativt ny forskningsöversikt baseras uteslutande på amerikanska och europeiska preventionsprogram (Ferrer-Wreder et al., 2005). Annars är det framför allt en person; Vibeke Bing, socionom, förskollärare och folkhälsovetare som har arbetat med att sprida kunskap om det socialt förebyggande arbetet i Sverige, bl.a. genom en kartläggning och utvärdering i samarbete med Folkhälsoinstitutet (Lundström Mattson, 2004).

Inom svensk forskning är det svårt att hitta information om vilka riktade förebyggande insatser som erbjuds till barn, unga och familjer. Enstaka beskrivningar och utvärderingar av projekt eller arbetsmetoder går att få tag på (Ryttare, 2006). Exempel på en projektutvärdering är *Förebyggande psykosocialt arbete med invandrade familjer-gruppmetod som stärker integrationsprocessen* (Bravo & Lönnback, 1997). Ett projekt drevs för att utveckla och utvärdera förebyggande psykosociala arbetsmetoder med invandrade föräldrar. Målet var att undvika att invandringskrisen skulle permanentas och i slutändan påverka barnen negativt. En beskrivande rapport är *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa* (Statens folkhälsoinstitut 2001:37). Författarna redovisar forskning om spädbarnets beteende och utveckling, föräldraskapet och parrelationen samt ger förslag på hur föräldrastöd kan utformas. Ett exempel på en utvärdering av arbetsmetod är *KOMET för föräldrar. Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om KOMET?* (Sundell et al., 2005). *KOMET* är ett föräldraträningsprogram för att ge stöd till föräldrar som har trotsiga och bråkiga barn. Under hösten 2004 deltog 185 familjer med barn mellan tre och tolv år i utvärderingen. Det visade sig bl.a. att i princip alla föräldrar skulle rekommendera *KOMET* och att problemen hos de äldre barnen minskat något mer än hos de yngre.

2.1.2 Internationell forskning om familjeinriktat förebyggande arbete

Internationell forskning om prevention kopplat till familjer eller primär- och sekundärpreventionens stora arena; familjecentralen, produceras främst i Storbritannien (Ryttare, 2006). Rapporter och artiklar om prevention kopplat till familjer vill i princip uteslutande utreda huruvida en förebyggande verksamhet, som familjecentralens brittiska motsvarighet *Sure Start*, givit konkreta resultat eller inte. Samtidigt påpekas svårigheterna med att vetenskapligt bevisa om så är fallet. Denna problematik tas bl.a. upp i *Assessing the impact of community programmes working with children and families in disadvantaged areas* där Gordon påpekar att *community programmes* riktade till föräldrar och barn i utsatta områden är mycket populära i Storbritannien samtidigt som evidensbristen överraskar. Svårigheterna med att vetenskapligt utvärdera effekterna av förebyggande arbete beror på att arbetet berör en mängd olika individer, grupper och organisationer i olika kontexter, såsom sociala, ekonomiska och politiska (Gordon, 2005). Annan vanligt förekommande internationell preventionsforskning med fokus på familjer tar upp mer specifika frågor som exempelvis att förebygga att tonårsföräldrar blir långtidsisolerade eller att barn kan skadas i sin hemmiljö (Ryttare, 2006).

2.2 Sammanfattning av tidigare forskning

Sammanfattningsvis kan sägas att det inom kunskapsområdet social barn- och ungdomsvård främst forskats kring omhändertaganden i familjehem och institutionsvård. Det finns överlag inte särskilt mycket forskning om det socialt förebyggande arbetet. Inom svensk forskning är det framför allt svårt att få reda på vilka riktade förebyggande insatser som erbjuds till barn, unga och familjer. Den internationella forskningen om prevention till familjer produceras främst i Storbritannien med fokus på familjecentralens motsvarighet *Sure Start*. Mest forskning inom preventionsområdet kommer från det medicinska forskningsfältet. Gemensamt för svensk och internationell forskning tycks vara att det oavsett forskningsdisciplin är vanligt att dela in det förebyggande arbetet i preventionsnivåerna; primär, sekundär och tertiär. Tidigare forskning om samverkan går att knyta an till denna studie då stor del av det förebyggande arbetet utförs i samverkan. Från olika forskningshåll kring samverkan poängteras att det är viktigt att behålla ett kritiskt öga och se till att samverkan inte blir ett mål i sig. Om det uppstår samarbetsproblem kan det i slutändan påverka det förebyggande arbetet negativt. Positiva effekter av samverkan saknar till stor del stöd inom forskningen, men i enskilda utvärderingar av verksamheter där samverkan är institutionaliserad är de professionella överens om att en välfungerande samverkan är bra för att kunna ge ett tidigt stöd till barn och familjer.

3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Centrala begrepp som prevention och samverkan skall ge en god teoretisk grund när det gäller att belysa frågan om socialtjänstens familjeinriktade preventiva arbete. Eftersom individ- och familjeomsorgen har organiserat sig mer och mer mot specialisering ställer det högre krav på samverkan, vilket medför att kopplingen mellan familjeinriktat förebyggande arbete och samverkan är viktig. Huvudfokus för de teoretiska utgångspunkterna är preventionens olika nivåer.

3.1 Begrepp är centrala i teorier och modeller

De vetenskaper som studerar människan och hennes samspel med omgivande miljö använder sig av teorier och modeller av olika slag. Teorier kan användas för att ge mening åt upplevda och observerade fenomen (Bergmark, 1998; Larsson, 2005) och byggstenar i modeller är olika begrepp. Begreppen har både en central funktion för de vetenskapliga förståelseramarna men också en stor betydelse för hur vi förstår och organiserar vår tillvaro (Bergmark, 1998). Att utgå från centrala begrepp inom det förebyggande arbetet och uppmärksamma begreppens komplexitet och innehåll är viktigt och en bra kunskapsbas att ha med sig vid förståelsen av kartläggningens resultat.

3.2 Prevention

Följande avser att knyta an begreppet hälsa till prevention och det sociala arbetet samt ge en mer utförlig presentation av olika nivåer av prevention. Gränsdragningen mellan primär, sekundär och tertiärprevention är omdiskuterad och det är därför viktigt att beskriva olika synsätt. Killéns (2000) begrepp universellt, selektivt och dedikerat förebyggande arbete kommer att redovisas. Dessutom kommer praktiska exempel inom respektive preventionsområde ges.

3.2.1. Preventionens övergripande uppgift

Begreppet prevention är vanligt förekommande inom framför allt det medicinska fältet (Ryttare, 2006). Den övergripande uppgiften är att på olika sätt förebygga sjukdom och främja hälsa (Lagerberg & Sundelin, 2000). Begreppet hälsa är svårfångat och Bing (2005) skriver att många brukar hänvisa till *World Health Organisations* (WHO) definition där hälsa beskrivs som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande; ett begrepp som tar hänsyn till det sociala livet och individens subjektiva uppfattning. WHO:s definition har dock fått mycket kritik eftersom människor med diagnostiserade sjukdomar också kan känna sig friska och tillfreds (a.a.). Prevention kan ibland beskrivas som ett sätt att eliminera en risk och förebygga ohälsa. Ett närbesläktat begrepp är promotion som lägger tonvikten på att främja hälsa genom att stärka den enskilde till ett välmående. I det ingår att stärka det sociala nätverket för att främja hälsa. Istället för att söka riskfaktorer gäller det att hitta friskfaktorer (Berg Wikander, 2006).

En mer preciserad form av hälsa är den psykiska hälsan som enligt Europakommissionen innefattar självkänsla, optimism, en känsla av sammanhang, förmågan att upprätthålla personliga relationer samt att handskas med motgångar. Det har givits förslag om att respekt för andra och tilltro till sitt eget och andras värde skall ingå i definitionen (Bing, 2005).

I kommunernas förebyggande arbete är det familjeinriktade arbetet mycket viktigt. Det är troligt att det främst är den psykiska hälsan man vill upprätthålla hos familjerna till följd av den psykosociala karaktären på socialtjänstens arbete. Klart är i alla fall att en god psykisk hälsa underlättar hantering av motgångar. Enligt Lundström Mattson (2004) kan arbetet utföras av samma person som också arbetar myndighetsutövande och arbetet innehåller ofta hjälp- och stödsamtal, social rådgivning, förmedling av information och samtal om barnuppfostran eller relationsproblem i familjen (Lundström Mattson, 2004).

3.2.2 Preventionens nivåer

Oavsett forskningsdisciplin tycks det vara vanligt att dela in prevention i olika nivåer som primär, sekundär och tertiär (Ryttare, 2006). Motsvarande begrepp hos Killén är universellt, selektivt och indikerat förebyggande arbete (Killén, 2000). Samtliga tre nivåer av prevention skall presenteras tillsammans med praktiska exempel hämtade från det sociala arbetet. Detta för att i teorin dra en gräns mellan varje nivå, även om det i praktiken finns en gränsdragningsproblematik som både Killén (2000) och Lundström Mattson (2004) nämner.

3.2.3 Primärprevention/universellt förebyggande arbete

Enligt Thurston (2006) riktas *primärprevention* till alla och syftar till att förhindra problem innan de uppstår. Primärprevention är allmänt förebyggande insatser riktade till stora delar av befolkningen (a.a.). Syftet kan vara att öka förutsättningarna för social gemenskap; att skapa mötesplatser (SOU 1997:161).

“Primärpreventivt socialt arbete vid en familjecentral syftar till att erbjuda alla småbarnsföräldrar verksamhet som kan ge barn och föräldrar stöd som en välfärdspolitisk universell insats. Tanken är att samhället via insatser till alla, också kan nå föräldrar som har mindre resurser till sitt förfogande” (Palm, Andersson & Ryttare, 2005, s 33).

Det primärpreventiva arbetet är det mest förekommande. Det bedrivs vanligtvis på BVC och öppen förskola och brukar benämnas som det hälsofrämjande arbetet. Ett exempel är en BVC-sköterska och en föräldragrupp som ger en enskild förälder stöd och vägledning när föräldern känner oro för sitt nyfödda barn (Killén, 2000; Mattson Lundström, 2004).

3.2.4 Sekundärprevention/selektivt förebyggande arbete

Sekundärprevention syftar till att ingripa och begränsa (Thurston, 2006). Lagerberg och Sundelin (2000) utvecklar begreppet sekundärprevention och skriver att det handlar om insatser riktade till en definierad riskgrupp. Insatserna är avsedda att förhindra uppkomst av befarade problem eller att förhindra att problem förvärras. Levin (2000) skriver att uppsökande ungdomsarbete, samverkan mellan socialtjänst och mödra- och barnhälsovården samt socialtjänstens deltagande och informationsförmedling på föräldramöten kan räknas som sekundärpreventivt arbete. Inom den sociala barn- och ungdomsvården visar sig i allmänhet sekundärprevention genom det prognostiska tänkandet där barn och ungdomar i riskzonen tidigt kan identifieras och insatser kan sättas in för att förebygga en ond utveckling (a.a.).

Det *sekundärpreventiva arbetet* bedrivs ofta uppsökande inom de arenor där det primära, förebyggande arbetet sker; familjecentral, MVC, BVC, förskola och skola men också inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Arbetet riktas till familjer som anses vara i riskzonen för att utveckla ohanterbara problem om inte familjen eller den enskilde får tidig hjälp. Riskfaktorer och resurser måste identifieras för att kunna förhindra att problem förvärras. Killén anser att det selektivt förebyggande arbetet är mer tids- och resurskrävande än universellt förebyggande arbete. Det krävs bl.a. större kompetens och i högre utsträckning behov av handledning för de professionella. Etablering och upprätthållande av kontakten med den enskilde är ofta ett känslomässigt krävande arbete. När den existerande oron förmedlas kan den enskilde känna sig hotad och förhållandet till

de professionella förändras, framför allt när det handlar om psykosociala problem kopplade till barn och föräldrar. I jämförelse med det tabubelagda beskedet om psykosociala problem har yrkesgrupperna inom sjukvård, socialtjänst, förskola och skola alltid haft relativt lätt att informera om utvecklingsförseningar och fysiska handikapp. Övergången från universellt till selektivt förebyggande arbete kan således vara svår för många professionella (Killén, 2000). *Sekundärpreventivt arbete* kan vara när en pedagog på öppna förskolan inser att en tonårsmamma är ensamstående utan socialt nätverk och därmed erbjuder mamman att delta i en organiserad gruppverksamhet för andra föräldrar i en liknande situation.

Selektivt förebyggande arbete förutsätter att det finns ett nära samarbete mellan olika instanser. Det håller inte att motivera föräldrar och barn till att ta emot hjälp om det inte finns någon hjälp att få. (Killén, 2000, s 173)

3.2.5 Tertiärprevention/indikerat förebyggande arbete

Tertiärprevention syftar enligt Thurston till att kontrollera och behandla de konsekvenser som uppstått ur ett redan existerande problem (2006). Caplan (1964) gör en skillnad mellan behandling och tertiär prevention då han menar att behandling inte ingår i begreppet. Motiveringen är att det tertiära preventionsarbetet inte bör baseras på att ha fokus på den enskilde utan istället ha ett samhällsperspektiv. Överlag tycks gränsdragningar mellan varje nivå vara en omdiskuterad fråga. Lundström Mattson (2004) redovisar för Gustafssons (1996) definition, där den tredje tertiära nivån helt plockas bort och ersätts av en tvådelad indelning: *Insatser för att främja hälsa* och *Insatser för att förebygga ohälsa*.

Statens offentliga utredning (1997:161) anser att socialtjänstens individuellt riktade insatser som utredning om bistånd, råd- och stödsamtal, tillsättande av exempelvis kvalificerad kontaktperson eller placering i familjehem är tertiär prevention.

Det *tertiärpreventiva arbetet* bedrivs ofta inom ramen för socialtjänstens myndighetsutövande sida. Antingen har familjen sökt hjälp själv eller så har omgivningen gjort en anmälan. Det handlar främst om behandlande insatser när problem redan har uppstått (Lundström Mattson, 2004; Killén, 2000). Vanligtvis prioriteras inte det selektivt förebyggande arbetet, vilket resulterar i att situationen för barn och föräldrar förvärras tills den enskilde är i stort behov av behandling (Killén, 2000). Det tertiärpreventiva arbetet kan exempelvis användas för att hjälpa en familj med svåra relationsproblem. Familjen har svårt att själva hantera de eskalerande problemen och efter en ansökan till socialtjänsten börjar två familjebehandlare arbeta i familjen och barnen får bo varannan helg hos en kontaktfamilj. Sundell och Colbiörnsen (1999) hänvisar till Brown och Herbert (1997) när de skriver att det är svårare att nå lyckade resultat i tertiärpreventivt arbete än i primär- och sekundärpreventivt arbete.

3.2.6 Användandet av preventionsnivåer i denna studie

Det finns olika namn på preventionsnivåerna och en gränsdragningsproblematik. För att underlätta för resultatredovisningen och analysen använder denna studie primär-, sekundär- och tertiärpreventivt arbete, vilket innehållsmässigt är detsamma som universellt, selektivt och indikerat förebyggande arbete. Framför allt gränsdragningen mellan sekundärpreventivt och tertiärpreventivt arbete är inte knivskarp. Denna studie

använder begreppen i linje med Thurston (2006); sekundärprevention används för det förebyggande arbete som riktar sig till vissa riskgrupper och tertiärprevention används för arbete av mer behandlande karaktär. Tertiärprevention används också i linje med SOU (1997:161) i den mening att socialtjänstens individuellt riktade insatser anses tertiära.

3.3 Kommunernas organisering av förebyggande arbete

Det är vanligt att utbudet av förebyggande insatser varierar mellan kommuner beroende på organisering och vilka behov som lokalt behöver mötas. Försök att utveckla socialtjänstens arbete och erbjuda mer generella sociala tjänster till medborgarna blir ofta kortlivade då de inte är lagligt påfordrade, inte är myndighetsutövande och inte anses tillhöra organisationens institutionella kärna (Lundström & Sunesson, 2006).

Lundström och Sunesson (2006) refererar till Bergmark och Lundström (2005 & 1998b) när de skriver att individ- och familjeomsorgen sedan mitten av 1980-talet organiserats mer och mer mot specialisering trots att den styrande idén om helhetssyn av en familjs problem egentligen underlättas mer genom integrering. Tanken med specialisering har varit att skilja ut arbete med mer byråkratisk och utredande karaktär från arbete som har mer behandlande ambitioner. Den ökade specialiseringen har lett till ökad förekomst av förebyggande arbete och sedan 1990-talets mitt har det exempelvis blivit allt vanligare att inom ramen för barn- och ungdomsvården starta olika typer av öppna mottagningar för barn, unga och familjer. Specialiseringen har också ställt högre krav på samverkan med andra aktörer och för att kunna utforma insatser på bästa sätt och undvika dubbelarbete har behovet av bättre samordning inom den egna förvaltningen ökat (Bergmark & Lundström, 2005).

3.3.1 Samverkande preventivt arbete

Familjecentraler utgör en institutionaliserad organisationsform för samverkan och prevention och utför ett samverkande preventivt arbete riktat mot framför allt barnfamiljer. Tanken är att kunna erbjuda ett lättillgängligt stöd då tillgång till flera betydelsefulla tjänster finns samlade under samma tak (Folkhälsoinstitutet, 2000). Ungdomsmottagningar fyller samma funktion för unga med en spännvidd mellan cirka 12- 25 år. På ungdomsmottagningen samverkar ofta barnmorska, läkare, kurator och ibland också psykolog. Verksamheten bedrivs både genom riktade grupper, individuella samtal och i form av utåtriktat arbete (SOU 2005:81). De behov av stöd som finns i ett område kan snabbt uppmärksammas genom det nära samarbetet och kunskapsflödet mellan yrkesgrupperna. Behovet kan snabbare mötas då samlokaliseringen gör det lättare att exempelvis starta upp gruppverksamheter (Folkhälsoinstitutet, 2000).

För barn mellan 6-12 år erbjuder Individ- och familjeomsorgen sällan någon institutionaliserad organisationsform för samverkan och prevention. Skolan, elevhälsan, fritidsgårdar och föreningsliv är de aktörer som i det förebyggande arbetet riktar sig mot denna grupp, men det finns ingen självklar öppen mottagning för barnen att vända sig till. Handlingsplanen SOU 2005:81 föreslår att medel ska avsättas för att ge bidrag till kommuner eller kommuner i samverkan med Landstinget som etablerar en fast samverkan med tidigt stöd som riktar sig till barn och unga som lämnat förskoleåldern.

Carlsson och Örnberg (2005) refererar till resultat från *Barn i fokus- projektet*. Socialstyrelsen fick 1991 regeringens uppdrag att efter kartläggningar, försöksverksamheter och utredningar utarbeta ett åtgärdsprogram för att höja kompetensen och utveckla barnperspektivet i det sociala arbetet. Enligt projektets slutrapport har långtgående samverkan visat sig ge en högre kvalitet på det stöd som ges till barn och familjer och mer utrymme att lyfta fram barnperspektivet. Långtgående samverkan har också bidragit till att uppfattningen om socialtjänsten som den myndighetsutövande kolossen avdramatiserats (a.a.). Eftersom institutionaliserad organisering för samverkan och prevention till skillnad från projekt ofta leder till långtgående samverkan bör dessa resultat överensstämma med verksamheter som familjecentraler och ungdomsmottagningar.

3.4 Samverkan

En stor del av det preventiva arbetet utförs i samverkan med angränsande professioner. Det är därför viktigt att beskriva vad samverkan är och hur den kan se ut. Först kommer olika samverkansnivåer och vanligt förekommande former för samverkan i det förebyggande arbetet presenteras och slutligen ges ett smakprov på den diskussion om samverkans för- och nackdelar som förs.

3.4.1 Samverkan och dess nivåer

Sundell och Colbiörnsen (1999) frågar sig vad skillnaderna mellan samarbete, samordning och samverkan är. Bing (2005) menar att samverkan sker mellan huvudmän när de politiskt, ekonomiskt och administrativt beslutar sig för samarbete. Samarbetet handlar sedan om personliga kontakter i det dagliga arbetet. I denna C-uppsats används begreppet samverkan som ett samlingsnamn för samordning och samarbete.

I socialt förebyggande arbete riktat till familjer kan samverkan ske på olika nivåer. Boklund (1995) skriver att den verkliga samverkan är när någon eller några tillför sina specifika resurser och kompetenser till en uppgift som gemensamt skall genomföras. Varje yrkesgrupp bibehåller sitt ansvarsområde och verksamhetsområdet är avgränsat, samtidigt som det i vissa frågor eller kring vissa familjer förekommer ett integrativt samarbete. Boklund refererar till bl.a. Berggren (1982) som kallar denna nivå av samverkan för *kollaboration*. Genom *kollaboration* kan olika yrkesgrupper tillföra varandra något, vilket gör att uppgiften kan lösas optimalt. Man skulle kunna påstå att ambitionen med det förebyggande arbete som bedrivs i institutionaliserade organisationsformer, där flera yrkesgrupper arbetar under samma tak, är att uppnå denna nivå av samverkan. Utöver kollaborationsnivån av samverkan beskriver Boklund (1995) *separation*. Det kan vara att olika enheter inom en och samma organisation utformar insatser för samma familj parallellt, något som kan se ut som ett samarbete då insatserna kommer från samma organisation, men där insatserna inte alls är samordnade. *Koordination* som är en form av remissförfarande anses också vara en nivå av samarbete. Slutligen beskrivs *sammansmältning*, vilket innebär att flera verksamheter eller yrkesgrupper delar på samma uppgifter; endast en mindre del av arbetet är yrkesspecifikt.

3.4.2 Former för samverkan

Initialt har samverkan vanligen karaktären av projekt. Det handlar ofta om ett möte mellan organisationer som skall organisera sig på nytt. Antingen har projektet ett visst

mål som är entydigt definierat och som ofta är tidsbegränsat och väl avgränsat från den övriga verksamheten som löper vid sidan om, eller så kan projektet ses som en process där målet inbegrips. Gemensamt mål för alla parter inom människobehandlande yrken är vanligtvis intresset av att förbättra livssituationen för de gemensamma klienterna, men mer målspecificerat brukar det inte bli och i samverkansprojekt handlar det ofta mer om formen för samverkan än dess innehåll (Mallander, 2000). En vanlig form för samverkan är också den institutionaliserade organiseringen där flera yrkesgrupper arbetar under samma tak (se 3.3.1, s 16- 17).

I huvudsak har denna studie en empirisk tonvikt. Begreppen, främst dem som rör de olika preventionsnivåerna, kommer huvudsakligen att användas för att i resultatavsnittet klassificera de empiriska observationer som gjorts i undersökningen.

4. METOD

4.1 Forskningsdesign

4.1.1 Metodval

C-uppsatsen är deskriptiv, vilket innebär att den genom frågor som hur, var, när, vem och vilka beskriver företeelsen familjeinriktat preventivt arbete (Esaiasson et al., 2003). Avsikten med studien är främst att kartlägga fenomenet prevention, inte att klarlägga samband (Dahmström, 1991).

Studien bygger i huvudsak på kvantitativ metod, men även kvalitativa tekniker användes i begränsad omfattning. Kvantitativ metod användes genom datainsamling i form av en telefonenkät, men också genom resultatdelens presentation av data i tabeller. Kvantitativ metod var ett självklart redskap vid undersökning av preventionens förekomst, för att kunna mäta hur många som erbjuder olika former av preventiva insatser och för att se i vilken utsträckning samverkan med andra samhällsorgan och yrkesgrupper förekommer (Esaiasson et al.). För att uppnå ett större djup låg det i studiens intresse att ha med kvalitativa aspekter av fenomenet prevention, t.ex. intervjupersonernas kommentarer kring förbättring av förebyggande arbete. Kvalitativ metod användes vid resultatredovisning av enkätens öppna frågor samt vid tolkning av både kvalitativ och viss kvantitativ data.

En abduktiv metodstrategi användes i studien, vilket innefattar både en induktiv och deduktiv strategi. Abduktionen innebar att utgå från empiriska data, vilka sedan tolkades utifrån teorienomgången. Studien var induktiv då IP gavs möjlighet att med egna ord berätta om dess syn på det förebyggande arbetet och det deduktiva inslaget innebar att den teoretiska utgångspunkten för C-uppsatsen till viss del ledde vägen till de frågor som ställdes samt styrde den teoretiska tolkningsmallen (Larsson, 2005).

Det perspektiv som studien antagit är framför allt socialtjänstens perspektiv och ett chefsperspektiv då det är cheferna som besvarar frågor om socialtjänstens preventiva och organisatoriska upplägg. Stor del av telefonenkätens svar grundar sig på chefernas kunskap/uppfattning och inte den statistik eller de verksamhetsplaner som de skulle kunna leta fram. Dock besitter de en sådan position att de bör kunna besvara frågorna

någorlunda korrekt. Viktiga perspektiv som inte belysts i studien är barnens, ungdomarnas, föräldrarnas och hela familjers perspektiv.

4.2 Datainsamling, urval och bortfall

4.2.1 Urval

Det är troligt att sociala problem fördelar sig olika mellan kommunerna i Sverige och även i Stockholm. Kanske prioriterar vissa kommuner frågor eller målgrupper som i andra kommuner faller i glömska? Med tanke på att det förebyggande arbetet kan variera mellan kommuner lades stor tonvikt vid att få med strukturellt olika och även geografiskt spridda kommuner över länet. Eftersom denna studie delvis är knuten till FoU-Nordväst där Sundbyberg ingår föreföll det sig självklart att undersöka kommuner inom FoU-Nordväst. För att få den önskade geografiska spridningen och samtidigt underlätta vid valet av kommuner inkluderades FoU-Nordost och FoU-Södertörns kommuner. Totalt ingår 18 kommuner inom Stockholms län i studien: *Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Huddinge, Järfälla, Lidingö, Norrtälje, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Södertälje, Täby, Upplands- Bro, Upplands Väsby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker*. Med tanke på att Stockholms stad med sin stadsdelsorganisation skiljer sig från övriga kommuner gjordes bedömningen att av praktiska skäl utesluta staden ur kartläggningen.

Studien genomfördes genom en telefonenkät/intervju med 18 chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Cheferna inom socialtjänsten (IP) valdes ut utifrån ett strategiskt urval, framför allt p.g.a. det koncentrat av kunskap inom området som de kan tänkas besitta och som de kan bidra med för att besvara forskningsproblemet (Esaïsson et al., 2003). De chefer som deltog i studien var de som ansågs ha bäst kännedom om frågan; IFO-chefer, utvecklingsledare inom socialtjänsten, resultatenhetschefer, resursenhetschefer, sektionschefer för barn- och ungdom eller enhetschefer för barn eller ungdom, samt chefer för förebyggande enheten i kommunen.

4.2.2 Databaser, sökvägars användbarhet och litteratur

Idén till C-uppsatsen uppkom efter några grundliga databassökningar och ett ögnande igenom mängder artiklar och rapporter inhämtade från databaser som *Social Services Abstracts (CSA)*, *Academic Search Elite*, *Google Scholar* samt böcker lånade efter sökning på biblioteksdata-basen *Libris*. *CSA* och *Academic Search Elite* var de databaser som främst användes för att få tag på internationell forskning om preventionsarbete riktat till barn, ungdomar och familjer. Inledande sökord var *prevention** vilket i *CSA* gav 159 124 träffar på *Peer-Reviewed Journals* (granskade) inom området *Social Science*. Det visade sig vara viktigt att söka mer specifikt och senare användes *Parent**, *mother**, *child**, *youth** och *sure start* kopplat till *prevention** vilket gav mer hanterbara mängder forskning. Stor del av den forskning som hittades var samhällspolitiskt inriktad; utvärderingar av verksamheter eller forskning inom det medicinska fältet med fokus på exempelvis barnmorskors arbete.

Hemsidor till *Stockholm stads FoU*, *Södertörns FoU*, *FoU- Nordväst* och *FoU Välfärd (Nordost)* besöktes flitigt. Där presenterades intressanta rapporter, ny forskning samt sökvägar vidare till exempelvis Förbundet för forskning i socialt arbete (FORSA). FORSAs länkar till internationella hemsidor; [World Wide Web Resources in Social Work](#),

Information for practice och *Social Care online* (framför allt artikelsök) användes också med olika framgång.

Svensk forskning återfanns främst på biblioteksdatan LIBRIS. Givande sökord var framför allt: *förebyggande**, *familj** AND *förebyggande**, *familjecentr** och *samverkan** kopplat till övriga sökord.

Sökningar på Socialstyrelsen, Statens offentliga utredningar, Barnombudsmannen och Statens Folkhälsoinstitut har varit givande för studien. Aktuella lagtexter har hämtats via RIXLEX.

Lundström Mattsons (2004) "*Socialt förebyggande arbete- med familjecentralen som arena*" var initialt till stor hjälp då bokens referenslista användes i jakten på intressant forskning och litteratur. Böcker och rapporter har lånats på Socialhögskolans bibliotek. Magasinerade rapporter har lånats vid Stockholms Universitets huvudbibliotek. I övrigt lästes många rapporter i Pdf-format via Internet.

4.2.3 Strategier vid urval av litteratur

Socialt förebyggande arbete är ett relativt nytt forskningsområde i Sverige, likaså forskning om samverkan. I studien användes företrädesvis forskning från 1990-talet och framåt. Med tanke på att förhållanden inte är statiska utan kan förändras över tid och leda till utveckling eller tillbakagång inom ett område prioriterades den senaste forskningen. Detta gäller framför allt i urval av aktuell lagstiftning och forskning om barn- och ungdomsvården.

Lundström Mattson (2004) skriver att det inom områden som medicin, politik och pedagogik finns forskning som rör det sociala arbetet. Eftersom mängden forskning inom dessa fält tillsammans med renodlad forskning inom den sociala sfären är enorm gjordes en avgränsning; att enbart fokusera på den familjeinriktade forskningen. Urvalet ur den familjeinriktade forskningen skedde sedan utifrån två huvudbegrepp; *Prevention* och *Samverkan*. Även socialtjänstlagen (2001:453), folkhälsoforskning, beskrivningar och utvärderingar av familjecentraler och dess verksamhet samt forskning om riktade verksamheter/insatser och forskning om barn- och ungdomsvård valdes ut.

Urvalet bestod slutligen av framför allt forskningsrapporter från de olika statliga verken och Socialstyrelsen, vetenskapliga artiklar och Statens offentliga utredning *Källan till en chans* (2005:81).

Huvudfokus för denna studie är svenska förhållanden och därför valdes utländsk forskning till stor del bort, med undantag för avsnittet *tidigare forskning* där internationella förhållanden ansågs relevanta.

4.2.4 Telefonenkätens utformning och genomförande

Frågor om det preventiva arbetet kan vara komplexa och behöver eventuellt förklaras därför var telefonintervjuer bästa alternativet efter personliga intervjuer (Esaiaasson et al., 2003). Intervjuaren kan medverka till en kvalitetshöjning av svaren genom att reda ut oklarheter och undvika missförstånd. Det är även det snabbaste sättet att samla in den data som behövs (Dahmström, 1991). Esaiaasson et al. (2003) skriver att telefonintervjuer är att föredra om undersökningen omfattar många personer. Med tanke på att IP:s

tålamod och koncentration kan tryta bör telefonintervjuer helst inte pågå i mer än 15 minuter (a.a.). Intervjuerna genomfördes därför utifrån en standardiserad enkät (Trost, 1994) med 18 frågor varav ett flertal var uppföljande frågor och några var öppna frågor med en kvalitativ ansats. Att någon är tillgänglig, som i en telefonintervju, kan öka motivationen att svara på öppna frågor (Dahmström, 1991), vilket stämde i denna frågeundersökning. Intervjun avslutades med tre öppna frågor där IP tilläts prata på. Svaren transkriberades direkt och de visade sig vara av värde i fråga om att ge ett djup åt denna studie.

Det är viktigt att så långt som det är möjligt använda frågor som tidigare har använts, men om tidigare frågor inte är relevanta är det bättre att göra egna frågor (Elofsson, 2005). En anledning till att denna deskriptiva C-uppsats genomfördes är att ingen motsvarande kartläggning ännu finns. Det var därför svårt att hitta tidigare frågor liknande de som den här studien avsåg att ställa. *Samverkan - en kartläggning av förekomst och former för samverkan mellan barnavården och BVC i Stockholms stad* (Carlsson & Örnberg, 2005) är den studie som denna C-uppsats till viss del kan påminna om och inspiration från deras upplägg har delvis hämtats. Även utvalda delar av IFO-projektets enkät har varit vägledande i framställningen av enkäten (Wiklund, 2006).

Ett frågeformulär bör alltid testas på någon som tillhör målgruppen (Dahmström, 1991). En pilotintervju genomfördes för att testa enkäten. Pilotintervjun resulterade i att några frågor plockades bort eller bytte plats och ett flertal frågor omformulerades. För att kunna räkna in pilotstudien i den totala kartläggningen behövdes en komplettering av två frågor, vilket ledde till ytterligare ett telefonsamtal.

Telefonenkäten genomfördes slutligen genom intervjuer med 18 chefer inom Individ- och familjeomsorgen (IFO) i FoU-Nordväst, -Nordost och Södertörns kommuner. Först kontaktades intervjupersonerna (IP) genom ett brev via e-mail (bilaga 1). I brevet beskrevs undersökningens syfte och övergripande frågor presenterades i enlighet med Esaiassons et al. (2003) uppmaning om att noggrant i förhand informera om frågeundersökningen. IP informerades om att de kommer att bli kontaktade telefonledes samma eller nästkommande vecka för en intervju och tiden som uppgavs var att det uppskattningsvis skulle ta 15 minuter. I de fall cheferna var svåra att få tag på skickades ett påminnelsebrev där de ombads returnera en passande tid eller i vissa fall ringa (bilaga 2). I några fall hänvisade cheferna till en mer kunnig person på området.

En telefonenkät genomfördes på avsatt tidpunkt (bilaga 3). Frågorna lästes upp och svaren antecknades direkt i enkäten. Svar på enkätens öppna frågor skrevs rent på dator direkt efter avslutad intervju.

Eftersom det inte är helt lätt att få tag på upptagna chefer tog insamlandet av empiri nästan tre veckor; något som delvis var väntat då Carlsson och Örnberg (2005) skrev att de använde sig av en telefonenkät till IFO-chefer och att datainsamlingen tog upp till tre veckor innan den kunde ses som färdig.

4.2.5 Bortfall

Eftersom samtliga kommuner avsedda att kartläggas deltog i studien finns inget externt/individbortfall. Däremot förekommer ”internt-partiellt-variabelbortfall”

(Dahmström, 1991) i telefonenkätens följdfrågor om hur många som omfattas av verksamheten på öppen förskola och ungdomsmottagning (se bilaga 3, frågor 16d/e och 17d/e). Det hade förmodligen varit bättre att ställa dessa frågor direkt till dem som arbetar inom respektive verksamhet.

För vissa IP var det svårt att uppge hur många öppna förskolor som finns i kommunen (fråga 16a, bilaga 3). Detta ledde inte till variabelbortfall, men vissa IP uppgav enbart de öppna förskolor där socialnämnden har personal placerad eller är med som huvudman, medan andra kommuner uppgav samtliga, även öppna förskolor som drivs av barn- och utbildningsnämnden, kyrkan eller andra initiativ. Eftersom det fanns alternativ att kryssa i för att kunna se hur många öppna förskolor som socialnämnden driver berör bortfallet inte socialtjänstens verksamhet, men det är möjligt att det totala antalet öppna förskolor i kommunen inte stämmer. Totalt antal öppna förskolor presenteras hur som helst enbart i bilaga 9.

4.3 Databearbetning och analys

4.3.1 Kvantitativ databearbetning och analys

Eftersom den empiri som samlades in utgjorde ett överblickbart material och resultaten främst skulle ge en beskrivande bild gjordes bedömningen att SPSS därför inte var ett nödvändigt verktyg. Carlsson och Örnberg (2005) som genomförde en kartläggning av samverkan mellan barnavården och BVC skriver dessutom att deras empiri utifrån 18 stadsdelsnämnder inte räckte för givande sambandsanalyser då undergrupperna blev alldeles för små. Databearbetningen skedde i denna studie således för hand samt i Excel genom sammanställning och strukturering i empiriska klassifikationsscheman (Esaiasson et al.). Att inmatning av data skedde förhand gav en stor inblick i materialet vilket främjade framväxten av analysen. Först konstruerades tabellmallar och därefter fördes data in direkt i tabellerna; en enkät och en fråga i sänder. Det gick genast att se vilka resultat som var mest relevanta i förhållande till studiens syfte och frågeställningar. För att tydligt visa hur det preventiva arbetet ser ut i 18 kommuner inom Stockholms län presenterades de mest intressanta resultaten i frekvenstabeller med tillhörande förklaring och därefter analys. En tabell skapades även direkt utifrån de olika preventionsnivåer som också användes för att analysera resultaten. Viss data redovisades direkt i den löpande texten. Resultat och analys presenterades i samma avsnitt för flödets skull.

4.3.2 Kvalitativ databearbetning och analys

Eftersom enkäten genomfördes över telefon ansträngde många IP sig för att ge utförliga svar på de öppna frågorna, vilket medförde att svaren i vissa fall kunde bli mycket långa. Svaren behandlades därför kvalitativt enligt meningskategorisering (Kvale, 1997; se bilaga 3) vilket innebar att svaren reducerades till enklare kategorier som sedan presenterades i framför allt en tabell, men svaren redovisades också i löpande text. För att ge läsaren en bättre bild av hur grunddata sett ut presenterades ett urval citat (a.a.), i form av ett slags rudimentär tematisering.

Kvantitativa och kvalitativa resultat analyserades genom att jämföra olika data inom studien men också genom att jämföra med tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter. Data analyserades bland annat genom att det förebyggande arbetet spjälkades upp under olika preventionsnivåer.

Av utrymmesskäl kunde inte alla resultat redovisas i C-uppsatsen och läsaren hänvisas ibland till bilagor.

4.4 Reliabilitet och validitet

4.4.1 Reliabilitet

För att en undersökning skall ha en hög reliabilitet behöver den vara fri från slumpmässiga och osystematiska fel (Esaiasson et al., 2003). En svårighet med studien var den konstanta kampen för att uppnå denna höga reliabilitet. Vid datainsamlingen gällde det att skriva ner svaren snabbt och sedan direkt efteråt renskriva noggrant för att undvika slarvfel. Vid inmatning av data kontrollerades samtliga 18 svar minst två gånger.

Det var tidsödande att få tag på alla upptagna chefer vars stressade schema dessutom kan ha påverkat reliabiliteten negativt. Utöver det har begreppen prevention och samverkan vissa retoriska inslag som de flesta använder sig av men det är trots det svårt att hitta en gemensam nämnare för dess innehåll. Att uppmärksamma begreppens innehåll är alltid en angelägen uppgift. Bergmark (1998) skriver att mångtydighet och retorisk misshushållning med begreppen i olika sammanhang tenderar att förhindra en meningsfull kommunikation människor emellan (a.a.). Ämnens komplexitet; att det finns olika nivåer och former för prevention respektive samverkan skulle kunna ha bidragit till missförstånd. Det finns lika många tolkningar av begreppen som människor och det var därför nödvändigt för att stärka både reliabilitet och validitet att konsekvent och tydligt precisera vad studien undersöker, samt vid ett flertal tillfällen upprepa frågor i telefonenkäten och ge förklaringar. Det går inte att utesluta att någon chef trots detta missuppfattat någon fråga och därmed inte uppgivit reliabla data. Under rubriken bortfall presenteras de resultat som är mindre tillförlitliga än andra. Hela metodavsnittet har generellt skrivits mycket utförligt för att eftersträva en hög grad av transparens.

4.4.2 Validitet

Validitet handlar om att med hjälp av ett fullgott mätinstrument undersöka det man har för avsikt att undersöka (Esaiasson et al.; Kvale, 1997; Trost, 1994). Noggrant formulerade frågeställningar och en telefonenkät utformad efter frågeställningarna var de instrument som användes. För att stärka validiteten har enbart uppgifter som ansetts relevanta för C-uppsatsens frågeställningar tagits med i rapporten. När det interna bortfallet blev stort och de svar som gavs inte bedömdes vara tillräckligt tillförlitliga som fallet var i följdfrågorna om hur många som omfattas av verksamheten på öppen förskola och ungdomsmottagning (se bilaga 3, frågor 16d/e och 17d/e), presenterades inte dessa resultat. Att chefer skulle uppskatta hur målgruppen fångades upp till dessa verksamheter, framför allt då många inte var huvudman för verksamheten, ledde också till väldigt godtyckliga och kanske inte helt tillförlitliga uppskattningar. Frågan om rekrytering hade därför varit bättre att ställa till själva målgruppen i en utvärdering av verksamheten, för att se hur det verkligen är. Svar på denna fråga valdes också bort.

5. RESULTAT OCH ANALYS

Resultatet kommer här att kontinuerligt länkas samman med analysen. Tabeller och förklarande text skall ge en beskrivande bild av hur det preventiva arbetet ser ut i 18

kommuner inom Stockholms län. Inledningsvis presenteras övergripande resultat och empirin klassificeras utifrån de olika preventionsnivåer som teorigenomgången redogjort för. Detta övergår i en presentation av mer specifika resultat och avslutas med en mer djupgående resultatredogörelse där citat från telefonenkätens öppna frågor även kommer att lyftas fram. Avslutningsvis analyseras resultaten utifrån preventionsnivåerna och en sammanfattning av de analyserade resultaten presenteras.

5.1 Hur vanligt är det förebyggande arbetet?

Tabell 1 (s 25) visar att individ- och familjeomsorgens förebyggande arbete framför allt inriktar sig på verksamheter av sekundärpreventiv karaktär. Det sekundärpreventiva arbetet utförs främst genom riktade verksamheter till vissa riskgrupper och kan utföras i form av exempelvis föräldrautbildningsprogram och gruppsamtal. I denna studie räknas de råd- och stödsamtal som inte har behandlande karaktär som sekundärpreventiva och där gör gränsdragningsproblematiken, som bl.a. Killén (2000) och Lundström Mattson (2004) diskuterar, sig påmind. Dilemmat kring gränsdragningen innebär att studiens resultat hade kunnat skifta utifrån en annan syn på de olika preventionsnivåerna.

I tabell 1 (s 25) går det också att se att det primärpreventiva arbetet med ett utbud på i genomsnitt 3,3 förebyggande arbete per kommun följde efter det sekundärpreventiva. Det primärpreventiva arbetet består dels av informationsmöten som socialtjänsten anordnar på skolor, men också av grupp- samt öppen verksamhet som riktar sig till alla. Exempel på verksamheter som i denna studie ses som primärpreventiva är pappagrupper som riktar sig till samtliga pappor och öppen verksamhet för småbarnsföräldrar. Primärpreventiva verksamheter erbjuds ofta i anslutning till familjecentraler eller öppen förskola.

Efter sekundär- och primärpreventivt arbete följer tertiärpreventivt arbete (se tabell 1, s 25). Inom ramen för denna studie har enbart det förebyggande arbete som erbjuds utan utredning och beslut om insats inräknats. Trots det erbjuds ett medeltal på hela 1,4 tertiärpreventiva verksamheter per kommun, vilket med tanke på förutsättningen att ingen utredning krävs kan ses som mycket. Detta är också intressant i ljuset av att det har blivit allt vanligare att den sociala barn- och ungdomsvården erbjuder öppenvårdsinsatser utan föregående utredning och beslut om insats (Forkby, 2006; SOU 2005:81).

Traditionellt sett ses öppenvårdsinsatser som mer behandlande och därmed tertiärpreventiva. SOU (1997:161) klassar dessutom alla socialtjänstens individuellt riktade insatser som tertiärpreventiva; allt från råd- och stödsamtal till placering i familjehem (a.a.). Oberoende av under vilka preventionsnivåer olika insatser placeras kvarstår det faktum att insatser som tidigare endast utfördes efter beslut om insats numer ibland erbjuds utan inledande av utredning. En kommun erbjöd t.ex. kvalificerat kontaktmannaskap utan utredning och en annan erbjöd MarteMeo samspelsbehandling. Båda dessa insatser brukar traditionellt kräva inledande av utredning innan de erbjuds.

I tabell 1 (s 25) syns att det mellan det tertiärpreventiva och övriga preventionsnivåer är ett visst glapp. Detta glapp betyder troligen inte att tertiärprevention inom IFO:s arbete är underrepresenterat utan bara att en stor del tertiärpreventivt arbete trots allt fortfarande bedrivs efter beslut om insats.

Tabell 1. Utbud av förebyggande arbete utifrån preventionsnivåer

Antal kommuner: n=18		
	Totalt	Medeltal
Generellt primärpreventivt arbete	59	3,3
Riktat sekundärpreventivt arbete	86	4,8
Behandlande tertiärpreventivt arbete	26	1,4

Majoriteten av kartläggningens 18 kommuner erbjöd mycket olika förebyggande verksamheter; allt från fältverksamhet till mer behandlande samtal. I tabell 2 (s 25) går det att se att spridningen i utbud av förebyggande arbete är stor kommunerna emellan. I medeltal erbjöds nio förebyggande verksamheter per kommun. Några kommuner erbjöd fyra olika förebyggande verksamheter, medan en annan erbjöd hela 16 förebyggande verksamheter.

Tabell 2. Utbud av förebyggande arbete uppdelat efter antal verksamheter i kommunerna

Antal kommuner: n=18 medeltal=9 verksamheter		
Kommuner med 12-16 verksamheter	6	33 %
Kommuner med 7-11 verksamheter	6	33 %
Kommuner med 4-6 verksamheter	6	33 %

Enligt *Barn i fokus-projektet* som Carlsson och Örnborg (2005) refererar till anses kvaliteten på det stöd som erbjuds till familjer bli bättre när organisering för samverkan och prevention institutionaliseras som i en familjecentral. Enligt projektet ger långsiktig samverkan också utrymme för bl.a. mer fokus på barnperspektivet.

I tabell 3 (s 26) går att utläsa att invånarna i 14 kommuner erbjuds minst en familjecentral. I 12 av dessa kommuner är det IFO som är huvudman för familjecentralen antingen själva eller i samverkan med Landstinget. I de två kommuner där IFO inte är huvudman är istället barn- och ungdomsnämnden eller motsvarande huvudman.

Totalt sett finns det hela 24 familjecentraler i de kartlagda kommunerna (se bilaga 9). Att det finns en familjecentral i så pass många kommuner måste således innebära att kvaliteten på det förebyggande arbetet generellt kan ses som hög utifrån *Barn i fokus-projektets* slutsatser. Därmed är dock inte sagt att det preventionsarbete som utförs av IFO på egen hand eller i projektform är mindre värt.

Mallander (2000) skriver att det är vanligt att preventionsprojekt startar som samverkansprojekt och har en budget avsatt för en viss tidsperiod. 13 kommuner driver för tillfället något tidsbegränsat preventionsprojekt, varav de flesta drivs i samverkan med annan aktör (se bilaga 7). Många kommuner uppger att de hoppas eller förutsätter att projektet senare skall permanentas. Projekt som nämns är allt ifrån föräldrautbildningsprogram till Asylmottagning i samverkan med Migrationsverket.

I tabell 3 (s 26) går det att se att samtliga 18 kommuner erbjuder ungdomsmottagning. I sju kommuner är det IFO som är ensam huvudman eller driver ungdomsmottagningen i samverkan med vanligtvis Landstinget. Ungdomsmottagningen är dock inte alltid

placerad i kommunen t.ex. uppgav en kommun att de “köper in sig” på en större kommuns ungdomsmottagning. Hur som helst kan det ses som intressant att samtliga kommuner erbjuder ungdomsmottagning då detta kan vara ett tecken på att det satsas på prevention för ungdomar.

En jämförelse mellan det förebyggande arbete i institutionaliserad organisationsform som erbjuds yngre barn och familjer och det som erbjuds ungdomar visar att IFO i betydligt större utsträckning står för huvudmannaskapet i familjecentralerna än i ungdomsmottagningarna. Det är också så att IFO är huvudman åt dubbelt så många familjecentraler som öppna förskolor, vilket troligen innebär att orsaken till det ojämna förhållandet inte har att göra med satsningar på olika målgrupper. Det skulle däremot kunna vara så att orsaken till de stora skillnaderna i huvudmannaskap beror på att IFO inom familjecentraler ofta bedriver myndighetsutövning, vilket inte är fallet inom ungdomsmottagning och inte heller inom öppen förskola.

Tabell 3. Förebyggande arbete i institutionaliserad organisationsform uppdelat efter huvudman

Antal kommuner: n=18						
	IFO eller i samverkan		Inte IFO		Totalt antal	
Öppen förskola	6	33 %	10	56 %	16	89 %
Familjecentral	12	67 %	2	11 %	14	78 %
Ungdomsmottagning	7	39 %	11	61 %	18	100 %

Åtta av kartläggningens kommuner erbjuder utöver öppen förskola, familjecentral och ungdomsmottagning annat förebyggande arbete i institutionaliserad organisationsform. Vanligast är missbruksmottagning för unga, t.ex. MiniMaria.

5.2 Vilka förebyggande insatser erbjuds?

IFO fick i telefonenkäten göra en uppskattning av vilka de vanligaste formerna för förebyggande arbete är (se bilaga 3). Deras uppskattning var att familjesamtal sammantaget utgjorde den vanligaste formen för förebyggande arbete för såväl barn och unga som föräldrar, även om det allra vanligaste förebyggande arbetet för unga ansågs jämnt fördelat även över verksamheter som fältarbete och organiserad grupp (se bilaga 10). Det finns en rimlighet i IFO:s uppskattning att familjesamtal är vanligast på så vis att de kan erbjudas på många sätt och inom ramen för olika verksamheter. Familjesamtal kan erbjudas på familjecentraler, ungdomsmottagningar eller genom familjeteam som kommer hem och samtalar. Då organiserade gruppverksamheter och olika samtalsformer uppskattades vara de vanligaste formerna för förebyggande arbete kommer dessa här att studeras närmare.

Kartläggningens 18 kommuner erbjuder tillsammans, som tidigare skrivits, en mängd förebyggande arbete. Stor del av det förebyggande arbetet till barn, unga och föräldrar utförs i kommunerna genom riktade gruppverksamheter eller speciellt utformade program. Totalt sett erbjuder 11 kommuner någon form av riktad gruppverksamhet eller program för barn och ungdomar i riskzonen. Två kommuner som för tillfället inte erbjöd någon gruppverksamhet för barn/ungdom påtalade svårigheten med att sätta samman grupper utan att åldersskillnaden blir allt för stor.

Vid en titt på tabell 4 (s 28) går det att se att föräldrautbildningsprogram har en framträdande position i kommunernas förebyggande arbete (se bilaga 4). Den vanligaste gruppverksamheten som erbjuds till föräldrar är den för unga föräldrar/unga mammor. Denna gruppverksamhet inordnas under sekundärpreventiv nivå främst beroende på att unga föräldrar brukar klassas som en riskgrupp samt att många grupper för unga föräldrar uppstår utifrån oro för dem och deras barn eller från förfrågningar av föräldrarna själva. Samma kriterier gällde vid inordnandet av gruppverksamheter för ensamstående föräldrar under sekundärpreventiv nivå.

Det går att se i tabell 4 (s 28) att det överlag erbjuds gruppverksamheter oftare till barn 0-12 år och småbarnsföräldrar än till ungdomar. Det är möjligt att detta beror på att gruppverksamheter kan upplevas mer som en lek eller sällskapsform och därför passa bra för både barn och småbarnsföräldrar. De vanligaste gruppverksamheterna för barn är för de som upplevt våld eller har missbrukande föräldrar. I övrigt är det väldigt spritt bland de verksamheter som erbjuds barn.

Tre kommuner erbjuder gruppverksamheter på ungdomsmottagning (se tabell 4, s 28). Att det inte erbjuds lika mycket gruppverksamheter till ungdomar som till barn kan möjligtvis ha att göra med att det i ungdomsåren kan ses som barnsligt och pinsamt.

Överlag inordnas de flesta gruppverksamheter och program under sekundärprevention och enbart ART (*Agression Replacement Training*) som fem kommuner erbjuder inordnas under tertiärpreventiv nivå (se tabell 4, s 28).

Tabell 4. Förekomst av riktade gruppverksamheter/program* inordnade under preventionsnivåer

*endast verksamheter/program som ej kräver beslut om insats samt erbjuds i mer än en kommun redovisas

Antal kommuner: n=18

Primärpreventiva

Gruppverksamhet genom kommunens fältare	2	11 %
Gruppverksamhet för förstagångsföräldrar	2	11 %
Pappagrupp	2	11 %
Gruppverksamheter genom ungdomsmottagningen	3	17 %
Gruppverksamhet för småbarnsföräldrar	3	17 %
Gruppverksamheter på Familjecentral	4	22 %

Sekundärpreventiva

Ensamstående grupp	2	11 %
Gruppverksamhet för barn som genomgått skilsmässa	2	11 %
Medlingsprogram (för brottsoffer/brottsförebyggande)	2	11 %
IFO gör gruppinsatser i skolan genom värderingsövningar/ konfliktlösning/konsekvensprogram	2	11 %
Samspelesterkande program	2	11 %
Spädbarnsverksamheten/anknytning	3	17 %
Gruppverksamhet för barn till missbrukande föräldrar	6	33 %
Gruppverksamhet för barn som upplevt våld (främst genom TRAPPAN)	6	33 %
Gruppverksamhet för unga föräldrar/mammor	6	33 %
Föräldrautbildningsprogram för föräldrar till barn 0-12 år	11	61 %
Föräldrautbildningsprogram för föräldrar till unga 13-20 år	12	67 %

Tertiärpreventiva

ART (Agression Replacement Training)	5	27%
--------------------------------------	---	-----

I tabell 5 (s 29) går det att se att ungdomar och föräldrar erbjuds möjlighet till mer samtal/behandling än vad barn erbjuds och att en hel del av samtal/behandling som erbjuds är till föräldrar eller hela familjer. Detta beror antagligen helt enkelt på åldern; att det kan vara svårt för ett yngre barn att sitta still i samtal. Om ungdomsmottagningarna inte erbjöd mycket gruppverksamheter så erbjuder de betydligt mer samtal; hela 15 kommuner kan erbjuda samtal. Sju kommuner har också missbruksmottagningar för unga som erbjuder samtal. Dessa möjligheter till samtal gör att ungdomar är den grupp som erbjuds mest av det förebyggande arbete som lutar åt det tertiärpreventiva hållet. Att det inte behöver vara renodlat tertiärpreventivt beror på att samtal av denna form kan ses som både sekundärpreventiva och tertiärpreventiva. Den gränsdragningen görs med hänsyn till anordnandet av samtalet och graden av problematik; huruvida samtalet kan ses mer som behandlande eller förebyggande.

Tabell 5. Förekomst och form av samtal/behandling genom IFO*

(Sekundär- och tertiärprevention) *endast verksamheter/program som ej kräver beslut om insats samt erbjuds i mer än en kommun redovisas

Antal kommuner: n=18		
Anordnande av nätverksmöten	2	11 %
Samtal med ungdomskonsulent/fältarbetare	3	17 %
Telefonrådgivning för föräldrar	4	22 %
Familjebehandling/pedagogiskt arbete i hemmet	4	22 %
Familjerådgivning	4	22 %
Familjesamtal (främst genom familjeteam)	6	33 %
Samtal med socionom/familjebehandlare på MVC, BVC eller familjecentral	7	39 %
Samtal på missbruksmottagning (för både unga och föräldrar)	7	39 %
Samtal med kurator (enskilda eller familjesamtal) på ungdomsmottagning	15	83 %

Eftersom det har blivit allt vanligare att den sociala barn- och ungdomsvården erbjuder öppenvårdsinsatser utan föregående utredning och beslut om insats (Forkby, 2006; SOU 2005:81) är det intressant att kartläggningen visade att samtliga 18 kommuner erbjuder samtal och/eller behandling till barn, unga eller föräldrar utan en föregående utredning samt att 14 kommuner erbjuder samtal till både barn, unga och föräldrar.

Samtal/behandling kan i många fall ses som tertiärprevention, som traditionellt är öppenvårdens preventionsområde. Många kommuner nämnde att tertiärpreventiva insatser som till exempel familjesamtal med familjeteam och familjebehandlare eller samtal på missbruksmottagning för unga erbjuds max 3-5 tillfällen. Om sedan mer stöd krävs uppmanas den enskilde att ansöka om hjälp eller så görs en anmälan. Förfarandet tycktes variera mellan kommuner och vissa hade inget bestämt tak för antal tillfällen de tillät. I SOU (2005:81) påpekas att trots att arbetsformerna för förebyggande arbete är under förändring är det viktigt att barn som eventuellt behöver mer hjälp eller skydd utreds.

En intressant slutsats som kan dras utifrån både tabell 4 (s 28) och 5 (s 29) är att det är möjligt att vägen för prevention till barn och unga främst går genom föräldrarna. Detta antagande grundas på att det i tabell 4 (s 28) går att se att föräldrautbildningsprogram har en framträdande position i kommunernas förebyggande arbete och att det i tabell 5 (s 29) visar sig att stor del av samtal/behandling som erbjuds är till föräldrar eller hela familjer. Denna tes stärks av att 14 IP svarade att de satsar på föräldrautbildningsprogram (se bilaga 8) när de fick precisera vilka områden de satsar på inom det förebyggande arbetet. 11 IP svarade också att de satsar på tidigt stöd till föräldrar. Detta innebär inte bara att de verksamheter som erbjuds till stor del riktar sig mot föräldrar utan även att IFO själva uttalat att de satsar på föräldrarna.

5.3 Vilka samverkanspartners har IFO i det förebyggande arbetet?

Stor del av det preventiva arbetet utförs idag i samverkan med angränsande professioner (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Denna samverkan är

nödvändig för socialtjänsten då deras arbete enligt Bergmark och Lundström (2005) idag går mer och mer mot specialisering samtidigt som en strävan om helhetssyn kvarstår. Specialiseringen kräver, för att tidig prevention skall kunna erbjudas, att barn- och ungdomsvården samverkar mer inom den egna organisationen men också med de samhällsorgan och yrkesgrupper som till vardags möter barn, ungdomar och/eller föräldrar. Av Statens offentliga utredning (2005:81) framgår att samverkan idag kan förekomma mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förskola och skola men även med ideella organisationer, polis och rättsväsendet. Det visade sig i denna studie att samtliga 18 kommuner samverkar med någon ideell organisation i det förebyggande arbetet (se bilaga 5).

I de kartlagda kommunerna tar den totala tiden för samverkan inom det förebyggande arbetet mellan IFO:s personal och andra aktörer minst 5h/månad. Varje kommun samverkar däremot med få enskilda samverkanspartners i den utsträckningen. Det är troligtvis så att samverkan sker mindre än 5h/månad med de flesta enskilda samverkanspartners i enlighet med Bergmark och Lundströms (2005) studie. Det intressanta i att jämföra deras studie med denna är att de menar att barn- och ungdomsvårdens samverkan främst rör generella och förebyggande åtgärder.

Eftersom samverkan i många fall är mycket viktig för att ett välfungerande förebyggande arbete skall kunna genomföras var det av värde att undersöka inte bara om samverkan förekommer utan även hur den upplevs. Redan 1991 skrev Wiig (Boklund, 1995) att samverkan riskerar att bli ett mål i sig och en samverkan som genomförs enbart för samverkans skull gör ingen glad. Resultat av en grov bild över IP:s uppfattning om hur samverkan fungerar redovisas därför i tabell 6 (s 31).

Tabell 6 visar att samtliga 18 kommuner i denna studie samverkar med polisen i det förebyggande arbetet samt att samverkan i de allra flesta fall är mycket god. Mycket god samverkan har IFO även med skola/fritidsgård, där många IP lyfte fram framför allt skolsköterskorna eller rektorerna som samverkansvänliga. I samtliga kommuner förekommer samverkan med kuratorer runt ungdomar cirka 12-23 år (se bilaga 6). Några IP menade att samverkan mest skedde i individärenden, andra sade att det hade en ypperlig samverkan där yrkesgrupperna inom ramen för det förebyggande arbetet tillför varandra något gott, vilket kunde påminnas om *kollaboration* som Boklund (1995) skriver om.

IFO inom fyra av kartläggningens kommuner håller kontinuerligt i informationsmöten om socialtjänsten ute på förskolor och skolor vilket kan ses som förebyggande arbete då detta syftar till att förhindra att en oro inte tas på allvar och se till att en anmälan görs i tid då det behövs. En sådan form av samverkan påminner mer om den konsultation som Killén (2000) menar kan vara kompetenshöjande och som är en viktig del i att förbättra samverkan.

Den mindre goda samverkan som framför allt existerar mellan IFO, förskola och BUP (se tabell 6, s 31) innebär en samverkan som delvis kan fungera bra och delvis undermåligt. IFO kan exempelvis ha en mycket välfungerande samverkan med en förskola, medan samverkan inte existerar med en annan. När det gäller BUP handlar det mer om att IFO samverkar bra med någon kurator, men inte med en annan. Oregelbunden samverkan

existerar också och i BUPs fall handlar det om att IFO i tre kommuner har möten med dem cirka två gånger per termin (tabell 6, s 31). Oregelbunden samverkan kan också handla om att samverkan med en annan yrkesgrupp, som exempelvis fältassistenter, sker sporadiskt.

Tabell 6. IFO:s samverkanspartners efter förekomst av samverkan och hur den fungerar*

*Om samverkanspartnern består av IFO:s egen personal räknas det i studien som samverkan. eftersom samverkan även kan ske inom den egna organisationen.

IFO:s samverkanspartners	Mycket god samverkan; minst 1h/månad		Mindre nöjd med samverkan; minst 1h/månad		Oregelbunden samverkan		Total samverkan	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kvinnjour	12	67%	1	6%	0		13	72%
Förskola	10	56%	5	27%	0		15	83%
Fältassistenter	13	72%	1	6%	1	6%	15	83%
Öppen förskola	15	83%	0		0		15	83%
MVC	12	67%	1	6%	3	17%	16	89%
Ungdomsmottagning	13	72%	0		3	17%	16	89%
BUP	10	56%	4	22%	3	17%	17	94%
BVC	15	83%	1	6%	1	6%	17	94%
Skola/Fritidsgård	16	89%	1	6%	0		17	94%
Polis	16	89%	1	6%	1	6%	18	100%

5.4 På vilket sätt kan det förebyggande arbetet förbättras?

För att kunna förmedla en mer djupgående förståelse av det förebyggande arbetet bedömdes det vara intressant att redogöra för den stora mängd empiri som har uppkommit av telefonenkätens öppna frågor. Genom att presentera en del funderingar, förslag och visioner från dem som arbetar nära det sociala förebyggande arbetet kan en bild av både komplexiteten kring prevention och det engagemang som finns i kommunerna skönjas. Det följande avser att presentera framför allt ett urval av IP:s resonemang kring hur de anser att det förebyggande arbetet kan förbättras.

Först och främst går det att dra lärdom av IP:s iakttagelser av när det förebyggande arbetet gjort en positiv skillnad. En IP beskrev det förebyggande arbetet genom att återge en verklig händelse: *“En ung mamma med bäbis; väldigt dålig kontakt med barnet, valhant, fångades upp på familjecentrum och slussades vidare till socialtjänsten. Hon fick Marte Meo. Idag går det jättebra för henne och pojken mår bra!”*

IP gav också konkreta exempel som att klamydiaspridningen minskat genom ungdomsmottagningens arbete eller att ett *mobilt team* fått ner anmälningarna till socialtjänsten. Någon nämnde att *resursteamet* givit förskollärare och lärare mer kunskap om när man ska anmäla och om vad socialsekreteraren vill veta. *“Den snabba dialogen och de tidigare upptäckter som gjorts genom resursteamet skulle kunna vara orsaken till att institutionsplaceringarna minskat.”*

En IP resonerar kring huruvida utbud av förebyggande arbete påverkar antal som berörs: *“Genom familjecentralerna har antalet ansökningar ökat jämfört med anmälningar, överlag fler tidiga upptäckter. Ju mer verksamheter det finns att tillgå desto större blir upptäckter*

av problem. Sedan vi har möjlighet att ta emot de som utsatts för våld i nära relationer har ansökningarna ökat; när MiniMaria öppnades upptäcktes plötsligt en massiv ökning av fylleri.”

Wiklund (2006) menar att samverkan inte alltid leder till ökade anmälningfrekvenser det vill säga att den inte kan kopplas till ökad upptäckt av barn och unga som far illa, vilket innebär att den heller inte bidrar till målsättningen med tidiga insatser. Citatet ovan ger emellertid vissa indikationer på att fördelningen mellan anmälningar och ansökningar kan ändras när samverkan institutionaliseras. Förändringen sker alltså på det sätt att anmälningar förefaller minska och ansökningar förefaller öka. Detta skulle kunna innebära att samverkan i institutionaliserad form kan leda till att de familjer som blir aktuella för barnavårdsutredningar i större utsträckning kan vara mer motiverade att ta emot hjälp och stöd.

Hela 12 kommuner nämnde den komplexitet som ryms i begreppet förebyggande arbete: *“Förebyggande arbete är så brett; både det arbetet som söker problem till dem som söker hjälp själva, man kan inte mäta det”* sade en IP, vilket påminner om Gordons (2005) diskussion om svårigheterna med att vetenskapligt utvärdera effekter av förebyggande arbete.

Tabell 7 (s 32) visar att 13 IP anser att det för att förbättra det förebyggande arbetet behövs satsas mer på en viss verksamhet. I detta ingår även satsning på viss målgrupp eller på ett område där efterfrågan ses som stor t.ex. föräldrautbildningsprogram. IP lade dock inte fram hur förbättringarna skulle kunna genomföras. Sex IP poängterade däremot att socialtjänsten borde bli bättre på att titta på forskning eller utvärdera sina egna verksamheter för att kunna presentera resultat för politiker och på så vis få medel: *“...kvantifiera verksamheten för att visa politikerna...”*

Fem IP efterlyste bättre samverkan inom den egna organisationen eller med andra aktörer (se tabell 7, s 32): *“Vi skulle behöva utöka samarbetet, verka under samma tak och hitta kanaler till varandra!”* Även fem IP talade om hur det förebyggande arbetet skulle kunna förbättras bl.a. utifrån deras egna önsknings och visioner (se tabell 7, s 32). En IP erkände: *“Att starta en familjecentral så småningom är en hemlig dröm!”*

Tre IP tycker att det man alltid kan förbättra är att satsa mer på tidiga insatser (tabell 7, s 32). En IP sade: *“Framgångsfaktorer för socialtjänsten är tidiga insatser och tidig upptäckt av missförhållanden.”* Tre andra IP ville på olika vis öka tillgängligheten för deras klienter (tabell 7, s 32): *“Vi skulle behöva utveckla den frivilliga behandlingsdelen, så att man kan komma hit med egen oro. Bygga ut mer. Lokalmässigt också, finnas nära MVC, BVC och öppna förskolan...”* men det kunde också handla om att bli mer tillgängliga telefonledes.

Tabell 7. Förslag på hur IFO:s förebyggande arbete kan förbättras; efter antal utsagor

Antal kommuner: n=18 (totalt 35 utsagor*)

Satsa mer på tidiga insatser	3	17 %
Ökad tillgänglighet för klienter	3	17 %
Visionära idéer	5	27 %
Bättre samverkan	5	27 %
Titta på forskning/utvärdera	6	33 %
Satsa mer på viss verksamhet	13	72 %

Samtliga IP var eniga i att det förebyggande arbetet alltid kan förbättras och frågan triggade igång många olika tankegångar, därav räknades antal utsagor i tabell 7* (s 32).

Bland övriga kommentarer menade några IP att det förebyggande arbetet skulle behöva förbättras i kommunen i stort, inte specifikt individ- och familjeomsorgens arbete: *“Fritidsgårdarna borde jobba mer uppsökande när deras två personal sitter där med tre barn och alla andra är någon annanstans.”* Det nämndes också att socialnämnden inte nödvändigtvis behöver stå för kommunens förebyggande arbete, utan att det beror på organiseringen av förvaltningar och nämnder i kommunen:

“Ansvaret för förebyggande arbete kan ligga hos andra, men det ska finnas goda relationer till socialtjänsten och de andra ska veta var den bästa hjälpen går att få och ha information om myndighetsförfarandet. Vi ska vara behjälpliga i ett tidigt skede för dem som är i riskzonen. Det kan vara farligt att gå in för tidigt där det kanske inte behövs. Det handlar om integritet.”

Nästan hälften av IP försökte förmedla antingen sin övertygelse om att det förebyggande arbetet ger resultat eller kommentera vikten av att satsa på prevention. Här är ett urval:

“Jag är övertygad om sambandet mellan nedskärningarna av förskolor på 1990-talet och de ökade sociala problemen. Idag arbetar vi mer med tidigare insatser, men det är ett arbete på sikt. Det tar lång tid. En föräldrautbildning idag kan ge effekter om 10-15 år. Som man brukar säga; om en socialsekreterare hjälper en människa i unga år, ur ett missbruk exempelvis, så har den personen vid pension betalat tillbaka hela sin yrkesverksamma lön.”

“Förebyggande arbete förmedlar en positiv bild av socialtjänsten”

“Det är jätteviktigt! I tider av dålig ekonomi tenderas det att dra ned på det som inte är lagstyrt, man ser bekymmer när det dras ned... Jag som varit med länge har sett hur det förändrats över tid.”

“Jag är övertygad om att förebyggande arbete ger resultat och är billigt i förhållande till placeringar...”

“Förebyggande arbete är VIKTIGT! Det får allt för ofta stryka med. Det går i cykler, hur det prioriteras eller inte.”

Sammanfattningsvis är mer än hälften av IP eniga om att det förebyggande arbetet är oerhört komplext och därför svårt att mäta. Det citat som behandlar problematiken kring att definiera förebyggande arbete förmedlar att förebyggande arbete både är det arbete som den enskilde själv söker sig till, men också det uppsökande arbete som riktar sig till dem som kanske inte själva ser att de har problem. En IP tar upp att det kan vara så att ju mer prevention som erbjuds desto fler söker stöd. Att de förebyggande verksamheterna är ”fullbokade” behöver alltså inte innebära att det i en kommun finns fler som behöver hjälp och stöd utan helt enkelt att utbud skapar en efterfrågan. Ett resonemang förs också kring att tidiga insatser genom familjecentraler tyckts bidra till ett högre antal ansökningar till socialtjänsten. Det skulle kunna innebära att de familjer som blir aktuella för barnavårdsutredningar i större utsträckning än tidigare är motiverade att ta emot hjälp och stöd.

IP försöker överlag ge exempel på positiva resultat av förebyggande arbete och en bild av att prevention kan göra en skillnad förmedlas. Därtill anser dock nästan alla IP att det

förebyggande arbetet kan förbättras. Som åtgärd för att förbättra det förebyggande arbetet nämns främst ökade resurser för en viss verksamhet. Flera av IP uttrycker en vilja att förbättra samverkan. Vissa prioriterar där samverkan med andra aktörer och andra prioriterar samverkan med kollegor inom socialtjänsten. Att titta på forskning och att utvärdera och presentera för politiker för att få ekonomiska medel nämns också som förslag och fem IP redogjorde vidare utförligt för sina egna drömscenarion och visioner. Slutligen säger flera IP att de är övertygade om att det förebyggande arbetet ger resultat men att det kan ta sin tid. De hänvisar sedan till lång erfarenhet inom kommunen och iakttagelser om hur de kunnat se att tidigare nedskärningar senare påverkade arbetet negativt. Nästan hälften påpekar att det förebyggande arbetet är viktigt!

5.5 Analys utifrån preventionsnivåerna

I C-uppsatsens inledning gjordes Brembergs (1998) röst hörd angående att primärpreventivt arbete bör öka i omfattning för att verkligen omfatta alla och ha en verksam effekt. Folkhälsoforskning (SOU 1998:31) har också kommit fram till att små generellt riktade insatser ger bättre utdelning än stora insatser till små högriskgrupper. Samtidigt har forskningen visat att de sekundär- och tertiärpreventiva insatserna fyller en viktig funktion, främst för att stävja problem med ursprung i psykisk ohälsa (a.a.). Kari Killén (2000) poängterar att det allt för sällan satsas resurser på primär- och sekundärprevention, vilket leder till att mer behandlande tertiärpreventiva insatser krävs, oftast inom öppenvården och efter anmälan/ansökan, utredning och beslut om åtgärd. Det förhåller sig på det här viset trots att forskning visat på att det är svårast att nå lyckade resultat inom ramen för tertiärprevention (Sundell & Colbiörnsen, 1999).

Det har i kartläggningen visat sig att IFO:s förebyggande arbete i de 18 kommunerna främst är inriktat på åtgärder av sekundärpreventiv karaktär. I förhållande till ovanstående resonemang måste detta ses som positivt då det möjliggör att många riskgrupper hinner fångas upp innan deras problem växt sig stora. I de flesta av kommunerna fångas riskgrupperna upp inom ramen för en institutionaliserad organisering för samverkan och prevention; antingen familjecentraler eller ungdomsmottagningar. Överlag saknas det någon liknande primärpreventiv institution för barn som lämnat förskoleåldern. Detta stämmer väl med SOU 2005:81 som också poängterar att det saknas en funktion för tidigt stöd till denna åldersgrupp.

I de 18 kommunerna sker det sekundärpreventiva arbetet ofta i samverkan med andra aktörer runt barnet, ungdomen eller familjen. Detsamma gäller det primärpreventiva arbetet, som kanske t.o.m. i större utsträckning utförs av andra aktörer än av IFO. Detta svarar på den önskan handlingsplanen SOU (2005:81) uttryckt om att samverkan bör ske mellan barn- och ungdomsvården och de aktörer som till vardags möter föräldrar, barn och unga. Resultatet visar således på att en helhetssyn eftersträvas i kommunerna. Det tertiärpreventiva arbetet utförs däremot främst av IFO själva och några få kommuner satsar i princip uteslutande på öppenvård, bortsett från något/några samtalserbjudanden.

Ser man till att det förebyggande arbetet är en lagstadgad skyldighet för Sveriges kommuner kan det nästan ses som ett lagbrott att enbart erbjuda samtal för vissa grupper men med tanke på att stadgandet, som Lundström Mattson (2004) skriver, är en målsättningsparagraf som inte ger direkta anvisningar om hur målen skall uppnås kan

kommunerna organisera det förebyggande arbetet mer eller mindre godtyckligt. Att det är en målsättningsparagraf kan alltså delvis ge en förklaring till hur det kommer sig att prevention kan ges låg prioritet. Troligtvis till följd av den nämnda målsättningsparagrafen är det förebyggande arbetet mycket ojämnt fördelat över kartläggningens kommuner; vissa erbjuder fyra verksamheter och andra 16. Dock erbjuds det sammantaget mycket förebyggande arbete utifrån alla preventionsnivåer till både barn, unga, föräldrar och hela familjer.

I de kartlagda kommunerna är sekundärpreventivt arbete vanligast förekommande, följt av primär- och tertiärpreventivt arbete. Den form av förebyggande arbete som uppskattades vara den vanligaste var familjesamtal. När samtalen inte har behandlande karaktär kan de i denna studie räknas som sekundärpreventiva men när de genomförs med exempelvis familjebehandlare räknas de som tertiärpreventiva. Den gränsdragningsproblematik som poängterats i de teoretiska utgångspunkterna (Killén, 2000; Lundström Mattson, 2004) är därmed bekräftad. Dessa mer eller mindre otydliga gränser måste finnas i åtanke vad gäller samtliga resultat dragna utifrån preventionsnivåer.

5.6 Sammanfattning av analyserade resultat

Av resultaten framkom att individ- och familjeomsorgens förebyggande arbete främst inriktar sig på åtgärder av sekundärpreventiv karaktär. Även primärpreventivt arbete sker i relativt stor utsträckning. Att inte det tertiärpreventiva arbetet är representerat i lika hög grad kan ha att göra med att mycket av öppenvårdens förebyggande arbete är tertiärpreventivt och erbjuds först efter utredning och beslut om insats. Denna kartläggning har enbart fokuserat på prevention utan föregående utredning. Intressant är att tertiärpreventionen ändå finns representerad i ett medeltal på 1,4 förebyggande arbete per kommun och att insatser som traditionellt krävt en utredning nu erbjuds som förebyggande arbete, t.ex. familjebehandlare och familjeteam i hemmet eller kvalificerat kontaktmannaskap,

När det gäller utbud av det förebyggande arbetet är spridningen stor. Vissa kommuner erbjuder 4-6 verksamheter och andra 12-16. Föräldrar till både barn och unga erbjuds föräldrautbildningsprogram i mer än hälften av kommunerna. Även en stor del av de samtal/behandling som erbjuds riktas mot just föräldrar vilket tyder på att det är möjligt att preventionen till barn och unga går vägen genom föräldrarna. Det finns dock verksamheter som riktar sig direkt till barn/unga. 15 kommuner erbjuder samtal för unga på ungdomsmottagning och en majoritet av de gruppverksamheter som erbjuds riktar sig mot barn. Totalt sett erbjuder mer än hälften av kommunerna någon form av riktad gruppverksamhet eller program för barn och unga i riskzonen.

Att samtliga kommuner erbjuder ungdomsmottagning och att 14 kommuner erbjuder familjecentral kan utifrån *Barn i fokus-projektets* (Carlsson & Örnberg, 2005) slutsatser tolkas som att kvaliteten på det förebyggande arbetet i de kartlagda kommunerna är hög. En del av projektets slutsatser är nämligen att institutionaliserade former för samverkan och prevention som varar över tid höjer kvaliteten i arbetet och ger mer utrymme för större fokus på barnperspektivet.

IP uppskattade att familjesamtal är den vanligaste formen för förebyggande arbete för både barn, unga och föräldrar, vilket tycktes rimligt då familjesamtal kan genomföras inom ramen för olika verksamheter och på olika sätt.

I och med att socialtjänstens arbete specialiseras allt mer ställs högre krav på samverkan både inom den egna organisationen och med andra aktörer (Bergmark & Lundström, 2005). Det visade sig att IFO generellt är bra på att samverka i det förebyggande arbetet. God samverkan sker framför allt med polis och skola. Den samverkan som delvis fungerar men överlag är mindre god sker mest med BUP och förskolan. Om man ser till Bergmark och Lundström (2005) är det nog troligt att samverkan mellan IFO och enskilda samverkanspartners, i de kartlagda kommunernas förebyggande arbete, tar mindre än 5h/månad.

Det framkommer ur empirin att IFO i större utsträckning är huvudman för familjecentraler än för ungdomsmottagningar och öppna förskolor. I analysen anges det faktum att IFO ofta har myndighetsutövning inom familjecentraler som en möjlig förklaring till detta, eftersom IFO inte har det inom varken ungdomsmottagningar eller öppna förskolan. Slutsatsen drogs att det i alla fall inte har att göra med ojämn satsning på målgrupper.

Avslutningsvis nämner mer än hälften av IP att det förebyggande arbetet är oerhört komplext och svårt att mäta. De försöker dock ge konkreta exempel på resultat av förebyggande arbete och lyckas förmedla en bild av att prevention kan göra en skillnad. Ivern steg när IP själva fick ge förslag på hur det förebyggande arbetet kan förbättras. Framst nämndes ökade resurser för vissa verksamheter. En del ville samverka bättre med andra aktörer och andra med kollegor inom socialtjänsten. Att titta på forskning och att utvärdera och presentera för politiker för att få ekonomiska medel var också förslag som framkom. Fem IP redogjorde utförligt för sina egna drömscenarion och visioner. Slutligen sade flera IP att de är övertygade om att det förebyggande arbetet ger resultat men att det kan ta sin tid. Nästan hälften påpekade att det förebyggande arbetet är viktigt!

6. DISKUSSION

6.1 Besvarande av frågeställningarna

Syftet med denna C-uppsats var att beskriva och analysera socialtjänstens familjeinriktade förebyggande arbete. För att svara på frågeställningarna redogjordes det i C-uppsatsen för hur vanligt det förebyggande arbetet är, vilka insatser som IFO erbjuder utan utredning och beslut om åtgärd samt vilka samverkanspartners socialtjänsten har i det förebyggande arbetet. Denna studie har även försökt föra fram IFO:s syn på det förebyggande arbetet.

Det visade sig att individ- och familjeomsorgens förebyggande arbete främst inriktar sig på åtgärder av sekundärpreventiv karaktär och att insatser som traditionellt sett tillhört öppenvården nu erbjuds som förebyggande. Frågor som därav kan ställas är om det kan vara så att öppenvårdsarbetet i framtiden kommer att vara en självklar del av socialtjänstens förebyggande arbete? Hur skulle denna förändring i sådana fall påverka möjligheten att föra pålitlig statistik då dokumentationskravet från stora delar av

öppenvårdsarbetet försvinner? Är det troligt att fler kommuner kan komma att erbjuda fler insatser än vad som redovisas och kan denna förändring över tid påverka forskningen? Det är intressant att dröja sig kvar vid dessa frågor och också föra in preventionsbegreppet i diskussionen. Gränsdragningsproblematiken som nämnts mellan primär, sekundär och tertiär prevention (Killén, 2000; Lundström Mattson, 2004) gör sig genom hela studien påmind då det förebyggande arbete som de kartlagda kommunerna erbjuder egenmäktigt sorterats in under dessa nivåer. Det finns inom forskningen många olika åsikter om var preventionsnivåernas gränser går. Om de öppenvårdsinsatser som brukar klassas som tertiärpreventiva (SOU 1997:61) nu i större utsträckning börjar erbjudas utan utredning kommer gränserna möjligtvis att suddas ut. Öppenvårdsinsatserna kan således komma att, i en naturlig övergång, glida mot sekundärprevention.

Spridningen i utbudet av förebyggande arbete visade sig vara stor mellan kommunerna. Vissa erbjöd fyra slags förebyggande verksamheter och andra 16. Det visade sig också att det finns en enorm mängd olika sätt att arbeta förebyggande på. Flest kommuner satsade på förebyggande arbete riktat till föräldrar, framför allt genom föräldrautbildningsprogram, men också genom gruppverksamheter. Tolkningen som gjordes var att mycket av preventionen till barn och ungdomar går genom föräldrarna. Det är självklart viktigt att föräldrarna mår bra och får vägledning i föräldraskapet, då det förhoppningsvis också kommer barnen till godo, men särskild tonvikt bör även läggas vid att se över vad det förebyggande arbetet skulle kunna ge barn och unga direkt; det vill säga att se på det förebyggande arbetet utifrån barnperspektivet. Barnperspektivet innebär i detta fall barnets eget perspektiv; vad barnet känner, tänker, upplever och vill! Man skulle exempelvis kunna önska att fler än hälften av kommunerna skulle erbjuda gruppverksamheter för barn som av olika anledningar är i riskzonen. Idag när samtliga kommuner kan erbjuda en ungdomsmottagning och alla samverkar med en kurator på ungdomsmottagningen borde det heller inte vara några problem med att även kunna erbjuda samtal till de unga. Enligt denna kartläggning gör inte alla kommuner det idag.

IP uppskattade att den vanligaste formen för IFO att bedriva förebyggande arbete på är familjesamtal, både när det gäller barn, unga och föräldrar. Resultatet tycktes rimligt då familjesamtal kan genomföras inom ramen för olika verksamheter och på olika sätt. Bland ungdomar uppskattades det dock vara lika vanligt med fältarbete och organiserade grupper.

Att kvaliteten på det förebyggande arbetet i de kartlagda kommunerna kan betraktas som hög då samtliga kommuner erbjuder ungdomsmottagning och 14 kommuner erbjuder familjecentral är den slutsats som i denna studie kunde dras utifrån *Barn i fokus-projektets* slutsatser om att en institutionaliserad samverkan ger positiva effekter (Carlsson & Örnborg, 2005). Utöver denna institutionaliserade organisering för samverkan och prevention sker mycket annan samverkan. De aktörer som flest kommuner har mycket god samverkan med är polis och skola. 13 kommuner bedriver också i denna stund ett preventionsprojekt, något som ofta sker i samverkan med andra aktörer runt familjen.

Det är inte lätt att förmedla en enhetlig bild av hur socialtjänsten (IFO) ser på det förebyggande arbetet på grund av begreppets mångbottnade karaktär. Hela 12 IP tog upp

hur svårt det är att mäta förebyggande arbete och dess effekter; något som tidigare forskning också har poängterat (läs Gordon, 2005). Trots detta kunde flera kommuner ge konkreta exempel på när det förebyggande arbetet verkat positivt, vilket visar att prevention ger resultat även om de är svåra att mäta. Flest IP menade att det förebyggande arbetet kan förbättras genom ökade resurser för en viss verksamhet, men bara sex kommuner gav förslag på hur IFO skulle få dessa resurser, nämligen genom större förankring i forskning och genom att utvärdera och presentera resultat för politiker. Några chefer inom IFO tänkte mer drömande kring frågan om vad som skulle kunna förbättras medan andra talade om bättre samverkan (inom den egna organisationen eller med övriga aktörer), satsningar på tidiga insatser eller ökad tillgänglighet för klienterna. Nästan hälften poängterade tydligt att det förebyggande arbetet är viktigt och några förmedlade också sin övertygelse om att prevention ger resultat, även om det må vara på lång sikt.

6.2 Metoddiskussion och förslag på framtida forskning

Att använda telefonenkät som datainsamlingsmetod var troligtvis det bästa sättet att få tag på upptagna chefer. Postenkäter hade inte hunnits besvaras i tid och att avsätta tid för samtalsintervjuer hade utifrån tidsramen varit omöjligt att genomföra med samtliga 18 chefer. Att kombinera kvantitativ metod med kvalitativ genom några öppna frågor ledde till att många viktiga funderingar, slutsatser och idéer kunde komma fram. IP tycktes också uppskatta att få tycka till själv, vilket gav en positiv stämning. Nackdelen var att telefonsamtalet blev längre än planerat. Dock visade det sig att framför allt de tre sista frågorna var så pass stimulerande att IP i de allra flesta fall fick ny energi. Att använda främst kvantitativ metod men även tillämpa viss kvalitativ metod resulterade i att studien fick såväl en tydligare struktur som ett djup, men också ett större material än förväntat. Vid bearbetning av detta material hjälpte det då att studiens syfte är att vara deskriptiv och beskrivande, vilket avgränsade analysen en aning. En svaghet kan dock ses i att samband mellan olika kommuner och deras totala förebyggande arbete inte redovisas. På så vis kan i vissa fall de kommuner som inte erbjuder särskilt mycket preventivt arbete "åka snålskjuts" på övriga kommuner. Förslag till framtida forskning är således att göra en mer omfattande kartläggning, där varje kommuns förebyggande arbete redovisas och jämförs med övriga. En sådan kartläggning skulle kunna bidra till att tydligare mönster kunde skönjas och att vidare analyser kunde göras. En omfattande kartläggning skulle också kunna använda sig av dokument och verksamhetsplaner. Dessutom skulle en sådan kartläggning noggrannare kunna kontrollera hur många timmars samverkan som bedrivs mellan socialtjänst och andra professioner i det förebyggande arbetet. Andra förslag på framtida forskning är att göra en mer kvalitativ undersökning och utforska hur barn, unga och föräldrar upplever det förebyggande arbetet. Möjlig forskning är också att mer specifikt gå in i de verksamheter som erbjuds och utreda vilken preventiv funktion de fyller. När det gäller de tertiärpreventiva insatser som traditionellt förmedlats efter utredning men som nu erbjuds utan beslut om åtgärd är det av stort intresse att följa upp utvecklingen. Det finns mycket utländsk forskning om olika insatser riktade mot unga föräldrar (Ryttare, 2006) och eftersom en av de vanligaste förekommande gruppverksamheterna i de 18 kommunerna visade sig vara för unga föräldrar skulle det vara intressant och fullt genomförbart att inventera den verksamheten.

En svårighet under arbetets gång var att hela tiden klargöra vilken form av prevention som åsyftades. Detta gjordes genom att främst kartlägga den prevention som erbjuds utan utredning eller beslut om insats. Medvetenheten om att öppenvårdsinsatser också verkar preventivt fanns dock där hela tiden. På ett sätt hade det kanske varit bättre att även undersöka vilka öppenvårdsinsatser för barn, unga och familjer som erbjuds men på ett annat var det intressant att se att öppenvårdsinsatser ändå smög sig in bland de insatser som erbjuds utan utredning och beslut om insats. Det som bör sägas är att ifall denna kartläggning mätt prevention utifrån IFO:s förebyggande arbete även efter beslut om insats hade troligen tertiärpreventivt arbete funnits vara det vanligaste.

En annan svårighet var att avgöra var gränsen går mellan IFO:s egen verksamhet och kommunens verksamhet samt att reda ut vem som är huvudman för vilken verksamhet. Detta komplicerades ytterligare av att IFO befinner sig i verksamheter där socialnämnden inte är huvudman. Dessutom har alla kommuner olika namn på förvaltningar, enheter och även yrken; som exempelvis barn- och utbildningsnämnden eller fältassistent. Mängden av benämningar gjorde det hela relativt svårhanterligt men det har försökts göras begripligt inom ramen för C-uppsatsen.

Att mäta vilken grupp som erbjuds mest förebyggande arbete totalt var en intressant fråga som växte fram under under arbetets gång. Mycket av det förebyggande arbetet går dock genom föräldrarna, via föräldrautbildningsprogram, familjesamtal och för de yngsta också genom öppen verksamhet eller grupper för småbarnsföräldrar. Detta gjorde en sådan mätning omöjlig och visar också på den svårighet med att mäta förebyggande arbete som Gordon (2005) nämner. Skall antal personer som omfattas av preventionen eller nyttan preventionen gör mätas och fungerar det att mäta nyttan av en preventiv insats? Om det skulle gå att mäta vilken preventionsnivå som ger bäst utslag sett utifrån den enskildes mående hade detta självklart varit mycket intressant. Det skulle dock vara svårt, då det kan finnas svårigheter med att härleda prevention. Den svårigheten beror på att det ofta är inom primärpreventionens arenor som en mängd familjer fångas upp och erbjuds sekundärpreventiva insatser som i sin tur kan leda till tertiärpreventiva åtgärder för de allra mest behövande.

Styrkan med denna kartläggning är att den fyller ett tomrum. Den beskriver både den prevention IFO bedriver själva och den som sker i samverkan med andra aktörer. Utöver de kvantitativa delarna av beskrivningen förmedlas också värdefulla svar rörande IFO:s syn på det förebyggande arbetet och hur det skulle kunna förbättras. Förhoppningen är att denna C-uppsats uppmuntrar till mer forskning om förebyggande arbete inom kunskapsområdet social barn- och ungdomsvård!

7. REFERENSER

7.1 Tryckta källor

Ahlgren, T. (2003). *Familjecentralen Dalvik – en utvärderingsrapport. Ett samverkansprojekt mellan landsting, skol- och barnomsorgsförvaltning och socialtjänst*. Jönköping: Luppen kunskapscentrum

- Andersson, G. (2000). Barnen i socialt arbete – en maktlös grupp? I A. Meeuwisse., S. Sunesson., & H. Swärd (Red.), *Socialt arbete- en grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Andersson, G., & Bagura Arvidsson, M. (2001). *Vad vet vi om insatsen kontaktperson-familj. En kunskapsöversikt*. Lund: Meddelanden från socialhögskolan 2001:1.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Bak, M., & Gunnarsson, L. (2000). *Familjecentralen – framtidens stöd till föräldrar och barn?* (Folkhälsoinstitutet utvärderar 14/2000). Stockholm: Folkhälsoinstitutet utvärderar.
- Bergmark, Å., & Lundström, T. (2005). Med förenade krafter? Om individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter. *Socionomen, nr 1, Socionomens Forsknings-Supplement nr 17*.
- Bergmark, Å (1998). *Nyckelbegrepp i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Bing, V. (2005). *Föräldrastöd och samverkan. Familjecentralen i ett folkhälsoperspektiv*. Stockholm: Förlagshuset Gothia
- Boklund, A. (1995). *Olikheter som berikar? – möjligheter och hinder i samarbetet med socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg* (Rapport nr 71). Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Bravo, M., & Lönnback, E-B. (1997). *Förebyggande psykosocialt arbete med invandrade familjer. Gruppmetod som stärker integrationsprocessen* (FoU- rapport 1997:22). Stockholm: FoU Stockholm och Resursförvaltningen för Skola och Socialtjänst.
- Bremberg, S. (1998). *Bättre hälsa för barn och ungdom- en strategi för de sämst ställda*. (Folkhälsoinstitutet 1998:38) Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Förlagshuset Gothia.
- Carlsson, M., & Örnberg, T. (2005). *Samverkan - en kartläggning av förekomst och former för samverkan mellan barnavården och BVC i Stockholms stad* (C-uppsats vid Institutionen för socialt arbete). Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, 106 91 Stockholm.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan – Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Eisenstadt, N. (2002). Sure Start: key principles and ethos. *Child: Care, Health and Development*. Vol. 28:1, 3-4.
- Elofsson, S. (2005). Kvantitativ metod – struktur och kreativitet. I S. Larsson., J. Lilja., & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (59-90). Lund: Studentlitteratur.

- Esaisson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wägnerud, L. (2003). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (Upplaga 2:1). Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia.
- Folkhälsoinstitutet 2000:10. *Att verka tillsammans – en bok om familjecentraler*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Forkby, T. (2006). *Hemmalaget formeras. Ett exempel på framväxten av öppna insatser i social barnvård*. Göteborg: FoU i Väst.
- Gordon, J. (2005). *Assessing the impact of community programmes working with children and families in disadvantaged areas*. *Child & Family Social Work*, Vol. 10 Issue 4. 293-300. Plymouth, Exeter: Child & Family Social Work.
- Killén, K. (2000). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Whalström & Widstrand.
- Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Göteborg: Gothia.
- Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod – en introduktion. I S. Larsson., J. Lilja., & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (91-128). Lund: Studentlitteratur.
- Levin, C. (2000). Psykologi och socialt arbete. I A. Meeuwisse., S. Sunesson., & H. Swärd (Red.), *Socialt arbete- en grundbok*. (123-137). Stockholm: Natur & Kultur.
- Levin, C. (2006). Psykologi och socialt arbete. I A. Meeuwisse., S. Sunesson., & H. Swärd (Red.), *Socialt arbete- en grundbok*. (75-93). Stockholm: Natur & Kultur
- Lundström, T., & Sunesson, S. (2006). Socialt arbete utförs i organisationer. I A. Meeuwisse., S. Sunesson., & H. Swärd (Red.), *Socialt arbete- en grundbok*. (183-194) Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundström, T., & Vinnerljung, B. (2001). "Omhändertagande av barn under 1990-talet". I Szebehely, M. (red.). *Välfärdstjänster i omvandling* (SOU 2001:52). Stockholm:Fritzes.
- Lundström Mattson, Å. (2004). *Socialt förebyggande arbete – med familjecentralen som arena* (FoU Södertörns Skriftserie nr 41/04). Botkyrka: FoU-Södertörn.
- Moss, P. (2004). Sure Start. *Journal of Education Policy*, Vol. 19:5. London: Institute of Education, Taylor & Francis.
- Statens folkhälsoinstitut 2001:37. *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Graphium Norstedts Tryckeri.

Thurston, C. (2006). Child protection: primary prevention and early intervention. *Practice Nurse*, Vol 31:11, 44-50.

Palm, A., & Andersson, S., & Ryttare, E. (2005). "Det är bra för barnen" – utvärdering av Turebergs familjecentral. Sollentuna: FoU-Nordväst.

Roberts, H.(2000). What is Sure Start? *Arch Dis Child*. Vol. 82:6, 435-437.

Ryttare, E. (2006). *Litteraturöversikt. Förebyggande arbete riktat till barnfamiljer - med fokus på Familjecentral (Sure Start)*. (Litteraturöversikt 3p. vid Institutionen för socialt arbete). Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, 106 91 Stockholm.

Socialstyrelsen. (2004). *Insatser för barn och unga 2003*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Sundell, K., & Colbiörnsen, M. (1999). *Samarbete kring barn i riskzonen*. (FoU-rapport 1999:24). Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten.

Wikander Berg, B. (2006). *Familjecentralen – integrerad verksamhet för barnets bästa*. (Stiftelsen Allmänna Barnhuset Skriftserie 2006:1) Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Wiklund, S. (2006). *Den kommunala barnavården – om anmälningar, organisation och utfall*. (Rapport nr 117-2006). Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.

Wiklund, S. (2006). Barnavårdsinsatser – en studie av kommunala skillnader. *Socialvetenskaplig tidskrift*, Vol.13:3, 244-260.

Wiklund, S. (2006b). Signs of Child Maltreatment – the Extent and Nature of Referrals to Swedish Child Welfare Agencies. *European Journal of Social Work*. Vol. 9:1, 39-58. Routledge; Taylor & Francis Group.

Öberg, Annika. (1999). *Vad är meningen med Familjecentralen i Alby? Dokumentation av ett seminarium för kritisk granskning av ett samverkansprojekt*. (FoU Södertörns Skriftserie nr 5/99). Botkyrka: FoU Södertörn.

7.2 Elektroniska källor

FFFF, Föreningen För Familjecentralers Främjande. *Introduktion till Föreningen för familjecentraler. Vad är en familjecentral?*
<http://www.familjecentraler.se/index.php?option=content&task=view&id=5&Itemid=2>
2006-10-23.

Nationalencyklopedin. (2006).
http://www.ne.se/jsp/notice_board.jsp?i_type=0
2006-10-17

SoL 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Rättsnätet 2006 och Rixlex.
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20010453.HTM> och <http://rixlex.riksdagen.se/>
2006-10-16

Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2004). *Tänk långsiktigt. En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa.*
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A404FAD7-7A8F-4CCE-8B13-9ECFD74B03B3/2518/20041106.pdf>

2006-11-21

SoS, Socialstyrelsen. (2004a). *Strategi för samverkan som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.*

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F817BF4A-764E-40D6-923A-018E19C8E8EC/4381/200410713.pdf>

2006-11-16

SOU, Statens Offentliga Utredningar. (1997:161). *Stöd i föräldraskapet. Betänkande av utredningen om föräldrautbildning.*

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/00/57b6375f.pdf>

2006-11-22

SOU, Statens Offentliga Utredningar. (2005:81). *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.*

<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/51550;jsessionid=av5nx0xLgKrd>.

2006-09-06.

Stockholms stads webbplats. (2006). *Individ och familj.*

<http://www.stockholm.se/Extern/Templates/Page.aspx?id=90961>

2006-10-23.

BILAGA 1- Brev till IFO

Erika Ryttare
STOCKHOLMS UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete

Hej!

Jag heter Erika Ryttare och läser sista terminen vid Socialhögskolan i Stockholm. Just nu pågår arbetet med min C-uppsats. Eftersom det idag saknas kartläggning av Socialtjänstens preventiva arbete riktat till barn, unga och familjer skall jag undersöka 18 kommuner inom Stockholms län; de kommuner som idag tillhör FoU- Nordväst, -Nordost och Södertörn. **Er kommun ingår i studien och jag är av stort intresse att få hjälp av Dig med svar på mina frågor om det förebyggande arbetet.**

Ett projekt som är inriktat på sekundärprevention i form av stöd till föräldrar och barn skall genomföras i samverkan mellan Utbildningsförvaltningen respektive Individ- och familjeförvaltningen i Sundbyberg. Denna C-uppsats är även en del av projektutvärderingen som nu är i startgrupparna på FoU- Nordväst.

Jag vore tacksam om Du kunde avvara cirka 10-15 minuter till att svara på den telefonenkät som jag har sammanställt. Jag kommer att ringa Dig den här eller nästa vecka!

I den färdiga uppsatsen kommer inte några namn att presenteras men i metodavsnittet kommer det att framgå att en telefonenkät genomförts med Individ- och familjeomsorgens chefer eller motsvarande i de berörda kommunerna. Självklart kommer Er kommun få ta del av studiens resultat!

Din medverkan är mycket betydelsefull för mig!

Har du några frågor får du gärna höra av dig: erika.ryttare@post.com

Tack på förhand!

Vänlig hälsning/Erika Ryttare

BILAGA 2- Påminnelsebrev till IFO

Hej!

Kartläggningen av det förebyggande arbetet riktat till barn, unga och familjer i 18 kommuner inom Stockholms län är snart färdig.

Jag skulle verkligen vilja att Er kommun deltog i studien och vore oerhört tacksam om Du kunde avvara cirka en kvart den här veckan till att besvara telefonenkäten.

Maila gärna en tid som passar, så försöker jag att höra av mig då!

Med vänlig hälsning/Erika Ryttare

BILAGA 3- Telefonenkät till IFO

Telefonenkät till IFO-chefer eller motsvarande inom FoU- Nordväst, Nordost och Södertörns kommuner.

Datum och tid: _____

Kommun: _____

Inledande frågor avser Individ och familjeomsorgens (IFO) interna förebyggande arbete med barn, unga och familj i Er kommun. Senare följer frågor om det förebyggande arbetet som sker i samverkan med andra yrkesgrupper. Slutligen får Du själv tycka till!

1. Vad erbjuder IFO i Er kommun för förebyggande arbete till BARN 0-12 år, där det inte krävs anmälan eller pågående utredning? Ange åldersgrupp för varje verksamhet.

2. Vad erbjuder IFO i Er kommun för förebyggande arbete till UNGDOMAR 13-20 år, där det inte krävs anmälan eller pågående utredning? Ange åldersgrupp för varje verksamhet.

3. Vad erbjuder IFO i Er kommun för förebyggande arbete till FÖRÄLDRAR, där det inte krävs anmälan eller pågående utredning?

4. Inom vilket/vilka områden satsar IFO i Er kommun på det förebyggande arbetet till familjer? Välj de alternativ som stämmer bäst och ifall preventionen erbjuds genom ett program nämn vilket eller om preventionen erbjuds inom en specifik verksamhet ange denna.

- Tidigt stöd till föräldrar.
- a.** Genom specifik verksamhet: _____
- Föräldrautbildningsprogram.
- b.** Nämn vilka: (Komet, COPE, Active Parenting etc.) _____
- Integration.
- c.** Genom specifik verksamhet: _____
- Stärkande av det sociala nätverket.
- d.** Genom specifik verksamhet: _____

- Stöd till utsatta kvinnor.
- e. Genom specifik verksamhet: ("Kvinnofrid", kvinnojour etc.) _____
- Program/diskussionsgrupper för barn och ungdomar.
- f. Nämn vilka: (ART, TRAPPAN etc.) _____
- Annat område. Vilket: _____

5a. Fokuserar IFO:s förebyggande arbete i Er kommun på någon eller några specifika målgrupper? JA NEJ

b. Om JA, vilken/vilka målgrupper av dessa 11 alternativ:

- Småbarnsföräldrar
- Unga mammor
- Föräldrar med anknytningssvårigheter
- Föräldrar till barn med utagerande beteende
- Föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser som ADHD, Aspergers etc.
- Barn som genomgått skilsmässa
- Barn till missbrukande föräldrar
- Barn som upplevt våld i hemmet
- Unga arbetslösa
- Nyanlända invandrarfamiljer
- Annan målgrupp. Vilken: _____

6. Vilken är den vanligaste formen för förebyggande arbete, riktat mot BARN 0-12 år? Här kan Du välja två alternativ om Du anser dem vara lika vanliga.

- Öppen verksamhet
- Organiserad grupp
- Familjesamtal
- Parsamtal
- Enskilt samtal

7. Vilken är den vanligaste formen för förebyggande arbete, riktat mot UNGDOMAR 13-20 år? Här kan Du välja två alternativ om Du anser dem vara lika vanliga.

- Fältarbete/upsökande arbete
- Öppen verksamhet
- Organiserad grupp
- Familjesamtal
- Parsamtal
- Enskilt samtal

8. Vilken är den vanligaste formen för förebyggande arbete, riktat mot FÖRÄLDRAR? Här kan Du välja två alternativ om Du anser dem vara lika vanliga.

- Öppen verksamhet
- Organiserad grupp
- Familjesamtal
- Parsamtal
- Enskilt samtal

9a. Med vilka aktörer har IFO för närvarande återkommande eller regelbunden samverkan minst 1 h/ månad?

b. Hur fungerar samverkan? Stryk under det alternativ som stämmer bäst.

Där IFO inte har återkommande eller regelbunden samverkan minst 1 h/månad.

c. Sker någon form av samverkan med denna aktör/oregelbunden samverkan?

MVC

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

BVC

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

Förskola

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

Öppen förskola

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

Skola/Fritidsgård

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

Ungdomsmottagning

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

Fältassistenterna

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
- c. Oregelbunden samverkan

○ **BUP**

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
c. Oregelbunden samverkan

○ **Polis**

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
c. Oregelbunden samverkan

○ **Kvinnojour**

- b. God samvekan med samtliga Viss samverkan
c. Oregelbunden samverkan

Annan samverkanspartner. Vilken: _____

d. Hur mycket tid tar denna samverkan för IFO:s personal, i timmar/månad?

- Mindre än 5 h
○ 5 timmar eller mer

10a. Vilka yrkesgrupper samverkar IFO med i det förebyggande arbetet kring BARN (0-12 år)?

- BVC-sköterskor
○ MVC-barnmorskor
○ Psykologer
○ Kuratorer
○ Förskollärare
○ Lärare
○ Skol-sköterskor
○ Fritidspedagoger
○ Familjeterapeuter
○ Poliser
○ Andra yrkesgrupper. Vilka: _____

11a. Vilka yrkesgrupper samverkar IFO med i det förebyggande arbetet kring UNGDOMAR (13- 20 år)?

- Skol-sköterskor
○ Barnmorskor
○ Lärare
○ Fritidspedagoger
○ Kuratorer
○ Psykologer
○ Fältassistenter
○ Familjeterapeuter
○ Poliser
○ Andra yrkesgrupper. Vilka: _____

12a. Vilka yrkesgrupper samverkar IFO med i det förebyggande arbetet med FÖRÄLDRAR?

- BVC-sköterskor
- MVC-barnmorskor
- Psykologer
- Kuratorer
- Familjeterapeuter
- Förskollärare
- Lärare
- Poliser
- Andra yrkesgrupper. Vilka: _____

13a. Förekommer någon samverkan mellan IFO och ideella organisationer?

JA **NEJ**

b. Om JA. Vilka organisationer: _____

14a. Driver IFO några (tidsbegränsade) preventionsprojekt i Er kommun?

JA **NEJ**

b. Om JA. Vad för projekt: _____

c. För vilken målgrupp: _____

d. Hur många omfattas av verksamheten? (Uppskattningsvis: 50 personer/dag?
Fler/färre?) _____

e. Eventuella samverkanspartners: _____

Familjecentral _____

15a. Har ni någon familjecentral eller liknande i er kommun? JA NEJ

b. Om JA. Hur många: _____

c. Vem är huvudman för *familjecentralen*? Välj ett alternativ.

- Kommunen
- Kommunen i samverkan med Landstinget
- Annat alternativ: _____

d. Finns policydokument och/eller målbeskrivning för familjecentralen?

JA **NEJ**

e. Om JA. Vad finns: _____

f. Följs verksamheten upp? **JA** **NEJ**

g. Finns utvärdering att tillgå? **JA** **NEJ** **OSÄKER**

h. Om JA. Vad visar utvärderingen: _____

Öppen förskola

16a. Har ni någon öppen förskola i er kommun? **JA** **NEJ**

b. Om JA. Hur många: _____

c. Vem är huvudman för den öppna förskolan? Välj ett alternativ

- Socialnämnden (IFO)
- Socialnämnden i samverkan med Barn och utbildningsnämnden eller motsvarande
- Barn och utbildningsnämnden eller motsvarande
- Kyrkan
- Annat alternativ: _____

Om socialnämnden är huvudman; svara på d-j.

d. Hur många omfattas av verksamheten? (Uppskattningsvis: 50 personer per dag? Fler/färre?) _____

e. **Hur fångas målgruppen upp?** Rangordna de tre vanligaste genom att sätta 1:a vid vanligaste, 2:a vid näst vanligaste och 3:a vid tredje vanligaste.

- Rekommendation från socialsekreterare _____
- Rekommendation från någon av socialtjänstens samverkanspartners; BVC/MVC etc. _____
- Genom vänner/bekanta _____
- Annonsering/information _____
- Förälderns eget initiativ _____

f. Finns policydokument och/eller målbeskrivning för den öppna förskolan?

JA **NEJ**

g. Om JA. Vad finns: _____

h. Följs verksamheten upp? **JA** **NEJ**

i. Finns utvärdering att tillgå? **JA** **NEJ** **OSÄKER**

j. Om JA. Vad visar utvärderingen: _____

Ungdomsmottagning

17a. Har ni någon ungdomsmottagning i er kommun? JA NEJ

b. Om JA. Hur många? _____

c. Vem är huvudman för ungdomsmottagningen? Välj ett alternativ

- Kommunen
- Kommunen i samverkan med Landstinget
- Annat alternativ: _____

d. Hur många omfattas av verksamheten? (Uppskattningsvis: 50 personer per dag?
Fler/färre?) _____

e. Hur fångas målgruppen upp? Rangordna de tre vanligaste genom att sätta 1:a vid vanligaste, 2:a vid näst vanligaste och 3:a vid tredje vanligaste.

- Rekommendation från socialsekreterare _____
- Information genom skolan _____
- Genom vänner/bekanta _____
- Allmän annonsering/hemsida _____
- Den unges eget initiativ _____

e. Finns policydokument och/eller målbeskrivning för ungdomsmottagningen?

JA NEJ

f. Om JA. Vad finns: _____

g. Följs verksamheten upp? **JA NEJ**

h. Finns utvärdering att tillgå? **JA NEJ OSÄKER**

i. Om JA: Vad visar utvärderingen: _____

18a. Har IFO i Er kommun någon institutionaliserad lokal där det förebyggande arbetet bedrivs?

JA JA; med hänvisning till tidigare svar NEJ

b. Om JA. Vilken slags förebyggande verksamhet bedrivs där: _____

c. Eventuella samverkanspartners: _____

d. Hur många omfattas av verksamheten? (Uppskattningsvis: 100 personer/dag?
Fler/färre?) _____

19. Kan Du ge något konkret exempel på vad det förebyggande arbetet riktat till barn, unga och familj i Din kommun ger för effekter? _____

20. Har Du några förslag på hur det förebyggande arbetet riktat till barn, unga och familjer i Er kommun skulle kunna förbättras? _____

21. Hur ser Du på förebyggande arbete i stort? Övriga kommentarer: _____

BILAGA 4- Föräldrautbildningsprogram

Samtliga föräldrautbildningsprogram:

Active Parenting

COPE (mellan 3-12 år)

FamiljeART (ART- *Agression Replacement Training*)

Föräldradiolog (små samtalsgrupper som ett stöd i föräldraskapet) 1

Föräldrakraft

Föräldrastegen (videobaserat; för tonårsföräldrar)

Föräldrautbildningsprogram för föräldrar med barn i skolåldern

Hela människan hjulet (pedagogiskt program för föräldrar utifrån teman i livskunskap)

IFO håller föräldrautbildning från graviditetsvecka 17 och följer upp när barnet är fött

KOMET

KÄRNAN (samspel/anknytning för förälder och barn 0-1 år)

Pappautbildning genom IFO

Pigga barn (kost och motionsinformation för föräldrar med barn i 6-årsverksamheten)

Steg för steg (till elever och föräldrar i åk 5-7; ska förebygga missbruk och tonårsproblem)

Stöd och råd i föräldraskapet/Samtalsstöd i föräldrarollen 2

Unga barn (barn 2-3 år, bättre föräldraskap; frågor kring trots bl.a.)

ÖPP - Örebro Preventionsprogram (Lågdosprogram där korta informationsmöten om alkohol vid upprepade tillfällen skall göra att föräldrarna behåller sin restriktiva hållning till sina barns alkoholkonsumtion under hela tonåren. Riktat sig framför allt till föräldrar i åk 7)

Tabell 4:1. Föräldrautbildningsprogram som erbjuds av fler än en kommun*

*Endast gruppverksamheter/program som mer än en kommun erbjuder redovisas i tabellen

Antal kommuner: n=18

Föräldrar till BARN

Föräldrakraft	2	11%
COPE	2	11%
KOMET	2	11%

Föräldrar/Barn/Ungdom

FamiljeART	2	11%
------------	---	-----

Föräldrar till UNGDOMAR

Föräldrastegen	3	17%
ÖPP- Örebro preventionsprogram	4	22%

Tabell 4:2. Antal kommuner där IFO erbjuder föräldrautbildningsprogram*

*själva eller i samverkan

Antal kommuner: n=18

Föräldrautbildningsprogram för föräldrar till BARN 0-12 år	11	61%
--	----	-----

Föräldrautbildningsprogram för föräldrar till UNGDOMAR 13-20 år	12	67%
---	----	-----

BILAGA 5- IFO:s samverkan med ideella organisationer

Samtliga 18 kommuner samverkar i det förebyggande arbetet med någon ideell organisation.

Tabell 5:1. IFO:s samverkan med ideella organisationer*

*De ideella organisationer som mer än en kommun uppgivit att de samverkar med redovisas

Antal kommuner: n=18

Idrottsföreningar	2	11%
Brottsofferjouren	2	11%
Rädda barnen	3	17%
Kvinnojouren	4	22%
Rödakorset	4	22%
Nattvandrare	4	22%
Svenska kyrkan	11	61%

Utöver de ideella organisationer som redovisas i tabell 5:1 samverkar kommuner med *Hela människan Brytpunkten*, *Rotary (LIONS)*, *Vuxna på gång* och *Civilförsvaret* i krissituationer eller har stödsamtal med ungdomar genom *Frälsningsarmén*.

BILAGA 6- Samverkan mellan IFO och andra aktörer kring barn och unga

Tabell 6:1. Förekomst av samverkan mellan IFO och andra aktörer kring barn 0-12 år

Antal kommuner: n=18

Psykologer	14	78%
Lärare	14	78%
Fritidspedagoger	14	78%
Poliser	15	83%
Skolsköterskor	15	83%
Familjeterapeuter	15	83%
MVC-barnmorskor	16	89%
Kuratorer	16	89%
BVC-sköterskor	17	94%
Förskollärare	17	94%

Det visade sig att det i studiens 18 kommuner var i princip samma samverkanspartners kring föräldrar som barn 0-12 år. Endast lärare, fritidsledare och poliser i något mindre utsträckning (>6-11%) för föräldrar.

Tabell 6:2. Förekomst av samverkan mellan IFO och andra aktörer kring unga 13-23 år

Antal kommuner: n=18

Barnmorskor	15	83%
Psykologer	15	83%
Lärare	15	83%
Familjeterapeuter	15	83%
Fältassistenter	15	83%
Fritidspedagoger	16	89%
Poliser	17	94%
Skolsköterskor	17	94%
Kuratorer	18	100%

BILAGA 7- IFO:s tidsbegränsade preventionsprojekt

De kommuner som redogjorde för ett projekt (se tabell 7:1) uppgav bl.a. tidsbegränsade föräldrautbildningsprogram, ungdomssamordnare, AIK-projekt där ungdomsledare är ute på stan, insatser för barn i våld i 1 år samt Asylmottagningen som är ett EU-projekt i samverkan med Migrationsverket.

Tabell 7:1. Tidsbegränsade preventionsprojekt

Antal kommuner: n=18		
<hr/>		
Kommuner med ett projekt	7	39%
Kommuner med två eller fler projekt	6	33%
<hr/>		
Totalt antal projekt	13	72%
<hr/>		

De sex kommuner med två eller fler projekt följer här:

Kommun 1. Olika verktyg kring droger/våld mot ungdomar och riktad insats kring hedersproblematik. "Det växlar över tid".

Kommun 2. Ungdomsprojekt inom öppenvården och konsekvensprogram för ungdomar.

Kommun 3. Saraprojekt för flickor i hedersvåldsproblematik och *Folköl & Tobak* som jobbar mot krogar och handlare för att förebygga försäljning till minderåriga.

Kommun 4. Projekt kring familjerelaterat våld och samverkan med BUP vid placering av ungdomar.

Kommun 5. *Pigga barn*; kurs i kost och motion för föräldrar med barn i 6-årsverksamheten. Strukturerat program för pappor som slår; samverkansprojekt mellan kommun, Landsting, frivård och polis.

Kommun 6. Familjeteamet med familjebehandling för familjer med små barn och säkerhetsprogrammet för hela familjer där det förekommer våld. 2007 skall ett projekt i öppenvården startas för missbrukare och deras barn.

BILAGA 8- Områden där IFO satsar på prevention

Tabell 8:1. Områden där IFO anser sig satsa preventivt

Antal kommuner: n=18

Integration	2	11%
Stärkande av socialt nätverk	4	22%
Andra områden *	9	50%
Program/grupper för barn/unga	10	56%
Tidigt stöd till föräldrar	11	61%
Stöd till utsatta kvinnor	12	67%
Föräldrautbildningsprogram	14	78%

*Andra områden kan vara allt från strukturerat stöd till pappor som misshandlat till att satsa på samtalgrupper.

BILAGA 9- Total prevention i institutionaliserad form i 18 kommuner

Tabell 9:1. Total prevention i institutionaliserad form i 18 kommuner

* Huvudman är IFO, kyrkan eller andra initiativ

Antal kommuner: n=18

Öppen förskola*	62
Familjecentral	24
Ungdomsmottagning	18

BILAGA 10- De vanligaste formerna för prevention enligt IFO:s uppskattning

Tabell 10:1. De vanligaste formerna för förebyggande arbete utifrån IFO:s uppskattning*

*IFO fick uppge två alternativ per barn/unga/föräldrar om de ansåg dessa som jämställda.

Antal kommuner: n=18

	BARN 0-12 år		UNGA 13-20 år		FÖRÄLDRAR	
Enskilt samtal	0		6	33%	3	17%
Parsamtal	0		0		8	44%
Organiserad grupp	5	27%	7	39%	7	39%
Familjesamtal	9	50%	7	39%	10	56%
Öppen verksamhet	7	39%	0		3	17%
Fältarbete	0		7	39%	0	
