

Barn som vi blir utmanade av

En kunskapsöversikt över aktuell forskning
sammanställd av Torbjörn Forkby och Ulf Axberg, FoU i Väst/GR



Barn som vi blir utmanade av

En kunskapsöversikt över aktuell forskning sammanställd
av Torbjörn Forkby och Ulf Axberg, FoU i Väst/GR

© FoU i Väst/GR
Första upplaga juni 2015
Layout: Infogruppen GR.
Omslagsbild: Mostphotos.
Tryckeri: Exakta, Göteborg.
ISBN: 978-91-89558-89-2

FoU i Väst
Göteborgsregionens kommunalförbund
Box 5073, 402 22 Göteborg
e-post: fou@grkom.se

Innehållsförteckning

Några ord om kunskapsöversiktens sammanhang.....	7
Placeringsinstabilitet.....	8
Behandlingsarbetet.....	22
Att möta barn med utmanande beteende	23
Olika förklaringsmodeller i samverkan.....	25
Uppmärksamhet på iatrogena effekter	27
Behandlingsmodeller.....	30
Oflexibla – explosiva barn.....	33
Reduktion av tvångsåtgärder och isolering inom psykiatrisk slutenvård	37
Att lära känna barnet väl.....	38
Ett analysverktyg	39
REFERENSER	42

Några ord om kunskapsöversiktens sammanhang

Denna kunskapsöversikt har växt fram ur ett utvecklingsarbete kring ”barn som utmanar” som genomförts i ett samarbete mellan Gryning Vård och FoU i Väst/GR. Till arbetet kopplades en referensgrupp med representanter från Gryning, FoU i Väst och socialtjänsten i några av GR-kommunerna. Från början fanns en tanke om att det skulle handla om barn med aggressivt utåtagerande beteende. I diskussioner i referensgruppen framkom dock att denna grupp var för snävt definierad, då fokus inte skulle ligga på barnens beteende utan när beteendet blir svårhanterligt för de olika verksamheterna, dvs. när verksamheterna blir utmanade av barnen. Med den omdefinitionen kom uppdraget även att innefatta t.ex. barn med självdestruktiva beteenden. Fokus kom att ligga på de situationer som kunde leda till sammanbrott i placeringarna utifrån att den aktuella verksamheten blev för utmanad.

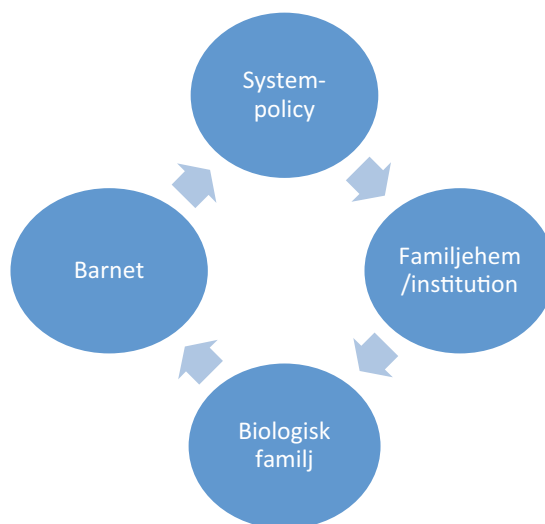
Utvecklingsarbetet kom att vila på tre områden. Dels handlade det om att genomföra en kartläggning som skulle belysa frekvens, omfattning, upplevda konsekvenser och beskrivning av barnen som verksamheterna blivit utmanade av. Denna genomfördes internt inom Gryning. Dels handlade det om att genomföra en fokusgrupp, med representanter från olika verksamheter i Gryning för att belysa och analysera erfarenheter av situationer där verksamheterna utmanats. Denna grupp arbetade utifrån såväl tillfällena som ledde fram till planeringssammanbrott som situationer där en vändning hade skett och man klarade av den. I detta arbete togs ett analysverktyg fram för att systematisera kunskapen och möjliggöra en aggregering av kunskap på verksamhetsnivå. Analysverktyget presenteras i slutet av denna översikt.

Vidare var en central aspekt för utvecklingsarbetet att knyta samman praktiken med forskning och annan systematisk kunskap, exempelvis vilken kunskap som utvecklats hos andra vårdgivare. Detta uppdrag låg på FoUi Väst och skulle utmynna i den kunskapsöversikt som nu presenteras. En naturlig ingång till detta område var att utgå från placeringsstabilitet respektive sammanbrott. Vid en litteraturgenomgång framkom att flest studier gjorts kring familjehem, men att det även fanns en del kring institutionsplaceringar vilket kommer att presenteras i översikten. Utvecklingsarbetet inom Gryning kring ”barn som utmanar” fortsätter, nu med perspektivet ”när verksamheten provas”. En utvecklingsgrupp arbetar vidare med implementering och utveckling utifrån den strategi och handlingsplan som fastställdes av Grynings styrelse i december 2014. ●

Placeringsinstabilitet

Svårigheter att hantera barn med utmanande beteenden inom olika vårdssammanhang innebär en ökad risk för oplanerade placeringsbyten, behandlingssammanbrott och därmed att barnet tvingas att omorientera sig för att fungera i en rad olika sammanhang. För barn som redan innan kan vara otrygga, ängsliga eller ha svårigheter att känna förtroende och att knyta an till vuxna kan sådana placeringsbyten vara problematiska och försämra utsikterna för en framgångsrik behandling. Vi kommer i detta avsnitt att redovisa en del forskning kring behandlingssammanbrott med särskilt fokus på vilka faktorer som ökar risken för sådana. Den forskning som presenteras utgår i huvudsak från vår sökning i internationella databaser från år 2000.

Man kan göra en grov indelning i olika områden som i forskning visat sig vara kritiska när det handlar om placeringsstabilitet och sammanbrott; faktorer som relaterar till 1) system-policy, 2) familjehem/institution, 3) biologisk familj och 4) barnet.



Utifrån främst amerikanska förhållanden pekar Blakey och kollegor (2012) ut en rad faktorer som framkommit i tidigare forskning om familjehemsplaceringar. System-policy-nivån rör omständigheter som kan öka risken för senare sammanbrott: att familjehemmet kan ha fått otillräcklig information från handläggare; att placeringar görs i akut läge eller i vissa fall följer vissa överordnade idéer som inte varit anpassade för det enskilda barnet (så som att använda släktingplaceringar trots att goda förutsättningar saknats).

Familjehemsorienterade faktorer kan handla om oförutsägbara förhållanden så som dödsfall eller att familjehemmet flyttar från orten, men också en bristande kunskap om att hantera barnets beteende. MTFC (multi treatment foster care) lyfts fram som det hittills enda specialutformade programmet som visat god effekt för att stödja familjehemmen i att hantera sitt uppdrag, men det finns även andra metoder (exempelvis KEEP ”Keeping Foster and Kinship Parents trained and supported”, MAPP/GPS ”Model Approach to Partnership in Parenting, Group Preparation and Selection”). Även om de senare modellerna inte visat sig ge god effekt för att minska sammanbrott, kan de ge en ökad förberedelse för att familjerna ska kunna bestämma sig för om de ska gå in i ett uppdrag eller inte som familjehem.

Faktorer relaterade till den biologiska familjen som kan öka risken för sammanbrott hänger samman med hur kontakten med barnet är, någon studie har visat att sporadisk kontakt ökar risken, någon att föräldrars missbruk kan innebära samma sak. Slutligen spelar faktorer relaterade till barnet en viktig roll när det handlar om att förstå sammanbrotten. Barnets beteende i form av aggressivt och liknande svårt störande beteende är faktorer som visat sig öka risken för sammanbrott. Likaså ökar risken efter att barnet har varit placerat några år (och då förändringar i beteendet uppstått).

En i åtminstone Sverige välkänd studie kring sammanbrott publicerades av Socialstyrelsen (CUS) och skrevs av Vinnerljung, Sallnäs och Westermark (2001). Den är även publicerad internationellt (Sallnäs, Vinnerljung & Westermark, 2004). Genom rapporten *Sammanbrott vid tonårsplaceringar* kom frågan om placeringssammanbrott på allvar att bli aktuell i samtalet kring den svenska sociala barn- och ungdomsvården. Den medverkade också till konkreta förändringar i riktning mot att i första hand överväga om placeringar i familjer i barnets släkt kunde vara aktuella. Författarna menar att synsättet att barnets problematik var intimt förknippad med familjen och slakten var förhärskande inom den kommunala socialtjänsten. I och med detta synsätt så var det i många fall svårt att tänka sig att barnet skulle utvecklas väl i ett släktinghem, då intentionen var att flytta barnet/den unge från den problemskapande miljön.

När studien visade att det tvärtemot var så att det var placeringarna i släktinghemmen som gav barnen den mest stabila uppväxtmiljön (minst andel samman-

brott) vändes diskussionen och lagstiftningen förändrades. Studien visade också att även om familjeproblem i gruppen var klart överrepresenterade var det en stor del av gruppen (40 procent) där tydliga indikationer på sådana saknades (exempelvis i form av föräldrars missbruk, våld i hemmet/övergrepp, psykisk sjukdom bland föräldrar). Undersökningsgruppen bestod av 70 procent av samtliga barn som placerades utom hemmet 1991 (776 stycken, 13–16 år, jämn fördelning mellan könen). Gruppen följdes retrospektivt genom aktstudier under högst fem år och fram till 18-årsdagen.

Två grova kategorier för sammanbrott skapades, tydliga och sammanbrott i vid mening. Resultatet visade att sammanbrott varierade mellan 17 och 52 procent för tydliga sammanbrott och mellan 18 och 52 procent i vid mening. Orsakerna till sammanbrotten var framförallt barnets egna (asociala) beteende men också faktorer som placeringsformen, psykiska problem hos barnet, erfarenheter av tidigare sammanbrott, placeringar för utredning på §12-hem och avståndet till hemmiljön (minskad risk vid längre avstånd). Särskilt kombinationen av barnets asociala beteende och psykiska problem ökade risken markant, i vilket fall i vårdformerna vanliga familjehem, offentliga och enskilda HVB-hem. Tabellen nedan visar att om barnet inte hade några markeringar i akten om psykiska problem eller asocialt beteende ledde mellan 10 och 32 procent till sammanbrott, lägst bland offentliga HVB-hem. När kombinationer förelåg varierade motsvarande siffror mellan 48 och 81 procent (enskilda HVB-hem lägst).

Tabell 1 Förekomst av tydliga sammanbrott i olika vårdformer, uppdelat på barnets/den unges riskfaktorer psykiska problem och asocialt beteende. Procent. Källa: Vinnerljung m.fl. 2001, s. 169.

Förekomst i "riskvariabler"	Vanl. F-hem (n=320)	Off. HVB (n=207)	Ensk. HVB (n=192)
Inga markeringar	32	10	30
Enbart psykiska problem	30	23	20
Enbart asocialt beteende	53	33	33
Asocialt beteende och psykiska problem	81	55	48

I slutsatserna menar författarna att barnets eget samtycke till placeringen bör problematiseras mer då en ung person kan acceptera en placering på grund av olika påtryckningar utan att för den skull vara övertygad, att man måste bli bättre på att informera föräldrar och andra involverade om riskerna för sammanbrott och att socialtjänsten bör ha en reservplan till hands för att inte paniksituationer ska uppstå i krislägen. Tabellen nedan visar tydliga sammanbrott i olika former av placeringar för unga personer med eller utan asocialt beteende. Med asocialt beteende avsågs om det fanns noteringar i akten om att den unge hade ett beteende som inkluderade kriminalitet, missbruk eller våld.

Tabell 2 Förekomst av tydliga sammanbrott i olika vårdformer, uppdelat på unga med respektive utan asocialt beteende och olika vårdformer. Procent och antal (viktat) i parentes. Källa: Vinnerljung m.fl. 2001, 12.

Placeringsform	Asocialt beteende	Ej asocialt beteende
Vanliga familjehem	57 (122)	31 (201)
Nätverk (ej släkt)/ fd kontaktfamilj	48 (42)	31 (122)
Släktinghem	13 (32)	19 (112)
Jourhem	20 (44)	20 (83)
Offentliga HVB	39 (103)	14 (105)
Enskilda HVB	44 (117)	32 (77)
§12-hem	18 (131)	-
Totalt	37 (591)	25 (700)

Oosterman m.fl. (2007) presenterade på samma tema resultatet av en översikt och meta-analys som inkluderade studier avseende drygt 20 000 barn. Fokus var på vilka risk- och skyddsfaktorer som kan ses när det gäller placeringssammanbrott i familjehem. Här framkom också att beteendeproblem hos barnet var den allra tyngsta riskfaktorn. Andra faktorer som ökade risken för sammanbrott var ålder vid placering (äldre barn vid placering gav något fler sammanbrott), tidigare erfarenhet av att ha varit placerad för institutionsvård och tidigare placering för vård utom hemmet. En stor kombinerad effekt framkom för beteendeproblem. Placering i släktinghem visade sig till skillnad från andra studier inte ha någon skyddande effekt i förhållande till andra familjehem (vare sig positiv eller negativ). Möjliga skyddande faktorer för att motverka sammanbrott hänfördes till "kvaliteten på omsorg och fostran". Med detta avsågs sådant som familjehemsföräldrarnas värme, omsorg, barn-orientering och (låg grad av) avvisande av barnet. Dessa faktorer handlar om kompetensen i vid mening hos familjehemsföräldrarna, vilket även inkluderar om familjehemmen fick stöd och utbildning för sitt uppdrag från socialtjänsten. Av resultatet att döma verkar det också vara så att placeringar av barn som utsatts för misshandel eller övergrepp i högre grad än placeringar av barn till föräldrar som brast i sin fostran på grund av underlåtenhet eller omsorgssvikt, ledde till sammanbrott.

Några av de i översikten ingående studierna undersökte barnets anknytning till familjehemmet i förhållande till relationer till familjehemsföräldrar och egen anknytningsstil. En normal anknytningsförmåga var associerad till lägre grad av sammanbrott. Frågan om anknytning rör också relationen till de biologiska föräldrarna. Det framkom inga entydiga resultat om kontakten med dessa var positiv eller negativ i förhållande till sammanbrott, även om det fanns indikationer på att lägre grad av kontakt var positivt i de fall där en långsiktig placering hade plane-

rats. Detta kan tala för behovet att utveckla goda samarbetsrutiner med de biologiska föräldrarna för att dessa ska ”tillåta” att barnet knyter an till familjehemmet under placeringstiden, dels för att minska osäkerheten för barnet och dels för att ge barnet kunskap om den biologiska föräldrarnas situation.

Placeringar tillsammans med syskon visade sig i de flesta studierna vara associerade med lägre antal sammanbrott. Barnets biografiska kontinuitet (upplevelse av att det finns en samhörighet mellan barnet själv och familjens/släktens historia), tillsammans med möjligheten att känna trygghet i den nuvarande situationen, verkar därför kunna vara viktiga parametrar att beakta för att minska antalet sammanbrott. Resultaten från meta-analysen är samtidigt heterogena inom flera områden, och det gick därför inte att ange ett fåtal risk- eller skyddsfaktorer associerade till sammanbrott. En viktig skyddsfaktor verkar emellertid vara omsorgsgivarens förmåga till inlevelse med det enskilda barnet, och ett icke-dömande/avvisande förhållningssätt. Dessa faktorer kan samtidigt hänga samman med barnets möjligheter och benägenhet att knyta an, och i vilken mån det finns en ömsesidighet i relationerna.

Evelyn Khoo med kollegor (Khoo, Skoog & Dalin, 2012) presenterade också ett svenskt material där fokus låg på att beskriva vilka barn och unga det är som placeras utanför hemmet (i Västernorrland). I studien undersöktes via akter placeringshistoriken (avseende 317 placeringar av 213 barn och unga 0–16 år gamla). Av resultatet framgår att under den tvååriga undersökningsperioden (2005 och 2006) var omkring en fjärdedel placerad i ursprungsplaceringen, och därmed hade tre fjärdedelar av placeringarna avslutats inom perioden. Av dessa hade hälften återvänt hem, och knappt en tredjedel av de som hade återvänt hem återplacerades utanför hemmet. Endast tre av tio placeringar avslutades på grund av att socialarbetaren hade bedömt att den aktuella vården inte längre behövdes.

I en dansk studie (Olsson, Egelund & Høst, 2012) undersöktes 225 ungdomar som totalt hade placerats vid 367 tillfällen. Av undersökningen framgår att 44 procent upplevt åtminstone ett sammanbrott och att en tredjedel av de 367 placeringarna slutade i ett sammanbrott, oplanerat avslut. En stor andel inträffade under första året (62 procent) och 20 procent under de första fyra månaderna. Av en analys (som enbart förklarade 6 procent av variationen) framkommer att antalet unga som vårdades på samma ställe var signifikant (fler än en placerad på samma ställe ökade risken för sammanbrott). Kön eller om en riskbedömning hade gjorts avseende barn eller familj påverkade inte risken. Vård på öppna behandlingsinstitutioner minskade risken för sammanbrott i jämförelse med placering i familjehem.

Artikeln konkluderar med att det saknas såväl tillräcklig kunskap om sammanbrott som välfungerande program för att motverka dem. Att vård av enbart en

ungdom på en enhet minskar risken för sammanbrott framstår också som motsägelsefullt i förhållande till att öppna behandlingsinstitutioner minskar risken i förhållande till familjehem (där chansen att finna placeringar av enbart en ungdom i taget bör vara större).

En prospektiv studie innefattade 70 barn som placerats utom hemmet i Norge under 7–8 års tid (Christiansen, Havik & Anderssen, 2010). I första hand var barnen placerade i familjehemsvård, men även institutionsvård förekom. Författarna visar att olika definitioner på vad som betecknas som sammanbrott har stor betydelse för förståelsen för problemet. Man måste ta hänsyn till avsikten med placeringen – om den var tänkt att vara tillfällig eller långsiktig, och även om en ny placering innebär att barnets behov tillgodoses bättre på det nya stället. Deras definition av sammanbrott var att det dels skulle finnas en planering om en långsiktig placering av barnet i det aktuella vårdsammanhanget, dels att det inte handlade om att flytten skett från ett acceptabelt vårdsammanhang till ett annat som var bättre.

Med denna definition visade det sig att 39 procent av gruppen upplevt åtminstone ett sammanbrott. Om man lägger ytterligare en dimension till detta och ställer frågan kring hur många av barnen som under sin placeringstid uppnått placeringsstabilitet, det vill säga en varaktighet i vården trots att sammanbrott kan ha förekommit, visar det sig att omkring tre fjärdedelar av gruppen uppnått sådan stabilitet. I studien undersöktes även vilka riskfaktorer som uppfattades som viktiga för sammanbrott.

Då den största gruppen var placerad i familjehem relateras faktorerna i första hand till denna vårdform. Här var den vanligaste uppfattningen att familjehemmet inte kunnat förutse vilka svårigheter det kan innebära att ta hand om ett barn som ofta har olika typer av beteendeproblem. Därefter framhölls faktorer som relaterade till barnets (utagerande) beteende.

För institutionsvården ansågs brister i vårdorganisationen och övrig kompetens bland personalen kunna öka risken för sammanbrott. Socialtjänstens brister ansågs främst ligga i bristande planering och förutseende om vad som skulle krävas framgent när ett barn placerades. I sina slutsatser understryker forskarna att bättre planering innan placeringen är viktig med avseende på 1) barnets attityd och motivation till en placering generellt och i förhållande till befintliga alternativ (om det finns alternativa lösningar tillgängliga), 2) barnets behov och förekomst av relationer till föräldrar och familjemedlemmar, men också med vänner, skola och fritid. Dessa relationer kommer också att vara viktiga när barnet lämnar vården.

Under placeringen handlar det om att kontinuerligt följa hur barnets attityd och relationer förändras och vid behov undersöka om alternativa placeringsformer faktiskt kan erbjuda barnet ett bättre stöd. Allt detta förutsätter att barnet görs reellt delaktigt under hela placeringsprocessen. Det visar sig också i deras undersökning

att trots att många upplevt sammanbrott, så innebar detta inte att relationerna till tidigare vårdgivare nödvändigtvis bröts. De flesta hade en mer eller mindre nära och formaliserad kontakt med åtminstone vissa av dem även efteråt.

I artikeln lyfts också svårigheten generellt att ta emot ett barn i det egna hemmet där familjehemmet förväntas att; finnas kvar så länge barnet behöver dem, behandla barnet som deras eget samtidigt som de är medvetna om att det faktiskt inte är deras och där andra aktörer har avgörande inflytande över villkoren för placeringen. Med tanke på att tillgången till familjehem kan vara snål och den svårighet som finns i att förutsäga hur för varandra okända personer kommer att forma relationer och hur andra faktorer samspelar i utvecklingen hos barnet, är placeringar utom hemmet ett i grunden osäkert område. Därför krävs ett nära samspel mellan involverade och ett kontinuerligt stöd till barnets vårdgivare.

En studie som visar hur vanligt det varit att barn omplaceras efter att de kommit in i den engelska barnvården genomfördes av Harriet Ward (2009). Här handlade det om barn och unga som varit placerade under längre tid, även om detta inte alltid varit tanken inledningsvis. Undersökningsgruppen bestod av barn och unga som nyplacerats för vård utom hemmet 1996–1997 (totalt under ett års tid) av sex lokala myndigheter i England. Gruppen som bestod av 242 barn och unga i åldrarna 0–16 år (55 procent pojkar) stannade kvar i vården, familjehems- eller institutionsvård, under minst ett år.

Deras placeringsmönster under 3,5 år kartlades. Vid nyplaceringen hade drygt hälften av gruppen känslo- och beteendemässiga problem på den nivån att dessa krävde uppmärksamhet från vårdgivaren och en tredjedel hade inlärningssvårigheter. Enbart en femtedel stannade kvar i samma placering under hela perioden (3,5 år), medan en något större andel hade upplevt fler än fem placeringar (även tillfälliga avlastningsplaceringar räknades in). Ungar äldre än tio år hade jämfört med yngre barn fler placeringar, vilket kan hänga samman med att känslo- och beteendemässiga problem var vanligare i denna grupp. 17 procent av det totala antalet placeringar varade kortare tid än tre månader och hela 57 procent varade kortare tid än sex månader (median 3,5 månader). Först under det tredje placeringsåret ökade placeringstiden något.

Något fler än hälften av placeringsbytena initierades av den ansvariga myndigheten ("socialtjänsten"), de flesta av dessa följde behandlingsplanen eller innebar justeringar av vården för att realisera denna plan (så som att flytta samman syskon när ett lämpligt placeringsalternativ dök upp). En femtedel av placeringarna (145 stycken) avslutades på vårdgivarens begäran och 11 procent på barnets/den unges. Placeringar av barn/ unga med känslo- eller beteendemässiga problem eller av unga lagöverträdare riskerade i större utsträckning att bryta samman.

Av resultatet framgår också att det inte enbart var placeringarna som var in-

stabila, utan även relationen till ansvarig socialsekreterare. 17 procent av gruppen hade upplevt fyra eller fler byten av handläggare under den studerade perioden. Omflyttningarna påverkar också livet på boendena där barnet/den unga får uppleva ett ständigt flöde av nya personer som antingen flyttar in eller ut. Författaren menar att resultatet är uppseendeväckande då omflyttningar kan innebära svårigheter att behålla och våga gå in i relationer och en upplevelse av att leva i en värld i ständig omvandling. Varje ny placering och varje ny ung person som flyttar in och varje ny handläggare, vårdgivare och ny person i övriga sammanhang i skola och under fritiden innebär en kognitiv och känslomässig kraftansträngning och investering. Denna skulle vara krävande för alla barn och unga, men kan vara extra svår för dem som redan i grunden har lärt sig att omvärlden är kaotisk och inte går att lita på.

Författaren pekar också på att instabilitet för en viss grupp av barn och unga mer eller mindre är inbyggt i systemet, dels på grund av att adekvat placeringsalternativ saknas när en placering behövs, och dels på grund av den förhärskande idén att barn alltid mår bäst av att växa upp med sina biologiska föräldrar. För omkring hälften av barnen/de unga i studien var placeringen enbart tänkt att bli kortvarig, innan återgång till familjen skulle genomföras. När det senare visade sig att en längre tids placering krävdes, behövdes också en annan form av placering. Att alla föräldrar inte förändrar sina liv så snabbt eller i den riktning som krävs för att ta hand om sitt barn, har lagstiftning och professionell ideologi ibland svårt att hantera och konsekvensen kan bli att barnet får erfara ytterligare instabilitet i placeringen.

En stor amerikansk studie inkluderade 720 barn i åldern upp till elva år. Den beroende variabeln var placeringsstabilitet (O’Neill, Risley-Curtiss, Ayon & Williams, 2012). Barnen var placerade i antingen familjehem eller släktinghem och undersökningen omfattade karakteristika om barnen, omsorgsgivarna och relationen dem emellan. Gruppen delades på teoretiska grunder upp i en yngre grupp (0–5 år) och en äldre (6–10 år). 80 procent i den yngre gruppen och 69 procent i den äldre hade uppnått placeringsstabilitet mätt som att de var kvar hos samma omsorgsgivare vid mätningen 18 månader efter placeringen.

I den yngre gruppen hade några faktorer betydelse: familjehemmets ”ras”¹ (lägst andel barn där placeringsstabilitet uppnåddes var placerade i ”vita” familjer) och antalet medlemmar i hushållet (större familjer minskade chansen att uppnå stabilitet). Tidigare erfarenhet hos omsorgsgivarna av att ha haft placerade barn hade viss men liten betydelse. Emotionell trygghet i familjehemmet påverkade inte place-

1. I internationell forskning används ofta ras (race) indelat i kategorier som vit, svart, ”hispanic” m fl, men beteckningarna kan upplevas främmande i en svensk kontext.

ringsstabiliteten, men här reserverar sig forskarna för svårigheten i studiedesignen. Placeringar i släktinghem hade också högre chans att uppnå placeringsstabilitet. För den äldre gruppen hade omsorgsgivarens tidigare erfarenhet en lite negativ effekt på placeringsstabilitet, äldre omsorgsgivare hade samtidigt större chans att uppnå stabilitet. Externaliserat beteende hos barnet hade negativ effekt på stabiliteten, och även för denna grupp var placeringar i släktinghem mer gynnande för placeringsstabilitet.

Det är samtidigt oklart i artikeln hur man har kontrollerat för betydelsen av olika aspekter, vilket gör det lite svårt att dra slutsatser av studien. Det skulle exempelvis kunna vara så att resultatet att erfarenhet hos omsorgsgivaren är negativ i förhållande till placeringsstabilitet kan ledas tillbaka till det faktum att det i släktinghemmen finns en lägre andel med tidigare erfarenhet av placeringar, vilket i så fall skulle indikera att erfarenheten i sig inte behöver vara negativ.

Kopplingen till familjen undersöktes i en avhandling (Koranda, 2007) om vilka individfaktorer som hänger samman med vårdutfall för barn placerade på institution. I undersökningsgruppen ingick 238 pojkar (under tonåren) i USA. Resultatet mättes i förhållande till om barnet övergick till en lägre (framgångsrik insats), samma eller högre (inte framgångsrik insats) omhändertagandenivå. En prediktionsmodell skapades med hjälp av data från barnens personakter. Av nio undersökta faktorer hade fyra signifikant betydelse för resultatet: utbildningsmässiga prestationer, att involvera familjen i behandlingen, beteendemässig stabilitet och förändrad funktionsnivå (mätt genom det globala funktionsbedömningsinstrumentet GAF).

Inga skillnader i andelen framgångsrika placeringar fanns mellan barn från olika etniska grupper. Genom att inkludera sju av de undersökta variablerna kunde ett positivt utfall prediceras i 71 procent av fallen, där familjeinvolvering var den tyngst vägande förklaringen. Resultatet från studien indikerar att uppmärksamhet bör läggas vid hur samspelet med familjen kan byggas upp kring institutionsvårdade barn. Och med stöd av föregående studie kan man anta att detta kan äga giltighet oavsett om barnet flyttar tillbaka hem, eller förblir placerat under längre tid.

En stor amerikansk registerstudie som inkluderade 20 000 barn och unga visade att den stora gruppen som placerades i familjehem eller på olika former av behandlingshem/gruppboenden (omkring två tredjedelar) inte omplacerades (Wulczyn, Kogan & Harden, 2003). Olika sätt att definiera och inkludera "omplaceringar" och vilken undersökningsgruppen var, kan troligen förklara en del av skillnaden jämfört med Wards studie (ovan). Vid en åldersindelad analys visade det sig att störst risk för omplacering förelåg under den första sexmånadersperioden i familjehem och att den ökade risken för omplacering kom senare för dem som placerades på institution. Resultatet indikerar att proaktivt stöd från socialtjänsten till

familjehemmen är särskilt viktigt under den första placeringstiden för (yngre) barn i familjehem och för (tonåringar) är detta stöd mest väsentligt något senare.

En studie med liknande syfte undersökte de relativa riskerna för att placeringar utom hemmet skulle ske till mer restriktiva institutioner. Dessa ställen benämndes ”restriktive care settings” och avsåg att exempelvis familjehemsplaceringar efterföljdes av behandlingshem, grupphem och psykiatrisk heldygnsvård (James, Landsverk, Leslie, Slymen & Zhang, 2008). 570 barn och unga ingick i studien. Av resultaten framkommer att riskerna för att en första placering skulle bryta samman och leda till en mer omfattande vård (restriktiv) var särskilt förhöjda under de 2–3 första månaderna. I första hand var riskerna associerade med beteendeproblem och högre ålder hos barnet (för en tredjedel av gruppen var dock inte beteendeproblem hos barnet orsak till behandlingsbytet).

En australiensisk studie (Barber & Delfabbro, 2002) undersökte anpassningssvårigheter i familjehem bland 40 barn och unga, både pojkar och flickor (4–17 år). Gruppen som studerades hade under den första fyramånadersperioden erfårit åtminstone en misslyckad placering på grund av problembeteende. Resultatet visar att de barn och unga som innan placering varit instabila emotionellt och beteendemässigt hade en sämre prognos än jämförelsegruppen. En stor del av dessa placerades för institutionsvård.

Faktorer relaterade till instabilitet i placeringar utanför hemmet undersöktes också i en annan australiensisk studie (Osborn, Delfabbro & Barber, 2008). Den undersökta gruppen bestod av 364 barn (medelålder 13 år, 58 procent pojkar). Gruppen bestod av barn och unga som under en period på två år hade upplevt åtminstone två sammanbrott av placeringar på grund av eget beteende. Denna grupp har höga överrisker för att även uppleva placeringssammanbrott framgent och är en grupp som kräver stora resurser. I artikeln sägs att denna mindre grupp på omkring 20 procent kan kräva uppemot 80 procent av socialarbetarens arbetstid på grund av kanske dagliga kontakter med familjehem eller andra vårdgivare. Ett skäl till att undersöka gruppen är att såväl bakomliggande faktorer som faktorer relaterade till behandlingssammanbrotten är riskfaktorer för kommande sammanbrott.

Intervjuer, aktstudier och bedömningsinstrumentet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) användes. En stor del av barnen hade upplevt många placeringssammanbrott, från 2 till 55 placeringar (i genomsnitt strax under 11 stycken). Riskerna var särskilt förhöjda för barn omkring 12–13 år. Barnens ursprungsfamiljer hade många riskfaktorer gemensamt, omkring två tredjedelar hade en uppväxtmiljö med minst fem tydliga riskfaktorer. Tre fjärdedelar hade upplevt våld i familjen, en lika stor andel hade blivit fysiskt misshandlad, 66 procent av föräld-

rarna missbrukade och omkring sex av tio hade föräldrar som försummade dem. Ekonomiska problem i familjen och/eller psykiska problem hos föräldrarna fanns i omkring hälften av fallen och knappt lika många hade upplevt sexuellt utnyttjande och osäkra boendevillkor.

I SDQ framkom att över 75 procent hade beteendestörningar på en klinisk nivå, tre fjärdedelar hade svårigheter i kamratrelationerna och hälften var ängsliga eller deprimerade på ett sätt som indikerade behov av behandling. Resultatet indikerar att de som sammantaget hade de sämsta förutsättningarna också hade flest placeringssammanbrott. Individuella riskfaktorer som indikerade fler sammanbrott relaterade till våld i familjen och övergrepp. I diskussionen menar författarna att resultatet innebär att multidimensionella och omfattande vårdinsatser krävs för denna grupp (exempelvis MST, Wraparound, MTFC – alltså metoder som skulle kunna vara en förstärkning av pågående familjehemsvård).

Det är också viktigt att uppmärksamma barnens behov av stöd för att hantera traumatiserande upplevelser av fysiska och sexuella övergrepp. Framförallt var det de fysiska övergreppen som stod ut som gemensam nämnare bland barnen. En stor andel av barn med dessa svårigheter kommer att vara kvar inom olika vårdssystem under lång tid. Då en stor grupp erfarit mycket svåra upplevelser inom familjen, måste man vara mycket uppmärksam och nära följa de familjer där barnen återförenats med sin ursprungsfamilj.

Barns utmanande beteende handlar inte sällan om aggressivt beteende. Alltför ofta behandlas aggression som en enhet av handlingar, och diagnostiseras exempelvis som uppförandestörning (CD). Aggression kan dock innebära flera olika saker. En grov indelning kan göras mellan proaktiv och reaktiv aggression. Den förstnämnda avser ett beteende som används för att uppnå saker genom att på olika sätt kontrollera omgivningen för att den enskilde ska uppnå sitt mål. Ett barn kan exempelvis hota eller slå ett annat barn för att komma i besittning av ett föremål. Den teoretiska basen för att förstå den proaktiva aggressionen hämtas från social inlärningsteori som innebär att barnet lärt sig att använda ett beteende för att det på något sätt fungerar enligt dennes intentioner.

Den reaktiva aggressionen handlar mer om att försvara sig mot ett upplevt hot, frustration eller provokation från omgivningen. Den teoretiska basen för den reaktiva aggressionen hämtas istället från frustrations-aggressionsmodellen. Connor et al. (2004) studerade en grupp på drygt 300 barn och unga (åldrar 5–18 år, medelålder 13 år, 79 procent pojkar) för att se om proaktiv respektive reaktiv aggression samvarierade med olika bakgrundsfaktorer. Den studerade gruppen var antingen placerad i institutionsvård eller inskriven på psykiatrisk klinik. 20 procent av gruppen definierades som reaktivt och 59 procent som proaktivt aggressiva (den senare mellan 6 och 15 procent högre andel jämfört med en normalgrupp). Det fanns

också en relativt stor överlappning mellan aggressionsformerna i den meningen att många av de som uppvisade reaktiv aggression också hade en proaktiv. Aggression och fientlighet mättes med systematiska bedömningsinstrument (Proactive/Reactive Rating Scale; Overt Aggression Scale – MOAS; Buss Durkee Hostility Inventory).

Av resultatet framgår att reaktiv aggression korrelerade i fallande ordning med hyperaktivitet/impulsivitet, uttryckt fientlighet, disruptivt beteende och med att ha varit utnyttjad av en vuxen förövare, och därefter diagnoser relaterade till centrala nervsystemet, att ha blivit sexuellt utnyttjad, antal psykiatriska diagnoser och antal mediciner. Proaktiv aggression korrelerade i första hand med bruk av droger/alkohol, uttryckt fientlighet, disruptivt beteende, våld inom familjen och sist hyperaktivitet/impulsivitet. Vidare framkom att yngre i högre grad än äldre hade en reaktiv aggression. *Båda formerna av aggression stod i omvänd proportionalitet till förmågan att verbalisera.* Alltså, förmågan att sätta ord på tankar och känslor kan ha en mildrande effekt på benägenheten att använda våld.

En tänkbar orsak till att ett svårhanterligt aggressivt beteende uppstår är traumatiserande upplevelser/stress. Sådana upplevelser kan, särskilt under tidig utveckling, leda till en försvars- respektive attackinställning för att hantera en uppfattad fientlig omvärld. En sådan inställning kan över tid även leda till bestående förändringar av de (hjärn)funktioner som är destinerade till att hantera olika hot. Med utgångspunkt från studien kan reaktiv och proaktiv aggression antas ha olika ”etiologi”, vilket implicerar skilda behandlingsmodeller. Att minska risken för våld och andra övergrepp i familjer kräver insatser på såväl universell, selektiv som indikerad nivå, att arbeta med upplevelser av en fientlig omvärld och verbalisering kan implicera insatser baserade på KBT-modeller, och hyperaktivitetstillstånd kan behöva såväl social träning som medicinering.

Att barn och unga placerade för vård utom hemmet (både familjehem och institution) har större beteendeproblem är inte förvånande, då dessa ofta finns med som delförklaring till varför barnen överhuvudtaget placerades. Det är samtidigt intressant att undersöka problemens uttryck i olika sammanhang. En undersökning i Chicago fokuserade på omfattning och beteendeproblem bland barn placerade för vård utom hemmet och som inom specialundervisningen blivit klassificerade med känslomässig störning (emotional disturbance, ED) (Smithgall, Gladden, Yang & Goerge, 2005). Denna klassifikation anger en kombination av beteendesvårigheter och känslomässiga problem.

Det visade sig att andelen placerade barn med ED i delstaten hade ökat från 10 till närmare 18 procent under en tioårsperiod, fram till 2004. Drygt en procent av samtliga barn och unga mellan 6 och 18 år var år 2004 placerade för vård utom hemmet. Av dessa (3 838) hade 48 procent av pojkarna och 30 procent av flickorna blivit klassificerade med någon form av funktionshinder och 24 respektive 10

procent blivit klassificerade med ED. Det fanns alltså en stor överrepresentation jämfört med en ”normalgrupp”, såväl bland pojkar som bland flickor för såväl någon form av funktionshinder som klassifikationen ED. En tänkbar förklaring till överrepresentationen kan vara att sådana problem kan ha bidragit till att barnen faktiskt blivit placerade, en annan kan vara att placeringen i sig kan medföra en stress som tar sig uttryck i bland annat beteendeproblem. En tredje förklaring kan vara att barnens svårigheter synliggörs tidigare då de blir uppmärksammade inom vård- och stödsystemet, i kombination med en större benägenhet till att diagnostisera tidigt.

Bakomliggande faktorer kan vara att familjeförhållanden och/eller bristande föräldraförmåga i relation till barnets behov, gett upphov till anpassnings- och relationssvårigheter. Av resultaten i studien framgår att många av barnen visat aggressivt beteende i unga år, redan i förskolan kunde verbala dispyter av mer allvarligt slag uppstå mellan personal och barn. I många fall hade barnen mött kraftiga negativa reaktioner på deras beteenden, därtill hade åtgärderna ofta enbart riktats mot barnet självt och inte mot omgivningen. Det finns en risk för att negativa cirklar ska uppstå med detta förfaringssätt, menar författarna, då omvärlden framstår som än mer oförståelig och fientlig. Detta kan väcka ytterligare försvar av just det slaget som åtgärderna var till för att motverka. Därför behövs multimodala interventioner som i bästa fall kan sättas in i ett så tidigt skede att det går att stärka föräldrars och andra omsorgsgivares och fostrares kapacitet innan barnets beteende blivit allt för svårpåverkat.

Diagnosen ”oppositional defiant disorder” som på svenska kallas trotssyndrom (ODD) avser ett beteende där kraftigt återkommande motstånd mot föräldrar och vårdgivare är centrala inslag. Diagnosen är intressant i och med att den indikerar ett beteende med överrisk för att utveckla mer allvarliga beteendestörningar med behov av omfattande insatser. Den introducerades under 1980-talet inom psykiatrisk forskning och klinisk verksamhet och tillhör samma diagnosgrupp som hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning (ADHD)² och uppförandestörning (CD).

Heflinger och Humphrey (2008) undersökte barn (3–17 år) som under en femårsperiod (1996–2000) registrerades inom Medicaid i Tennessee (TennCare), en del av USA:s största försäkringssystem inom hälso- och sjukvård för barn. I denna grupp fick tre procent (drygt 22 000 barn och unga) diagnosen ODD (65 procent pojkar, medelålder knappt 12 år).

Andelen med ODD bland dem som fått någon form av behandling för beteendeproblem var en fjärdedel, störst i denna grupp var ADD/ADHD som mer än 50

2. I den senaste versionen av DSM-5 har dock ADHD flyttats ur denna grupp och lags under rubriken ”Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser”.

procent av barnen hade och därefter depression (30 procent av behandlingsgruppen). Pojkar diagnosticerades i tidigare åldrar än flickor, och de som diagnosticerades i högre åldrar hade i större utsträckning varit placerade för vård utom hemmet. 14 procent av gruppen med ODD var placerade i familjehemsvård, vilket är en mycket större andel än i den totala undersökningsgruppen. Mer än hälften av gruppen med ODD hade även andra psykiatriska diagnoser, framförallt uppmärksamhetsstörning och depression. Insatser som ökade under perioden var vård utom hemmet (sjukhus eller behandlingshem), familjeterapi och medicinering.

I slutsatserna framhålls system som bygger på tidig upptäckt och vikten av att skapa ”systems of care” som bygger på tydlig involvering och samarbete med framförallt föräldrarna och familjerna. Förvånande var också att användningen av vård utom hemmet ökat i denna grupp, då den minskat totalt sett. Problemet med att en stor grupp befinner sig utanför det amerikanska försäkringssystemet diskuteras också.

Betydelsen av ett samverkande stödsystem kring placerade barn framhålls även av Wigley med kollegor (2012) som genomfört en intensiv studie kring ett mindre antal barn och unga. I de fall som de placerade var nöjda med sin placering karakteriserades denna av att den fysiska miljön var (hem)trevlig, det fanns en god kommunikation mellan involverade och en närhet till informella stödpersoner så som familj, vänner och skola. Författarna visar också att, trots den kunskap som idag finns om hur viktigt det är för barnets framtida utveckling med en fungerande skolgång och känslomässigt stöd, saknades det i praktiken ofta vetskap om såväl barnens skolanknytning och prestationer som om hur de mådde emotionellt. För att nå denna kunskap krävs en god kommunikation såväl med barnet som med familjen och övriga involverade. Det behövs också fungerande (strukturerade) bedömningsinstrument för att få kunskap om barnens situation och emotionella status. När dessa delar saknas verkar hela omsorgssystemet hamna i en situation av maktlöshet: barnet i en upplevelse av att inte bli lyssnad på och att vara föremål för andras beslut och socialarbetarna samt övriga i en brist på att finna lämpliga alternativ och en avsaknad av mer ingående kunskap om barnet. ●

Behandlingsarbetet

Institutioner för hantering av barn med problematiskt beteende har en lång historia. Om man tänker på dem som behandlingsinstitutioner får man dock söka sig lite längre fram i historien, till någonstans under mitten av 1800-talet, då idén om förändring kopplades till särskilt utbildade personer som med hjälp av vissa metoder på ett planmässigt sätt skulle åstadkomma vissa resultat (Forkby, 2005). Leichtman (2006) tar i en beskrivning av utvecklingen utgångspunkt i när Bruno Bettelheim och andra amerikanska kliniker och forskare från mitten av 1900-talet började formulera ett teoretiskt fundament för det som fungerade som en bas för den institutionella vården under lång tid under 1900-talet.

Idag är vårdformen ifrågasatt på olika grunder och utvecklingen går mot kortare placeringstider, institutionsvården ses mer som en del av en längre vårdkedja och det finns en inriktning mot beteendemodifierande tekniker i behandlingsarbetet. Författaren går tillbaka till grunderna som formulerades under mitten av förra århundrandet när han diskuterar institutionsvårdens framtid. Av de tre principer som diskuterades då: formella psykoterapeutiska samtal, användande av vardagsupplevelser i terapeutiskt arbete och "marginal-samtal"/life space-intervjuer, understryker han att de två senare fortfarande bör ha giltighet. Användandet av vardagssituationer i behandling handlar mycket om det arbete som kan betecknas som miljöterapi, dvs. att barnet får hjälp att klara vardagssituationer genom stöd, vägledning och reflektion.

Because the problems that lead to out of home placements are not typically discrete, episodic symptoms, but rather pathology that is woven into the fabric of lives, residential care rests on the assumption that helping children negotiate such tasks effectively is not merely an adjunct to more sophisticated forms of therapy, but rather a cornerstone of treatment (s. 287).

Med life space interviewing menas möjligheten att på en institution kunna ta upp svårigheter och problem när de visar sig. Här kan institutionsvården erbjuda en möjlighet då barnen delar vardagen med erfarna behandlare som med inkännande och rätt "timing" kan ge barnen en möjlighet att tala om och reflektera över situa-

tioner i samma stund som de uppstår. Vardagssamtalen som sker tillsammans med personalen på plats kan vara viktigare än att barnet får träffa en mer kvalificerad expertis som vid särskilda tillfällen och rum ska hjälpa barnet att förändra ett beteende och/eller känsloupplevelse, skriver Leichtman (2006).

Att möta barn med utmanande beteende

Oavsett metoder och omständigheter i barnens bakgrund, personalens utbildning eller verksamhetsuppläggning så väcker ett barns utmanande beteende reaktioner hos personalen. Personalens reaktioner kan i sin tur bli betydelsefulla för hur barnet/den unge bemöts framöver. Om personalen upplever stress, tillkortakommanden eller kanske rädsla kan detta inverka negativt genom en lägre grad av interaktion mellan barnet och personalen, medan om denna uppfattar sig som kompetent att hantera svåra situationer och om det finns formellt och informellt stöd att tillgå kan utmanande beteende i bästa fall bli situationer att lära sig från. Svårigheter att hantera utmanande beteende kan också medverka till en hög personalomsättning. En mindre intervjustudie genomförd i England undersökte personalens reaktioner vid våldsamhet från barn/unga (7–16 år) placerade för vård utom hemmet (Howard & Hegarty, 2003). Institutionen var specialinriktad på att ta hand om barn/unga med stora inlärningssvårigheter och kraftiga beteendeproblem.

Av studien framgår att personalen hade lärt sig att se våldssituationer som en del av vardagen. I artikeln diskuteras arbetsförhållanden där situationer som skulle uppfattas som extrema utanför institutionen, normaliseras på insidan. Trots att personalen kunde berätta om allvarliga situationer så framstod dessa ofta som något som tillhör arbetet, som man får räkna med. Det var dock en erfarenhet som en del hade svårt att dela med andra utanför institutionen, som inte var invigda. De kunde ha erfarit att andra utanför tog avstånd från de placerade barnen, eller helt enkelt inte förstod vad det handlade om. Att alla inte är lämpade för ett arbete i en sådan miljö är inte konstigt, och det finnas positiva delar med att en del av personalen lämnar arbetet efter ett kort tag, enligt författarna. Det kan vara viktigt för deras egen yrkesutveckling – att de inte ska bli resignerade eller utbrända, för att personalgruppen ska känna trygghet till varandra och för relationen till barnen/de unga.

Gemensamt för de intervjuade var att det informella stödet från andra i personalgruppen (inte minst de mer erfarna) var viktigt, att det fanns möjlighet att kunna ta en kortare paus (time-out) efter en våldsincident för att samla sig och ventileras. Vidare var det verksamhetsbaserade stödet i form av handledning men också i form av en beprövad behandlingsmodell något som innebar att personalen kunde hantera sina reaktioner. Förebyggande strategier i form av beteendemodifierande tekniker och tydlig kommunikation var en grundläggande del i arbetet. I en

modell skisseras hur våldssituationen blir en del i en process mellan det som ligger innan och efter den konkreta situationen. Erfarenheter från en viss våldssituation hanteras efteråt och blir i sin tur en del av utgångspunkten när nästa kommer.

Petra Björne (2012) har tillsammans med kollegor tagit fram en forskningsöversikt om personer med utmanande beteende och hur detta beteende också utmanar de organisationer som ska ge stöd. Den specifika målgruppen är personer med en utvecklingsstörning eller diagnos inom autismspektret (autism, Aspbergers syndrom eller atypisk autism). Även om utmanande beteenden hos dessa personer kan vara särskilt relaterat till funktionshindret, så finns det generellt också värdefull kunskap att hämta från arbetet med gruppen.

Det viktigaste budskapet som författarna tycker sig se från sammanställningen är att det faktiskt går att följa lagstiftningens bokstav och intentioner. Och även att verksamhetens kvalitet höjs när man gör det, men då kan det krävas ett systematiskt utvecklingsarbete. Bakgrunden till detta ställningstagande är att det kan vara svårt att ge stöd och hantera personer med utmanande beteende, och att det är lätt att hamna i fysiska ingrepp (exempelvis genom att fysiskt hålla fast en person, låsa händer etc). Det ges också exempel på hur man inom en verksamhet (i Malmö stad) lyckats minska antalet incidenter kring utmanande beteende (i synnerhet de av mer allvarligt slag). Slutsatserna man kan dra av rapporten är att en sådan minskning är möjlig, men att det krävs:

1. Ett genomtänkt och långsiktigt arbete
2. Att man tänker i termer av god livskvalitet för brukaren
3. Att hela organisationen involveras i ett systematiskt kvalitetsarbete
4. En analys av vad på individuell, organisatorisk, social och rumslig nivå som kan trigga, utlösa och vidmakthålla ett utmanande beteende
5. Att beteendeanalyser görs på individuell nivå av omständigheter som ökar risken för utmanande beteende, samt vilka triggers, situationsspecifika och konsekvenser det aktuella beteendet får (samt alternativa lösningar)
6. Att tydliga handlingsplaner arbetas fram i relation till beteendeanalyserna
7. Att samtlig personal har kunskap om handlingsplanerna
8. Att man följer upp arbetet i sin helhet och i dess olika delar

Viktiga etablerande omständigheter som diskuteras i rapporten är i vilken mån som personerna upplever stress i sin tillvaro av olika skäl. Stress hänger nämligen nära samman med olika former av aggressioner. Så kan också svårigheter i att

skapa ett sammanhang över tillvaro och brister i kommunikationen göra. Olika metoder diskuteras i rapporten för att stödja den enskilde, exempelvis för att skapa en bättre fungerande kommunikation.

Olika förklaringsmodeller i samverkan

I stödet till barn med utmanande beteende framställs inte sällan att det måste till ett system av samverkande aktörer. Det behövs specifika kompetenser inom olika områden, då behoven är sammansatta och komplicerade. Samtidigt innebär denna samverkan också problem, inte minst på grund av den stress och frustration som kan uppstå i arbetet med svårhanterliga frågor (jmf. Forkby, 2001).

Sara McLean (2012) presenterar en australiensisk studie om samverkan kring barn med utmanande beteende. Här intervjuades 92 personer involverade i vården (socialsekreterare, familjehemsföräldrar, anställda vid behandlingshem, barn och ungdomspsykiatri och skola). På flera sätt återfinns de mekanismer som hotar samverkan mer generellt även på detta område, så som ojämlika maktrelationer, oklarheter över respektive parts uppdrag och roll. Men det finns också särskilda omständigheter i arbetet kring denna grupp (vilket författaren kallar för triangulering), som i korthet går ut på att då barnet blivit föremål för den offentliga vården förlorar samtidigt de involverade en del av de möjligheter till gränssättning och disciplinåtgärder som gäller för andra barn – och när barnet ser att de vuxna inte har förmågan att sätta dessa gränser kan det börja använda detta förhållande för sina egna syften. Tydliga idéer rörande informationsöverföring, möjligheten till att ”poola” gemensamma resurser och att försöka tillgodose långsiktiga relationer, trots att flera av de involverade kan vara i kontakt med barnet för kortare tider, framhålls som viktiga utvecklingsområden. Likaså gemensamma utbildningstillfällen och träning kring konkreta uppgifter.

I ytterligare en artikel från samma projekt undersöks vilka förklaringsmodeller och åtgärder som praktiker uttryckte i samtal om arbetet med barn med utmanande beteende (McLean, Kettler, Delfabbro & Riggs, 2012). Olika sätt att förstå hur problemet uppstår kopplas också samman med olika sätt att agera i förhållande till det enskilda barnet, och kan också innebära lösningar i samarbetet mellan olika aktörer. Det kan uppstå oklarheter eller stridigheter kring vilka som har den ”bästa” förklaringen och vilka åtgärder som ska vidtas. Ett första steg för att utveckla samverkan innebär därför att lyfta upp vilka mentala kartor som deltagarna har. Sex olika sådana kartor identifierades. Dessa placerade författarna in under antingen förklaringar som relaterade orsaken till beteendet internt till barnet eller externt till barnets omgivning (vi har själva placerat in ”anknytningshistoria” som externt relaterad, men denna kan också ses som internt).

Internt relaterade; beteendet som:

- *Ett medvetet val.*

Här handlar det om att ge förutsättningar för barnet att utveckla självkontroll och egendisciplinering. Koppla samman tanke och känsla (stanna upp, tänk till och välj handling).

- *En konsekvens av starka känslor*

Här såg författarna en koppling (som inte uttalades av praktikerna), till trauma-teorier och då hur ett trauma kan ge upphov till okontrollerbart agerande med våldsamma inslag (och hänvisar till behandlingsmodellen ”trauma-informed care”) (Frederico, Jackson & Black, 2010).

- *Avsiktligt*

Här handlar det för behandlaren om att förstå meningen och intentionen i handlingen. Idéerna liknar mycket dem som utvecklats i arbetet med intellektuellt funktionshindrade där ett utmanande beteende kan fungera som ett sätt att få sociala belöningar, undkomma hotfulla situationer eller känslomässig stimulans.

Externt relaterade; beteendet som:

- *Inlärt*

Här handlar det om att träna barnet till att fungera i enlighet med sociala normer i samhället. Dessa normer har barnet inte kunnat lära sig tidigare på grund av brister i förebilder och normer i uppväxtmiljön. Klara förväntningar på beteendet tillsammans med konsistenta förstärkningar av ett gott uppförande var saker som framhölls.

- *En konsekvens av instabila uppväxtvillkor, ständiga förändringar*

Här uppfattade de intervjuade att placeringen i sig själv skulle kunna erbjuda en lösning om den fick pågå under längre tid och om barnet fick möjlighet till alternativa sammanhang att relatera i.

- *En avspegling av anknytningshistoria*

Här handlar det om att erbjuda alternativa, trygga anknytningsobjekt och att kunna hantera barnets känslouttryck i en säker och trygg miljö. Man måste som anställd kunna härbärgera olika (ofta destruktiva och missriktade) uttryck hos barnet, där ett beteende som iscensätter ett avvisande av personal kan vara ett uttryck för en grundläggande misstro parad med en längtan till personer att knyta an till. Det handlar också för personalen om att kunna reglera sina egna känslor och handlingar och även att skydda sig från känslomässig skada stammande från barnets överväldigande anknytningsbehov.

Författarna har också på liknande sätt fördjupat diskussionen kring olika förklaringsmodeller kring anknytning (McLean, Riggs, Kettler & Delfabbro, 2013). De fann att de involverade förstod anknytning på tämligen olika sätt och att dessa sätt också kunde ha vitt skilda konsekvenser för praktiken. Anknytning kunde ses som något som:

- 1) inte alla barn önskar
- 2) något som enbart finns i nära beroenderelationer
- 3) en begränsad kapacitet
- 4) en överförbar förmåga

Möjliga konsekvenser för barnet diskuteras. Om barnets förmåga till anknytning ses som begränsad eller kanske inte ens önskad i det sammanhang det befinner sig inom kan följden bli att olika korta placeringar inte uppfattas som ett problem. Men om det ses som en överförbar förmåga kan man tänka sig att de modeller som skapas i den aktuella behandlingsenheten är viktiga som en modell även för andra relationer.

Uppmärksamhet på iatrogena effekter

Insatser till barn och unga oavsett problematik, tänks på något sätt leda till att deras livsförhållanden, identitet, beteende och/eller känslomässiga svårigheter lindras för att de i så hög grad som möjligt ska kunna leva ett självständigt liv och bli en del av och bidra till samhället. Så är dock inte alltid fallet, i vissa fall ser man ingen skillnad i förhållande till om man fått en viss insats eller inte, och ibland blir resultatet till och med negativt. Man kan i det senare fallet tala om kontradiktorska utfall eller om iatrogena effekter. Frågan om dessa utfall är särskilt viktig att ta på allvar för de barn och unga som är aktuella i denna översikt, då man vet att många i gruppen svarar dåligt på olika behandlingsinsatser samt att formerna för hur insatserna ges är mycket betydelsefulla för effekterna.

En av de största utmaningarna att hantera är hur man ger en god vård till barn som är placerade i grupp. Även om man på en institution arbetar efter ett individualiserat behandlingsupplägg, tillbringar barnen/de unga vanligen en hel del av tiden tillsammans och kan också referera till sig själva som en del av en grupp. I denna grupp sker då en jämnårigsocialisation där man i värsta fall förstärker olika problembeteenden och anti-sociala attityder. Bara det faktum att bli placerad på annan plats än andra barn/unga innebär att bli tillskriven en viss identitet som man måste förhålla sig till på något sätt. Om man tidigare talade om institutionsvården som en brottsskola, talar man idag oftare om kamrateffekter, eller avvikelseträning.

Dodge, Dishion och Lansford (2006) har sammanställt forskning över ”smittoeffekter” som sker genom negativ kamratpåverkan och som kan innebära att även en

i grunden positiv behandling kan få negativt utfall. Avvikelseträningen kan ses som en beteckning för hur ett visst socialt beteende och förknippade värderingar lärs in genom naturligt förekommande samspel mellan individer med vissa egenskaper och inom sociala sammanhang som präglas av relativt hög egenstrukturering bland de unga själva. Det gäller särskilt där dessa sammanhang har relativt lång varaktighet över tid. Alltså något som kan sägas ha stor relevans för den institutionella barn- och ungdomsvården. Den negativa påverkanskraften är dock inte lika stor på alla individer, utan hänger samman med vilken fas den unge befinner sig i, i sin identitetsutveckling.

Barn är särskilt formbara och sökande efter en egen identitet under de tidiga tonåren. Här blir kamrater och jämnåriga viktiga referenspunkter att förhålla sig till. De barn som har ett någorlunda gott integrerat värdesystem med prosociala värderingar, beteenden och attityder, söker i allmänhet förebilder bland andra, ofta något äldre, ungdomar med liknande värderingar och beteenden. De stökiga ungdomarna lockar dem inte i någon högre grad, utan uppfattas som annorlunda än dem själva och kanske även skrämmande.

För de som däremot är mer öppna för normbrytande beteende, och har debuterat i ett riskbeteende i mindre uppfattning, kan dessa ungdomar istället utgöra en lockelse. De är spännande och attraktiva och symboliserar en protest mot omgivningens regler och kanske mot vuxenvärlden, och blir därigenom förebilder för dem. Om de identitetssökande ungdomarna sedan placeras eller tillbringar mer kontinuerlig tid tillsammans, i en situation där ungdomarna själva i hög grad skapar gruppulturen utan vuxennärvaro och strukturering, skapas ett träningsutrymme där de yngre erbjuds en tämligen tydlig väg. De kan också ha med sig en upplevelse av misslyckanden och att vuxenvärlden (familj, skola etc) inte riktigt orkar med dem, och att de är ”problembarn” (SOU, 2009).

En artikel av Dana M. Rhule (2005) sammanfattar sådana iatrogena effekter och diskuterar vad som borde göras för att motverka dem. Författaren visar först att negativa utfall i olika behandlingsprogram inte är ovanliga, och att de även noterats i upplägg som till synes varit mycket väl genomtänkta. Genomgående i sammanställningen är hur avvikelseträning sker mellan barn/ungdomar och att denna dels kan förhindra andra interventioner att få genomslag och dels förstärka just det som behandlingen syftade till att förhindra. I elva punkter noteras olika komponenter ägnade att på olika nivåer hantera denna träning:

1. Reell förankring, förpliktelse till evidensbaserat arbete. Detta avser att metoder som används i så stor utsträckning som möjligt bör vara prövade vetenskapligt samt att professionellas och klienternas egna kunskaper och perspektiv tillvaratas.

2. Etablerad koppling mellan forskning och praktik. Genom denna möjliggörs bland annat studier omkring olika interventioners resultat och effekter samt reflektioner kring hur forskning ska integreras i den egna praktiken.
3. Publicering och spridning även av studier som inte visar positivt resultat. Det har åtminstone inom vissa områden varit lättare att publicera studier som visar positiva effekter. Genom detta missar man kunskap om det som faktiskt kan göra skada, såväl delasppekter av ett program som helhetliga behandlingsupplägg.
4. Insyn från deltagare och föräldrar. Här handlar det om att tillse att det finns en insyn i verksamheterna för att kunna se om avvikelsesträning sker, inte minst genom att föräldrar aktivt engageras i arbetet.
5. Använd program/modeller med tydlig struktur och fokus. Bättre resultat har generellt uppnåtts med modeller som lättare går att överföra och där det finns ett tydligt artikulerat stöd, manual för hur insatsen är tänkt att fungera.
6. Konsultation, träning och handledning för anställda. Här handlar det bland annat om att säkra att de anställda arbetar enligt det program som avses, då det alltid finns en risk för stora individuella variationer (som generellt sett ger upphov till försämrade resultat).
7. Uppföljning av framsteg och utfall. För att kunna se om ett visst upplägg har goda resultat bör insatsen följas upp, och för att kunna göra fungerande utvärderingar bör modeller med kontrollgrupper användas när det är möjligt.
8. Återkoppling från deltagare. Goda kvalitativa metoder användas för att få del av deltagarnas synpunkter på behandlingen och för att få del av deltagarnas upplevelse och kunskap om exempelvis *hur* en modell fungerar i praktiken och då även på vilket sätt kamratpåverkan sker.
9. Utvärdering av orsaker till iatrogena effekter. Det är lika viktigt att ha en god teori kring hur negativa effekter kan uppstå och att undersöka hur de uppstår i ett behandlingsarbete, som tankar om de tänkta positiva utfallen.
10. Information, ansvarstagande för de möjliga iatrogena effekterna. Klienterna bör också få kunskap om att en insats faktiskt kan medföra negativa effekter. Denna information riskerar i och för sig att minska den tilltro till en viss modell som också är en viktig del av det som skapar positiva utfall. Men det är mer oetiskt att känna till att en insats kan ha negativa effekter, än att inte låtsas om dem i förhoppningen att de inte ska uppstå även då den goda tanken finns om att inte störa behandlingen. Formerna för en sådan information behöver samtidigt utvecklas.
11. Policyförändringar. Då ett omfattande arbete krävs för att hantera och motverka möjliga iatrogena effekter krävs också relativt omfattande resurser.

Detta innebär att ansvariga på olika nivåer måste involveras på ett sådant sätt att de får insikt i vad som står på spel och vilka förändringar på olika nivåer som behövs. Annars finns en risk för att den etiska principen om att inte göra skada, som är tydlig för vårdande yrken, enbart blir tomma ord och konsekvensen blir att fler barn och unga inte får stöd på ett fungerande sätt.

Behandlingsmodeller

I en metaanalys med fokus på att sammanställa kunskap om behandlingseffekter för familjehemsplacerade barn med utmanande beteende och/eller funktionshinder framkom för det första att det finns mycket få studier inom området med tillräckligt hög kvalitet och för det andra att av dessa fanns inga som också hade med barn och unga med funktionshinder (Ziviani, Feeney, Cuskelly, Meredith & Hunt, 2012). De behandlingsmetoder som hade lovande effekter var såväl intensiva som omfattande och varaktiga över tid; ”Fostering Individualized Assistance Program (FIAP) och parent-child interaction therapy (PCIT).

Den förra, FIAP, inkluderar:

- a) Styrkebaserad kartläggning av barnet för att undersöka barnets styrkor, kapacitet och mål.
- b) Noggrann planering för permanent placering relaterad till väsentliga områden i den unges liv.
- c) Terapeutiska insatser till barnet, familjen och skräddarsydda samverkanslösningar.
- d) Kontinuerligt stödjande arbete till familjen.

PCIT är en terapiform som hämtar sin grund från social inlärningsteori, lekterapi och anknytningsteori. Här arbetar man i två faser; först syftar man till att utveckla barncentrerade färdigheter hos omsorgsgivaren och därefter till att stödja dennes gränssättningsförmåga och fungerande disciplinåtgärder. Under terapisesionerna arbetar man med barn och omsorgsgivare tillsammans och terapeuterna har då möjlighet att ge direkta råd och feedback på samspelet och omsorgsgivarens beteende.

I diskussionen indikeras att en framgångsfaktor kan vara just det multidimensionella och långsiktiga stödet, en studie med ett mer avgränsat program till omsorgsgivaren (men av liknande karaktär) visade exempelvis inte effekt. Det framgår också att programmen visade störst effekt för pojkar i något högre ålder och i första hand i relation till externaliserande beteende. Följaktligen finns behov av fortsatta studier kring flickor, barn i lägre åldrar och barn och unga med internaliserande beteende. En förklaring kan vara att effekter kan vara lättare att konstatera om ett beteende blivit mer allvarligt och rörande förhållanden som droger och brottslighet (vilket är vanligare bland äldre pojkar).

Leichtman med flera (2001) följde upp resultatet från en intensiv institutionsbaserad korttidsbehandling för unga personer med svår problematik i USA. Bakgrunden till studien är att resultat från institutionsvården har visat sig ha svårt att bestå över längre tid efter utskrivning och att vården är kostsam, innebärande att barn och unga som tidigare var föremål för sjukhusvård (eller motsvarande) i högre utsträckning vårdas i öppenvård. En konsekvens blir att de som blir inlagda för vård har en allvarligare problematik än förut.

Tidigare forskning har rekommenderat att vården av denna grupp bör innefatta:

- 1) Intensivt familjearbete parallellt med institutionsvården.
- 2) Träning av färdigheter som krävs för att fungera i samhället.
- 3) Aktivt arbete med att skapa eftervårdsinsatser.

Det finns inom behandlingsområdet relativt stort intresse för olika styrkebaserade metoder som inkluderar teorier om hur motståndskraft byggs upp hos barn och unga (se exempelvis Brendtro & Mitchell, 2011). En del av dessa talar om att återta ("reclaim") barn och unga till en positiv utveckling och till att vara en bidragande del i samhället. Med koppling till sådana tankar beskriver Darren Brown (2008) metoder för riktat arbete för att bryta traumatiserat beteende som kan ha "ärvts" mellan generationer.

Metoder som Life Space Crises Intervention och Response Ability Pathways har det gemensamt att de möter barnen på ett respektfullt sätt för att stödja dem till en förståelse för bland annat hur kriser uppstår. Dessa kan vara i form av svårhanterliga aggressionsutbrott. Tidslinjer används för att rekapitulera händelsekedjor och se hur aktörer och situationer kan trigga varandra. Utgångspunkten är följande tre steg:

- 1) **Koppla samman till ekologin.** Här handlar det om att identifiera vilka relationer i barnets omgivning (familj, skola, kamratgrupp, närsamhälle) som bidrar till stöd eller stress.
- 2) **Tydliggör utmaningar** genom att lyfta fram den unges egen förståelse (inre logik), känsloupplevelser som bidrar till motståndskraft eller risker.
- 3) **Återskapa balans.** Utveckla specifika interventioner som riktar sig mot problemen genom att bygga upp styrka och interventioner som relaterar till barnets otillfredsställda behov.

Flera studier kring barn med utmanande beteende finns kring gruppen som även har intellektuella och fysiska funktionsnedsättningar, alltså en grupp som egentligen faller utanför målgruppen för denna sammanställning. En studie som ändå har visat intresse utfördes av Sterkenburg med kollegor (2008). Här var målgruppen (ett mycket litet antal) barn och unga med en kombination av synhinder och intel-

lektuella funktionshinder. De bedömdes också ha anknytningsproblem på grund av uppväxt i dysfunktionella familjer eller liknande omständigheter, och var av denna anledning placerade för institutionsvård.

En särskild intervention hade utvecklats och undersöktes (Attachment-based Behaviour Modification Therapy). Det intressanta är tillvägagångssättet för och i behandlingen. I ett första steg gjordes en noggrann bedömning av barnens beteende där också olika tillstånd som skulle innebära att de inte skulle fungera i behandlingen identifierades (så som autism). Sedan genomfördes en behandling i tre steg: anknytning, beteendemodifiering och generalisering.

I det första steget handlade det för behandlaren om att skapa en tillitsfull och någorlunda trygg kontakt. Det handlade exempelvis om att svara an på ett positivt sätt på barnens kontaktförsök, även de utmanande. Utan en trygg relation skulle det inte vara möjligt att genomföra de beteendepåverkande inslagen, då barnen skulle vara okänsliga för denna påverkan. I det andra steget identifierades och prövades olika alternativ till ett problematiskt beteende (det kunde exempelvis innebära att barnet använde händerna till att be om att få lyssna på musik istället för att slåss eller rivas). I sista steget generaliserades erfarenheterna bland annat genom att de involverade kring barnet fick kunskap om hur de kunde agera. Även om studien berör en liten grupp barn och en avgränsad målgrupp finns det en intressant struktur i angreppssättet som beskrivs i artikeln.

Som en sorts förlängning av intresset för att studera sammanbrott bland ungdomar fortsatte en forskargrupp i Sverige med att undersöka en multidimensionell metod för familjehemsvård, MTFC (Westermarck, Hansson & Vinnerljung, 2008). Gruppen om 37 ungdomar placerade för MTFC jämfördes med ett urval bland ungdomar som placerades för familjehems- och HVB-hemsvård samt ett urval av en grupp som fick MTFC i USA. Vid jämförelser med de andra grupperna försökte forskargruppen säkerställa att de i MTFC i vilket fall inte hade mindre grad av internaliserande eller externaliserande beteendeproblem.

MTFC är en metod som ger ett förstärkt stöd till familjehemmet. En terapeut har kontakt med familjehemmet dagligen för att ge stöd och för att intervjua familjehemsföräldrarna om barnets beteende. Ursprungsfamiljen görs delaktig i vårdplaneringen och ges familjeterapi. Terapiteamet agerar proaktivt och närvarande i familjehemmen. Av resultatet framgår att MTFC, särskilt i Sverige, hade stora positiva effekter på sammanbrott, inte minst bland flickor. Risken för sammanbrott i andra behandlingsformer för olika grupper varierade från att vara omkring dubbelt till åtta gånger så hög (bland flickor placerade i familjehem vid 12-månadersuppföljningen). Studien indikerar också att särskild uppmärksamhet bör riktas till flickor – och kanske även att denna grupp kan vara mer mottaglig för olika terapeutiska interventioner, direkt till dem själva eller indirekt via vårdgivare.

Familjen är en bas för utveckling för de flesta barn. För de barn som är placerade för vård utom hemmet erbjuder dock i många fall denna bas inte en grundläggande trygghet, tillhörighet och möjlighet till positiv anknytning. Istället kan familjen ha varit en arena för osäkerhet, övergrepp, ambivalenta relationer och försummelse. Detta innebär dock inte att familjen är oviktig, utan kan påverka barnets liv och utveckling i lika hög grad som när den fungerar väl. Därför är familjearbete en viktig del för placerade barn. Det kan (i bästa fall) ske genom att familjen blir en aktiv deltagare i behandlingsarbetet och ges behandling genom olika former av familjeterapeutiska insatser, och i andra fall genom att man ändå skapar en förståelse för och stödjer barnet i att hantera familjerelationerna.

Familj är också en symbol som i överförd betydelse kan användas för att förstå det sammanhang som barnet befinner sig inom på en (mindre) institution, hävdas det i en artikel av Rebecca Sng (2009). Här presenteras en systemteoretiskt baserad behandlingsmodell i Australien där familjeterapeutiskt tänkande appliceras för behandling inom institutionsvården. Modellen innefattar tre steg:

- 1) Förbättra trygghet och säkerhet
- 2) Öka reflektionsförmågan
- 3) Utveckla barnets sociala fungerande

Att lyfta upp personalens tolkningar och reaktioner på barnets beteende uppfattas som en grundläggande utvecklingsaspekt för att kunna skapa en trygghet för barnet. Olika tolkningar och handlingsstrategier skapar lätt en förvirrad situation där barnets problematik lätt förstärks. Modellen vill skapa en strukturerande ram där olika interventioner kan ingå, exempelvis medicinering, beteendemodifierande tekniker och narrativ omstrukturering.

Oflexibla – explosiva barn

Ross W Greene (Greene, 2003) utvecklar ett delvis nytt sätt för att bemöta barn som ofta kan hamna i stora svårigheter på grund av aggressionsutbrott och fastlåsta situationer. Ledstjärnan är enkel men kan, menar han, samtidigt vara omvälvande; nämligen att barn gör så gott de kan, och när de inte kan bättre måste vuxna omkring barnet dels komma fram till varför de inte kan hantera en viss situation och sedan hjälpa dem att agera på ett sätt som såväl barnet självt som omgivningen kan acceptera. De barn han diskuterar kallar han för oflexibla-explosiva.

Med oflexibla menas här en återkommande och stor svårighet eller oförmåga till att byta tankemönster och inriktning. Det kan visa sig i situationer där barnet ska växla från en aktivitet till en annan, så som att gå från att titta på TV till att äta middag, stiga upp ur sängen på morgonen eller acceptera att den önskade maträtten inte kommer att serveras. En grundförståelse för denna problematik är

att barnet agerar som det gör helt enkelt för att det inte ser någon utväg. Vid frustrerade situationer, som Greene liknar vid ett ”ånglås”, kapas barnets tillgång till de tankeprocesser som skulle kunna hjälpa barnet till att se över olika alternativ och agera flexibelt. Sådana situationer uppstår ofta när barnet möter en gräns som uppfattas ovillkorlig att träda över, medan barnet ser just denna väg som den enda möjliga eller önskvärda.

Den vuxne kanske säger att barnet måste sluta se på TV och komma till matbordet, inte får använda svordomar eller liknande. Om dessa ”ånglåssituationer” inte bryts, utan trappas upp i en kamp om vem som ska få sin vilja igenom, hamnar barnet lätt i en ”härdsälta”, vilket kan innebära våldsamma aggressionsutbrott, förstörelse av egendom med mera. Situationerna uppstår alltså i relation mellan ett barns svårigheter att hantera en situation med flexibilitet där frustration uppstår och en motsvarande ”motpart” där den andre, också fylld av frustration, agerar på liknande ovillkorliga sätt. Dessa situationer för dessa barn, menar Greene, ska inte förstås som att barnet inte vet vem som egentligen bestämmer eller inte vill vara till lags utan som en bristande förmåga hos båda parter. Som vuxen (förälder eller behandlare) handlar det därför om att skapa förutsättningar för träning av alternativa problemlösningsmodeller. I vissa fall måste också dessa problemlösningsmodeller stödjas av farmakologisk behandling. Med andra ord, att skapa en användarvänlig miljö som innebär att barnet kan använda sina resurser, trots de olika hinder som kan blockera vägen.

Tanken är att båda parter måste träna upp ett nytt beteende, men också att den vuxne har ett särskilt ansvar för att hjälpa barnet att utveckla mer av en förmåga till ett flexibelt tänkande, utan att detta ska uppfattas som en förlust. Om barnet har svårigheter att hantera situationer som väcker frustration är det den vuxnes mål att kunna bli till barnets hjälpare istället för en fiende. Det gäller att kunna agera som ”ställföreträdande frontallober”. Att agera flexibelt kan liknas vid att snabbt finna en alternativ datafil för problemlösning. Om hårddisken inte är tillräckligt snabb eller om den är osorterad tar sökandet mycket längre tid, om filen ens hittas. Ett steg i hjälpprocessen är att ge barnet ord för några olika baskänslor, så som glad, ledsen och frustrerad. Det handlar också om att känna igen tecken på att frustrerande situationer är på gång, så som trötthet, hunger, värme i ansiktet, yrsel. Genom att lära sig att känna igen dem hos sig själv och om den vuxne tränar sig i att se tecken i tid blir det lättare att identifiera situationer där frustration lätt uppstår.

Den vuxne måste också se att han/hon har ett val i hur man kan agera i en situation. Greene använder en metafor med tre korgar. I särskilt korg A och B finns en vuxen som är inkännande med barnet och kvalitetsmärker känslor; ”jag ser att du är frustrerad och förstår att du helst vill göra X”.

- **Korg A.** Här finns situationer där den vuxne driver igenom sitt beslut, eller agerar för att en gräns för ett beteende ska respekteras. Dessa situationer bör

vara så få som möjligt, då de för dessa barn inte utgörs av några positiva träningsituationer. *Det handlar framförallt om situationer som rör säkerhet eller förstörelse av egendom där det omedelbara skyddet måste ha företräde och där gränssättningen är genomförbar.* ”Jag ser att du är frustrerad, men jag måste se till att inte Y blir skadad”.

- **Korg B.** Här läggs situationer där träning av problemlösning och kompromisser görs. Konsten att ingå kompromisser beskrivs ganska ingående av Greene. Det kan handla om att klargöra de olika positionerna och fråga hur man ska kunna lösa dilemmat så att båda två kan bli ganska nöjda. I förenklad form: ”Jag ser att du vill göra detta (se på TV) medan jag vill att vi äter middag nu. Hur ska vi kunna lösa det här tillsammans så att båda kan bli nöjda?”.
- **Korg C.** Här läggs situationer som efter den förmåga som barnet just då har inte uppfattas som möjliga att bli till positiva lärosituationer. Det kan handla om att barnet kan få hjälp att klä på sig på morgonen om det uppfattas som ett oöverstigligt problem. Först när barnet uppfattas ha skaffat sig tillräcklig träning att klara av sådana situationer förs de över till korg b, om det behövs.

Den träning som Greene föreslår handlar om att den vuxne inte upprepar ett beteende som enbart förstärker misslyckanden, och att identifiera vilka situationer som bör hanteras med vilken form av agerande. Det handlar dock inte om att vuxna ska släppa kontrollen och riskera sin auktoritet, utan inta en metaposition i förhållande till olika situationer. Det handlar inte om mindre kontroll, utan om en annan form och om en kontroll med målet att bidra till en positiv inlärning och träning av en kapacitet att hantera situationer som tidigare uppfattats som fastlåsta och med tydliga destruktiva inslag.

För att kunna se vilka barn det är frågan om betonar Greene behovet av stor erfarenhet och bred kompetens hos de som möter barnet, men också att denna kompetens måste användas för att skapa en stödjande miljö (såväl i hemmet som i skola och andra sammanhang där barnet vistas). Den stödjande miljön inkluderar att personer kring barnet måste ha tillräcklig kunskap om hans/hennes förutsättningar och behov och råd om hur de kan agera för att inte förstärka det negativa beteendet istället för att minska det. Vad gäller kunskap om barnet handlar det om att göra en noggrann utredning som inkluderar s. 103–104:

- Information om barnets utveckling, skolgång och annan behandling – vanligen från föräldrarna.
- Psykiatrisk historia rörande tidigare släktled.
- Diagnostisk intervju för att undersöka tecken på ADHD, trotssyndrom, tvångssyndrom, autismspektrumrelaterade störningar, förstärknings- och ångestsyndrom och social funktion.

- Situationsrelaterade faktorer i förhållande till frustrationstolerans och aggressivitet.
- Beteendeprofil (checklista för beteende).
- Emotionell funktion.
- Familjesamspel och dynamik.
- Allmän begåvningsnivå.
- Specifika inlärningsproblem.
- Exekutiva funktioner, språklig förmåga, motorik och sensorisk integration.

Forskningsstödet för Greenes modell Collaborative Problem Solving (CPS) ser lovande ut. Det finns några studier gjorda, dock är flera gjorda på små grupper och saknar kontrollgrupp (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010; Greene et al., 2004; Greene, Ablon, Hassuk, Regan & Martin, 2006; Johnson et al., 2012; Martin, Krieg, Esposito, Stubbe & Cardona, 2008). Två studier är extra intressanta utifrån denna översikt då de är gjorda kring barn/ungdomar på institution.

I en randomiserad kontrollerad studie med barn i åldern 4–12 år, som alla diagnosticerats med trotssyndrom (ODD) jämförde Greene med kollegor 17 barn som fått föräldraträning (FT) med 28 barn som fått Collaborative Problem Solving (CPS) (Greene et al., 2004). Båda modellerna visade på stora positiva effekter. Studien visar också på att vid uppföljningen fyra månader efter behandling fanns det en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna till förmån för CPS. Greene har tillsammans med kollegor i två studier även prövat att anpassa metoden till slutenvård för att minska bruket av tvångsåtgärder och isolering (Greene et al., 2006; Martin et al., 2008). Båda studierna är prospektiva, vilket innebär att man följt ungdomar som varit inskrivna på institution över en längre tid och jämfört antal tvångsåtgärder och isoleringstillfällen före och efter att CPS infördes som metod på institutionen. Båda studierna visade på en kraftig minskning av tvång och isolering efter att CPS börjat användas.

Resultaten får betraktas som mycket lovande samtidigt som bristen på jämförelsegrupp gör att det inte går att säkert uttala sig om att det inte fanns andra faktorer än införandet av CPS som också kan förklarar resultatet. Vidare så var frekvensen av tvångsåtgärder hög innan CPS infördes (281 episoder under en niomånadersperiod i ena studien respektive ett snitt på 263 per år i den andra), vilket gör att metoden också skulle behöva testas på institutioner där denna typ av episoder inte är lika vanliga.

Reduktion av tvångsåtgärder och isolering inom psykiatrisk slutenvård

Inom barn- och ungdomspsykiatri har man genom åren diskuterat vilka åtgärder som kan användas för att minska bruket av olika former av tvång (som t.ex. att fysiskt hålla barnet i mer än fem minuter, tvångsmedicinering eller användande av tvångsbälten etc), eller isolering. Det berör barn och unga som utmanat genom att vara direkt fysiskt aggressiva mot sig själva, andra eller materia, men även mer indirekta självdestruktiva beteenden. Scanlan har i en litteraturöversikt av aktuell forskning redovisat olika faktorer som tycks kunna påverka bruket av sådana åtgärder (Scanlan, 2010). Även om detta framför allt berör psykiatri kan det ha relevans utifrån att syftet är att om möjligt förhindra att situationer uppstår där barnets eller den unges beteende blir så utmanande att det inte kan hanteras på annat sätt än genom tvång.

Det som lyfts fram är:

- 1) En tydlig policy och ett tydligt ledarskap kring hur man skall förhålla sig. Detta gäller såväl på en övergripande samhällelig nivå, som lokalt på de enskilda institutionerna.
- 2) En genomgång av aktuella händelser av en extern grupp, som syftar till att förebygga att situationen uppstår igen. Detta tycks framförallt vara framgångsrikt om man utöver professionella kan involvera brukaren, och dennes anhöriga.
- 3) Att samla in uppgifter kring frekvens och omfattning av uppkomna situationer både för att skapa en bild av problematiken men även så att jämförelser kan göras av olika enheter kring hur man hanterar svåra situationer. Detta kan i förlängningen göra att man kan lära av varandra vad som skall göras och vad som skall undvikas.
- 4) Utbildning och handledning av personal.
- 5) Involvering av brukaren och dennes familj och nätverk.
- 6) Öka personaltätheten, eller tillgång till ett team som kan rycka in vid en kritisk incident.
- 7) Att man gjort förändringar i metoder och förhållningssätt där framförallt användandet av kognitiva-beteendeterapeutiska metoder verkat vara framgångsrikt.

Att lära känna barnet väl

I kunskapsöversikten har vikten av att familjehemmet eller institutionen har rätt förväntningar på vad det är för barn som de möter betonats. I detta blir det viktigt att försöka få så god kunskap om barnet som möjligt. I det arbetet är användandet av standardiserade bedömningsmetoder viktigt. Utöver att de kan ge en ökad kunskap om barnet så kan flertalet också användas för uppföljning av insatsen. I dag är de flesta i forskarvärlden överens om att utvecklingen av utmanande beteende, som trots- och uppförandeproblem, skall ses som en komplex process. Det handlar om beteenden som växt fram över tid i interaktion med omgivningen och som bäst förstås utifrån hur olika risk-, skydds- och motståndsfaktorer samt motståndskraft hos barnet påverkar barnets utveckling (Sameroff & Mackenzie, 2003). Med sårbarhetsfaktorer och motståndskraft avses i det här sammanhanget faktorer hos barnet som kan vara medfödda eller tidigt förvärvade. Risk- och skyddsfaktorer handlar om betingelser i barnets nära omgivning som omvårdnad och familjefaktorer, men också i utvidgad bemärkelse skola och kamrater samt det omgivande samhället. För att förstå barnets/den ungas utveckling och behov kan en s.k. systematiserad utvecklingspsykopatologisk beskrivning vara till nytta (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). I denna beskrivs såväl risk- som friskfaktorer på olika nivåer, se figur nedan. Förutom en ren beskrivning av situationen för barnet/den unge kan även olika former av systematiska bedömningsmetoder ge ett bra stöd till bedömningen.

	Sårbarhets- och riskfaktorer	Motstånds- och skyddsfaktorer
Individuella faktorer hos barnet		
Barnuppfostran		
Familjehistoria och familjemiljö		
Skola		
Socialtjänst		
Institution/familjehem		

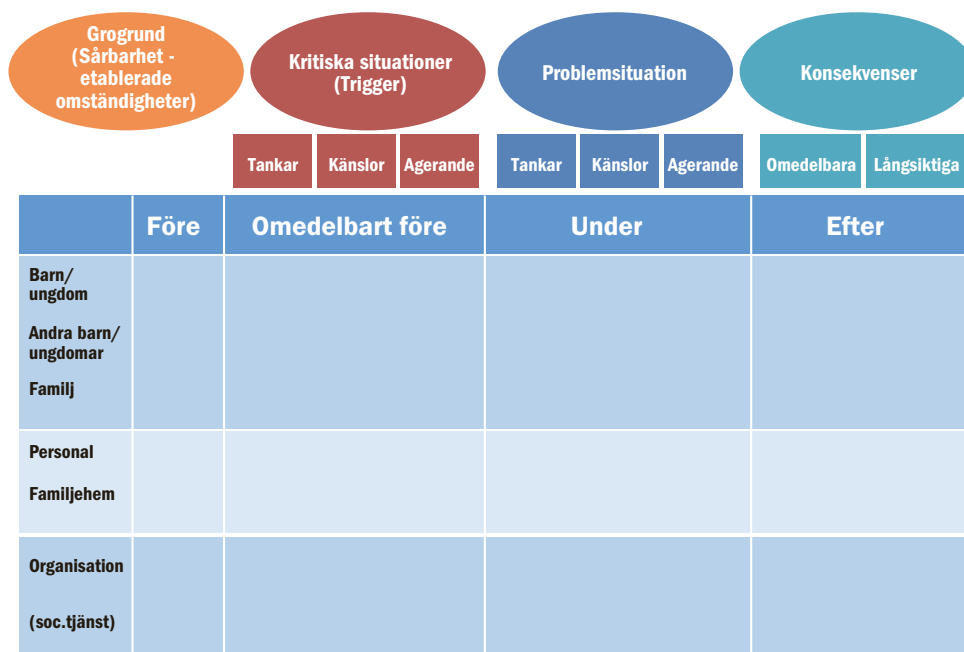
Det finns ett flertal olika bedömningsmetoder att tillgå som t.ex. berör olika områden av barnets liv. En del formulär som t.ex *Child behaviour check list* (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001), *Youth self report* (YSR) (Broberg et al., 2001)

eller *Styrkor och svårigheter* (SDQ) (Goodman, 1999) används mycket såväl inom forskning som i olika behandlings-sammanhang. Dessa formulär är s.k. generiska instrument som ger generell kunskap kring barnets psykiska hälsa. Utöver detta finns olika mer specifika instrument som berör mer avgränsade områden. *Eyberg Child Behaviour Inventory* (ECBI) är ett formulär som används för att fånga upp intensiteten i fråga om ett uppförandeproblem, samt huruvida de uppfattas som ett problem eller inte (Eyberg & Pincus, 1999). Andra exempel på formulär som ofta används är *Beck depression inventory* (BDI) och *Beck Anxiety inventory* (BAI) för depression respektive ångest (A. T. Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Aaron T. Beck, Steer & Carbin, 1988). När det gäller traumatiska erfarenheter och post-traumatiska reaktioner, är *Life Incidence of Traumatic Events* (LITE) (Greenwald & Rubin, 1999), *Children's revised impact of event scale* (CRIES) (Perrin, Meiser-Stedman & Smith, 2005) och *Impact of Event Scale – Revised; (IES-R)* (Sundin & Horowitz, 2002) väl beprövade skalor. *Trauma symptom checklist for children* (TSCC) är ytterligare ett exempel på formulär för att skatta trauma som också fångar upp dissociativa symptom (Briere, 1996). Även om interventioner inte primärt är inriktade mot en missbruksproblematik kan det vara av vikt att göra en bedömning kring eventuell missbruksproblematik vid planering och uppföljning av behandling. Exempel på instrument som fångar upp detta område är *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993) och *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) (Berman, Bergman & Palmstierna, 2007).

Andra bedömningsmetoder tar mer fasta på risk- och skyddsfaktorer som t.ex. Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer (ESTER) (Andershed & Andershed, 2010) eller Early Assessment of Risk List (EARL-20B/21G) (Augimeri, Koegl, Levene & Webster, 2005).

Ett analysverktyg

I översikten framkommer att en viktig aspekt för att bättre kunna hantera utmanande situationer handlar om hur man pratar om det som skett efteråt och hur verksamheten försöker dra lärdomar av det som skett för att bättre kunna förebygga att det inte sker igen och/eller minska de negativa konsekvenserna. I det följande presenteras ett verktyg som kan användas för analys av en specifik händelse. Det kan användas individuellt för att bättre förstå ett barns beteende, men i det här sammanhanget är verktyget framförallt framtaget för att samla kunskap på verksamhetsnivå. Syftet med detta är att ge verksamheten ett redskap för analys av olika svåra och allvarliga situationer, för att bättre kunna förebygga men också hantera dessa i framtiden.



Detta är ett arbetssätt som kan användas för att belysa och analysera en händelse och situation på ett systematiskt sätt och där man vill undersöka alternativa handlingsvägar. Analysarbetet görs i olika steg och man försöker att inte värdera själva situationen eller olika handlingar.

I grunden är modellen enkel och bygger på olika s.k. A-B-C-modeller, där A står för vad som föregick ett visst beteende (Antecedenten) och B det aktuella (problem)beteendet och C konsekvenserna (Ramnerö & Törneke, 2006). Det handlar också om att beskriva eventuella sårbarhets- och riskfaktorer, såväl på individuell nivå som i den närmaste miljön och på organisatorisk nivå. Vidare att även finna etablerande omständigheter som dels kan ha betydelse för att ett specifikt beteende uppstår men även för hur det blir förstärkt och upprepas. Även om modellen i sig kan se enkel ut, blir det ofta mer komplicerat när beteendet eller händelsen sätts i sitt sammanhang där flera olika faktorer påverkar.

I analysverktyget är det tänkt att beskrivningarna görs på flera nivåer, utifrån barnet, och eventuellt andra barn som är inblandade, personalen och organisationen. Arbetar man med familjer kan föräldrar och syskon behöva tas med i analysen. Detsamma gäller i familjehem, där familjehemsföräldrar kan tas med.

1. **Identifiera målbeteende för analysen**
Välj en specifik händelse som underlag för analysen. Var så konkret som möjligt och beskriv händelsen i termer av vad som skett, inte i vad som inte skett.
2. **Identifiera tankar, känslor, handlingar och händelser som är av betydelse i sammanhanget**
Titta mycket noggrant på allt som sker med de inblandade personerna.
3. **Beskriv vad som händer omedelbart efter händelsen (konsekvenser på kort sikt)**
Försök identifiera bra saker som ”kommer till” eller ökar och som kan öka sannolikheten att händelsen uppstår igen (positiva förstärkare) samt obehagliga saker som försvinner eller minskar (negativa förstärkare).
4. **Beskriv vad som händer ett tag efter händelsen (konsekvenser på lång sikt)**
Försök identifiera bra saker som ”kommer till” eller ökar och obehagliga saker som försvinner eller minskar (negativa förstärkare).
5. **Identifiera sårbarhetsfaktorer**
Beskriv faktorer som kan påverka händelseförloppet. Det kan handla om faktorer som är av mer varaktig art men även mer tillfälliga som t.ex. att man inte ätit ordentligt, sovit dåligt, är sjuk, är påverkad av någon negativ känsla t.ex. ledsen över något, arg på någon, missnöjd etc.
6. **Identifiera utlösande faktorer (triggers)**
Vad var det som utlöste den händelse som analyseras? Vad var det som hände, vad kände, tänkte osv. personen precis mellan den utlösande händelsen och den händelse som är i fokus? Beskriv både vad hon gör och vad som händer. Här får man information om eventuella brister i hur svårigheter hanteras på olika nivåer. Titta speciellt på obehag som minskar eller försvinner. Undersök t.ex. om det finns en primär känsla, dvs. den första känslan som situationen utlöser och som inte kan hanteras, utan som löser ut en sekundär känsla.
7. **Gör en alternativ modell**
Dvs. gå tillbaka till analysen och undersök om det finns något i den kedja av händelser, tankar, känslor och konsekvenser som man skulle kunna förändra och på så sätt minska risken att samma sak händer igen om en liknande situation skulle uppstå. ●

Referenser

- Achenbach, Thomas M & Rescorla, Leslie A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Andershed, Henrik & Andershed, Anna-Karin. (2010). Risk-need assessment for youth with or at risk for conduct problems: introducing the assessment system ESTER. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5(0), 377–383. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.108>.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Levene, K.S. & Webster, C.D. (2005). Early assessment risk lists for boys and girls. In T. Grisso, G. Vincent & L. Seagrave (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 295–310). New York: N.Y.: Guilford Pub. Inc.
- Barber, J. G. & Delfabbro, P. H. (2002). The plight of disruptive children in out-of-home care. [130220]. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice*, 5(3), 201–212.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893–897.
- Beck, Aaron T., Steer, Robert A. & Carbin, Margery G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Berman, Anne H., Bergman, Hans & Palmstierna, Tom (2007). DUDIT-E. The Drug Use Disorders Identification Test -E: MANUAL. Stockholm: Karolinska institutet.
- Björne, P., Andersson, I., Björne, M., Olsson, M. & Pagmert, S. (2012). *Utmanande beteenden. Utmanade verksamheter*. Malmö: Stadskontoret. Malmö stad.
- Blakey, J. M., Leathers, S. J., Lawler, M., Washington, T., Natschke, C., Strand, T. & Walton, Q. (2012). A review of how states are addressing placement stability. *Children and Youth Services Review*, 34(2), 369–378.
- Brendtro, L. K. & Mitchell, M. L. (2011). Families as Life Span Experts. *Reclaiming Children and Youth*, 20(3), 8–14.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Broberg, Anders G., Ekeröth, Kerstin, Gustafsson, P.A., Hansson, Kjell, Hägglöf, Bruno, Ivarsson, Tord & Larsson, Bo. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 186–193.
- Broberg, Anders G, Almqvist, Kjerstin & Tjus, Tomas. (2003). *Klinisk barnpsykologi — Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brown, D. (2008). Science Discovers the Reclaiming Approach. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 13–16.
- Christiansen, Ø., Havik, T. & Anderssen, N. (2010). Arranging stability for children in long-term out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 913–921.
- Connor, D. F., Steingard, R. J., Cunningham, J. A., Anderson, J. J. & Melloni, R. H. (2004). Proactive and Reactive Aggression in Referred Children and Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 129–136.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J. & Lansford, J. E. (2006). *Deviant Peer Influences in Programs for Youth: Problems and Solutions*. New York: Guilford Press.
- Epstein, Trina & Saltzman-Benaiah, Jennifer (2010). Parenting children with disruptive behaviors: Evaluation of a Collaborative Problem Solving pilot program. *Journal of Clinical Psychology Practice*, 1(1), 27–40.
- Eyberg, Sheila. M. & Pincus, Donna. (1999). *ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory – Revised, Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Forkby, T. (2001). *Från kulturkrock till minibyråkrati*. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Forkby, T. (2005). *Ungdomsvård på hemmaplan: Idéerna, framväxten, praktiken*. (Phd Diss.), University of Gothenburg, Gothenburg.
- Frederico, M., Jackson, A. & Black, C. (2010). *More than words. Take Two Thrid Evaluation Report*. Bundoora: La Trobe University.
- Goodman, Robert. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791–799.
- Greene, R. W. (2003). *Explosiva barn. Ett nytt sätt att förstå och behandla barn som har svårt att tåla motgångar och förändringar*. Stockholm: Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Goring, J. C., Raezer-Blakely, L., Markey, J., Monuteaux, M. C., . . . Rabbitt, S. (2004). Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. *J Consult Clin Psychol*, 72(6), 1157–1164. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1157.

- Greene, R. W., Ablon, J. S., Hassuk, B., Regan, K. M. & Martin, A. (2006). Innovations: child & adolescent psychiatry: use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatr Serv*, 57(5), 610–612. doi: 10.1176/appi.ps.57.5.610.
- Greenwald, Ricky & Rubin, Allen. (1999). Assessment of Posttraumatic Symptoms in Children: Development and Preliminary Validation of Parent and Child Scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61–75. doi: 10.1177/104973159900900105.
- Heflinger, C. A. & Humphreys, K. L. (2008). Identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. *Psychological Services*, 5(2), 139–152.
- Howard, R. & Hegarty, J. R. (2003). Violent incidents and staff stress. *British Journal of Developmental Disabilities*, 49(96, Pt 1), 3–21.
- James, S., Landsverk, J., Leslie, L. K., Slymen, D. J. & Zhang, J. (2008). Entry Into Restrictive Care Settings: Placements of Last Resort? *Families in Society*, 89(3), 348–359.
- Johnson, M., Ostlund, S., Fransson, G., Landgren, M., Nasic, S., Kadesjo, B., . . . Fernell, E. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder in Swedish children – an open study of collaborative problem solving. *Acta Paediatr*, 101(6), 624–630. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02646.x.
- Khoo, E., Skoog, V. & Dalin, R. (2012). In and out of care. A profile and analysis of children in the out-of-home care system in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 900–907.
- Koob, J. J. & Love, S. M. (2010). The implementation of solution-focused therapy to increase foster care placement stability. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1346–1350.
- Koranda, R. J. (2007). *Predictors of successful and unsuccessful completion of residential treatment for male youth*. (AA13290480). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621727587?accountid=11162> PsycINFO database.
- Leichtman, M. (2006). Residential Treatment of Children and Adolescents: Past, Present, and Future. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 285–294.
- Leichtman, M., Leichtman, M. L., Barber, C. C. & Neese, D. T. (2001). Effectiveness of Intensive Short-Term Residential Treatment with Severely Disturbed Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 227–235.
- Luiselli, J. K., Dunn, E. K. & Pace, G. M. (2005). Antecedent Assessment and Intervention to Reduce Physical Restraint (Protective Holding) of Children and Adolescents with Acquired Brain Injury. *Behavioral Interventions*, 20(1), 51–65.
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D. & Cardona, L. (2008). Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatr Serv*, 59(12), 1406–1412. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1406.

- McLean, S. (2012). Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: A large qualitative study of five constituent groups. *Child & Family Social Work, 17*(4), 478–486.
- McLean, S., Kettler, L., Delfabbro, P. & Riggs, D. (2012). Frameworks for Understanding Challenging Behaviour in Out-of-Home Care. *Clinical Psychologist, 16*(2), 72–81.
- McLean, S., Riggs, D., Kettler, L. & Delfabbro, P. (2013). Challenging behaviour in out-of-home care: use of attachment ideas in practice. *Child & Family Social Work, 18*(3), 243–252.
- O’Neill, M., Risley-Curtiss, C., Ayon, C. & Williams, L. R. (2012). Placement stability in the context of child development. *Children and Youth Services Review, 34*(7), 1251–1258.
- Olsson, M., Egelund, T. & Høst, A. (2012). Breakdown of teenage placements in Danish out-of-home care. *Child & Family Social Work, 17*(1), 13–22.
- Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N. W., Bullens, R. A. R. & Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review, 29*(1), 53–76.
- Osborn, A. L., Delfabbro, P. & Barber, J. G. (2008). The psychosocial functioning and family background of children experiencing significant placement instability in Australian out-of-home care. *Children and Youth Services Review, 30*(8), 847–860.
- Perrin, Sean, Meiser-Stedman, Richard & Smith, Patrick. (2005). The Children’s Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(04), 487–498. doi: doi:10.1017/S1352465805002419.
- Ramnerö, Jonas & Törneke, Niklas. (2006). *Beteendets ABC. En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Rhule, D. M. (2005). Take Care to Do No Harm: Harmful Interventions for Youth Problem Behavior. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(6), 618–625.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B. & Westermarck, P. K. (2004). Breakdown of Teenage Placements in Swedish Foster and Residential Care. *Child and Family Social Work, 9*(2), 141–152.
- Sameroff, Arnold J & Mackenzie, Michael J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology, 15*, 613–640.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction, 88*(6), 791–804.
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry, 56*(4), 412–423. doi: 10.1177/0020764009106630.

- Skowron, E. & Reinemann, D. H. S. (2005). Effectiveness of Psychological Interventions for Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 52–71.
- Smithgall, C., Gladden, R. M., Yang, D.-H. & Goerge, R. (2005). Behavior Problems and Educational Disruptions among Children in Out-of-Home Care in Chicago. Chapin Hall Working Paper (pp. 90–90): Chapin Hall Center for Children. 1313 East 60th Street, Chicago, IL 60637.
- Sng, R. (2009). Family Therapy for Kids Without Families: Working Systemically With Children and Young People in Residential Care. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 30(4), 247–259.
- SOU. (2009). *Vanvård i social barnavård under 1900-talet. SOU 2009:99*. Stockholm: Fritzes.
- Sundin, Eva C & Horowitz, Mardi J (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205–209. doi: 10.1192/bjp.180.3.205.
- Sterkenburg, P. S., Janssen, C. G. C. & Schuengel, C. (2008). The effect of an attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 126–135.
- Ward, H. (2009). Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences. *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1113–1118.
- Westermarck, P. K., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2008). Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) Reduce Placement Breakdown in Foster Care? *International Journal of Child & Family Welfare*, 11(4), 155–171.
- Wigley, V., Preston-Shoot, M., McMurray, I. & Connolly, H. (2012). Researching young people's outcomes in children's services: Findings from a longitudinal study. *Journal of Social Work*, 12(6), 573–594.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar: om ungdomar i fosterhem och på institution: en rapport från CUS*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete Socialstyrelsen.
- Wulczyn, F., Kogan, J. & Harden, B. J. (2003). Placement Stability and Movement Trajectories. *Social Service Review*, 77(2), 212–236.
- Ziviani, J., Feeney, R., Cuskelly, M., Meredith, P. & Hunt, K. (2012). Effectiveness of support services for children and young people with challenging behaviours related to or secondary to disability, who are in out-of-home care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 758–770.

Denna kunskapsöversikt om ”barn som vi blir utmanade av” har växt fram ur ett utvecklingsarbete som genomförts i samarbete mellan Gryning Vård och FoU i Väst/GR. Fokus för utvecklingsarbetet var att belysa och undersöka när barnens beteende blev för svårhanterligt, dvs. för utmanande för de olika verksamheterna och inte barnets beteende i sig. Det innebär att exempelvis både barn med aggressivt utåtagerande beteende och barn med självdestruktiva beteenden innefattas. Utifrån detta kom utvecklingsarbetet att fokusera på situationer som kunde leda till sammanbrott i placeringarna, då den aktuella verksamheten blir för utmanad. Kunskapsöversikten tar upp forskning och annan systematisk kunskap om barn som vi blir utmanade av. En naturlig ingång till detta område var att utgå från placeringsstabilitet respektive sammanbrott. I utvecklingsarbetet ingick även diskussioner i en fokusgrupp med representanter från olika verksamheter i Gryning Vård, där erfarenheter av situationer där verksamheterna utmanats blev belysta och analyserade. I detta arbete togs ett analysverktyg fram för att systematisera kunskapen och möjliggöra en aggregering av kunskap på verksamhetsnivå. Analysverktyget presenteras i slutet av denna rapport.

Utvecklingsarbetet inom Gryning kring ”barn som utmanar” fortsätter, nu med perspektivet ”när verksamheten prövas”. En utvecklingsgrupp arbetar vidare med implementering och utveckling utifrån den strategi och handlingsplan som fastställdes av Grynings styrelse i december 2014.

Torbjörn Forkby är docent i socialt arbete och verksam vid FoU i Väst/GR och Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Ulf Axberg är filosofie doktor i psykologi, legitimerad psykolog och psykoterapeut. Han är verksam vid FoU i Väst/GR och Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.



FoUvästGR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 40222 Göteborg • Tel 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • e-post fou@grkom.se • www.grkom.se/valfard