

Att öka kunskapen om barnen i öppenvården

- Uppföljning av avslutade ärenden 2020-2021

Karin Tillberg Mattsson & Rickard Mobäck

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>Inledning</u>	<u>3</u>
<u>Syfte och avgränsningar</u>	<u>3</u>
<u>Metod</u>	<u>3</u>
<u>Tillförlitlighet</u>	<u>4</u>
<u>Resultat</u>	<u>5</u>
<u>Bakgrundsuppgifter</u>	<u>5</u>
<u>Barnens olika problemområden</u>	<u>7</u>
<u>Barnens insatser</u>	<u>12</u>
<u>Avslutsorsaker</u>	<u>19</u>
<u>Insatsens längd</u>	<u>30</u>
<u>Referenser</u>	<u>31</u>
<u>BILAGA 1 - Formuläret SU-X 2021</u>	<u>32</u>
<u>BILAGA 2 - Användarstöd till formuläret SU-X 2021</u>	<u>34</u>

INLEDNING

FoU Välfärd fick 2018 i uppdrag av socialcheferna i Gävleborg att stödja kommunernas systematiska uppföljning av behovsprövade öppenvårdsinsatser för barn och unga. Det övergripande målet är att öka kunskapen om barnen som beviljas öppenvård, öppenvårdens innehåll, hur barnens situation förändras efter öppenvårdsinsatser och hur insatserna upplevs. En målsättning är också att berörd personal och chefer ska uppleva att de data som samlas in är till konkret nytta för uppföljning och utveckling av verksamheterna.

I april 2021 publicerade FoU Välfärd en FoU-rapport (Tillberg Mattsson, Nordlund & Lindvärn 2021), där det påbörjade utvecklingsarbetet beskrevs. I rapporten presenterades också resultaten från den första gemensamma uppföljningen av öppenvårdsärenden som avslutades 2020 i tre av länets kommuner.

Syfte och avgränsning

I denna rapport presenteras uppgifter om totalt 752 ärenden som avslutades 2020 och 2021 inom öppenvården för barn och unga i sex kommuner i Gävleborgs län. Syftet är att belysa de problemområden som kännetecknar barnen och familjerna som beviljas öppenvård, vilka insatser de får och av vilka orsaker insatserna avslutas.

Det är viktigt att ha i åtanke att resultaten inte ger kunskap om *effekterna* av öppenvårdsinsatserna. Uppgifterna ger en bild av i vilken mån berörda familjebehandlare bedömt att målen med insatsen uppfyllts, något som kan ge en viss indikation på om insatsen varit till nytta för barnet. Att få mer systematisk kunskap om hur barnens situation ser ut före och efter insats, och om hur barnen upplever insatsen, kvarstår som utvecklingsområden.

Metod

Ett gemensamt formulär "SU-X" används, där öppenvårdsverksamheterna registrerar uppgifter om barnens problem, insatser och avslutsorsaker (se Bilaga 1). Formuläret finns i ett dataprogram från Socialstyrelsen kallat SU-Reg. I varje kommun finns en person utsedd som ansvarar för att lägga in uppgifterna i formuläret. I några av kommunerna har varje enskild familjebehandlare fyllt i formuläret i pappersform innan för sina respektive ärenden. I andra kommuner fyller den ansvariga i uppgifterna direkt i det digitala formuläret, i samråd med berörd familjebehandlare.

De ansvariga i varje kommun kan i programmet SU-Reg göra aggregerade sammanställningar av verksamhetens ärenden. Dessutom kan de "exportera" uppgifterna till FoU Välfärd i krypterad form. Resultatpresentationen i denna rapport bygger på bearbetningar av dessa data i Excel samt statistikprogrammet R. Statistisk signifikans har huvudsakligen beräknats med Chi-två-test alternativt Fisher's Exact Test i de fall Chi-två-tester inte är applicerbart.

Tillförlitlighet

Resultatens tillförlitlighet kan påverkas av flera olika omständigheter.

Bortfall: Dataunderlaget bedöms ha mycket hög täckningsgrad, med ett bortfall på högst några enstaka avslutade ärenden. Engagemanget bland de ansvariga för att fylla i uppgifterna och exportera till FoU Välfärd är högt, och det finns ett intresse hos såväl medarbetare som chefer av att få en heltäckande statistik.

Felkällor: En felkälla skulle kunna vara att en likartad problembild hos två olika barn registreras på olika sätt. Uppgiften om barnets problem som anges i formuläret SU-X ska bygga på informationen från socialsekreteraren i det skriftliga uppdraget till öppenvården. Det skulle kunna finnas skillnader i vilka problem som socialsekreterarna lyfter fram mest (t ex brister i hemmiljön eller snarare barnets/ungdomens eget beteende), men också i hur de som är ansvariga för att fylla i formuläret tolkar informationen i uppdraget. Högst tre olika problem får anges i formuläret, vilket även kan innebära att den ansvariga ibland behöver göra en tolkning av vilka problem som är mest framträdande.

En annan felkälla skulle kunna vara att en och samma avslutsorsak registreras på olika sätt. I en verksamhet kanske man t ex anger "Insatsen motsvarade inte barnets behov" när ungdomen blev placerad under pågående öppenvårdsinsats, medan man i en annan kommun markerar "Andra orsaker". För att i möjligaste mån säkerställa att formuläret fylls i på likartat sätt har vi tagit fram ett användarstöd (se Bilaga 2). Dessutom dryftas frågor och funderingar kring ifyllandet vid regelbundna möten i en arbetsgrupp för dem som registrerar uppgifterna.

Olika ambitionsnivå för mål samt olika bedömningar av måluppfyllelse: Målen för insatsen som formulerats i uppdraget eller vid ett uppstartsmöte med familjen kan ha olika ambitionsnivå och därmed vara mer eller mindre svåra att nå. Det finns inte heller någon gemensam måttstock för att bedöma om målen uppfyllts. Standardiserade bedömningsinstrument för att t ex mäta barnets upplevelse av sin situation före och efter insats används sällan. Det finns därför en risk att bedömningen av måluppfyllelse skiljer sig åt mellan olika familjebehandlare och verksamheter, men kanske också mellan olika problemområden och givna insatser. Exempelvis kan målet för insatsen "Krisstöd" främst handla om att det ska ha genomförts, medan målet vid en annan insats kan handla om att nå en varaktig förbättring av barnets situation. Detta påverkar möjligheten att göra tillförlitliga jämförelser mellan olika målgrupper när det gäller andelen ärenden som avslutas på grund av att målen uppfyllts.

Olika innehåll i den biståndsbedömda öppenvården för barn och unga: Uppgifterna avser ärendena vid socialtjänstens öppenvårdsenheter för barn och unga. Det finns vissa skillnader i verksamheternas innehåll, som påverkar möjligheten att göra jämförelser. Exempelvis behandlas ungdomar med eget missbruk och/eller kriminalitet vid dessa enheter i vissa kommuner, medan de i andra kommuner får stöd hos en annan enhet och därmed inte ingår i detta dataunderlag.

RESULTAT

Bakgrundsuppgifter

Tabell 1.

Bakgrundsinformation om de avslutade ärendena

Kommun	Antal barn	Antal flickor	Antal pojkar	Medianålder	Insatsens mediantid (dagar)
Hudiksvall	208	94	114	10	162
Ljusdal	31	15	16	12	296,5
Ockelbo	37	10	27	8	221
Ovanåker	82	34	48	10	168
Sandviken	190	93	97	10	139
Söderhamn	204	105	99	10	127
Totalsumma	752	351	401	10	155,5

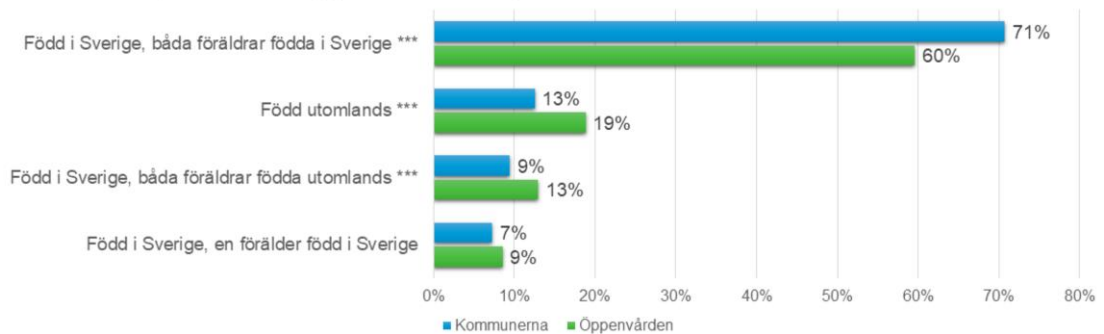
Dataunderlaget består av ärenden som avslutats inom socialtjänstens behovsprövade öppenvård för barn och unga. För Hudiksvall, Ockelbo, Ovanåker och Söderhamn omfattas både 2020 och 2021 och för Ljusdal och Sandviken enbart 2021 (Tabell 1). Totalt ingår 752 barn, varav 351 flickor och 401 pojkar. Insatsens mediantid (från det att öppenvården träffade familjen för första gången tills ärendet avslutades) var cirka 5 månader. Medianåldern, 10 år, avser när barnet aktualiserades i öppenvården.

Pojkarna var något överrepresenterade och utgjorde 53 % av barnen i öppenvården, och flickorna 47 %. Detta liknar fördelningen bland det totala antalet barn i hela länet som aktualiserades hos socialtjänsten under 2020 (54 % pojkar och 46 % flickor) (Åsbrink, 2021).

Sandviken, som sedan flera år tillbaka bedriver egen individbaserad systematisk uppföljning, har även inkluderat 14 ärenden där enbart serviceinsatsen korttidssamtal gavs.

Diagram 1.

**Fördelning av barnens bakgrund i öppenvården jämfört med kommunernas befolkning 0 – 18 år
(Antal barn i öppenvården = 547)**



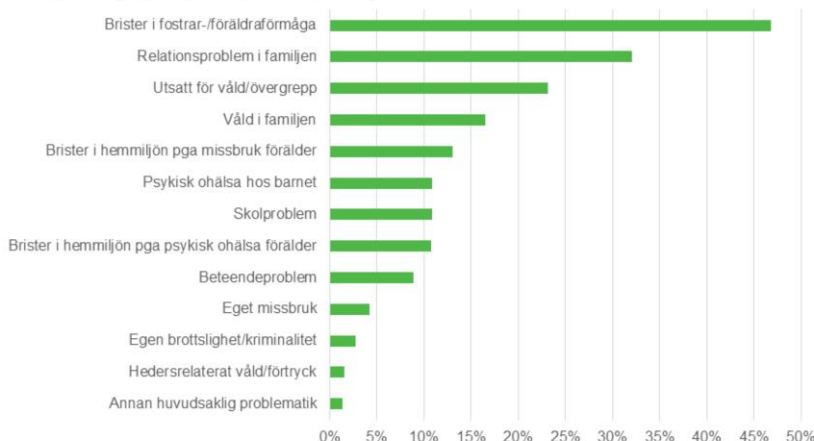
Stjärnorna anger ifall skillnaden i fördelning på bakgrund mellan barnen som bodde i de sex kommunerna 2020 respektive fick öppenvård är statistiskt säkerställd. * = 10%, ** = 5%, *** = 1% signifikansnivå

Av Diagram 1 framgår att barn som är födda utomlands, eller födda i Sverige men med båda föräldrar födda utomlands, är överrepresenterade bland barnen i öppenvården.

Barnens olika problemområden

Diagram 2.

Hur stor andel av barnen har olika problem? (1376 problem bland 752 barn)

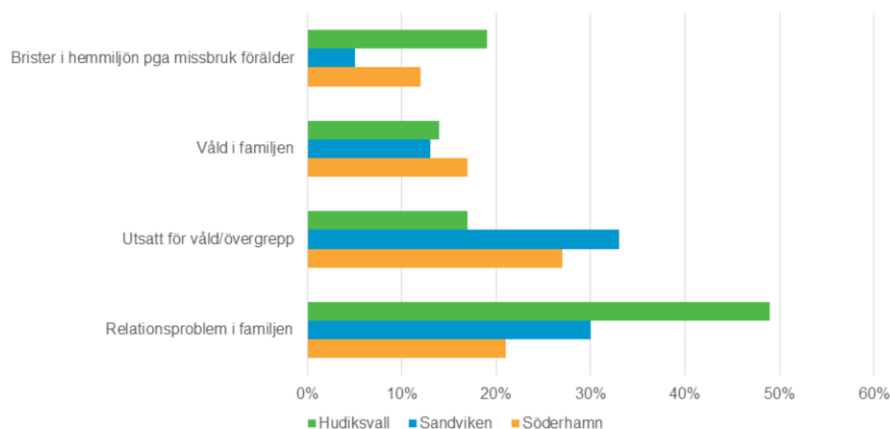


Av Diagram 2 framgår hur vanliga olika problemområden är. Informationen om problem baseras som nämnts på beskrivningen i uppdraget till öppenvården. Det kan alltså finnas andra problem kopplade till barnet och familjen, men här är de problem som öppenvårdens insatser var avsedda att riktas mot i fokus. Upp till tre olika problem kan kryssa i för ett barn, och därför kan ett och samma barn förekomma fler än en gång i diagrammet. Brister i fostrar-/föräldraförmåga var vanligast förekommande, följt av Relationsproblem i familjen och Utsatt för våld/övergrepp (se definitioner av problem i Bilaga 2).

Bland barnen totalt sett som anmäldes till socialtjänsten i länet under 2020 utgjorde "Relationsproblem i familjen" bara 5 % av anmälningsorsakerna (Åsbrink 2021). "Omsorgssvikt", där Brister i fostrar-/föräldraförmåga samt Brister i hemmiljön pga förälders missbruk eller förälders psykiska ohälsa ingår, utgjorde 46 %. Observera att endast en anmälningsorsak kan anges. Det betyder att i föreliggande data om barnen i öppenvården, där upp till tre olika problem kan anges, kan de flesta problemområden förväntas utgöra större andelar än motsvarande anmälningsorsak. Så är också fallet, med undantag för "Beteendeproblem" och "Egen brottslighet/kriminalitet" som utgör större andelar bland anmälningsorsakerna än bland uppgifterna om barnen i öppenvården. Detta speglar förmodligen att risk- och skyddsfaktorer är centrala i BBIC-utredningen, varför den familjerelaterade problematiken snarare än barnets beteende lyfts fram i besluten om insats och uppdraget till öppenvården.

Diagram 3.

Andelen barn med problem per kommun



Det finns vissa skillnader mellan kommunerna, när det gäller vilka problem som lyfts fram i uppdragen till öppenvården. I Diagram 3 ingår bara de tre kommunerna med störst antal ärenden. Skillnaderna mellan Hudiksvall och Sandviken är mest framträdande, där andelen barn med förälders missbruk är större i Hudiksvall, medan andelen barn som är utsatta för våld är större i Sandviken. I gengäld lyfts Relationsproblem i familjen fram i betydligt högre grad i Hudiksvall än i Sandviken och Söderhamn. Vid arbetsgruppens möten diskuterades om det här speglar faktiska skillnader i typ av utsatthet, eller snarare skillnader i vilken aspekt av utsattheten som lyfts fram i uppdragen. Det skulle också kunna vara så att en viss kommun utvecklar ett beprövat arbetssätt för en viss målgrupp, och att öppenvården får fler uppdrag för samma målgrupp när en bild av ett väl fungerande arbetssätt etableras bland socialsekreterare och klienter.

Signifikanstester (Z-test) visar att andelen där Brister i hemmiljö pga missbruk angivits skiljer sig signifikant mellan kommunerna. (Hudiksvall jmf med Sandviken: $p < 0.0001$; Hudiksvall jmf med Söderhamn: $p = 0.05$; Sandviken jmf med Söderhamn: $p = 0.014$).

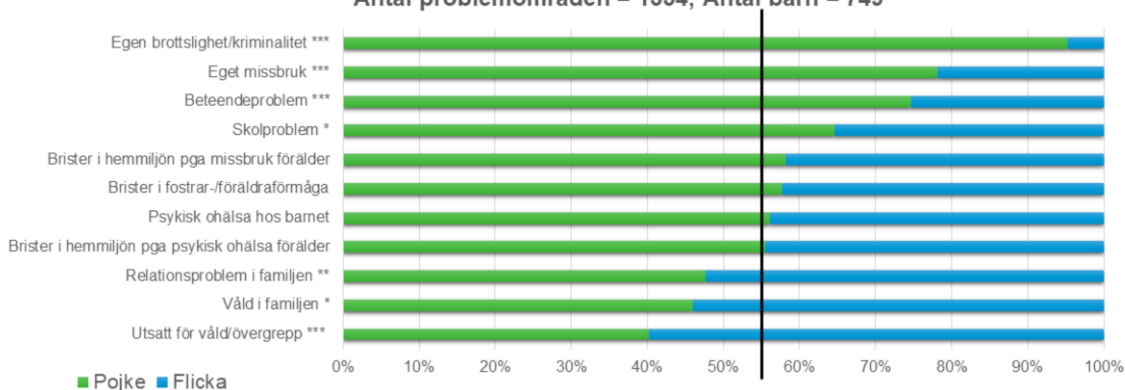
Sandviken ($p < 0.0001$) och Söderhamn ($p = 0.014$) har i statistiskt signifikant högre grad angivit utsatthet för våld/övergrepp än Hudiksvall.

Skillnaderna i andel med Relationsproblem är statistiskt signifikant mellan kommunerna. ($p < 0.0001$, $p < 0.0001$, $p = 0.040$).

Diagram 4

Problemområden uppdelat på kön, frekvens

Antal problemområden = 1354; Antal barn = 749

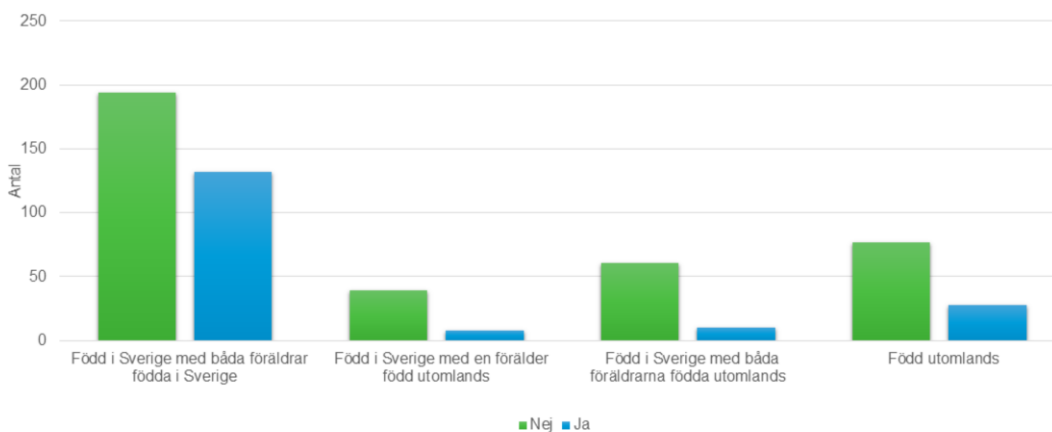


Förväntad frekvens baserat på totala antalet ärenden är 55% för pojkar och 45% för flickor.

Stjärnorna anger ifall skillnaden mellan könen är statistiskt säkerställd. * = 10%, ** = 5%, *** = 1% signifikansnivå

Förekomsten av olika problemområden skiljer sig delvis mellan könen (Diagram 4). Egen brottslighet/kriminalitet, eget missbruk, beteendeproblem och skolproblem anges i större utsträckning för pojkarna. Däremot är flickor överrepresenterade bland dem som uppgetts vara utsatta för våld, våld i familjen och relationsproblem i familjen. Allra störst är överrepresentationen av flickor bland våldsutsatta (60 % var flickor och 40 % pojkar). Det innebär en större överrepresentation än bland barnen som anmäls till socialtjänsten totalt sett. År 2020 var 54 % av barnen som anmäldes pga misstanke om våldsutsatthet flickor och 46 % pojkar (Åsbrink, 2021). (Se diskussion kring tänkbara förklaringar till dessa könsskillnader i den tidigare rapporten, Tillberg Mattsson m fl 2021:19-20).

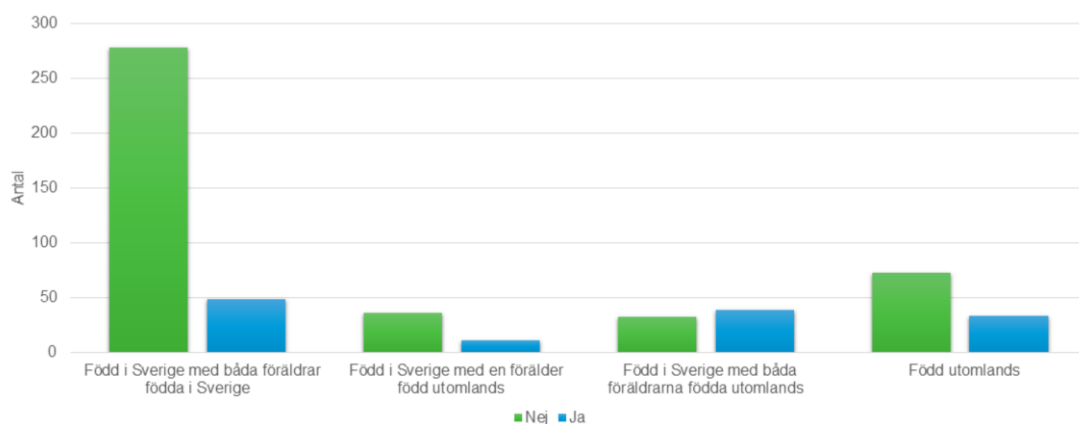
Diagram 5. Relationsproblem i familjen uppdelat på barnets bakgrund (Antal barn = 549)



Det finns även skillnader i fördelning på problemområden mellan barn med olika bakgrund. Relationsproblem i familjen angavs i högre grad bland barn födda i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige, jämfört med barn med andra bakgrunder (Diagram 5). Även när det gällde brister i hemmiljön pga förälders missbruk samt förälders psykiska ohälsa, och psykisk ohälsa hos barnet, var barnen med svensk bakgrund överrepresenterade (visas ej i diagram).

Signifikanstester (chi-två-test) visar att Relationsproblem i familjen i statistiskt signifikant högre grad angivits för barn födda i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige, jämfört med barn med andra bakgrunder ($p=0.0019$, $p<0.0001$, $p=0.0108$).

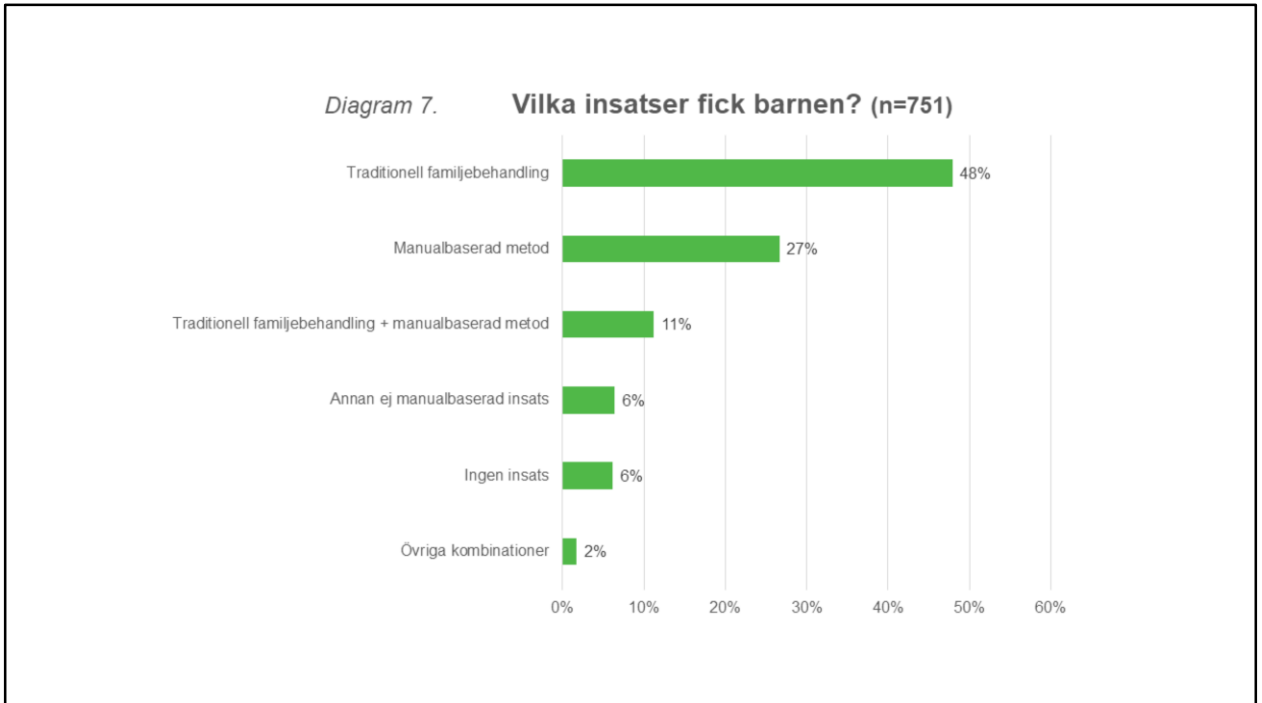
Diagram 6. Utsatt för våld/övergrepp uppdelat på barnets bakgrund (Antal barn = 549)



Våldsutsatthet angavs däremot i högre utsträckning för barn med utländsk bakgrund (Diagram 6). Antalsmässigt var barnen med svenskfödda föräldrar flest även här, men ser vi till andelen så var barn vars båda föräldrar var födda utomlands samt utrikesfödda barn överrepresenterade. Barn med utländsk bakgrund var även överrepresenterade bland ärenden där våld i familjen och hedersrelaterat våld/förtryck angivits (visas ej i diagram).

Signifikanstester (chi-två-test) visar att Utsatthet för våld/övergrepp i statistiskt signifikant högre grad angivits för barn födda i Sverige med båda föräldrar födda utomlands samt för utrikes födda barn, jämfört med barn födda i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige ($p < 0.0001$, $p = 0.00014$).

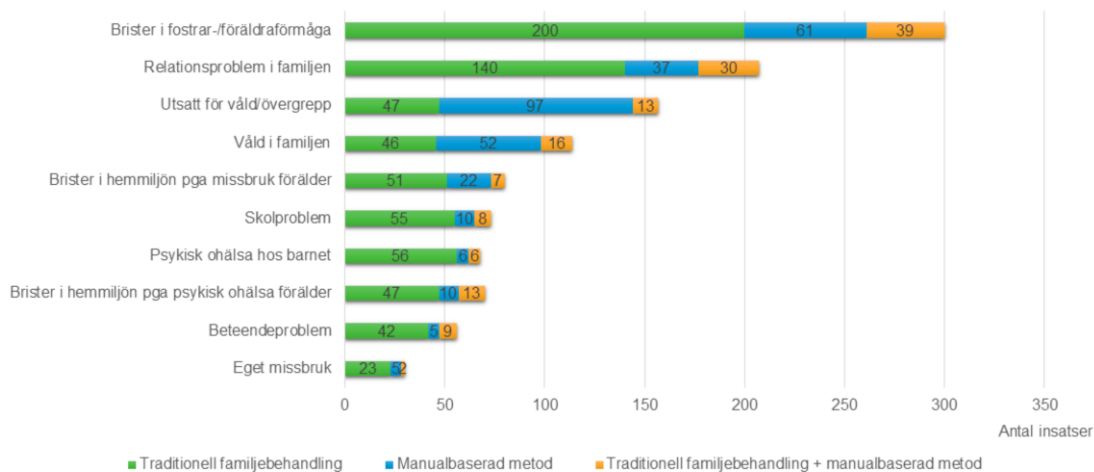
Barnens insatser



Vilka insatser fick då barnen? Traditionell familjebehandling var vanligast (Diagram 7). Dit räknas all behandling riktad till familjen där ingen specifik manual eller metod använts till mer än 50 %, utan där insatsen i möjligaste mån skraddarsyttts för varje familjs unika, sammansatta behov (se definition i Tillberg Mattsson m fl 2021:14). I cirka en fjärdedel av ärendena användes en eller flera manualbaserade metoder, och i cirka vart tionde fall kombinerades Traditionell familjebehandling med en manualbaserad metod. Vissa insatser var inte behandlande, inte riktade till en hel familj och följde inte heller någon särskild manual. Dessa benämns "Annan ej manualbaserad insats" och exemplifieras i en bild längre fram i rapporten.

I 6 % av fallen kom insatsen aldrig igång. Det kunde handla om att familjen inte kom till uppstartsmötet, eller bara deltog i det men inte ville påbörja själva insatsen. Ibland hade en alternativ insats, t ex via BUP, blivit aktuell istället.

Diagram 8. **Insatser per problemområde**
(Antal insatser: 1155; Antal barn = 643)



Hur vanligt förekommande de olika insatserna är varierar beroende på problemområde. Traditionell familjebehandling är den vanligaste insatsen vid alla problemområden förutom när barnet är utsatt för våld och/eller våld i familjen (Diagram 8).

Endast de tre kategorierna av insatser som totalt sett är vanligast är inkluderade här.

Figur 1.

Exempel på innehåll i Traditionell familjebehandling (Sandviken)

STÖD OCH HJÄLP TILL
KONTAKTER I SAMHÄLLET FÖR
FAMILJEN, EKONOMI, SKOLA,
SJUKVÅRD. SAMTAL OM
FÖRÄLDRAROLLEN, GRÄNSER,
RELATIONER SAMT BARNSAMTAL

SAMTAL OCH UTFLYKTER,
AKTIVITETSSKAPANDE,
STRUKTUR I HEMMET, STÖD
TILL LÅGBEGÅVAD FÖRÄLDER

STÖDJANDE OCH MOTIVERANDE
SAMTAL KRING UMGÅNGET MED
PAPPA. VÄGLEDANDE SAMTAL TILL
MODERN GÄLLANDE VÅLDET I
FAMILJEN

KONFLIKTHANTERING
MELLAN VUXNA,
FÖRÄLDRAPLAN

I Sandviken preciserade familjebehandlarna under en period lite närmare, vari den Traditionella familjebehandlingen bestod. Citaten i Figurerna 1 och 2 illustrerar mångfalden av både problem (t ex konflikter, våld, missbruk, lågbegåvad förälder) och typ av stöd (t ex informrande, motiverande eller praktiskt).

Figur 2.

Exempel på innehåll i Traditionell familjebehandling (Sandviken)

HEMBESÖK FÖR ATT SE OM
FÖRÄLDRARNA HAR TAGIT TILL
SIG KUNSKAPER FRÅN
UTBILDNINGEN TRYGGARE
BARN

BARNSAMTAL MED FOKUS PÅ HUR
DET ÄR ATT HA EN PAPPA MED
MISSBRUK

STÖDJANDE SAMTAL,
INFORMATION OM BARN
UTVECKLING, FEEDBACK OM
KÄNSLOR OCH
KONFLIKTLÖSNINGSSTRATEG
IER

Figur 3.

Exempel på innehåll i "Annan ej manualbaserad insats"

UMGÄNGESSTÖD

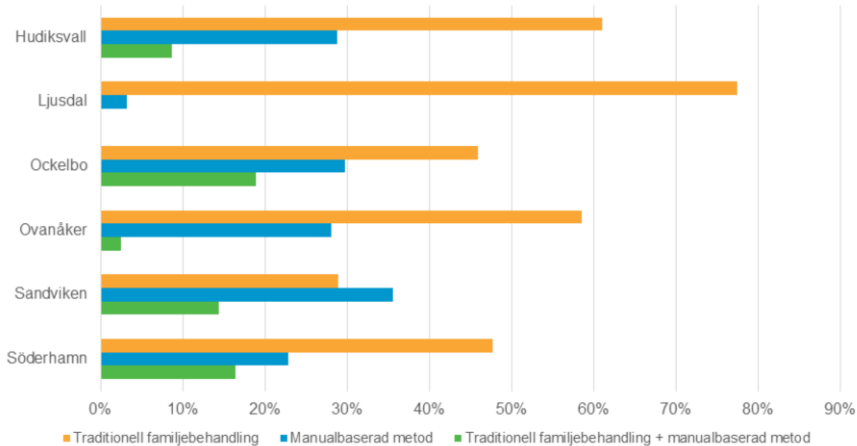
UNGDOMSTJÄNST

BOENDESTÖD TILL UNGDOM I
EGET BOENDE

DROGTESTER AV FÖRÄLDER

Av Figur 3 framgår att "Annan ej manualbaserad insats" ofta riktar sig bara till ungdomen, exempelvis i form av praktiskt stöd när ungdomen flyttat hemifrån. Men det kan också vara avgränsade insatser riktade till delar av familjen utan att ha behandlande inslag, såsom umgängesstöd.

Diagram 9. Insatser per kommun



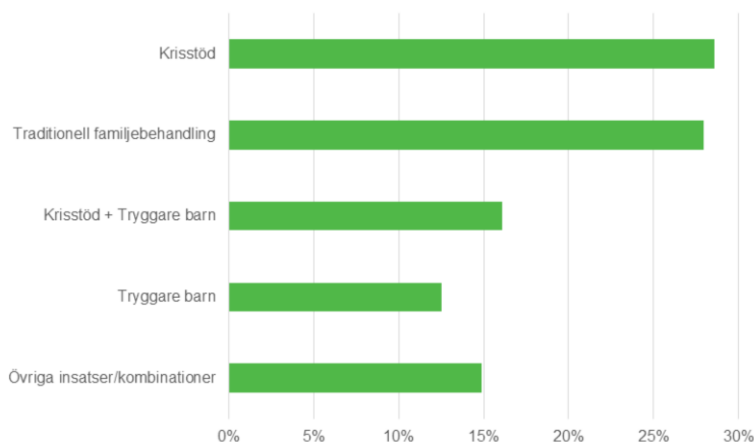
Det finns vissa skillnader mellan kommunerna, vad gäller vilka typer av insatser som var vanligast (Diagram 9). I fem kommuner var Traditionell familjebehandling mest förekommande, medan manualbaserade metoder utgjorde den största kategorin i Sandviken. Andelen som fick enbart Traditionell familjebehandling var högst i Ljusdal och lägst i Sandviken. Kombinationen av Traditionell familjebehandling och manualbaserade metoder insatser utgjorde den minsta kategorin i alla kommuner, men varierade mellan 0 % i Ljusdal och 19 % i Ockelbo. Dock är antalet observationer litet, särskilt i de mindre kommunerna, varför skillnaderna ska tolkas med försiktighet.

När det gäller skillnaderna mellan de två största kommunerna, Hudiksvall och Sandviken, finns en parallell till skillnaderna i andelen barn som uppgetts vara våldsutsatta. Den andelen var betydligt högre i Sandviken, och för den målgruppen användes generellt sett manualbaserade metoder i större utsträckning.

I Diagram 9 har bara de största insatskategorierna tagits med (dvs de som inte fick någon insats, eller "Annan ej manualbaserad insats" eller "Övriga kombinationer" är inte inkluderade; därav summerar inte kategorierna till 100 % för varje kommun).

Diagram 10.

**Vilka insatser fick barnen som var utsatta för våld/övergrepp?
(n=168)**



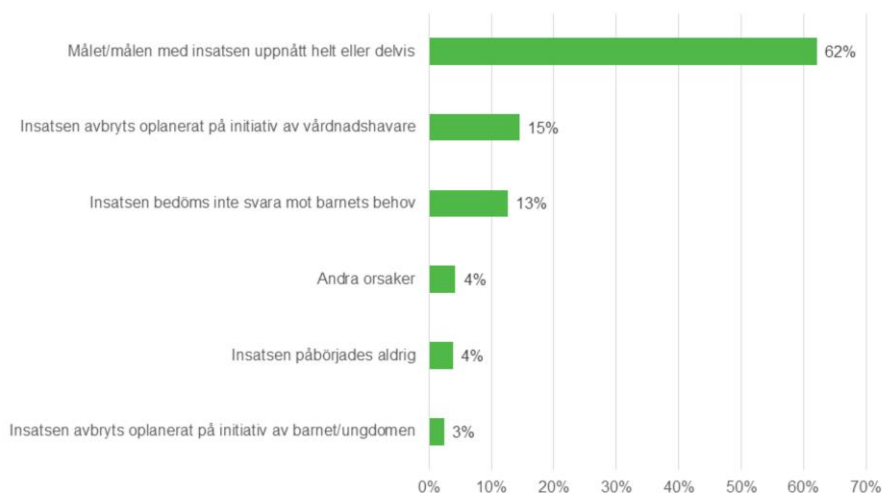
Av de 174 barnen som enligt uppdragen till öppenvården var utsatta för våld fick 168 någon form av insats. Krisstöd, antingen ensamt eller i kombination med Tryggare barn var vanligast, följt av Tryggare barn (Diagram 10). Knappt 30 % av barnen fick enbart Traditionell familjebehandling. Det är möjligt att i praktiken fler barn fick en annan, behandlande insats direkt i anslutning till krisstödet, genom att ärendet med enbart krisstöd först avslutades och ett nytt ärende sedan direkt öppnades för samma barn. Ur uppgifterna i SU-X kan vi inte utläsa det.

Bland Övriga insatser/kombinationer finns flera andra manualbaserade metoder som satts in i enstaka ärenden, t ex Bassamtal, IHF, KIBB, Föräldraplan, Trappan, ibland kombinerat med Traditionell familjebehandling.

Avslutsorsaker

Diagram 11.

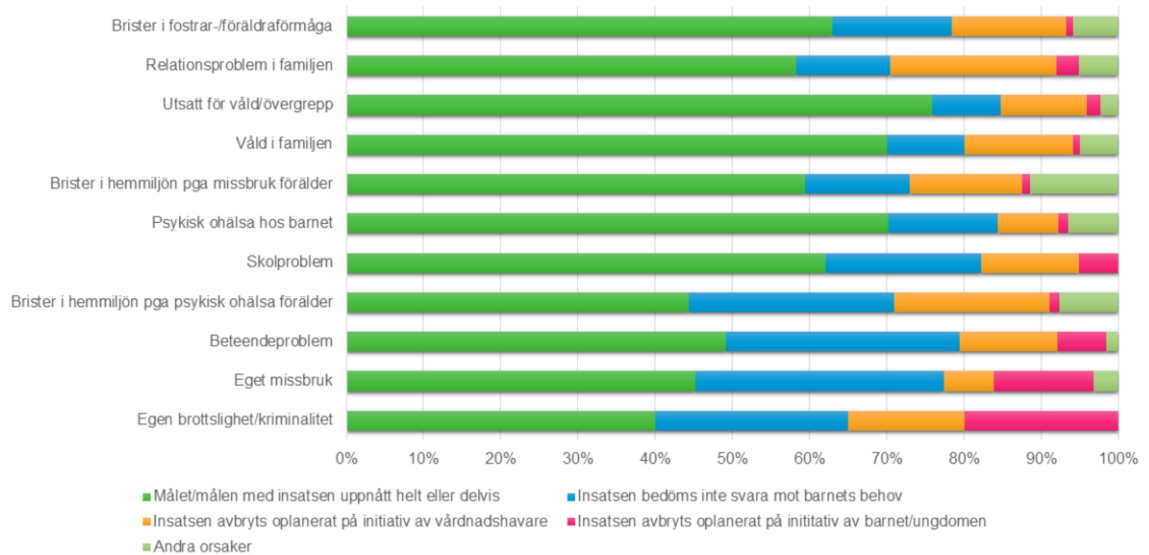
Andel avslutsorsaker (n=750)



Drygt 60 % av ärendena avslutades på grund av att målet eller målen med insatsen uppnåtts helt eller delvis (Diagram 11). Den näst vanligaste avslutsorsaken (15 %) var att insatsen avbrutits av vårdnadshavare. I 13 % av fallen bedömdes inte insatsen motsvara barnets behov. Detta förtydligades i fritext och kunde handla om att barnet istället behövde placeras eller att tex BUP, barnhabiliteringen, Familjerätten eller beroendemottagningen tagit över eller att barnet beviljats LSS-insatser utifrån en erhållen diagnos. Ibland var inte familjeteamets behandling till gagn för barnet eftersom föräldrarna inte var motiverade till behandling och/eller behövde annat stöd för egna problem. Ibland behövdes ytterligare utredning kring behov av andra stöd.

Även "Andra orsaker" specificerades i fritext och handlade då i regel om att omständigheterna runt barnet/ungdomen ändrats på något sätt, så att den beviljade insatsen inte längre var relevant. Det vanligaste var att barnet/familjen flyttat från kommunen. Andra skäl var t ex att det skett en vårdnadsöverflytt, att det uppstått en vårdnadstvist eller att ungdomen blivit frihetsberövad.

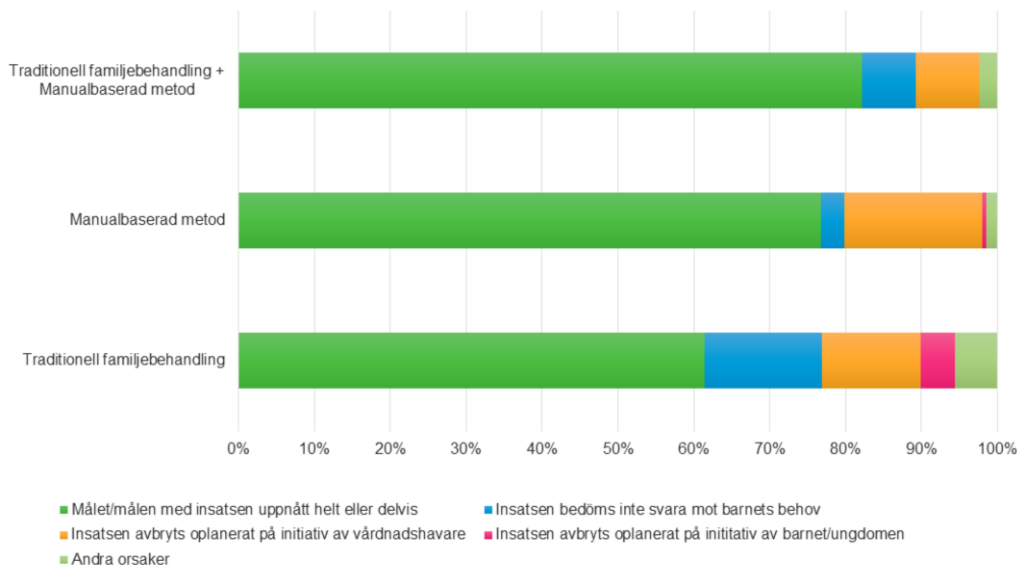
Diagram 12. Avslutsorsak per problemområde
(Antal problemområden = 1635)



Fördelningen på olika avslutsorsaker skiljer sig delvis mellan olika problemområden (Diagram 12). Andelen ärenden som avslutades på grund av att målen bedömdes uppnådda var störst bland de våldsutsatta (76 %). När däremot egen brottslighet, förälders psykiska ohälsa, eget missbruk eller beteendeproblem fanns med i bilden, nåddes målen med insatsen i färre än hälften av fallen. Vad dessa skillnader beror på, är svårt att fastslå. En tänkbar förklaring är att insatserna vid våldsutsatthet faktiskt är relativt framgångsrika, något som utvecklas längre fram. En annan skulle kunna vara att målens ambitionsnivå skiljer sig åt mellan olika problemområden. Ytterligare en omständighet kan vara att öppenvårdens insatser har svårare att matcha behovsbilderna hos t ex ungdomar med eget missbruk och beteendeproblem.

Vid flera av problemområdena var den näst vanligaste avslutsorsaken att insatsen inte bedömdes motsvara barnets behov. Däremot var det vid "Relationsproblem i familjen" en relativt stor andel ärenden som avslutades oplanerat på initiativ av vårdnadshavaren.

Diagram 13. Andel avslutsorsak per insats



Av Diagram 13 framgår av vilka orsaker ärendena avslutades, fördelat på de tre vanligaste kategorierna av insatser. Barnen som fick enbart Traditionell familjebehandling hade en lägre grad av måluppfyllelse än de som fick manualbaserade metoder, eller en kombination av bådadera. Det fanns också vissa skillnader i hur vanliga de andra avslutsorsakerna var, där insatsen Traditionell familjebehandling oftare avbröts av verksamheten då den inte motsvarade barnets behov, medan manualbaserade metoder i högre grad avbröts oplanerat av vårdnadshavare.

Skillnaden i avslutsorsaker beroende på typ av insats kan ha flera olika tänkbara förklaringar. En manualbaserad metod, ensam eller i kombination med Traditionell familjebehandling, kan ibland tänkas matcha barnets/familjens behov bättre än enbart Traditionell familjebehandling. Men det kan också handla om att manualbaserade metoder oftare riktas till barn och familjer med en specifik och avgränsad problematik, medan Traditionell familjebehandling oftare behöver sättas in för familjer med en komplex problembild, där chansen att nå positiva förändringar på förhand är mindre. Dessutom kan ambitionsnivån för olika insatser skilja sig åt. Något som ytterligare komplicerar bilden och gör att inga förhastade slutsatser bör dras om vilka typer av insatser som är att föredra, är att resultaten skiljer sig åt när vi bryter ner dataunderlaget på olika problemområden.

Signifikanstester (chi-två-test) visar att måluppfyllelsen är statistiskt signifikant högre vid kombinerad insats och vid manualbaserad metod, jämfört med traditionell familjebehandling ($p = 0.00019$, $p = 0.00015$).

Det är också värt att notera att de olika insatskategorierna skiljer sig åt med avseende på genomsnittlig längd i dagar. Mediantiden för den "mixade" metoden, där både traditionell familjebehandling och en manualbaserad metod ingår var 275 dagar, medan den var 178 dagar för Traditionell familjebehandling och kortast när enbart manualbaserade metoder använts. Utan "Krisstöd" inräknat så var mediantiden för en manualbaserad metod 136 dagar.

Tabell 2.

Utfall vid utsatthet för våld eller övergrepp baserat på olika insatser

Problemområde: Utsatt för våld	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall:
Enbart Familjebehandling	47	64%	18% motsvarar inte barnets behov
Krisstöd	53	81%	13% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Krisstöd + Tryggare Barn	28	100%	--
Tryggare Barn	18	100%	--
Övriga insatser med andra manualbaserade metoder (ej KS/TB)	16	44%	38% avbryts på vårdnadsh. initiativ

Måluppfyllelsen är statistiskt signifikant högre vid KS+TB jämfört med enbart familjebehandling ($p < 0.001$), respektive Övriga insatser ($p < 0.001$).

Som framgår av Tabell 2 har insatserna krisstöd och Tryggare barn (ensam eller i kombination med krisstöd) en hög grad av måluppfyllelse i ärenden där barnet är utsatt för våld. En bidragande orsak skulle kunna vara att det vid krisstöd är "gott nog" att ha tryggt barnet i den akuta krisfasen; målen handlar inte om att våldet ska upphöra eller så finns inga mål alls formulerade. Vid Tryggare barn brukar dock - enligt deltagarna i arbetsgruppen - barnets svar på frågor inom programmet (t ex om det är mycket bråk hemma) fungera som måttstock.

Vid möten med chefer inom öppenvården och familjebehandlare har bilden av en hög måluppfyllelse vid dessa insatser bekräftats. Att snabbt utnyttja "motivationsfönstret" och presentera kombinationen av krisstöd och Tryggare barn som något som brukar ingå vid orosanmälan angående våld, beskrivs som framgångsrikt. Det finns en överrepresentation av barn med utländsk bakgrund i den här gruppen, och erfarenheten är att många av dessa "nysvenska" föräldrar är mycket mottagliga för stöd och råd kring uppfostringsmetoder som inte inkluderar våld. I motsats till KIBB (Kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel) förutsätter inte Tryggare barn att föräldrarna på förhand erkänt våldet och den presenteras som en föräldrautbildning, inte som en behandling (även om den har behandlande inslag). Detta kan också underlätta att motivera till deltagande. Samtidigt är erfarenheten att efter några gångers deltagande i Tryggare barn brukar våldet framkomma. Vid mötena framfördes även att ibland räcker inte Tryggare barn till för att våldet ska upphöra, utan en metod som KIBB kan behöva sättas in. Den metoden innehåller också, i motsats till Tryggare barn, behandlande inslag för barnet. KIBB hade dock endast använts i ett enda av de avslutade ärendena. Huruvida behandlande inslag för barnet ingår i den Traditionella familjebehandlingen som ges till våldsutsatta barn, är ett område för fortsatt fördjupning.

Tabell 3.

Utfall vid våld i familjen baserat på olika insatser

Problemområde: Våld i familjen	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall:
Enbart Familjebehandling	46	59%	17% svarar inte mot barnets behov
Tryggare barn*	36	94%	--
Manual+ Familjebehandling	19	84%	11% svarar inte mot barnets behov

*Inkl. i kombination med krisstöd

Måluppfyllelsen är statistiskt signifikant högre med Tryggare barn ($p < 0.001$) eller med en mix av insatser ($p < 0.05$) jämfört med enbart familjebehandling.

Precis som i ärendena där barnet självt utsatts för våld, hade insatsen Tryggare barn samt en kombination av manualbaserad metod och Traditionell familjebehandling högre måluppfyllelse än enbart Traditionell familjebehandling vid Våld i familjen (Tabell 3).

Tabell 4.

Utfall av relationsproblem baserat på olika insatser

Problemområde: Relationsproblem	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall:
Enbart Familjebehandling	140	62%	12% motsvarar inte barnets behov, 12% avbryts på vårdnadsh. Initiativ
Enbart Manualbaserad metod	37	46%	51% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Manual + Familjebehandling	36	75%	14% avbryts på vårdnadsh. initiativ

Måluppfyllelsen är statistiskt signifikant lägre för "Enbart manualbaserad metod" jämfört med de två andra alternativen ($p=0.075$; $p=0.011$). Skillnaden mellan "Enbart familjebehandling" och mixad behandling är inte signifikant ($p=0.15$).

Som Tabell 4 visar är bilden den motsatta, dvs måluppfyllelsen lägre för manualbaserade metoder jämfört med Traditionell familjebehandling om vi ser till ärendena med Relationsproblem i familjen. Framför allt avbröts en relativt stor andel, ca hälften, på vårdnadshavarens initiativ när manualbaserade insatser användes. Den mixade metoden hade högst måluppfyllelse.

Jämfört med ärendena som handlade om våldsutsatthet, där ju Krisstöd och Tryggare barn dominerade bland de manualbaserade metoderna, fanns här en större variation av metoder. I Hudiksvall dominerade Bassamtal, i Söderhamn Trygghetscirkeln och i Sandviken Tryggare barn, Trygghetscirkeln och Trappan. Kanske speglar variationen av metoder att det inom problemområdet "Relationsproblem i familjen" finns en mångfald av olika situationer, där vissa är kopplade till att föräldrarna är separerade och i konflikt kring umgänge, boende och/eller vårdnad medan andra kan handla om starka konflikter mellan vårdnadshavare som bor tillsammans? Eller speglar variationen en brist på vedertagna metoder som är anpassade för föräldrar och barn i dessa situationer? Även här vore det intressant att fördjupa vilka komponenter i den traditionella familjebehandlingen som haft betydelse för att insatsen avslutats med målet uppfyllt.

Tabell 5.

Utfall vid missbruk hos förälder baserat på olika insatser

Problemområde: Missbruk hos förälder	Antal insatser	Andel med målen uppfyllda	Vanligaste övriga utfall:
Enbart Familjebehandling	51	61%	16% andra orsaker
Enbart Manualbaserad metod	22	68%	23% avbryts på vårdnadsh. initiativ
Manual + Familjebehandling	9	100%	--

Ingen statistiskt signifikant skillnad i måluppfyllelse mellan familjebehandling och manualbaserad metod ($p=0.55$).

Även vid förälders missbruk var måluppfyllelsen högst när en mixad metod användes (Tabell 5). Antalet ärenden var dock litet, och skillnaderna inte signifikanta. Precis som vid Relationsproblem i familjen fanns en ganska stor bredd av manualbaserade metoder, och skillnader mellan kommunerna i vilka som var vanligast. I Hudiksvall dominerade Placeringssamtal, Bassamtal, Jag och min familj och IHF, medan Trygghetscirkeln var den vanligaste manualbaserade metoden vid förälders missbruk i Söderhamn. Noteras kan att bara en av de manualbaserade metoderna (Jag och min familj) är specifikt inriktad mot förälders missbruk.

Figur 4.

Vilka insatser var vanligast vid normbrytande beteende?

- Vid Beteendeproblem:
 - 42 av 62 fick Traditionell familjebehandling
 - Enstaka ärenden: A-CRA; ART; IHF/OHF; Krisstöd, Placeringssamtal, Tryggare barn, Trygghetscirkeln
- Vid Eget missbruk:
 - 23 av 31 fick Traditionell familjebehandling
 - Enstaka ärenden: A-CRA; IHF; Placeringssamtal; Påverkansprogrammet; Trygghetscirkeln; Återfallsprevention
- Vid Egen kriminalitet:
 - 10 av 19 fick Traditionell familjebehandling
 - Enstaka ärenden: A-CRA; ART; IHF; Påverkansprogrammet
 - I några ärenden handlade det om Ungdomstjänst

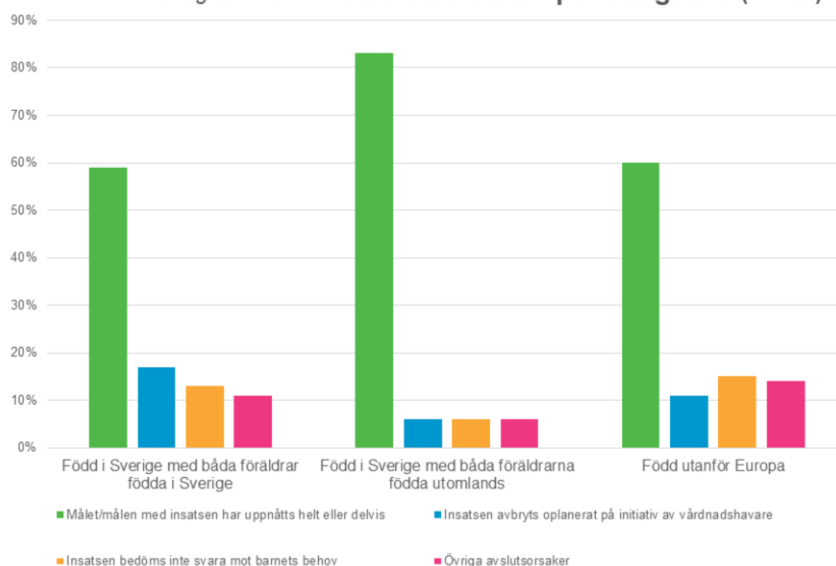
Som framgår av Figur 4 var Traditionell familjebehandling den vanligaste insatsen bland barn och ungdomar med beteendeproblem, egen kriminalitet och/eller eget missbruk.

Vid Beteendeproblem nåddes målen för insatsen bland de flesta som fått manualbaserade metoder eller en kombination av manualbaserad metod och traditionell familjebehandling (visas ej i diagram). För barnen/ungdomarna som fått traditionell familjebehandling, var andelen som nådde målen något lägre. Även vid eget missbruk var måluppfyllelsen något högre bland dem som fått manualbaserade metoder än bland dem som fått Traditionell familjebehandling. Men antalet observationer är litet och inga beräkningar av statistiskt signifikanta skillnader har gjorts. Vad gäller egen kriminalitet, fanns inga nämnvärda skillnader vad gäller graden av måluppfyllelse i ärenden med olika typer av insatser. Här är underlaget dessutom ännu mindre.

Socialstyrelsen publicerade nyligen ett kunskapsstöd med rekommendationer till socialtjänsten om insatser för att motverka normbrytande beteende (Socialstyrelsen 2021). För yngre barn (6 -11 år) förespråkas beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram och multimodala färdighetsträningsprogram, och för ungdomar 12 – 17 år strukturerad familjebehandling och KBT-baserad beteende- och färdighetsträning. Några manualbaserade metoder namnges, samtidigt som man även lyfter fram att varje insats behöver anpassas efter barnets/föräldrarnas mottaglighet. I vilken mån insatserna med Traditionell familjebehandling i länet överensstämmer med rekommendationerna i termer av att de är strukturerade, baserade på KBT och social inlärningsteori är ett område för fortsatt fördjupning.

Ett annat område att fördjupa handlar om omfattningen av förebyggande insatser för att motverka normbrytande beteende. Barnen som enligt uppdragen till öppenvården har "beteendeproblem" är äldre än genomsnittet (medelåldern är 13,4 år jämfört med 9,9 år för hela gruppen). Men även insatser till yngre barn kan tänkas förebygga / vara riktade mot normbrytande beteende, även om det i uppdragen främst är brister i hemmiljön och föräldraförmågan som lyfts fram.

Diagram 15. Avslutsorsaker per bakgrund (n=492)

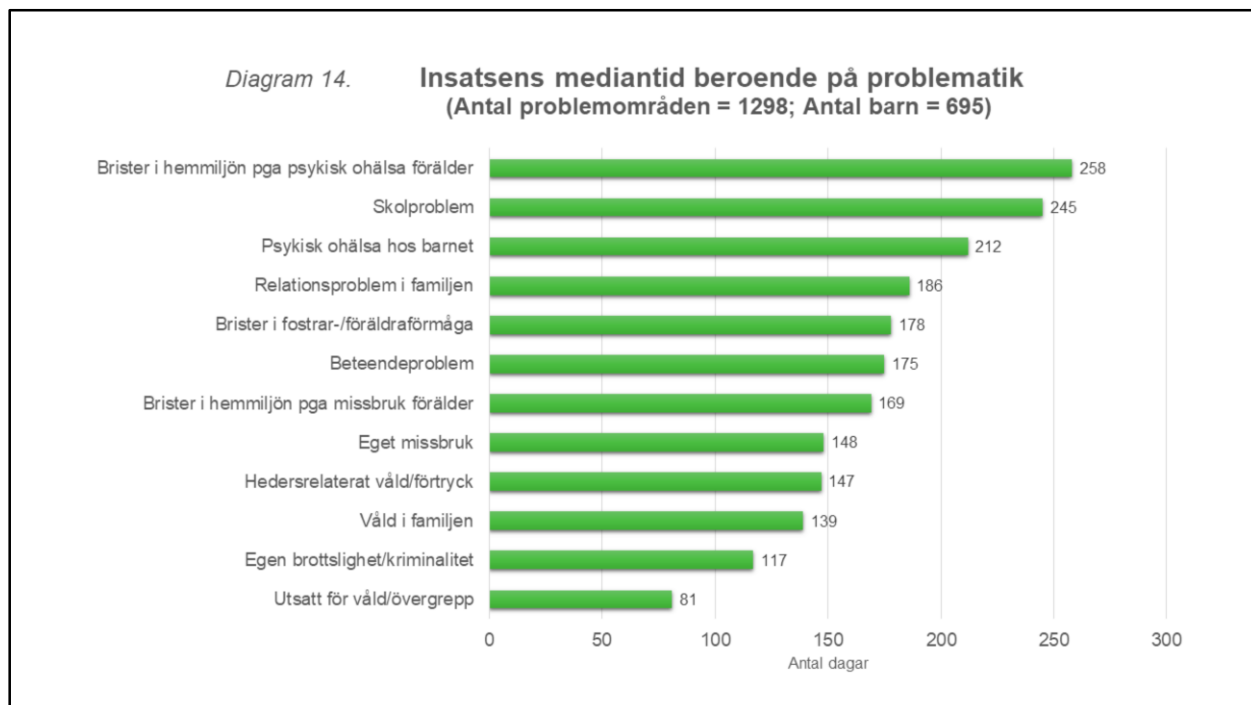


När vi jämför avslutsorsakerna mellan barn med olika bakgrund, visar det sig att målluppfyllelsen bland barnen som är födda i Sverige med båda föräldrar födda utomlands var större än bland barn med svensk bakgrund och bland barn födda utanför Europa (Diagram 15). Andelen ärenden som avbröts av vårdnadshavare var i gengäld störst bland familjerna med svensk bakgrund. Detta kan jämföras med två studier som belyser situationen "tidigare i kedjan", dvs vid utredning och beslut om insats (Persdotter & Andersson 2020; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018). Där framkom att vårdnadshavare och ungdomar i familjer med utländsk bakgrund tackade nej till frivilliga insatser i betydligt högre utsträckning än familjer med svensk bakgrund.

Våra resultat bör tolkas med försiktighet, utifrån att antalet observationer är begränsat (326, 70 respektive 96 barn i respektive kategori). Givet att skillnaderna är faktiska, kan de då tolkas som att när en öppenvårdsinsats väl påbörjats, lyckas familjebehandlarna oftast bygga upp ett förtroende som bidrar till att familjerna med utländsk bakgrund fullföljer i hög grad? Kan även fruktan för att barnet kommer att omhändertaras ifall föräldrarna avbryter ha viss betydelse? Ytterligare en bidragande förklaring till den relativt höga målluppfyllelsen skulle kunna vara att barn med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland dem som utsatts för våld eller våld i familjen och fått krisstöd och/eller Tryggare barn. Som nämndes tidigare, är erfarenheten från chefer och familjebehandlare att dessa insatser fungerar väl för den målgruppen, där familjerna ofta upplevs vara mottagliga för stöd och råd kring uppfostringsmetoder utan våld.

Målluppfyllelsen är statistiskt signifikant högre bland dem med båda föräldrar födda utomlands, jämfört med de två andra grupperna ($p < 0.001$, respektive $p = 0.002$). Andelen där "Insatsen avbryts oplanerat på initiativ av vårdnadshavaren" är signifikant högre hos dem med två svenskfödda föräldrar än hos födda i Sverige med två utlandsfödda föräldrar ($p = 0.017$).

Insatsens längd



Av Diagram 14 framgår hur insatsens medianlängd skiljde sig åt mellan olika problemområden. Vid utsatthet för våld pågick insatsen kortast tid, vilket delvis speglar att andelen manualbaserade metoder var stor (dessa har en kortare insatstid än traditionell familjebehandling). En relativt stor andel av ärendena med våldsutsatthet avslutades då målen uppfyllts, vilket betyder att avbrott inte förklarar den korta insatstiden. Om barn som endast fått krisstöd inte räknas med är mediantiden vid utsatthet för våld något längre, 132 dagar och då är istället mediantiden vid egen brottslighet/kriminalitet kortast. För den problematiken skulle den höga andelen avbrott kunna vara en del av förklaringen till den korta insatstiden. Vid brister i hemmiljön på grund av förälders psykiska ohälsa är insatstiden däremot längst.

REFERENSER

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

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

Socialstyrelsen (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6 – 17 år*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Åsbrink, P. (2021). *Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga. Aktualiseringar till socialtjänsten 2020 i jämförelse med perioden 2012-2019*. FoU-rapport 2021:3. FoU Välfärd, Region Gävleborg.

BILAGA 1 – Formuläret SU-X 2021

BAKGRUND

Barnets ålder vid aktualisering i öppenvården.....

Barnets kön

- Flicka
- Pojke
- Annan könsidentitet

Var är barnet/ungdomen född?

- Född i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige
- Född i Sverige med en förälder född utomlands
- Född i Sverige med båda föräldrar födda utomlands
- Född i övriga Europa
- Född utanför Europa
- Vet inte

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

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

Har barnet varit aktuellt inom öppenvården tidigare?

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

PROBLEMATIK SOM ÄR RELEVANT UTIFRÅN MÅLEN I UPPDRAGET

Ange den huvudsakliga problematiken utifrån beskrivningen i uppdraget.

På denna fråga kan du välja högst tre alternativ.

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

INSATSER

Vilken eller vilka insatser har barnet eller vårdnadshavare fått?

På denna fråga kan du välja flera alternativ.

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

Ange vilken/vilka andra manualbaserade metoder // Ange vilken/vilka andra, ej manualbaserade insatser // Övriga kommentarer:.....

AVSLUTNING

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

10) Avslutsorsak

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

Förtydliga hur insatsen inte svarar mot barnets behov/Ange vilken/vilka andra

avslutsorsaker:.....

BILAGA 2 – Användarstöd till formuläret SU-X 2021

Huvudsaklig problematik (begreppsdefinitioner)

(de flesta definitioner motsvarar Gävleborgs läns anmälningsorsaker – se Åsbrink 2021)

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

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

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

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

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

Brister i hemmiljön, pga. psykisk ohälsa hos förälder – Omsorgssvikt pga. psykisk ohälsa hos förälder/föräldrar. (Observera att intellektuell funktionsnedsättning inte inkluderas här).

Handlar om främst två underkategorier:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Insatser

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

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

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

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

Avslutsorsaker

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

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

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

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

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

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

Att öka kunskapen om barnen i öppenvården

- Uppföljning av avslutade ärenden 2020 - 2021