

Samarbete inom sociala barnvården mellan social servicecentral och en korttidsbehandlingsinstitution

Boel Jorup

"Inackordering av småbarnsfamiljer på korttids-hem" utgör en delstudie inom projektet Barnfamiljer i en Stockholmsförort. Projektet har varit ett samarbete mellan Sociala nämnden vid Stockholms läns landsting, socialvården Stockholms kommun och S:t Görans barnsjukhus. Projektets mål har varit:

1. att kartlägga omfattningen och arten av att barn far illa
2. arbeta fram metodik för att uppspåra och utreda
3. bedöma behov av vård- och behandlingsinsatser
4. utvärdera de gjorda insatserna
5. belysa barnens rättsläge i den aktuella situationen

Följande studie fokuserar på samarbete mellan en behandlingsinstitution och socialtjänsten. Den knyter närmast an till punkt 2 och 3.

Artikelförfattaren var under tiden november 1981–juni 1984 samordnare och forskare i projektet "Barnfamiljer i en Stockholmsförort".

Rapporten kan beställas från Omsorgsnämnden, Centrala förvaltningen, Box 20033, 10460 Stockholm.

Behandlingsinstitutionen

Behandlingsinstitutionen var av typen korttidsbehandlingshem. Småbarnsfamiljer inackorderades för 24-timmars vård. Behandlingsperioden var tidsbegränsad till i stort sett 4 veckor. Några familjer återkom för en andra och tredje period. Tre familjer har samtidigt kunnat vistas på behandlingsinstitutionen. Behandlingen har bestått i miljöterapi, familjesamtal samt vissa pedagogiska inslag. Ett arbetslag på fyra behandlare har knutits till varje familj. Kriterium för intagningen har varit att det i familjen funnits minst ett barn under 4 år. Denna regel var en följd av projektets syfte att tidigt uppmärksamma signaler på att barn far illa.

Intagningskriterierna påverkades av att lagstiftningen ändrades under projektiden.

Enligt barnavårdslagens § 25 a skulle indikationer för åtgärder föreligga.

"Om någon som ej fyllt aderton år misshandlas i hemmet eller eljest där behandlas på ett sådant sätt att hans kroppsliga eller själsliga hälsa utsättes för fara eller om hans utveckling äventyras på grund av föräldrarnas eller annan fostrares olämplighet som fostrare eller bristande förmåga att fostra honom". (§ 25 a bvl)

Det projekt som här skall beskrivas inriktades på en förort som motsvarar ett riksgenomsnitt beträffande vissa sociala faktorer som invandrarstäthet och ekonomiska förhållanden. (Jfr. Nylander & Zetterström, 1983)

Den aktuella förorten är upptagningsområde för en social servicecentral. I samband med projektet fick servicecentralen tillgång till en behandlingsinstitution, som skulle betjäna dess upptagningsområde.

Med Socialtjänstlagen (fr. 1982.01.01) ändrades detta till: "familjer, där föräldrarna av olika skäl t. ex. relationsproblem eller störningar i barnets utveckling är i behov av stöd och bistånd i sin föräldraroll".

En förutsättning för inackordering var att familjerna behärskade svenska språket för att kunna tillgodogöra sig familjesamtalen. Allvarligt missbruk bedömdes som en kontraindikation för intagning utifrån behandlingsinstitutionens starkt tidsbegrän-

sade insats. Familjen skulle ha en motivation att förändras. Inackordering skulle ej ske med tvång.

Intagningskriterierna formulerades i samarbete mellan sociala servicecentralen, behandlingsinstitutionen och projektet.

Utförandet

En genomgång av samtliga barnavårdsärenden vid servicecentralen under perioden 1/1 1981 till 30/6 1982, som berörde barn under 4 år utfördes. (Från 1/1 1982 då Socialtjänstlagen infördes gäller urvalet de ärenden, som av socialsekreterarna bedömdes som "barnavårdsärenden"). Anmälan behövde inte direkt beröra barnet under 4 år, utan kunde gälla ett äldre syskon. Ur dessa barnavårdsärenden kunde de familjer som inackorderades på behandlingsinstitutionen väljas. Studien har för 1981 bestått av tre jämförelsegrupper:

- A – samtliga aktuella barnavårdsärenden med barn under 4 år
- B – familjer, som för första gången inackorderats på behandlingsinstitutionen
- C – familjer, som aktualiserats för placering på behandlingsinstitutionen, men där någon vistelse ej kom till stånd.

Beträffande familjer aktuella 1/1–30/6 1982 gjordes ett matchningsförfarande. Bland samtliga bedömda barnavårdsärenden matchades familjer som med avseende på antal barn, barnens ålder samt en/två-vårdarfamiljer överensstämde med de familjer som var inackorderade.

Uppdelningen i *tabell 1* sammanhänger med So-

Tabell 1: Antalet familjer i de olika jämförelsegrupperna under 1981 respektive 1/1–30/6 1982

TID:	antal aktuella barnavårdsärenden:	antal familjer som för första ggn vistats på behandlingsinstitutionen	antal familjer som aktualiserats men ej inackorderats på behandlingsinstitutionen
1/1–31/12 1981	81	12 ^b	15 ^d
1/1–30/6 1982	82 ^a	6 ^c	3

^a varav 47 ej tidigare kända som barnavårdsärenden vid denna servicecentral

^b varav en familj i öppen vård samt en familj som vistades över årsskiftet 1980/81 på behandlingsinstitutionen

^c dessutom vistades en familj aktualiserad via barnavårdscentral på behandlingsinstitutionen

^d ej medräknat två familjer som ej hade barn under 4 år samt två familjer som inackorderats efter 30/6 1982.

cialtjänstlagens tillkomst. Som beskrivits påverkade detta tillvägagångssättet.

Sociala och psykologiska faktorer som framkom i beslutsunderlaget samt uppgifter om servicecentralens åtgärder och insatser registrerades enligt ett utarbetat formulär. Förelåg ingen slutlig utredning ägde en intervju av handläggande socialsekreterare rum. Detta gällde även jämförelsegrupperna från 1982. Med den nya lagstiftningen var den skriftliga dokumentationen då mer begränsad.

För familjer som inackorderades på behandlingsinstitutionen intervjuades ansvariga socialsekreterare beträffande samarbetet.

Med det vårdlag på behandlingsinstitutionen, som haft den närmaste kontakten med familjen ägde ett gruppssamtal kring samarbetet med servicecentralen rum. Övrigt material, som berör samarbetet är protokoll från intagningskonferenser samt de regelbundna samarbetskonferenser, som hölls varje månad. Uppföljningen gjordes efter ett år.

Samarbetet

Att ha tydliggjort mål, teori samt metodik är nödvändigt för att kunna utvärdera en samarbetsuppgift; i vad mån önskat utbyte nåtts i samarbete.

"Teori avser det systematiska förankrandet av uppställda mål i empiriska termer, så att grad av måluppfyllelse i arbetet med enskilda uppgifter, liksom metodikens och arbetssättets effektivitet kan påvisas".

(Humble, K & Jansson, U 1980)

Samarbetsbetingelser kan analyseras på olika nivåer:

1. lagstiftning och förordningar som reglerar samarbetet
2. rutiner, konferenser etc. för samarbetet
3. samarbetet i enskilda ärenden.

I denna studie har samarbetet begrundats på samtliga dessa nivåer. De övergripande nivåerna påverkar samarbetet i de enskilda ärendena. Erfarenheter av det konkreta samarbetet bör i sin tur återverka på rutiner och lagstiftning.

Behandlingsinstitutionen har arbetat med uppdrag av sociala servicecentralen. Den senare försåg behandlingsinstitutionen med familjer. Servicecentralen hade hela tiden det övergripande vårdansvaret som kommunal myndighet enligt Socialtjänstlagen. Detta tydliggjordes inte tillräckligt när samarbetet etablerades och medförde att servicecentralen ej helt kände det ansvar som tillkom denna vid låg beläggning på behandlingsinstitutionen.

Behandlingsinstitutionen och servicecentralen har haft olika drivkraft i samarbetet. Behandlingsinstitutionen har haft önskemål om ett jämt flöde av familjer, som passade för deras behandlingsmodell. Servicecentralen har önskat få hjälp att utreda och påbörja behandling i familjer i kris, där det på grund av fara för barnen varit befogat med inackordering. Det har många gånger varit familjer, som servicecentralen haft svårt att komma in i och därmed inte haft någon klar bild av familjens svårigheter, man önskat hjälp med. I samarbetet har det funnits olika tyngdpunkt på klargörande av familjens svårigheter och behandling. Detta har varierat mellan olika familjer man samarbetat kring. Genomgående har behandlingsinstitutionen varit mer inriktad på behandling, medan servicecentralen har önskat få hjälp i sitt utredande arbete.

Samarbetet mellan behandlingsinstitutionen och servicecentralen kring enskilda familjer kan indelas i följande faser:

1. etablering av samarbetet. Aktualisering och motivationsarbete för inackordering på behandlingsinstitutionen. Sociala servicen lämnar över behandlingsansvaret till institutionen.
2. behandlingsfas på institutionen omfattande:
 - a. inflyttning
 - b. behandling
 - c. utflyttning
3. eftervård. Behandlingspersonalen hade tio uppföljningssamtal efter vistelsen.
4. servicecentralen återtar behandlingsansvaret från behandlingsinstitutionen

Genomgående har behandlingsinstitutionen varit mer inriktad på behandling medan servicecentralen önskat få hjälp i sitt utredande arbete

5. ev. fortsatta insatser från sociala servicecentralen.

I inledningsfasen fattas alltid formellt beslut av socialnämnden om inackordering. Ytterligare beslut kan fattas i de olika faserna alternativt att inga fler beslut fattas.

Resultat

För att belysa samarbetet mellan behandlingsinstitutionen och sociala servicecentralen studerades urvalet av familjer som inackorderades. (Jämförelsegrupperna har tidigare redovisats).

En genomgång av en mängd sociala och psykologiska faktorer genomfördes. Exempel på sådana variabler var familjestruktur, ekonomi, missbruk, familjerelationer, psykisk hälsa samt socialt nätverk.

Det framkom därvid få påtagliga skillnader mellan jämförelsegrupperna. En sådan var dock att de inackorderade familjerna under uppföljningsåret erhållit socialbidrag i betydligt större utsträckning än genomsnittligt bland barnavårdsärendena. Andelen där missbruk hos ena eller båda föräldrarna framkommit var högre i gruppen samtliga barnavårdsärenden. (Jfr. intagningskriterierna)

Under den del av projektiden, då barnavårdslagen gällde förekom inga tvångsomhändertaganden av barnen bland de inackorderade familjerna (§§ 25, 29 bvl). Bland samtliga barnavårdsärenden förekom detta i 4 fall och gällde då spädbarn.

För övrigt framkom inga avgörande skillnader i jämförelsegrupperna vad avser sociala servicecentralens beslut.

Ytterligare en skillnad gällde sociala servicecentralens utredningstid dvs. tiden som förflöt mellan anmälan och beslut. Med Socialtjänstlagen sker inget formellt avslutande av ärenden. Beräkningen gäller därför endast ärenden under barnavårdslagens giltighetstid. De inackorderade familjerna hade

trots inackorderingstiden kortare utredningstid. (7, 8 månader i genomsnitt jämfört med 10 månader för samtliga barnavårdsärenden). Utredningstiden skiljde sig starkt för olika beslut. Kortast utredningstid hade familjer som aktualiserades för inackordering, men där sådan av olika skäl ej kom till stånd.

Skälen till att det i denna studie framkommit få skillnader mellan jämförelsegrupperna kan vara:

1) oklar målsättning med behandlingsinstitutionen och vilka familjer som lämpade sig för dessa behandlingsformer.

2) beslutsunderlaget har varit för knapphändig för att spegla skillnaderna i sociala och psykologiska avseenden.

3) andra faktorer än sociala och psykiska förhållanden i familjen t. ex. familjens motivation/upplevt hot om omhändertagande av barnet är mer avgörande.

4) förfarandet i studien t. ex. små jämförelsegrupper.

Erfarenheter kring samarbetet

Av protokoll samt i intervjuerna med socialsekreterarna och behandlingstemet framkom att samarbetet kring enskilda familjer ofta fungerade tillfredsställande i de inledande faserna. Missnöje förelåg med samarbetets avslutande. Detta gällde framför allt socialsekreterarna.

Servicecentralen var i början angelägen att en familj skulle inackorderas. Man hyste oro för barnets situation. Under långa perioder utnyttjades inte behandlingsinstitutionens resurser till fullo och det fanns ett sug att ta emot familjer.

Dessa faktorer bl.a. medförde att det inte fördes någon genomgripande diskussion kring urvalet av familjer till behandlingsinstitutionen samt vilken typ av problem som dess arbetssätt var mest lämpat för.

Den inblick i och kunskap om familjernas sociala problem och psykiska konflikter som sociala servicecentralen hade vid aktualiseringen för behandlingsinstitutionen varierade starkt.

Några familjer som aktualiserades hade varit kända i många år. Hur uttalat och klart motiverat placeringen på korttidsinstitutionen var växlade starkt; från mycket precis vad den sociala barna-

.....
Motiveringen för placeringen på korttidsinstitution växlade starkt från mycket precis vad den sociala barnavården önskade till att man inte kunde komma på något bättre
.....

vården önskade skulle uppnås med behandlingen till att man beträffande en svårkontaktad familj inte kunde komma på något bättre.

De motiv som uppgivits i utredningar och intervjuer har varit:

- 1) observation av familjen
- 2) relationsbearbetning
- 3) stöd i föräldraroll
- 4) akut kris

Observation av familjen innebar såväl en kontrollerande funktion att ge barnet en säkerhet mot miss-handel och vanvård som att erhålla kunskap om familjernas psykiska resurser. Relationsbearbetning gällde samtliga inackorderade familjer, då detta var ett kriterium för intagning. Akut kris kunde vara den ena föräldrarnas plötsliga död eller att familjen stod inför omedelbart vräkningsshot.

Behandlingsinstitutionen hade önskemål om en större delaktighet från socialsekreterarna i behandlingsarbetet. Det fanns oklarheter i socialsekreterarnas roll under vistelsetiden. De hade även tidsmässigt svårt att hinna med de besök på behandlingsinstitutionen, som var överenskommet. När familjen väl var inackorderad, kanske efter långt motivationsarbete minskade socialsekreterarnas oro. Då andra arbetsuppgifter trängde sig på kändes besöken på behandlingshemmet mindre angelägna.

I samarbetets slutfaser var ansvarsfördelningen och samarbetet problematiskt. Till detta bidrog i hög grad oklarheten kring de tio uppföljningssamtal som ingick i eftervården. Stod familjen då under behandlingsinstitutionens behandlingsansvar eller hade sociala servicecentralen återtagit detta i samband med utflyttningen?

Efter vistelsen på behandlingsinstitutionen var sociala servicecentralen angelägen att få del av institutionens utredningsmaterial. Behandlingsinstitutionen hade med sin kunskap om familjen önskemål om att påverka servicecentralens åtgärder. Behand-

lingsinstitutionen och servicecentralen kunde ha olika bilder av familjen. Behandlingsinstitutionen hade ett närhetsperspektiv genom kontakt med familjen 24 timmar om dygnet. Sociala servicecentralen hade en mer övergripande bild.

Socialsekreterarna saknade ofta en tydlig bild av barnens utveckling och psykiska konflikter. Detta sammanhänger bl a med arbetssituation och utbildning. På behandlingsinstitutionen fanns större möjlighet att observera barnen. Behandlingspersonalen ansåg att deras inblick i familjen inte tillfullo togs tillvara.

Diskussion

Kartläggningsstudien i området pekar på en icke ringa andel familjer med sociala och/eller psykiska svårigheter. Nylander & Zetterström fann att i 25,8% av de undersökta familjerna antingen kvinnan eller mannen varit kända för missbruk och/eller kriminalitet eller sökt psykiatrisk vård. Trots detta har det under projektiden varit låg beläggning på behandlingsinstitutionen. Hindren för ett optimalt tillvaratagande av behandlingsinstitutionens möjligheter som framkommit sammanhänger bl a med:

- 1) sociala servicecentralens arbetssätt. Man når inte familjerna och motivationsarbetet är otillräckligt.
- 2) utredningsförfarandet. Familjernas sociala och psykiska villkor kartläggs inte till fullo ur de aspekter som krävs för ett optimalt val av åtgärd.
- 3) samarbetet mellan servicecentralen och behandlingsinstitutionen.

Hinder i samarbetet. Utvecklande av samarbete är en väsentlig del av social metodik. Hinder i utvecklandet av samarbetet mellan servicecentral och behandlingsinstitution finns på flera olika nivåer:

- 1) i lagstiftningens och föreskrifternas utformning
- 2) i organisationen
- 3) i socialarbetarnas arbetsmiljö
- 4) i den sociala metodiken
- 5) på attitydplanet

"Hinder måste alltid ses i relation till någon slags avsikt med arbetet, i bästa fall vad vi ovan kallat en metod". Sunesson (1980)

Denna studies material ger vid handen att hindren

:::::::::::
Samarbete utvecklades föga under det 1 1/2 år studien pågick
:::::::::::

för optimalt samarbete snarare hänger samman med organisation, arbetsmiljö, metodik, utbildning och attityder än med lagar och föreskrifter. Naturligtvis påverkar de olika nivåerna varandra. Av intervjuer och protokoll framkom att sekretesslagen från 1981 till en början innan man vant sig att hantera den kunde skapa svårigheter. Dessa var av övergående natur. Attityder som hade effekt på samarbetet rörde samarbetets art, samarbetspartnern samt inställningen till den familj det konkreta samarbetet rörde.

Otydlig målsättning. För ett välfungerande samarbete är det nödvändigt med en enhetlig och tydlig målsättning. Det är nödvändigt att diskutera förväntningar på och syftet med samarbetet.

En tydlig målsättning är nödvändig för att kunna utvärdera samarbetet och för att detsamma skall utvecklas. Samarbetet utvecklades föga under det 1 1/2 år studien pågick. I projektet diskuterades kriterier för intagning av familjer till behandlingsinstitutionen utförligt. De skilda utgångspunkterna och samarbetet på ett mer övergripande sätt behandlades ej.

Avsaknad av rutiner. För att ett samarbete skall löpa är det nödvändigt att bygga upp rutiner för kontakter, hur information skall lämnas etc. Detta krävs för att samarbetet inte enbart skall bygga på personkännedom. I det här aktuella samarbetet mellan servicecentral och behandlingsinstitution etablerades rutiner för de första faserna i samarbetet; intagningskonferenser, former för inflyttning osv men inte för avslutandet. Vid intervjuerna framkom att socialsekreterarna i vissa fall inte visste om behandlingsinstitutionen fortfarande hade kontakt med familjen. Socialsekreterare hade i något fall ett år efter vistelsen inte kännedom om att familjen varit inackorderad.

Oklarheter i de samarbetandes ansvarsfördelning. Oklarheter förelåg såväl i anvisningar som direktiv beträffande ansvarsfördelningen i samar-

.....
Likheterna i roller, t. ex. mellan socialsekreterare och behandlare kan leda till rivalitet
.....

tet som brister i socialsekreterarnas och behandlingspersonalens kännedom om dessa.

Under studiens första del var de föreskrifter som reglerade samarbetet mellan sociala barnavården och landstingets behandlingsinstitutioner i Stockholms län från början av 70-talet. Med Socialtjänstlagen (fr 1982) kom en stor frihet i utformandet av samarbetet utifrån Socialstyrelsens anvisningar. Detta ställer stora krav på arbetsledningen att upprätta rutiner för samarbetet och utforma det mer i detalj t ex när det gäller eftervård.

Otydliga yrkesroller. Det finns stora likheter i yrkesrollerna inom det sociala fältet samtidigt som varje yrkesgrupp har sin specialkunskap. I samarbetet är det väsentligt att varje yrkesgrupp profilerar sin specifika yrkeskompetens. När institutionen tog över ansvaret för familjen uppstod en förändring och uttunning i socialsekreterarnas roll. Likheten i rollerna t ex mellan socialsekreterare och behandlarna kan leda till rivalitet i stället för att man kompletterar varandra. Varje yrkesgrupp har sitt speciella yrkesspråk med för denna mycket precis betydelse. I samarbetet är det nödvändigt med ett gemensamt språk, som är tillgängligt för samtliga berörda utan att det förlorar i klarhet och innebörd.

Utebliven kontinuerlig utvärdering av samarbetet. För att ett samarbete skall utvecklas krävs att samarbetspartners granskar vad man uppnått i samarbetet och vad som återstår. Då måste det finnas en målsättning att jämföra mot. I projektet skedde under studiens gång ingen utvärdering på ett mer systematiskt sätt mellan de samarbetande.

För att utveckla social metodik och samarbetsformer är dokumentation till ovärderlig hjälp. Denna var många gånger bristfällig beträffande bl a barnens utveckling, familjernas sociala nätverk och olika förebyggande åtgärder. Vi har i Sverige haft en diskussion kring dokumentation ur integritetssynpunkt, vilken varit välgörande. Jag skulle vilja efterlysa en debatt om dokumentation med utgångspunkt att förbättra metodiken att stödja familjer

som sviktar i omsorgen om barnen. Det krävs då en annan form av dokumentation.

Några slutsatser

Under senare år har samarbete inom det sociala fältet uppmärksamrats. I olika anvisningar påbjuds ett ökat samarbete mellan sociala myndigheter. Alltför ofta tas samarbete för givet utan att man talar om betingelser för samarbetet och vad man konkret vill nå med det. Samarbete har en positiv värdeladdning något som försvårar en kritisk granskning.

Det behöver utvecklas en social metodik som innefattar samarbete och som kan läras ut inom utbildningarna. Motiveringsarbete inom socialt behandlingsarbete har kommit i centrum. Att utveckla samarbetet beträffande motivering för en behandlingsinsats är en väsentlig uppgift.

För goda samarbetsbetingelser måste yrkesrollerna vara tydliga och klart avgränsade. Grunden för yrkesrollen läggs i utbildningen och utmejslas senare i yrkesverksamheten. Det finns en tendens till utslätning av yrkesrollerna inom det sociala området.

Socialarbetare ges i liten utsträckning möjligheter att följa upp effekterna av sitt arbete, av vidtagna åtgärder (Suneson, 1980). En fortlöpande utvärdering av metodik och samverkan är nödvändigt för att på ett systematiskt sätt ta lärdom av gjorda erfarenheter.

Jag har diskuterat attitydernas betydelse för samarbetet. Samverkanshinder som beror på attityder kan bäst bearbetas i utbildningssammanhang.

I utvecklandet av en social metodik beträffande samarbete samspelar teori och konkreta erfarenheter. Ansatser till en teori om samverkan har presenterats av Humble & Janson (1980). För att utveckla en teori om samarbete behövs ytterligare empirisk forskning av den typ som den beskrivna studien är exempel på.

.....
För att utveckla social metodik och samarbetsformer är dokumentation av ovärderlig hjälp
.....

REFERENSER

- Humble, K & Janson, U* (1980): Utkast till en teori om samverkansbetingelser, rapport 6 PBU-utvärderingen Metodutvecklingsgruppen, Stockholms Läns landsting, Social nämnden.
- Jorup, B* (1985): Inackordering av småbarnsfamiljer på korttidshem. Studier av samarbetsbetingelser mellan social servicecentral och behandlingsinstitution, Stockholms Läns landsting, Sociala nämnden.
- Nylander, I & Zetterström, R* (1983): Home environment of children in a new Stockholm suburb, Acta Paediatrica Scandinavica, 310.
- Suneson, S* 1980: Socialt arbete i förändring. När man inte lyckas, rapport 7:1 Stockholms socialförvaltning.

Interhospital 87

Interhospital 87

Världens största sjukhus-fackmässa



– med ansvaret och omvårdnaden som framtid.

Världens största sjukhus-fackmässa i Düsseldorf inbjuder härmed till en väldokumenterad informationsträff och internationellt erfarenhetsutbyte. Över 1000 utställare från 22 länder kommer dessutom att visa det senaste inom det medicinsk-tekniska och organisatoriska området. Nya och miljövänligare lösningar som ökar effektiviteten och pressar kostnaderna.

**Välkommen till
Interhospital 87.
Den 31. 3. – 3. 4. 87
i Düsseldorf.**

För ytterligare information:
Interhospital 87
besökar-prospekt/
14:e tyska
sjukhus-kongressen



Tysk-Svenska Handelskammaren
Box 12 23 · 11182 Stockholm
Telefon (08) 20 84 82 / 21 75 61 /
21 75 69