

Lunds Universitet
Socialhögskolan
Komparativ Socialpolitik SOL611
Kandidatuppsats i socialt arbete
Vårterminen 2007

ATT VÄLJA, VÄLJA OM OCH VÄLJA RÄTT

En kvalitativ studie av vad det är som styr kommuners utformning av
öppenvårdsinsatser för ungdomar

Författare: Lina Svärd & Anna Ängeby

Handledare: Per-Gunnar Edebalk

Examinator: Lars Harrysson

Abstract

Authors: Lina Svärd & Anna Ängeby

Titel: To choose, make a new choice and make the right choice

Supervisor: Per-Gunnar Edebalk

Assessor: Lars Harrysson

The aim with this study was to examine what it is that govern the way that municipalities develop the non-institutional care for youth. An extensive development of non-institutional care for children is a visible trend in municipal social service and probable reasons for this development are, among other things, research that show inadequate results of the institution care and economy. Our main questions at issue were how the municipalities argue the priorities that have been done within their youth care services with regard to the non-institutional care and how they reason considering this? Furthermore we asked why the municipalities have chosen to develop their non-institutional care for youth the way they have and on what grounds they make their choices? This study consists of eight qualitative interviews with politicians and employees in four different municipals along with analysis of relevant documents. We have found that what governs the way that municipalities develop the non-institutional care for youth has to do with that the municipalities found it vital to find alternative solutions to the expensive and ineffective institutional care, that they comprehend that the quality of non-institutional care are higher then of the institutional care and that the non-institutional care is seen as more effective with regards to economic results and achieved treatment results. Furthermore the non-institutional care makes it possible to priorities working with the youth family as a whole, something that is seen as vital and of great importance by the municipalities. Moreover the fact that non-institutional care is seen by the municipalities as an effective tool and has a symbolic value for the municipalities effects the development of the non-institutional care.

Key words: non-institutional care, social service, municipalities, priorities

1. INLEDNING.....	5
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	5
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
1.3 AVGRÄNSNINGAR OCH BEGREPP	7
1.4 VIDARE FRAMSTÄLLNING	10
2. METOD.....	11
2.1 UTGÅNGSPUNKT OCH FORSKNINGSTRATEGI	11
2.1.1 <i>Subjektivitet och förförståelse</i>	12
2.2 VAL AV METOD.....	12
2.2.1 <i>Dokumentanalys</i>	13
2.2.2 <i>Intervju</i>	14
2.3 URVAL.....	14
2.3.1 <i>Urval av kommuner</i>	15
2.3.2 <i>Urval av intervjupersoner</i>	15
2.4 GENOMFÖRANDE.....	16
2.5 METODDISKUSSION	17
3. ÖPPENVÅRDENS FRAMVÄXT I SVERIGE	18
3.1 ÖPPENVÅRDSINSATSERNAS UTVECKLING	18
3.2 KUNSKAPSLÄGET IDAG.....	21
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT.....	23
4.1 PRIORITERINGSFORSKNING INOM SOCIALTJÄNSTEN.....	23
4.2 ATT VÄLJA - ATT PRIORITERA	26
4.3 PRIORITERINGAR MELLAN OCH INOM OLIKA NIVÅER I KOMMUNEN.....	27
4.4 PRIORITERINGAR UTIFRÅN RATIONELLA VAL OCH DE SYMBOLVÄRDEN DE SKAPAR..	28
4.4.1 <i>Mål- och värderationalitet</i>	28
4.4.2 <i>Verktygsperspektivet</i>	29
4.4.3 <i>Symbolperspektivet</i>	30
5. REDOVISNING AV MATERIAL	33
5.1 ÖPPENVÅRDSINSATSER OCH METODER SOM ANVÄNDS I KOMMUNERNA	33
5.2 MÅL OCH POLICYS FÖR ÖPPENVÅRDSINSATSER	34
5.3 FAMILJEPERSPEKTIVET OCH HEMMILJÖNS BETYDELSE FÖR FÖRÄNDRINGSARBETET .	35
5.4 EKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR.....	37
5.5 ÖPPENVÅRDSINSATSER UTIFRÅN FORSKNING OCH EVIDENSBASERADE METODER.....	38
5.6 UTVÄRDERINGAR	40
5.7 PROBLEMBILD BLAND UNGDOMAR	41
5.8 ROLLFÖRDELNING MELLAN POLITIKER OCH TJÄNSTEMÄN	42
6. ANALYS OCH DISKUSSION.....	44
6.1 KOMMUNERNAS VAL - PRIORITERINGAR.....	44
6.2 ÖPPENVÅRDSINSATSER - ETT RATIONELLT VAL?	46
6.3 AVSLUTANDE DISKUSSION.....	49
LITTERATURFÖRTECKNING	51

BILAGA 1	55
BILAGA 2	56

1. Inledning

I detta inledande kapitel presenteras problemområdet för vår studie vilket leder fram till vårt syfte och våra frågeställningar varefter vi redogör för de avgränsningar som har betydelse för studien samt förklarar centrala och relevanta begrepp för uppsatsen.

1.1 Problemformulering

Det finns idag synliga trender vad det gäller sociala insatser för barn och ungdomar mot mer öppenvård inom den kommunala socialtjänsten och det har skett en påtaglig utveckling av dessa insatser sedan början av 1990-talet. Insatserna har utvecklats i olika former, från förebyggande arbete till insatser för barn och ungdomar med redan uppenbar problematik med syfte att användas som alternativ till institutionsplaceringar och familjehemsplaceringar. I många kommuner är därmed utbudet av öppenvårdsinsatser omfattande och kommunerna satsar på en fortsatt utveckling av nya former av öppenvårdsinsatser, även om antalet barn och unga inom öppenvården planat ut de senaste fem åren. Möjliga förklaringar till öppenvårdens omfattande utveckling är forskningsresultat som visar på institutionsvårdens bristande effekter, besparingskrav i offentlig verksamhet, ökat intresse hos professionen att utveckla och ge utrymme för nya metoder samt att nya målgrupper lyfts fram. En kartläggning av öppenvårdsinsatser i kommunerna visar på att det även är en hel del kommuner som uppgett att de har direktiv på politisk och/eller förvaltningsledningsnivå om att använda öppenvårdsinsatser istället för vård utom hemmet (Socialstyrelsen 2006b).

Kunskapen om denna utveckling är dock begränsad och det saknas i stor utsträckning forskning om barn- och ungdomsvårdens arbete. Det finns inom barn- och ungdomsvården ett intresse för ett kunskapsbaserat arbete och ambitionsnivån är ofta hög liksom förväntningarna, men det finns begränsade resurser och kunskap om vilka insatser som leder till positiva resultat. Den forskning som finns på området berör mestadels familjehemsvård och institutionsvård, men vad det gäller barn- och ungdomsvårdens omfattande arbete i övrigt saknas till stor del generell kunskap (Socialstyrelsen, 2006b). Endast ett fåtal studier behandlar effekterna av specifika öppenvårdsinsatser. Kommunernas kostnader för barn- och ungdomsvården fortsätter samtidigt att öka och den stora delen av kostnaderna består i dygnsvård på institution eller i familjehem, även om kostnaderna för öppenvårdsinsatser ökat markant den senaste femårsperioden. I och

med de ökade kostnaderna är det möjligt att kraven på att hitta billigare alternativ till de dyra institutionsplaceringarna ökar för att hålla budgeten (Socialstyrelsen 2006). Enligt Socialstyrelsen (2006) har kommunerna länge ansträngt sig för att minska institutionsvården och de menar att utbudet av olika öppna insatser har ökat för att möjliggöra tidigare insatser och ytterst undvika placeringar utanför hemmet. Undersökningar inom området visar dock att såkallade hemmaplanslösningar endast till en begränsad del har ersatt dygnsvården för ungdomar, som är den grupp i förhållande till andel i befolkningen som sedan år 2000 har haft flest insatser, men möjligt är att ännu fler unga hade placerats om inte de öppna insatserna byggts ut. För ungdomar med en accelererande destruktiv utveckling kräver öppna insatser på hemmaplan ofta hög intensitet samt att föräldrar och skola kan och förmår erbjuda ett tillräckligt stöd (ibid.).

Det har alltså skett en omfattande utveckling av öppenvårdsinsatser för barn och ungdomar, så mycket vet vi, men kunskapen om denna utveckling är begränsad. Vad beror den egentligen på? Hur har kommunerna resonerat när det gäller utformningen av öppenvårdsinsatser för barn och ungdomar? Och vad har varit avgörande för utformningen av öppenvårdsinsatserna? Inom detta område är forskningen begränsad. Enligt Socialtjänstlagen är barn- och ungdomsvården i första hand ett kommunalt ansvar och kommunerna ska se till att den utvecklas och anpassas till lokala förhållanden och det gäller kanske framförallt öppenvårdsinsatserna som faktiskt ges just på hemmaplan. Förutsättningarna för invånarna skiljer sig dock åt i olika kommuner, såväl sociokulturellt som ekonomiskt och olika kommuner har varierande resurser att förfoga över vad det gäller barn- och ungdomsvården (Socialstyrelsen 2006). Det finns en mängd möjliga förklaringar till varför utvecklingen sett ut som den gjort och en kartläggning har genomförts om hur öppenvårdsinsatserna utformats för barn och ungdomar. Vi är dock framförallt intresserade av hur kommunerna själva resonerar runt varför de har agerat som de har gjort och hur de motiverar sina val vad gäller utformningen av öppenvårdsinsatser. Ungdomar är som ovan sagt den grupp med flest öppenvårdsinsatser i förhållande till andel i befolkningen och där öppenvårdsinsatser i allt större utsträckning utvecklas som alternativ till institutionsvård, varför vi begränsar oss till denna grupp. Vi ställer oss frågan vad är det som styr utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar i kommunerna? Hur väljer kommuner vilka öppenvårdsinsatser som skall erbjudas, hur de ska utformas och i vilken omfattning? Alltså vilka prioriteringar har kommunerna gjort i

utvecklandet av sina öppenvårdinsatser? Vår utgångspunkt är att kommunerna gör val både vad det gäller barn- och ungdomsvården som helhet samt specifikt vad det gäller utformningen av öppenvårdinsatser för ungdomar, att de prioriterar vissa insatser framför andra därför att det resursmässigt inte är möjligt att lösa alla problem. Vad är det då som styr dessa val? Är det ekonomiska intressen som råder? Grundar det sig i forskning som visar på bristande resultat vid placeringar av ungdomar? Är det behoven bland ungdomar i kommunen som styr eller är det helt enkelt ett ökat intresse för utveckling av nya metoder hos professionen som ligger till grund?

1.2 Syfte och frågeställningar

Ovan förda resonemang leder oss fram till följande syfte: att undersöka vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar. För att besvara vårt syfte tar vi vår utgångspunkt i två huvudsakliga frågeställningar:

- Hur motiverar kommunerna de prioriteringar som gjorts inom ungdomsvården avseende öppenvårdsinsatser? Hur resonerar kommunerna kring detta?
- Varför har kommunerna valt att utforma öppenvårdsinsatser för ungdomar på det sätt som de har gjort? På vilka grunder gör de sina val?

1.3 Avgränsningar och begrepp

Det finns idag ingen nationell gemensam begreppsapparat vad gäller öppenvårdsinsatser för ungdomar eller hur den är utformad. Inom den kommunala socialtjänsten, vars öppenvårdsinsatser vi avser i denna studie, saknas det ofta gemensam terminologi och dokumentationssystem (Socialstyrelsen, 2006b) och det är därför problematiskt att utifrån undersökningens område göra tydliga avgränsningar och begreppsförklaringar. Det är dock viktigt att i den mån det är möjligt förtydliga vad vi avser med öppenvårdsinsatser.

Öppenvårdsinsatser kan definieras i relation till heldygnsvård, där differentieringen ligger i den öppna respektive den slutna vården. Det gemensamma för den öppna och den slutna vården är dock att båda insatserna är verksamheter där särskilt utsedda personer arbetar med någon form av vårdinsats för att skapa en förändring i en persons liv. Skillnaden utgår mer från var vården ska ske, det vill säga att

öppenvårdsinsatserna primärt utgår från hemmaplanslösningar där ungdomen ska vårdas i sin hemmamiljö, till skillnad från heldygnsvård, då ungdomen flyttas från hemmet till annan lokal och ort. En hemmaplanslösning innebär dock inte nödvändigtvis att ungdomen är kvar i sin familj, utan hemmaplanet kan vara kommunen och den sociala miljö ungdomen befinner sig. Tillexempel kan en hemmaplanslösning vara att ungdomen flyttar till ett stöd- eller träningsboende i kommunen. Vidare kan hemmaplanslösningar i viss mening ses som *alternativ till institutionsvård*, men i begreppet hemmaplanslösning ligger att det finns någon form av lösning, det vill säga att det avser någon form av verksamhet eller satsning, till skillnad från *alternativ till institutionsvård* som endast säger vad som inte ska göras och alternativet kan vara att inte göra någonting (Forkby, 2005). Hemmaplanslösningar kan således ges som ett alternativ till institutionsvård, men även som insats för ungdomar där institutionsvård inte hade varit aktuellt, men då ungdomen uppvisar sådant beteende att det finns behov av en insats. I denna undersökning kommer vi främst att använda oss av begreppet öppenvårdsinsats, men vi avser då även hemmaplanslösningar enligt ovan förda resonemang.

Ungdomsvården i Sverige utgår främst från Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), där insatser enligt SoL är frivilliga, medan barn och ungdomar som får vård enligt LVU får det mot sitt eget eller vårdnadshavarens samtycke. De flesta öppenvårdsinsatserna som beviljas efter utredning är frivilliga och ges som bistånd enligt 4 kap § 1 SoL, men det kan även bli aktuellt med en öppenvårdsinsats som inte är med samtycke av ungdomen eller dennes vårdnadshavare enligt LVU. I vår studie diskuteras även institutions- och familjehemsvård och dessa kan tillsammans benämnas heldygnsvård, som avser vård med placering utanför det egna hemmet på institution eller i familjehem, enligt SoL eller LVU samt omedelbart omhändertagande enligt LVU (Socialstyrelsen, 2006).

Socialstyrelsen (2006) delar i sina statistiska rapporter in öppenvårdsinsatser i tre övergripande kategorier. Dessa är *Strukturerade öppenvårdsprogram enligt SoL*, där ungdomen kommer till en verksamhet på vissa tider under en avgränsad tidsperiod. Den andra är *Behovsprövat personligt stöd enligt SoL* som tillexempel kan vara samtal med en socialsekreterare eller behandlingsassistent. Den tredje kategorin är *Kontaktperson/-familj enligt SoL eller LVU*, vilka är insatser där en person eller familj, som är utsedd av socialnämnden, ska ha kontakt med ungdomen och stödja denne (Socialstyrelsen, 2006). I

den kartläggning av öppenvårdsinsatser för barn och unga som Forkby gjort på uppdrag av Socialstyrelsen (2006b) har han utvecklat olika kategorier av öppenvårdsinsatser utifrån resultaten av studien. Dessa är *programverksamhet, riktad dagverksamhet, socialpedagogisk insats, skolsocial insats, kvalificerat nätverksarbete, enskilt samtalsstöd* samt *öppenvård i annan form*. Det finns således ansatser från Socialstyrelsens sida att utforma nationella gemensamma kategorier, men då dessa ännu inte är etablerade har vi valt att i vår definition av öppenvårdsinsatser inte avgränsa dessa till specifika kategorier, utan mer utgå från ovan förda resonemang om hemmaplanslösningar. Detta då det är vad som styr kommunens utformning av öppenvårdsinsatser vi vill undersöka och inte vilka öppenvårdsinsatser som finns i kommunen. Vi finner därför en avgränsning i specifika kategorier begränsande för att besvara vårt syfte. Öppenvårdsinsatser i denna studie utgår således från ett generellt plan och inte utifrån specifika insatser, verksamheter eller enheter. Därav har vi heller inte avgränsat oss till öppenvårdsinsatser som är biståndsinsatser enligt SoL eller LVU, utan det kan även vara öppenvårdsinsatser som kommunen erbjuder som en service, där invånarna själva kan ta kontakt och få stöd, utan att bli registrerade och utredda av socialtjänsten. Öppenvårdsinsatser kan även användas i förebyggande syfte för att undvika placering på institution och ingår i sådant fall i denna undersökning. Med öppenvårdsinsatser avser vi dock inte allmänt förebyggande insatser som till exempel uppsökande verksamheter, ungdomsmottagningar, alkohol- och drogprevention och fritidsgårdar.

Ytterligare en avgränsning att förtydliga är målgruppen vi valt att utgå ifrån i vår studie. Vi skriver genomgående i uppsatsen om ungdomar och avser då gruppen tonåringar i åldern tretton till tjugo år, där hänsyn tas till att kommunerna organiserar sina verksamheter på olika sätt och utifrån olika ålderskategorier. Åldersindelningen tretton till tjugo år är därmed inte knivskarp, utan avser att ge en fingervisning om den ålder vi syftar till. Vidare är vi inte intresserade av att undersöka öppenvårdsinsatser riktade till ungdomar där problemen enbart ligger i miljön, utan vi avser främst öppenvårdsinsatser för ungdomar där ungdomen själv uppvisar någon form av beteendeproblematik, exempelvis kriminalitet, missbruk, aggressivitet eller skolk och utifrån detta är i behov av någon form av social insats. Vi är medvetna om att det ena ofta är avhängigt av det andra och att kommunerna inte alltid avgränsat sina öppenvårdsinsatser för ungdomar utifrån en sådan målgrupp. Därför är det inte möjligt att hävda att när vi pratar om

öppenvårdsinsatser i denna studie så är dessa insatser endast riktade till ungdomar med beteendeproblem.

1.4 Vidare framställning

Uppsatsens följande kapitel redogör för den metod vi har valt att använda oss av samt hur vi har gått tillväga vid vår undersökning. Därefter följer ett kapitel där öppenvårdens framväxt i Sverige beskrivs genom en kort historisk tillbakablick vilken avslutas med en översikt av kunskapsläget idag avseende öppenvårdsinsatser för ungdomar. I kapitel fyra redogör vi vidare för vår teoretiska utgångspunkt vilket efterföljs av en presentation av materialet från vår studie i kapitel fem. I det avslutande sjätte kapitlet återfinns vår analys och avslutande diskussion.

2. Metod

I metodkapitlet har vi för avsikt att redovisa den metodologiska utgångspunkten för vår studie, vår subjektivitet, vårt val av metod samt vårt sätt att genomföra studien. Vi diskuterar även för- och nackdelar med det tillvägagångssätt som vi har valt.

2.1 Utgångspunkt och forskningsstrategi

Syftet med vår studie är att undersöka vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Vi har varit intresserade av hur kommunerna har gått tillväga för att utforma sin öppenvård och varför de valt att göra som de gjort. När vi tog oss an vårt forskningsområde var vi redan från början medvetna om att det fanns många olika vägar att gå, som i sin tur möjligtvis kunde leda till olika ”svar” på vårt syfte. Vår utgångspunkt har därmed varit att den sociala ordningen i kommunerna befinner sig i en ständigt pågående förändring genom att beslut och överenskommelser skapas, förnyas, granskas och revideras. Kommunen som organisation är därmed inte något som exciterar på förhand och oberoende av individerna utan ordningen i kommunen är något som arbetas och förhandlas fram. Det finns därmed inte en verklighet som vi har haft för avsikt att ta reda på utan vi är medvetna av att vi ägnat oss åt tolkningar av processer i en ordning som ständigt förändrar sig (jmf *konstruktionismen*, Bryman, 2002).

Enligt Socialstyrelsen (2006) så kan möjliga förklaringar till öppenvårdens omfattande utveckling vara betydande forskningsresultat som visar på institutionsvårdens bristande effekter, besparingskrav i offentlig verksamhet, ökat intresse hos professionen att utveckla och ge utrymme för nya metoder samt att nya målgrupper lyfts fram. Detta utgör tänkbara förklaringar till utvecklingen, men vi har haft för avsikt att försöka förstå den situation som kommunerna befinner sig i och få insikter om de specifika och avgränsade processer och särdrag som präglar utformningen av öppenvårdsinsatserna för ungdomar i kommunerna (jmf, Reptad, 1999). Även om vi självklart har haft dessa möjliga förklaringar med oss in i forskningsarbetet, så har vår intention varit att bevara en öppenhet i forskningsprocessen inför att det även kan finnas andra tolkningar av vad som styr utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar i kommunen. Tanken om att bevara en öppenhet inför forskningsområdet skall dock inte tolkas som att vi anser oss vara helt objektiva. Objektivitet som ett kriterium är alltmer ovanligt idag inom samhällsforskningen, eftersom det anses som omöjligt att inte påverkas av sina

värderingar (Bryman, 2002). Däremot är det viktigt att argumentera för och reflektera över sina ställningstaganden i förhållande till litteraturen och empirin (Alvesson & Deetz, 2000). Utifrån detta har det varit viktigt för oss att redogöra för och reflektera över vår förförståelse och våra ställningstaganden i forskningsprocessen för att därigenom förhålla oss redbart till vår subjektivitet. Med utgångspunkt i ovan förda resonemang så har den kvalitativa forskningsstrategin legat till grund för vår studie. Den är enligt Bryman (2002, s. 49) *"induktiv, tolkande och konstruktionistisk till sin art"*.

2.1.1 Subjektivitet och förförståelse

Kvalitativ forskningsmetod har sitt ursprung i den hermeneutiska traditionen. Inom denna tradition använder sig forskaren av hans eller hennes erfarenheter, kunskap och värderingar för att tolka sina data. Detta är vad som menas med förförståelse, utan vilken det inte är möjligt att tolka sitt material. Det innebär i sin tur att forskning alltid är subjektiv och därför är det viktigt att som forskare förhålla sig till subjektiviteten, då varje steg i forskningsprocessen påverkas av de antaganden som forskaren gör (Patel & Tebelius, 1987). För att ge läsaren en möjlighet att förhålla sig till våra subjektiva uppfattningar vill vi kort redogöra för våra inledande diskussioner om problemområdet. Dessa utgick till stora delar från att vi båda genomfört vår praktiktermin inom öppenvården, närmare bestämt familjebehandling, där vi upplevt att öppenvårdinsatser i allt större och kanske ibland i alltför stor utsträckning användes som alternativ till placeringar på institution eller familjhem av ungdomar. Vår utgångspunkt är dock att öppenvårdsinsatser generellt sett är någonting positivt inom det sociala arbetsfältet för ungdomar. Vår ingång i studien utgår således inte ifrån ett ifrågasättande av öppenvårdsinsatser i sig, utan vår subjektivitet består i ett frågande inför att kommunerna alltmer använder sig av öppenvårdsinsatser, men kanske inte alltid med insikt om varför de gör som de gör.

2.2 Val av metod

Utifrån syfte, problemområde och ansats valde vi att genomföra vår studie med hjälp av kvalitativa semistrukturerade intervjuer och dokumentanalys. Det finns dock aldrig en lämplig metod utan det handlar om att skapa sig en egen verktygslåda och ju mer kreativ den är desto bättre förutsättningar för intressant forskning. Vårt syfte är att analysera vad

som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar och vi har valt att utgå ifrån en kvalitativ forskningsstrategi i genomförandet av vår studie, då vi ställer oss frågor som hur kommunerna prioriterat och varför. Statistisk generaliserbarhet och representativitet är därmed inte något som vi eftersträvat eller som är möjligt att uppnå i en kvalitativ studie, då det centrala i den kvalitativa metoden är att genom att samla in information på olika sätt få en djupare förståelse av det fenomen som studeras och dess kontext, vilket vi också eftersträvar med vår studie (jmf Holme & Solvang, 1997).

2.2.1 Dokumentanalys

Kommunal socialtjänst lämnar ifrån sig en mängd information i form av officiella dokument såsom till exempel budget, bokslut, verksamhetsplaner, visioner och mål- och styrdokument, vilka till viss del representerar den officiella hållningen i kommunen. Därför fann vi det relevant och intressant i förhållande till vårt syfte att analysera dokument ifrån kommunerna kopplade till vårt problemområde. Vi har varit intresserade av vad som finns nedskrivet om öppenvårdsinsatser för ungdomar och hur man hade formulerat sig eller inte formulerat sig vad det gällde öppenvårdens utformning. Att använda sig av dokument i kombination med en annan metod gör det möjligt att som forskare jämföra sina egna tolkningar av händelser med hur dessa och liknande händelser har beskrivits i olika dokument. Dokument kan också i sig själva berätta en hel del för oss om hur händelser har konstruerats och om skälen till att det har dokumenterats (May, 2001). Med andra ord har dokumentanalysen gett oss möjlighet att i vissa fall bekräfta vad intervjupersonerna sagt, men också eventuellt säga oss någonting utöver vad de berättat för oss. Dokument är i sig inte neutrala utan att de kan placeras in i en vidare social och politisk kontext och vad människor väljer att dokumentera styrs av beslut som relaterar till såväl sociala och politiska som ekonomiska förhållanden, vilket varit vår utgångspunkt. Detta gör att dokument i princip kan vara lika intressanta på grund av vad de utelämnar som vad de innehåller (jmf May, 2001). Vårt urval av dokument har varit begränsat utifrån vilka dokument kommunerna har valt att ge oss, det vill säga vi har varit beroende av våra intervjupersoners expertis vad gäller vilka dokument de ansett vara relevanta för vår undersökning. Dokumenten kan således endast säga oss det som kommunerna själva vill förmedla. Följaktligen kan vi inte veta om det finns andra relevanta dokument att analysera för vårt område som kommunerna valt att inte visa oss.

2.2.2 Intervju

Vår utgångspunkt i genomförandet av denna studie har varit att den sociala ordningen i kommuner inte existerar oberoende av individer, varför vi fann det fruktbart att använda oss av kvalitativa intervjuer med nyckelpersoner för att få en djupare förståelse för vad det är som styr utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar i kommuner. Till skillnad från dokumentanalys så gör intervjun det möjligt att ställa frågor och intervjupersonen har även möjlighet att utveckla och fördjupa de svar de ger. Vi var intresserade av hur kommunerna resonerade vad det gäller varför de gjort som de gjort. För att få en bild av det ansåg vi det vara nödvändigt att prata med dem som varit med och resonerat kring detta eller som visste någonting om hur andra nyckelpersoner resonerat. Samtidigt är vi medvetna om att människor inte agerar oberoende av sina egna tankar och värderingar och därför har vi varit tvungna att förhålla oss till att det i vissa fall kan vara intervjupersonernas egna åsikter som uttrycks och inte kommunernas officiella hållning. Därför har vi efter intervjuerna reflekterat över vad som framkommit och jämfört vad de två intervjuade personerna i varje kommun sagt med vad som står i dokumenten, där vi funnit att det i stor utsträckning överensstämte. Vad intervjuerna har gett oss är även en djupare förståelse av hur kommunerna resonerat och varför, vad gäller utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Detta då den kvalitativa intervjuformen tillåtit att intervjun rört sig i olika riktningar och gett fylliga och detaljrika svar. Våra intervjuer har varit semistrukturerade då de har utgått ifrån teman i intervjuguiden (se bilaga 2), intervjupersonen har haft stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt och vi har eftersträvat att bibehålla flexibilitet i vårt sätt att ställa frågorna (jmf, Bryman, 2002). Även om intervjuguiden skapat möjligheter för oss som forskare att ställa följdfrågor och låta de intervjuade personerna utveckla sina resonemang, har vi samtidigt funnit densamme begränsande utifrån att vi varit för bundna vid de frågor vi hade med oss. Stundvis har vi därför gått miste om tillfällen att ställa relevanta följdfrågor, vilket kan ha sin förklaring i oerfarenhet och att vi varit alltför låsta vid de detaljerade frågorna, istället för att mer utgå ifrån våra övergripande teman (jmf Trost, 1997).

2.3 Urval

Utifrån vårt syfte och vår kvalitativa ansats läggs ingen vikt vid statistisk generalisering och representativitet, men våra urval av kommuner och intervjupersoner har dock en

avgörande betydelse för vad vi kommer fram till i vår undersökning (jmf Holme & Solvang, 1997). Nedan följer därför en redogörelse för våra val av kommuner och intervjupersoner.

2.3.1 Urval av kommuner

För att besvara vårt syfte bestämde vi oss för att titta på fyra olika kommuner, då vi fann detta vara ett lämpligt antal utifrån de angivna tidsramar inom vilka vår undersökning skulle genomföras. Vidare tar urvalet av antal kommuner sin utgångspunkt i att öka informationsvärdet och lägga en grund för en mer fullständig uppfattning och djupare förståelse om det undersökta området (jmf Holme & Solvang, 1997). Vid påbörjandet av vår studie gjordes ett bekvämlighetsurval (jmf Bryman, 2002), då vi avgränsade oss till kommuner som ligger i Skåne för att det skulle vara tidsmässigt och ekonomiskt möjligt att ta sig till alla dessa för att genomföra intervjuerna. För att få en uppfattning om vilka kommuner som skulle kunna vara intressanta för oss använde vi oss av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) statistiska verktyg Webor, där vi bland annat tittade på kommuners utgifter för institutionsvård, öppenvård och ungdomsvård i stort. Med denna kunskap genomförde vi sedan ett delvis strategiskt urval, då vi ställde upp vissa medvetet formulerade kriterier som till viss del tog sin utgångspunkt i våra personliga uppfattningar om kommunerna och i vår förförståelse (Holme & Solvang, 1997.). Vad vi framförallt tagit hänsyn till är kommunernas sociala utgifter för sin barn- och ungdomsvård och för att få en så stor variationsbredd som möjligt i vårt material har vi utgått från extremerna, det vill säga vilka kommuner som har höga respektive låga sociala utgifter (jmf Holme & Solvang, 1997). Urvalet har även skett utifrån kommunernas sociala sammansättning, då två av kommunerna har en stadskaraktär med en variation av socioekonomiska förutsättningar medan övriga två har en mer homogen population med en stor andel höginkomsttagare. De kommuner vi slutligen valt att undersöka är Landskrona, Helsingborg, Lomma och Vellinge med utgångspunkt i ovan förda resonemang.

2.3.2 Urval av intervjupersoner

För att få svar på vårt syfte var det viktigt att genomföra våra kvalitativa intervjuer med personer som kunde antas ha stor kunskap om det fenomen vi ville undersöka (jmf Holme

& Solvang, 1997). Vi bestämde oss därför för att intervjua en politiker och en tjänsteman i varje kommun, då dessa aktörer har inflytande på olika nivåer och således kan visa oss på olika sidor av vårt undersökningsområde. Till viss del har urvalet skett genom ett såkallat snöbollsurval, då vi initialt kontaktade nyckelpersoner i kommunerna, av vilka vi i vissa fall blivit hänvisade till andra relevanta personer att tala med (jmf Bryman, 2002). Då vi intervjuat personer som kan anses ha expertkunskap inom vårt område har vi varit tvungna att ta hänsyn till att dessa kan vilja ge en viss bild av verkligheten med avsikt att framställa kommunens utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar på ett fördelaktigt sätt (jmf Holme & Solvang, 1997). Ett alternativ för oss hade följaktligen kunnat vara att även tala med de socialarbetare eller behandlare som direkt arbetar med öppenvård och kanske inte på samma sätt vill framställa verksamheterna som välfungerande och lyckade.

2.4 Genomförande

Vår arbetsprocess inleddes med att vi gick in på de utvalda kommunernas hemsidor för att se vem eller vilka personer som skulle kunna tänkas veta mest om vårt område. Den första kontakten togs genom telefonsamtal, då de vi sökt upp själva fick avgöra om de ansåg sig vara rätt person för oss att prata med eller om de kunde hänvisa oss till någon annan lämplig person inom kommunen. Vi bad även intervjupersonerna vid detta första samtal att ta fram relevanta dokument för vårt område som de antingen kunde skicka till oss i förväg eller ta med sig till intervjutillfället. Efter att vi fått kontakt med en tjänsteman och en politiker i varje kommun och bestämt tid för intervju med dessa, skickade vi via e-post ut introduktionsbrev till alla intervjupersonerna (se bilaga 1). Alla intervjuerna har genomförts på respektive intervjupersons arbetsplats och vi har båda två deltagit vi samtliga tillfällen som har varat i 1 till 1,5 timme. Efter godkännande har även intervjuerna spelats in på en diktafon. I två av kommunerna genomfördes båda intervjuerna samma dag, en dag hade vi två intervjuer i två olika kommuner och i övriga fall har vi genomfört en intervju per dag. Varje intervju har inletts med att tydliggöra vårt syfte och våra avgränsningar och därefter har en av oss haft huvudansvaret för att ställa frågor utifrån intervjuguiden, men där möjlighet funnits för båda att ställa följdfrågor. Vi har även informerat om att vi inte kommer att skriva ut namn på våra intervjupersoner och vi har frågat och fått godkännande av samtliga intervjupersoner att namnge

kommunerna. Parallellt med att intervjuerna genomförts har dessa transkriberats och vi har samlat material som tidigare forskning och rapporter och på så sätt blivit mer insatta i vårt forskningsområde. När all empiri var insamlad lästes materialet igenom av oss båda och vi lyfte fram centrala delar för vårt syfte vilka presenterats utifrån teman i kapitel fem och därefter analyserats med hjälp av den teori som presenteras i kapitel fyra.

2.5 Metoddiskussion

Att använda oss av en kvalitativ metod där vi genomfört intervjuer med representanter för kommunerna samt analyserat relevanta dokument för vårt forskningsområde har givit oss en fruktbar beskrivning av verkligheten. Denna beskrivning ska dock inte ses som en absolut sanning, utan vår utgångspunkt är att vårt material endast ger oss tolkningar av det område som vi valt att undersöka. Självklart kan det även finnas brister i vårt tillvägagångssätt och andra vägar hade varit möjliga att ta för att besvara vårt syfte. Till exempel vad gäller urval av antal kommuner hade vi kunnat genomföra en fallstudie av en eller två kommuner och på så sätt mer i detalj kunnat beskriva kontexten. Genom en sådan studie hade vi även haft möjlighet att bland annat ge en djupare analys av faktiska orsaker till ungdomars ”problem” och mer sätta oss in i varför en kommun har få eller många placeringar eller öppenvårdsinsatser. Vårt val att undersöka fyra kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar har lett till att vi delvis förlorat detta djup och det blir således en mer översiktlig analys av hur det ser ut i kommunerna. Vidare gör vi inga anspråk på att säga något om hur kommunerna faktiskt agerar i praktiken vad gäller öppenvårdsinsatser för ungdomar, utan vi kan enbart utgå från vad som framkommit i intervjuerna och det som redogörs för i dokumenten. Det är vidare inte möjligt att för oss utifrån studiens resultat säga någonting om hur det generellt ser ut i kommuner, utan vi kan endast redogöra för hur det är utformat i de kommuner som ingår i vår undersökning. Av tidsbrist har det likaså inte funnits möjlighet att kontrollera att det som sagts faktiskt är korrekt, men genom att tala med två personer i varje kommun samt genomgång av dokument har vi i så stor utsträckning som möjligt försökt att verifiera materialet. Följaktligen finns det en hel del intressanta och relevanta metodologiska och etiska aspekter att ta hänsyn till, men genom denna utförliga genomgång av vår metod vill vi ge läsaren möjlighet att förstå våra utgångspunkter och överväganden under arbetets process.

3. Öppenvårdens framväxt i Sverige

Idag används öppenvårdsinsatser i allt större utsträckning som alternativ till framförallt institutionsvård och nedan följer en genomgång av hur tillämpningen av institutions- och familjehemsvården sett ut under 1900-talet och vad som kan ha legat till grund för utbyggnaden av öppenvårdsinsatser för ungdomar under 1990-talet. För att kunna analysera vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser är det viktigt att förstå den sociala öppenvårdens nära sammankoppling med samhällets syn på institutions- och familjehemsplaceringar. Därför finner vi det relevant att visa på dessa parallella processer med en kort historisk tillbakablick som avslutas med en genomgång av kunskapsläget idag.

3.1 Öppenvårdsinsatsernas utveckling

Tilltron till institutioners behandlande effekt var stark i början av 1900-talet och under 1920- och 1930-talen pågick en utbyggnads- och expansionsfas av institutionsvården för barn och ungdomar, samtidigt som lagstiftningen under hela 1900-talet i princip angett att vid omhändertagande av barn och ungdomar ska fosterhemsvård (idag familjehem) prioriteras framför institutionsvård (Sallnäs, 2005). Institutionsvården och placering av barn i fosterhem har kritiserats och när det gäller det senare har framträdande på forskningsfältet varit Bo Vinnerljung (1996) som visat på att barn som varit placerade i fosterhem löper en större risk att i unga år ha en negativ utveckling jämfört med andra barn. Ur ett internationellt perspektiv bör här tydliggöras att Sverige, jämfört med andra länder som Danmark och länder i Sydeuropa, traditionellt sett har haft relativt få placeringar och de som har gjorts har främst varit i fosterhem (Socialstyrelsen, 2006b). Från 1940-talet fram till socialtjänstreformen 1980 minskade dock både institutions- och fosterhemsplaceringarna och institutionsvården mer än halverades under denna tid (Sallnäs, 2000). Möjliga förklaringar till institutionsvårdens minskning kan enligt Sallnäs (ibid.) vara den allmänna välfärdsutvecklingen, socialpolitiska framsteg, ett allmänt samhällskritiskt klimat och 1960- och 1970-talens starka kritik mot all form av institutionsvård. Detta då effekterna av och syftet med placeringar på institution ifrågasattes, då klienterna ansågs alltför maktlösa då de inte gavs tillräckligt med inflytande över sin egen situation.

Parallellt med den växande kritiken mot institutionsvården för barn och ungdomar lyftes ett familjeperspektiv fram där *en* socialarbetare skulle arbeta med hela familjens behov och genom socialtjänstreformen 1980 stärktes principer om närhet, kontinuitet och flexibilitet (Forkby, 2005). Den trend som visat på minskade placeringar från 1940 – talet vände under 1980 – talet, planade ut och totalt sett ökade antalet institutionsplaceringar under detta decennium. Detta stod i motsats till lagstiftningens intentioner som ville utveckla alternativ till institutionsvården och arbeta med närhetsprincipen, varför statsbidraget omfördelades till missbruksvården och barn- och ungdomsvården inför perioden 1986-1989. Denna omfördelning innebar att kommunerna själva fick möjlighet att fördela resurserna efter lokala behov, istället för som tidigare då institutionerna i större utsträckning subventionerats. Med denna omfördelning fanns en förhoppning om att kommunerna skulle utveckla kvalificerade öppenvårdsinsatser som alternativ till institutionsvård (Forkby, 2005, Socialstyrelsen, 2006b). Utbyggnaden gick dock långsamt och vad som istället kunde ses var en kraftig ökning av enskilda HVB – hem (hem för vård eller boende) under 1980-talet samtidigt som fosterhemsvårdens dominans minskade (Sallnäs, 2005). Det kan således sägas att vid påbörjandet av det nya decenniet 1990 stod barn- och ungdomsvården i Sverige inför stora förändringar, med en starkt riktad kritik mot institutions- och fosterhemsplaceringar, statliga och kommunala policys med krav på socialtjänsten om ytterligare utveckling av öppenvårdsinsatser och vård på hemmaplan samt ekonomiska omfördelningar som incitament för denna utveckling. Under 1980-talet hade även specialiseringen inom socialtjänsten ökat där de professionella grupperna gavs utrymme att utveckla specifika metoder och det skapades ”experter” inom det sociala arbetsfältet. När det gällde ungdomsvården anlades således vid denna tid en grund för införandet och utvecklingen av öppenvårdsinsatser och arbetet på hemmaplan (Forkby, 2005).

Det var dock först under 1990-talet som utvecklingen av öppenvårdsinsatser för ungdomar kom igång på allvar, trots dessa ambitioner att på olika sätt arbeta mer på hemmaplan och finna alternativ till institutionsvården redan under 1980-talet. Parallellt med öppenvårdsinsatsernas expansion under 1990-talet ökade för första gången sedan 1930-talet omhändertagandet av barn och unga med 33 procent mellan 1990 och 1999. Framförallt skedde ökningen bland tonårsplaceringar och där majoriteten av de placerade ungdomarna hade någon form av beteendeproblematik. Socialtjänstens insatser riktade

till barn och ungdomar ökade totalt sett under detta decennium där det både syns en tydlig utvidgning av öppenvårdsinsatserna, men även fler omhändertagna barn och ungdomar (Lundström och Vinnerljung, 2001). Detta trots att det fanns tydliga ambitioner från socialstyrelsens och kommunernas sida att i större utsträckning använda sig av öppenvårdsinsatser som ett alternativ till institutionsvården (Forkby, 2005). Vid övergången till 1990-talet pågick även i samhället en debatt kring de utagerande ungdomarna, den så kallade "värstingdebatten", där media fokuserade på att det saknades institutioner för de mest krävande ungdomarna och att de alltför lätt kunde rymma från de som fanns. Detta var samtidigt som det på ett socialpolitiskt plan fanns en fortsatt kritik mot och ifrågasättande av institutionernas resultat och kommunernas ansvar för dessa ungdomar. En effekt av "värstingdebatten" blev att socialtjänsten i större utsträckning började satsa på så kallad "mellanvård" för de utagerande ungdomarna, vilket är insatser som i intensitet ligger mellan traditionell öppenvård och institutionsvård (Socialstyrelsen, 2006b, Forkby, 2005).

Varför det fanns en vilja att satsa på öppenvårdsinsatser under denna tid kan ha flera förklaringar. Enligt Socialstyrelsen (2006b) kan en förklaring vara professionaliseringen inom den kommunala socialtjänsten, där socialt arbete alltmer bedrevs av akademiskt utbildad personal som många gånger var positiva till att hitta arbetsformer och metoder där de fick utveckla sin professionella yrkesroll. De kommunala socialtjänsterna hade blivit kritiserade av bland andra Socialstyrelsen för alltför bristfälligt barnperspektiv och brist på utvecklingen av öppenvårdsinsatser för de mest utsatta ungdomarna, där mer individuellt anpassade insatser efterlystes (Forkby, 2005). Socialtjänsten hade även genomgått en organisationsförändring under slutet av 1980-talet, där det var specialisering och funktionsindelning inom individ och familjeomsorgen som stod i centrum och det fanns bra underlag för socialarbetarna att utveckla nya behandlingsmetoder. En annan förklaring till öppenvårdens expansion under 1990-talet kan enligt Socialstyrelsen (2006b) vara att kommunernas kostnader för institutionsvården för ungdomar ökade dramatiskt i och med att det blev fler antal placeringar, varför det skapades behov av att finna billigare alternativ. Vidare kan den forskning som kom under 1990-talet som ifrågasatt effekterna av institutions- och familjehemsplaceringar vara en orsak till öppenvårdsinsatsernas ökning under denna tid (se Sallnäs, 2005). I en rapport från Socialstyrelsen (1998) framgår en positiv bild av

socialtjänstens arbete med ungdomar och att kommunerna alltmer använde sig av öppenvårdsinsatser, som till viss del skulle kunna ersätta institutionsvården. Utveckling gick mot att ungdomar i allt större utsträckning vårdades på hemmaplan. Denna rapport pekar även på att antalet vårddygn minskat¹ bland ungdomar som var omhändertagna och att detta sannolikt berodde på öppenvårdens utveckling (Forkby, 2005). Sammanfattningsvis kan konstateras att 1990-talet innebar en expanderingsperiod av öppenvårdsverksamheter i kommunerna och att öppenvårdsinsatserna närmast fick en självklar roll inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård samt att det inom många socialtjänster lades stor vikt vid att se möjligheterna att arbeta utifrån hemmaplanslösningar och klienternas egna resurser i första hand (Socialstyrelsen, 2006b).

3.2 Kunskapsläget idag

Under 2000-talet har det skett en ytterligare förstärkning av öppenvårdsinsatser för barn och unga och repertoaren av öppenvårdsinsatser är idag relativt omfattande. Parallellt har det även skett en förstärkning av förebyggande insatser och utredningar och uppföljningar har blivit mer strukturerade. Antalet barn och ungdomar som får öppenvårdsinsatser som ett bistånd har under perioden 2001 till 2005 legat på en konstant nivå och ungefär 28 500 barn och unga fick 2005 öppenvårdsinsatser som ett bistånd. Störst är andelen i åldern 13-17 år. Den vanligaste öppenvårdsinsatsen för de äldre ungdomarna, 18-20 år var personligt stöd och för de yngre barnen var kontaktperson/familj det vanligaste. Under samma period har antalet barn och unga i familjehemsvård ökat med 5-10 % medan antalet institutionsplaceringar har planat ut. Denna utveckling har i sin helhet inneburit att de totala kostnaderna för barn- och ungdomsvården har ökat med 18 % under 2000-talet, bara kostnaderna för öppenvårdsinsatser har ökat med 40 % under samma period (Socialstyrelsen, 2006).

Socialstyrelsen tog 2005 initiativ till en kartläggning av öppenvårdens former för att fördjupa kunskapen kring huruvida utvecklingen av öppenvården för barn och unga är generell, vilka former av öppenvård som skapats och vilken omfattning olika former har. Uppdraget gavs till Torbjörn Forkby fil.dr i socialt arbete vid Göteborgs Universitet som även har skrivit en avhandling *Ungdomsvård på hemmaplan, Idéerna – Framväxten – Praktiken*. Denna beskriver på ett teoretiskt plan den utveckling som skett av

¹ Det som minskat var antalet vårddygn, det vill säga att ungdomar var placerade under kortare tid. Det totala antalet placeringar hade dock ökat (Forkby, 2005)

öppenvården, vilken vi till stor del utgått ifrån i vår genomgång av öppenvårdens framväxt i Sverige. Kartläggningen resulterade i en rapport från Socialstyrelsen (2006) *Öppenvårdens former - en nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Utgångspunkten för kartläggningen var att utveckla och definiera kategorier för olika former av öppenvårdsinsatser och fokuserade på insatser som gavs med stöd av socialtjänstlagen till enskilda barn, ungdomar eller familjer under det första halvåret 2005. Tidiga och allmänt förebyggande öppenvårdsinsatser ingick ej i kartläggningen som genomfördes i två steg. Först gjordes en pilotundersökning i tre kommuner och därefter utformades en enkät som skickades ut till 120 slumpmässigt utvalda kommuner eller stadsdelar. Studien resulterade i att sex kategorier för öppenvårdsinsatser utformades: *programverksamhet, riktad dagverksamhet, socialpedagogisk insats, skolsocial insats, kvalificerat nätverksarbete och enskilt samtalsstöd*. Utifrån resultaten av kartläggningen kan konstateras att utvecklingen av öppenvårdsinsatser i kommunernas socialtjänst alltjämt pågår och att repertoaren är relativt omfattande. I genomsnitt har kommunerna åtta insatsformer för barn och tio för ungdomar och en tredjedel uppger att de tagit beslut om att starta någon ny form av öppenvårdsinsats. En stor del av insatserna ges i huvudsak som service och inte som bistånd, vilket tycks vara en tendens mot utveckling av mer ”serviceinriktad” öppenvård utan att en utredning genomförts. Den insatsform som är vanligast är enskilt samtalsstöd vilket finns i nästan alla kommuner. Efter det följer familjepedagogiska insatser i hemmet och kvalificerade kontaktpersoner. Det allra vanligaste är att socialtjänsten ansvarar för insatserna och om det är någon annan så är det vanligast att det är andra offentliga aktörer, främst skola och sjukvård. Att använda öppenvård istället för vård utom hemmet är ett direktiv som två tredjedelar av kommunerna har antingen på politisk och/eller på förvaltningsledningsnivå. Endast glesbygdskommuner med få insatser avviker från denna bild. Åtta av tio kommuner menar dock, enligt kartläggningens resultat, att öppenvårdsinsatser måste användas i större utsträckning om direktiven skall efterlevas (Socialstyrelsen, 2006).

4. Teoretisk utgångspunkt

I detta kapitel har vi för avsikt att redogöra för de teoretiska utgångspunkterna och den terminologi som vi anser vara användbar för analysen av vårt material av vad det är som styr utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Den centrala frågeställningen i studien har fokuserat på varför kommunerna valt att göra som de har gjort? På vilka grunder har de gjort sina val? När det gäller verksamheten i kommunernas socialtjänst är det rimligt att tänka sig att resurserna till viss del inte är tillräckliga i relation till det område de ansvarar för, det finns helt enkelt inte en naturlig mättnadspunkt där det är möjligt att hävda att alla problem är lösta. Detta innebär i sin tur att det blir nödvändigt att välja och välja bort, att prioritera (Bergmark, 1995). Utgångspunkten för vår studie är att kommunerna gör val både vad det gäller barn- och ungdomsvården som helhet samt specifikt vad det gäller utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar, att de prioriterar vissa insatser framför andra därför att det resursmässigt inte är möjligt att lösa alla problem. Vi är i vår tur intresserade av varför de prioriterar som de gör och för att kunna besvara den frågan finner vi det fruktbart att ta vår utgångspunkt i begreppet prioritering. Prioriteringsforskningen har sitt ursprung i hälso- och sjukvården, men det har även gjorts några studier som koncentrerar sig på den kommunala socialtjänsten. Dessa belyser bland annat hur prioriteringar tar form samt lyfter fram grunderna för olika beslut. Vi finner därför denna forskning och dess teoretiska resonemang intressant och relevant som analysverktyg i förhållande till vårt syfte som fokuserar på vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Inledningsvis kommer vi därför att redogöra för aktuell prioriteringsforskning inom området vars resultat utgör grunden för vår analys. Därefter följer en utveckling av prioriteringsbegreppet utifrån denna forskning samt ett avsnitt som åskådliggör hur prioriteringar görs mellan och inom olika nivåer i kommuner, för att visa på hur beslut kan fattas i den kommunala kontexten utifrån ett prioriteringsperspektiv. Avslutningsvis följer ett resonemang utifrån organisationsteori om huruvida val/prioriteringar kan anses vara intentionellt formulerade eller kan motiveras av de symbolvärden de skapar.

4.1 Prioriteringsforskning inom socialtjänsten

Inom prioriteringsforskningen har vi funnit tre studier som fokuserar på prioriteringar inom just den kommunala socialtjänsten. Dessa är *Prioriteringar i socialtjänsten* -

rättvisa eller ekonomi av Åke Bergmark (1995), *Prioriteringar i socialtjänsten – en analys av rättsliga förutsättningar* av Karsten Åström (2004) samt *Prioriteringar och processer inom socialtjänsten* av Jan Petersson (2006). Bergmarks (1995) och Peterssons (2006) studier är de vi främst kommer att utgå ifrån i vår vidare framställning då vi anser att dessa är mest användbara för att besvara vårt syfte. Vi har även valt att lyfta fram Åströms (2004) studie för att ytterligare visa på prioriteringsbegreppets komplexitet och på att prioriteringar är något som det inte lagstiftats om inom socialtjänsten.

Bergmark (1995) har i sin studie analyserat och diskuterat prioriteringar som görs på olika nivåer i kommunen med relevans för socialtjänsten och det sociala arbetet med avsikt att lyfta fram grunderna för olika beslut, belysta utifrån centrala principer för värdefördelning. Studien har genomförts i fyra kommuner där politiker och tjänstemän fått besvara en enkät samt har intervjuer genomförts med politiker och centralt placerade tjänstemän. Material har även hämtats från olika slags dokument, till exempel budgetar, protokoll och lokala riktlinjer. Främst fokuserar studien på politikernas prioriteringar mellan programområdena äldreomsorg, barnomsorg och individ- och familjeomsorg samt tjänstemännens olika former av prioriteringar inom ramen för individ- och familjeomsorgens arbete. Bergmark (1995) konstaterar att som kunskapsområde betraktat inbegriper frågan om prioriteringar i socialtjänsten beslut och överväganden på ett flertal olika nivåer med mycket olikartat innehåll, vilket omöjliggör att teckna en enkel eller sammanfattande bild. Frågan om prioriteringar i socialtjänsten eller inom den sociala sektorn är enligt Bergmark (ibid.) avhängigt av den historiska och kulturella kontext i vilket den ställs. Bergmark (ibid.) konstaterar dock att hur man önskar prioritera bestäms i ett samspel mellan angelägenhetsgrad, uppfattad kvalitet, uppfattad effektivitet och i vilken utsträckning enskilda verksamheter framstår som ”vinnare” eller ”förlorare” vid tidigare genomförda fördelningsbeslut. Detta påverkas i sin tur, menar han, av synen på rättvisa och vilka grundläggande principer för fördelning som förordas. Föreställningar om behov har även det en självklar betydelse för hur beslutfattare på olika nivåer agerar. När det gäller politikernas explicita skäl till faktiska eller önskade prioriteringar utgör dock i regel hänvisningar till effektivitet ett vanligare tema än idéer om rättvisa eller behov. Principen om medkänsla med svaga och utsatta förefaller enligt Bergmark (1995) även ha en särskild betydelse för den höga prioriteten av små barn som far illa. Avslutningsvis menar Bergmark (ibid.) att det utifrån hans studie inte tyder på att olika

rättviseuppfattningar spelar någon avgörande roll för de svarandes preferenser samt att etiska principer inte tycks ha någon avgörande inverkan på hur attityderna till prioriteringarna formas.

I Karsten Åströms (2004) arbete analyseras de rättsliga grunderna för hur prioriteringar skall göra inom socialtjänsten. Utgångspunkten är att frågan om prioriteringar i socialtjänsten inte explicit varit föremål för lagstiftning, tillskillnad från hälso- och sjukvården, trots att resursbrist leder till att prioriteringar dagligen måste göras. Studiens material utgörs av socialpolitiska dokument, lagförarbeten och rättspraxis. Åströms (ibid.) slutsats är att den sociala lagstiftningen trots allt anger tydliga värdegrunder vilka borde tas till utgångspunkt i de prioriteringar som faktiskt görs i landets kommuner. Dessa är till exempel enligt Åström (ibid.) i likhet med hälso- och sjukvårdslagen *människovärdesprincipen*, *behovs- och solidaritetsprincipen* samt till viss del *effektivitetsprincipen*. Utöver det är det även principer som *rättssäkerhetsprincipen*, *självbestämmandeprincipen* samt *trygghetsprincipen*. Åström (ibid.) konstaterar dock samtidigt att prioriteringar i kommunala sociala verksamheter endast till liten del handlar om lagtillämpning i den mening att en avvägning skulle ha givna lösningar i rättskällorna. Detta då den sociala lagstiftningens konstruktion som målrelaterad ramlag gör att det snarare är så att avvägningar utifrån socialpolitiska värderingar, normativa tolkningar, kunskap om social och ekonomiska förhållanden och hur dessa påverkar och påverkas av den sociala välfärden, måste göras utifrån lokala förhållanden (Åström, 2004).

Jan Petersson (2006) undersöker i sin studie hur prioriteringar inom den kommunala socialtjänsten tar form i åtta kommuner med äldreomsorgen i fokus. Studien har genomförts genom intervjuer med strategiskt utvalda kommunala företrädare samt en enkät genomförd i fyra av de åtta kommunerna som riktade sig till politiker och tjänstemän i arbetsledande funktion. Analysen har centrerats runt tre nivåer: Stat/kommun, kommunal politik/kommunal verksamhet och kommun/medborgare. Tanken är att varje överliggande nivå utgör en struktur för den underliggande där aktören befinner sig och kombinerar därmed ett strukturperspektiv med ett aktörsperspektiv. Petersson (ibid.) konstaterar att hur prioriteringar tar form är en komplex fråga, vilket inte enbart är ett resultat av hans studie utan har även att göra med att begreppet prioritering är svårfångat och kan ges många innebörder. Vidare är slutsatsen av studien, enligt Petersson (ibid.), en operationalisering av begreppet prioritering som han ser som en ex post-kategori. ”Alla

gjorda val är i själva verket prioriteringar” (Petersson, s 220, 2006). Däremot är inte alla val enligt Petersson (ibid.) självklart intentionellt formulerade utan de kan också motiveras av de symbolvärden som de skapar.

4. 2 Att välja - att prioritera

Att prioritera betyder att ge försteg eller förtur, att helt enkelt sätta före och bestämma vad som är viktigast (Waldu, 2001). Rent praktiskt kan man säga att det handlar om att välja vad som ska få förtur, vilket i sin tur innebär att något annat väljs bort. Ordet prioritering är något som används i det vardagliga språkbruket och på intet sätt är ett nytt fenomen. När det gäller alla beslut om hur resurser ska fördelas och i vilken grad olika intressen bör tillgodoses så sker överväganden av prioriteringskaraktär (Bergmark, 1995). Anledningen till att det är givande att diskutera i termer av prioriteringar är att tillgången på tid och pengar inte är obegränsad och att varje val därmed faktiskt förhindrar andra val (Petersson, 2006). Som ett resultat av minskade resurser på de flesta områden i den offentliga sektorn har därmed väl avvägda prioriteringar blivit politiskt önskvärt på ett annat sätt än tidigare (Bergmark, 1995).

Varje beslut kan alltså betraktas utifrån att något annat varit möjligt att göra, följaktligen så har en prioritering skett. Detta är ett relativt självklart konstaterande enligt Petersson (2006), vilket i sig förvisso inte innebär att beslutet och handlingen föregåtts av en rationell kalkyl där individer eller organisationer noga vägt olika alternativt mot varandra. På samma gång är tanken att utgå ifrån att beslut fattas utan övervägande och slumpartat till stor del otillfredsställande (ibid.). Möjligt är dock att prioriteringar inte nödvändigtvis bygger på öppna diskussioner eller medvetna överväganden, men att beslutsfattare stundom tenderar att undvika en redovisning av hur alternativ övervägts innebär inte att prioriteringar inte har skett (Bergmark, 1995). Det är därmed möjligt att skilja mellan öppna, explicita och slutna, dolda prioriteringar. Med öppna, explicita prioriteringar avses prioriteringar som bygger på kollektiva beslut med utgångspunkt i någon form av uttalade principer, värderingar och etiska riktlinjer. De är också till skillnad ifrån de slutna, dolda prioriteringarna i regel direkt synliga för utomstående (Bergmark, 1995, Waldu, 2001).

4.3 Prioriteringar mellan och inom olika nivåer i kommunen

Kommuner kan sägas vara organiserade utifrån i huvudsak fyra nivåer inom och emellan vilka det sker prioriteringar. Den första nivån är den högsta politiska nivån som utgörs av kommunfullmäktige eller kommunstyrelsen. Här tas beslut rörande resursfördelningen av budgeten mellan skilda kommunala verksamheter samt angående övergripande politiska mål, policybeslut och riktlinjer för bland annat facknämnder. Den andra nivån utgörs av just facknämnder, som till exempel socialnämnder och motsvarande. Här sker resursfördelningen till olika verksamheter inom det egna ansvarsområdet samt policybeslut i form av till exempel förtursregler, hantering av anbud med mera. Den tredje nivån består i det avgränsade administrativa verksamhetsområdet till exempel socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Här sker verkställigheten av politiska beslut och här finns ansvaret för hur verksamheten inriktas och utformas samt även möjlighet till initiativ till satsningar riktat till politiker. Slutligen den fjärde nivån där det faktiska arbetet utförs, som handlar om prioriteringar mellan olika insatser vid bedömningen av vad den enskilde ska erbjudas (Bergmark, 1995, Åström, 2004). Parallellt med dessa fyra nivåer finns det grupper av preciserade beslutsfattare, vilka påverkar beslutens innehåll via både formellt och informellt inflytande. Den formella beslutanderätten är självklart i stor utsträckning koncentrerad till toppen av den politiska hierarkin, men det reella inflytandet är i regel avsevärt mycket svårare att lokalisera och i betydande utsträckning mer utspritt på olika aktörer inom kommunen (Bergmark, 1995). De politiska prioriteringarna är de som främst avgör hur de samlade resurserna ska fördelas mellan olika verksamheter. Sådana beslut brukar betecknas beslut av första ordningen, vilka analytiskt skiljs från beslut av andra ordningen vilka avgör hur resurser skall fördelas mellan klienter/brukare (Bergmark, 1995). Många organisationer erbjuder dock utrymme också för tjänstemän att via informellt eller formellt inflytande påverka fördelningen av resurser (Bergmark, 1995).

När det gäller prioritering mellan förvaltningar och verksamhetsområden i den kommunala socialtjänsten så handlar det om *inriktningsprioriteringar*. Dessa typer av prioriteringar berör frågor som handlar om att antingen inskränka eller utöka verksamhetens inriktning. Sådana förändringar kan antingen vara mekaniska eller ideologiska. Med en mekanisk förändring avses en förändring där verksamhetens omfattning anpassas till förändrade strukturella förutsättningar till skillnad från en

ideologisk förändring som kan kopplas till att synen på vad som anses vara viktigt ändras. Inriktningsprioriteringar kan på ett principiellt plan skiljas från *innehållsprioriteringar* som istället handlar om prioriteringar inom respektive förvaltning istället för mellan. Denna åtskillnad fungerar dock endast i praktiken om kommunen har tydliga skiljelinjer mellan sina förvaltningar i den rådande politiska prioriteringsordningen. Kommunpolitiker har möjligheten att i varierande grad bestämma vad som skall utföras i förvaltningarna. I en kommun som till exempel tillämpar budgetstyrning beslutar politikerna om ramarna för verksamheten och förvaltningen har en relativt hög autonomi när det kommer till innehållet (Petersson, 2006). Petersson (2006) menar dock att denna autonomi till stor del endast är en realitet i teorin då det finns många likhetsskapande faktorer som sätter tryck på en kommuns förvaltning att ta efter andra förvaltningar i andra kommuner med samma verksamhetsområden.

4.4 Prioriteringar utifrån rationella val och de symbolvärden de skapar

Petersson (2006) konstaterar att prioriteringar kan ses som ex-post kategori, det vill säga att alla gjorda val är i själva verket prioriteringar, men att det däremot inte är självklart att de är intentionellt formulerade utan att de även kan motiveras av de symbolvärden de skapar. Resonemanget bygger på att Petersson (ibid.) anser att rational choice teorier har ett begränsat värde för att realistiskt beskriva prioriteringsprocesser. Han använder sig istället av ett teoretiskt resonemang som utgår både ifrån en tanke om att val bygger på intentionella rationella resonemang samt en tanke om att organisationer kan falla offer för ”rationaliserade myter” utan att i någon större utsträckning göra reflektioner utifrån egna förutsättningar och mål. Den sista tanken har sin utgångspunkt i den nyinstitutionella teoribildningens betoning av kognitiva strukturer (Petersson, 2006).

4.4.1 Mål- och värderationalitet

Rationella val kan enligt Max Weber vara uttryck för endera värderationalitet eller målrationalitet, vilka båda är verksamhetsorienterade i sin förklaring. Vid ett värderationellt val mellan två verksamhetsalternativ faller värderingar avgörandet eller kanske till och med färgar uppfattningen om vilka alternativ som är tänkbara. Etiska överväganden och uttalade värderingar utgör den rationella grunden i ett värderationellt val som inte har någon förankring i en avvägning mellan kostnader och omfattning.

Målrationala val däremot tar sin utgångspunkt i en mål/medelanalys där nyttan av insatsen står i fokus istället för moralen. Den centrala frågan blir vilka effekter skall insatserna ge och vilka sådana är mest önskvärda? Den stora skillnaden emellan dessa rationaliteter är att målrationalitet sätter målet för en handling främst emedan värderationalitet istället fokuserar på definiera medlen eftersom målet är oangripbart (Petersson, 2006).

4.4.2 Verktygsperspektivet

Mål- och värderationalitet kan vidare inordnas i vad Kjell-Arne Røvik (2000) kallar *verktygsperspektivet*, vilken tillhör den rationella - ekonomiska traditionen inom organisationsteorin (Petersson, 2006). Ur ett verktygsperspektiv ses organisationer som redskap som effektivt ska åstadkomma beslut, varor, åtgärder och tjänster; deras legitimitet hänger samman med huruvida de kan vara effektiva. För att bli effektivare utgörs det viktigaste redskapet av en planmässig organisationsutformning. Ledningen har friheten att välja utformningen, men man försöker att göra det så rationellt som möjligt utifrån de redskap som finns tillgängliga. Redskapen består i ett stort urval av mer eller mindre utprovade recept för till exempel ledarskap, procedurer och processer. Planmässig utformning bygger i sin tur på att man håller sig uppdaterad om vilka recept som finns tillgängliga vid varje tid och organisationens medlemmar ses som rationella aktörer och inte som passiva mottagare som utan vilja följer de organisationstrender som råder just för tillfället. Vidare väljs recepten med hänsyn till erfarenhetsbaserade insikter om hur receptet fungerar i praktiken. Organisationsreceptet ses utifrån verktygsperspektivet som ett av flera redskap som organisationen kan använda sig av för att bli mer effektiva. Organisationer förutsätts söka nya lösningar som en respons på att det har uppstått objektiva och stora problem med nuvarande lösningar. Med hjälp av verktygsperspektivet är det möjligt att härleda idéer om hur såkallade institutionaliserade organisationsrecept uppstår, sprids, försvinner och ersätts av andra. De organisationsrecept som har spridit sig till flera organisationer antas enligt detta perspektiv ha kommit från en specifik organisation, företag eller bransch där de har fungerat bra och därmed fått ett gott rykte. Detta på grund av att de, till exempel, lett till en snabbare behandling av ärenden, mer nöjda kunder och bättre och billigare tjänster. Det är alltså endast de bästa idéerna som blir institutionaliserade, då urvalsmekanismen i verktygsperspektivet är knuten till frågan

huruvida receptet har givit effektmässiga fördelar eller inte. Receptets kvalité värderas alltså uteslutande utifrån hur det fungerar i praktiken, vilka resultat som det vanligtvis leder till i organisationer där det används. Avgörande kriterier för spridningspotentialen och receptets renommé är därmed kontrollerade och dokumenterade resultat. Antagandet är således att ett recept som har fått stor uppmärksamhet, popularitet och utbredning är ett som har speciella fördelar när det gäller att nå goda resultat och då helst i teknisk-ekonomisk mening. Timingen av receptet är en annan aspekt som också kan få en avgörande betydelse för dess möjlighet att sprida sig (Rövik, 2000).

Avinstitutionaliseringen, det vill säga att ett organisationsrecept istället förlorar sin roll som norm och väljs bort av organisationerna förklaras enligt verktygsperspektivet med att verktyget helt eller till viss del förlorat sina effektivitetsmässiga fördelar i jämförelse med andra recept. Organisationerna kan antingen ha fått tillgång till nya recept som utgör ännu vassare och effektivare lösningar än de rådande eller så har organisationens uppgift- och problemstruktur ändrats så att nya lösningar behövs (Rövik, 2000).

4.4.3 Symbolperspektivet

Det andra överordnade teoretiska perspektiv som Rövik (2000) tar upp, vilket utgör det andra dominerade sättet att orientera sig inom samhällsvetenskapen generellt och speciellt inom organisationsteorin, är det institutionella – sociologiska paradigmet vilket Rövik (ibid.) benämner *symbolperspektivet*. Ny- institutionalisterna är de som klarast utformat de grundläggande resonemangen för detta perspektiv, vilka bygger på att ”...formella organisationer befinner sig i institutionella omgivningar där de konfronteras med socialt skapade normer och konventioner för hur den enskilda organisationen vid varje tidpunkt bör vara utformad” (Rövik, s 34, 2000). Uppfattningen är att dessa egentligen socialt konstruerade normer för hur man ska organisera bra utgör yttre, objektiva och givna villkor. Institutionaliseringen består här i de processer varigenom ett organisationsrecept successivt framstår som ett regelmässigt faktum som tas förgivet som ett effektivt rätt sätt att organisera. Legitimiteten för organisationen består vidare i huruvida organisationen har förmågan att bygga in och reflektera över de institutionaliserade föreställningarna som råder just nu. Utifrån symbolperspektivet så ses organisationsrecepten som meningsbärande symboler vars innehåll fått betydelse långt

över att vara ett verktyg för effektiv problemlösning. Røvik (2000) poängterar dock att de inte är symboler för vad som helst utan att de är såkallade rationaliserade symboler, vilket innebär att det läggs vikt vid att definiera och framställa dem som välutarbetade verktyg för effektivisering och modernisering. Tanken med utgångspunkt i symbolperspektivet är att organisationsrecepten fått sin legitimitet och spridningskraft genom att de blivit symboler för rationalistiska värden såsom förnuft, effektivitet, styrning, demokrati och vetenskaplighet. Kontentan av detta är att symbolperspektivet därigenom kopplas samman med verktygsperspektivet i den mening att det är svårt att föreställa sig ett recept som antingen bara är symboler eller bara effektiva verktyg. Men rationaliserade symboler kan dock även vara rationaliserade myter vilket påpekas av Meyer och Rowan (1977 I: Røvik, 2000), vilket kan ses som att icke rationellt och vetenskapligt grundad tro på att ett organisationsrecept är rationellt och vetenskapligt grundat. Den starka tron på vetenskap och rationalitet inom vår kultur leder paradoxalt nog enligt Meyer och Rowan (ibid.) till denna övertro som leder till att myter skapas.

Betraktat ur symbolperspektivet utgörs ett populärt organisationsrecepts spridningsförmåga av att det är en speciellt kraftfull och meningsbärande symbol för utbredda normer och värden i västvärlden. Utifrån det kan det antas att de mest spridda organisationsrecepten är meningsbärande symboler som återspeglar ett stort urval av värden och normer som sätts högt i västvärlden. Exempel på ett sådant kan enligt Røvik (2000) vara hur tydligt ett recept associeras med typiska rationella värden, det vill säga att det måste framställas och uppfattas som ett medel att åstadkomma effektivitet och framgång med. Ett recept som utgör en rationaliserad symbol kan också vilja legitimeras med vetenskap och teknik vilket enligt Habermas (1987 I: Røvik 2000) är det moderna samhällets dominerande ideologi. Vidare kan ett recepts spridningsförmåga även bero på hur tydligt och starkt det associerats med sådana som av många anses vara speciellt framgångsrika personer och verksamheter. Andra värden som också kan påverka spridningsförmågan är värden såsom förnyelse och förändring samt idén om den självständiga individen.

Med utgångspunkt i verktygsperspektivet ses organisationens medlemmar som effektivitetsorienterade rationella aktörer som under stor frihet väljer mellan olika alternativ. Denna bild kompletteras utifrån symbolperspektivet med en föreställning om

aktörer som klart begränsas av normativa påtryckningar och socialt konstruerade idéer om vad som är rätta lösningar, vilka tas för givna (Rövik, 2000).

5. Redovisning av material

I detta kapitel följer en redogörelse av det material vi samlat in bestående av kvalitativa intervjuer och relevanta dokument för vårt problemområde. Det empiriska materialet presenteras utifrån valda teman, vars ändamål är att tydliggöra centrala delar som framkommit i vårt material, vilka sedan ligger till grund för vår analys och besvarandet av vårt syfte och våra frågeställningar.

5.1 Öppenvårdsinsatser och metoder som används i kommunerna

Samtliga av de undersökta kommunerna erbjuder någon form av öppenvårdsinsatser för ungdomar, men när det gäller omfattning, vilken typ av insatser det är och vem som erbjuder tjänsterna skiljer sig kommunerna åt. Gemensamt för kommunerna är att de erbjuder socialtjänstens traditionella insatser som till exempel kontaktperson/familj, kuratorer på skolorna och samtal med socialsekreterare. Samtliga kommuner erbjuder även programverksamheten ART för ungdomar. Mer specifikt kan kommunerna inneha öppenvårdsverksamheter som drivs i egen regi eller köpa in öppenvårdsinsatser externt av privata företag. Öppenvårdsinsatserna kan även erbjudas som service då medborgarna själva tar kontakt utan att det registreras av socialtjänsten eller ges som insats efter utredning.

I Landskrona är individ- och familjeomsorgen indelad i arbetsgrupper utifrån ålder, där de har en ungdomsgrupp som arbetar med ungdomar 13-20 år. Vad gäller öppenvårdsinsatser har kommunen utformat egna verksamheter som är kopplade till ungdomsgruppen, däribland en behandlingsgrupp, en projektverksamhet med lösningsfokuserad familjebehandling samt utrednings- och träningsboende för ungdomar. Kommunen erbjuder även rådgivning för ungdomar och föräldrar när det gäller missbruk, vilket är en serviceverksamhet där de som kommer dit kan vara anonyma och ingen registrering sker. Landskrona köper även in viss öppenvård från privata företag, men håller just nu på att utveckla sin egen verksamhet vad gäller öppenvårdsinsatser för ungdomar genom anställning av ytterligare personal.

Den enhet som arbetar med ungdomar i Helsingborg är uppdelad i utredare och insatsare. Dessa arbetar nära varandra i ärendena, med avsikt att det ska finnas en kontinuitet i arbetet med ungdomar, då om det blir aktuellt med en insats efter utredning ska en person ha funnits med redan från början. Kommunen har ett brett utbud av egna

öppenvårdsinsatser för ungdomar och deras familjer, där ungdomsboenden, familjebehandlingsverksamhet och team som enbart arbetar med kriminella ungdomar är centrala verksamheter som är direkt kopplade till ungdoms- och familjeenheten. Kommunen erbjuder även lösningsfokuserad behandling som service där familjer och ungdomar kan ta kontakt, men den verksamheten är inte kopplad till ungdoms- och familjeenheten. Inom ungdomsvården har kommunen genomfört utbildningar för personalen i Funktionell Familjeterapi, FFT, vilket är en evidensbaserad metod som vänder sig till familjer och utgår från ett systemiskt tänkande.

Lomma har en organisation där kuratorerna på skolan tillhör samma förvaltning som individ- och familjeomsorgen och de har ett tätt samarbete mellan yrkeskategorierna. I Lomma finns det två anställda på individ- och familjeomsorgen som arbetar med öppenvård för ungdomar, familjer och missbrukare. Dessa två kan till stor del situationsanpassa sitt arbete och kan till exempel starta upp grupper för ungdomar och deras föräldrar samt erbjuda samtalsstöd. Det är möjligt att få öppenvårdsinsatser som service i kommunen då man anser att detta är något positivt som gör det lättare att söka hjälp av socialtjänsten. Många av insatserna som erbjuds köps även in externt. Individ och familjeomsorgen arbetar efter ett lösningsfokuserat perspektiv.

I Vellinge tillhör både den traditionella socialtjänsten och skolan individ- och familjeomsorgen, då de ser att de barn och ungdomar som skolans traditionella socialarbetare, det vill säga främst kuratorerna, har kontakt med ofta tillhör de familjer som socialtjänsten möter. De olika yrkeskategorierna arbetar därför i team utifrån geografiska områden mot familjer och skolor i respektive område. Vad gäller kommunens strukturella öppenvårdsinsatser köper Vellinge in alla dessa externt av privata företag. Detta har sin utgångspunkt i en ideologisk grundsyn, då kommunen traditionellt är moderat och tror på marknadslösningar och då de anser att det ger möjlighet att välja insats efter behov. De har inga strukturella öppenvårdsinsatser som erbjuds som service, utan alla dessa erbjuds efter utredning.

5.2 Mål och policys för öppenvårdsinsatser

I de undersökta kommunerna uttalar samtliga intervjupersonerna en vilja att i möjligaste mån undvika placeringar och hitta alternativa lösningar för ungdomar. Detta har av vissa kommuner tydligt uttryckts genom politiskt tagna mål eller av tjänstemännen utformade

visioner. I Lomma är ett politiskt taget mål att *"Alla placeringar skall prövas mot utvecklad öppenvård inom kommunen"* (Lomma kommun, 2007) samt att *"Alla insatser skall i första hand inriktas på hjälp i hemmet, utan att unge skiljs från sin vårdnadshavare. Inggripanden enligt LVU och institutionsplaceringar skall så långt det är möjligt undvikas"* (ibid.). Dessa mål är väl förankrade hos den tjänsteman vi intervjuat som finner det bra att arbeta med att ta tillvara på de resurser som finns i närmiljön och nätverket. Även Vellinge har skriftligen angett sin syn på att kommunen ska satsa på öppenvård, genom att ha formulerat en vision för individ- och familjeomsorgen, med ett uttalat öppenvårdsperspektiv som innebär att de ska arbeta utifrån en huvudprincip att barn och ungdomar ska vårdas i sin närmiljö. Vid intervjun med tjänstemannen i kommunen förtydligades detta med att det finns undantag när skyddsbehovet är så stort att man inte har något val, men att huvudprincipen ska vara att arbeta på hemmaplan. I Helsingborg vill den politiker vi intervjuat däremot inte ta några politiska beslut om att placeringar ska undvikas, utan menar att det måste vara omständigheterna och behoven som styr. Kommunen har ändå enligt de intervjuade personerna en tydlig strävan mot att undvika institutionsplaceringar och att använda sig av öppenvård som alternativ, då de anser att så mycket som möjligt ska lösas på hemmaplan så att ungdomen kan få bo kvar hos sin familj. I Landskrona uttryckte både tjänstemannen och politikern att de har en målsättning att minska placeringarna och istället titta på lösningar på hemmaplan, men politikern understyrker att det ska vara tydligt att det är behoven som går först.

5.3 Familjeperspektivet och hemmiljöns betydelse för förändringsarbetet

Ett tydligt mönster från vårt material är kommunernas syn på familjen som en central del att arbeta med för att skapa en förändring i ungdomens liv. En av de intervjuade uttryckte att det är viktigt att se att det inte är ungdomarna som är problemet, utan att de lever i en miljö som inte är bra för dem och som inte svarar upp mot deras behov. Därför ser många arbetet med föräldrarna och att stärka dem i sin föräldraroll som det primära, varför den öppenvård som erbjuds i kommunerna ofta vänder sig till hela familjen och inte till den enskilde ungdomen. Det som framkommit av vårt material är att det finns en grundsyn i kommunerna att arbeta på hemmaplan är bättre för de unga än att placera och flytta ungdomen från sin närmiljö och sitt nätverk, då det är på hemmaplan som ungdomens liv utspelar sig. Hur etablerat detta är, hur detta visar sig i de verksamheter som kommunen

erbjuder och hur det är förankrad hos tjänstemännen och politikerna skiljer sig dock åt mellan kommunerna. Vellinge har tydliggjort sin syn på att vård bör bedrivas på hemmaplan genom det visionsdokument där individ- och familjeomsorgens värdegrund är formulerat. Detta framgår i det öppenvårdsperspektiv som de menar är en ideologisk förklaringsmodell från vilken verksamhetens arbete skall utgå:

”Den grundläggande orsaken till att barn och ungdomar av omvärlden upplevs som mer eller mindre ickefungerande beror främst på att barnens sociala sammanhang inte samspelar med barnet/ungdomen utifrån dennes grundläggande behov. Detta innebär att stöd, vård och behandling som syftar till att få till stånd ett sådant fungerande primärt måste bedrivas genom att förändringsarbete äger rum i den sociala närmiljö som är barnets normala vardag.”

*(Individ- och familjeomsorgen värdegrund
Vision 2007, Vellinge kommun)*

Även Helsingborg har dokumenterat sin syn på familjeperspektivet genom en strategisk inriktning på verksamheten som innebär att de ska ”*verka för långsiktig hållbarhet genom familjeperspektiv och delaktighet*” (Helsingborgs kommun, 2006). Detta uttrycks även av de intervjuade personerna, att det är i familjen och bland de närstående som förändringen måste ske, då det är där ungdomens liv kommer att fortsätta och att det är genom att arbeta med hela familjen som det skapas långsiktigt hållbara lösningar. Det framgår även av vårt material att arbete på hemmaplan inte alltid är möjligt och som flera uttrycker det finns tillfällen då ungdomen måste placeras då skyddsaspekten är för stor. Den tjänsteman vi talat med i Landskrona menar att institutionsplaceringar alltid kommer till att vara nödvändiga i vissa fall, när det inte finns tillräcklig grund i ungdomens nätverk att arbeta med och hemmasituationen är för svår för att öppenvårdslösningar ska fungera. Kommunen har, enligt tjänstemannen som ambition att minska antalet institutionsplaceringar, men att vid uppdagande av ett aktivt missbruk eller kriminalitet hos en ungdom måste de på något sätt gå in och bryta, vilket de gör genom att omhänderta, men om det däremot fanns fler resurser skulle de i vissa fall istället kunna bryta genom öppenvårdsinsatser.

”... man skulle önska att man slapp att placera ungdomar på institution. Och där tror jag att vi har lite lite till att göra. Det finns vissa ungdomar idag, som är på institution, som vi kanske kanske skulle kunna göra ännu mer för hemma.”

(Tjänsteman, Landskrona)

5.4 Ekonomiska förutsättningar

Öppenvårdsinsatser ställs av de undersökta kommunerna i relation till slutenvård och är ett mindre kostsamt alternativ och därför har ekonomin haft betydelse för utformningen av öppenvårdsinsatserna i samtliga kommuner. Genom att minska antalet placeringar kan kommunerna omfördela sina resurser och istället använda pengarna till att utveckla olika former av öppenvårdsinsatser. De ekonomiska förutsättningarna har till viss del initialt legat till grund för en omfattande satsning på öppenvårdsinsatser och framförallt Vellinge uttalar detta tydligt, då de såg att placeringskostnaderna var mycket höga och ökade i slutet av 1990-talet, vilket gjorde att de började titta på alternativa lösningar. Detta är dock inget de ser påverka utformningen av öppenvårdsinsatser idag, utan även om den grundläggande orsaken till utbyggnaden var ekonomiska, är öppenvårdsperspektivet idag väl förankrat i kommunen som det bästa alternativet för ungdomar:

”... jag känner mig säker på att om det nu skulle vara möjligt att se att vi skulle kunna få lägre kostnader genom att skicka iväg folk, så tror jag inte att det skulle vara ett alternativ som vi skulle överväga om det skulle vara möjligt att genomföra ... Därför att det här är väldigt förankrat både på förvaltningsledningsnivå och bland våra politiker som tycker att det här är ett rimligt sätt att tänka och resonera.”

(Tjänsteman, Vellinge kommun)

Där har således en ekonomisk situation i kommunen legat till grund för utbyggnaden av öppenvårdsinsatser, men som utvecklats till ett ideologiskt synsätt där öppenvårdsinsatser anses vara ett bättre alternativ. Även Landskrona uttrycker ekonomins betydelse genom att de i mitten av 1990-talet såg att kostnaderna för institutionsvården påverkade förvaltningens budget negativt, vilket var ett incitament att påbörja utvecklingen av öppenvårdsinsatser. Samtidigt har kommunen lidit av stora budgetunderskott, vilket lett till att det inte funnits tillräckliga resurser för att genomföra mer genomgående satsningar på öppenvårdsinsatser de senaste åren. Den politiker vi talat med menar att utvecklingen av öppenvårdsinsatser varit eftersatt i kommunen på grund av att det tvingats placera många ungdomar, vilket i sin tur gjort att det inte funnits nog med resurser att utveckla öppenvården. Nu förespår dock densamme att med en ny organisation kommer verksamheten bli mer kostnadseffektiv och att detta kommer generera möjligheter att utveckla arbetet med vård på hemmaplan. Det framgår även av den tjänsteman vi talat

med i Landskrona att det är en resursfråga, då om det fanns mer resurser skulle de kunna arbeta mer på hemmaplan och inte alltid behöva bryta en negativ utveckling av kriminalitet och missbruk med att omhänderta. Samtidigt vill politikern understyrka att i individärenden skall det aldrig handla om ekonomi, utan det är behoven som styr och finns det behov av att placera ska det göras utan hänsyn till ekonomin. Däremot anser denne att det är viktigt att vara kostnadsmedveten och vid val mellan tillexempel två likvärdiga institutioner skall det billigare väljas. De vi talat med i Helsingborg konstaterar att även om öppenvårdsinsatser är ett billigare alternativ än institutionsplaceringar är detta i sig inte anledning till att man satsat på att utveckla öppenvården. Istället menar de, vilket även bekräftas i deras verksamhetsberättelse, att tack vare att de minskat antalet institutionsplaceringar har de fått ett överskott i budgeten vilket genererat en möjlighet att omfördela resurserna. Då har de valt att anställa mer personal samt genomfört en omfattande kompetensutveckling i metoder som används för familjer på hemmaplan:

” ... vi sparar inte på institutionsplaceringar för att vi ska få mer pengar, utan för att vi ska få ännu mer resurser till att jobba i öppenvård.”

(Tjänsteman, Helsingborgs kommun)

De vi talat med i Lomma ser att öppenvårdsinsatser som alternativ till placeringar av ungdomar har lett till en gynnsam ekonomisk utveckling för ungdomsvården. Då öppenvården kostar mindre har det funnits bra grund för en utveckling av öppenvårdsinsatserna och politikerna har ställt sig positiva till en satsning på öppenvårdsinsatser, då de ser dessa som lönsamma. Den politiker vi talat med menar vidare på att om öppenvårdsinsatserna kostat mer än institutionsvården hade det varit problematiskt, men då de ser öppenvård som ett bättre alternativ än placering på institution för ungdomar anser de nu att de satsar på rätt saker.

5.5 Öppenvårdsinsatser utifrån forskning och evidensbaserade metoder

I det empiriska material vi samlat in framgår att kommunerna är medvetna om att forskning visat att placeringar av barn och ungdomar visat sig ge bristfälliga resultat och samtliga uttalar, som ovan redogjort för, en vilja att använda sig av lösningar på hemmaplan istället för att institutionsplacera ungdomar. Det uttrycks även att effekterna

av öppenvårdsinsatser tros vara bättre och att de vill göra något som är bra, som ger resultat och är långsiktigt hållbart. Strävan att i möjligaste mån inte skilja ungdomen från sin familj och sin hemmiljö är tydlig i de undersökta kommunerna och familjen ses som central del i arbetet med att ändra situationen för den unge. Merparten av de intervjuade personerna ser även ett behov av och uttrycker en vilja att arbeta mer utifrån kunskapsbaserade metoder, vilka bygger på relevant forskning och evidensbaserad kunskap och som de vet fungerar när det gäller öppenvårdsinsatser. Samtidigt uttrycker tjänstemännen i Landskrona och Helsingborg att det som forskningen kommer fram till ofta inte är någonting nytt för socialarbetare och att när det gäller institutionsvårdens bristfälliga resultat var det något som professionen visste om långt innan forskningen visade på det. De menar dock att det är viktigt att forskningen skriver ned och sammanställer det i en skrift för att det ska få betydelse i utvecklandet av metoder. Således konstaterar kommunerna att forskning inom området har haft betydelse för utformningen av öppenvårdsinsatserna, samtidigt som vårt material säger oss att vilken betydelse och på vilket sätt de tillämpar forskning och evidensbaserade metoder skiljer sig åt mellan de undersökta kommunerna.

Helsingborg har utvecklat flera egna öppenvårdsverksamheter och genomfört omfattande fortbildningar för personalen i bland annat den evidensbaserade metoden FFT. Varför de valt denna metod motiveras med att studier visat att metoden fungera väl på framförallt kriminella ungdomar samt att denna metod i huvudsak bygger på ett arbete med föräldrarna och i andra hand med ungdomen, vilket överensstämmer med kommunens familjeperspektiv. Tjänstemannen vi talat med i kommunen anser även att det är forskningen som har haft störst betydelse för utformningen av öppenvårdsinsatserna. Även Vellinge uttrycker att forskningsresultat varit centrala vid utformningen av öppenvårdsinsatser i kommunen, då de vill arbeta mer kunskapsbaserat vilket även befästs genom deras vision för individ och familjeomsorgen. Även politikern i kommunen har angett att de vill att verksamheterna är uppdaterade med aktuell forskning. För att kunna arbeta mer kunskapsbaserat menar den tjänsteman vi intervjuat i Vellinge att det krävs att de tar del av forskning, samtidigt som det är viktigt att producera egen kunskap. Kommunen har inga egna strukturerade öppenvårdsinsatser utan köper in alla dessa externt, vilka de sedan utvärderat för att se att de får vad de efterfrågar av företagen. Genom att de arbetat mycket med att ta fram egen ”forskning” i form av brukarenkäter

och utvärderingar, så har inhämtandet av forskning utifrån blivit eftersatt på senare tid, låter tjänstemannen oss förstå. I Lomma och Landskrona uttrycker de vi talat med att det är viktigt med forskning och att tanken med att undvika placeringar av ungdomar har sin grund i forskning. I vårt material framgår dock inga tydliga mönster om vilken påverkan forskningen har haft för utformningen av öppenvårdsinsatserna för ungdomar i kommunerna. Möjligheterna för personalen att ta del av forskningen är mycket begränsade menar tjänstemannen i Landskrona, det är upp till den enskilda medarbetarens intresse att på eget initiativ ta del av forskning och inte utifrån direktiv från ledningen. Då Lomma har en integrerad verksamhet, där de arbetar med många olika områden, har de enligt tjänstemannen inte möjlighet att fördjupa sig och bli experter på något område, utan tjänstemannen anser att de har lite kunskap om mycket. Den politiker i kommunen som deltagit i vår studie uttrycker att denne inte kan hänvisa till vetenskapliga teorier angående varför vård på hemmaplan är bättre än institutionsplaceringar, men att det rent intuitivt verkar som att vård på hemmaplan ger bättre effekt mot att skilja ungdomen från sin närmiljö.

5.6 Utvärderingar

Som ovan sagt har Vellinge genomfört utvärderingar av sina externt inköpta öppenvårdsinsatser, vars avsikt var att undersöka om insatserna fungerade, ge en vidare kunskap om måluppfyllelsen samt se på processen kring val av insats. Utvärderingarna har bland annat visat på att måluppfyllelsen generellt sett är god för deras öppenvårdsinsatser, att insatserna många gånger är alternativ till institutionsplaceringar samt visat vilka insatser som har bäst och sämst måluppfyllelse. Enligt den tjänsteman vi intervjuat i Vellinge har den kunskap som utvärderingarna genererat lett till att de har blivit duktigare på att hitta rätt insatser för rätt problem och att de blivit bättre på att ge välformulerade uppdrag. Även Landskrona har genomfört en utvärdering av den rådgivningsbyrå som vänder sig till ungdomar och föräldrar när det gäller missbruk. Utvärderingen har bland annat undersökt hur känd verksamheten är samt samarbetspartners syn på verksamheten. Enligt den tjänsteman vi intervjuat har utvärderingen visat på positiva resultat, då föräldrar och ungdomar uppgett att de varit nöjda, att de anser sig ha fått hjälp, att de arbetar med bra metoder samt att de är förtroendeingivande. I framtiden kommer de även att utvärdera sin projektverksamhet

med lösningsfokuserad familjebehandling. Tjänstemannen konstaterar dock att socialt arbete är svårt att utvärdera, då det inte går att säga om det är en specifik insats som varit avgörande för en förändring i en persons liv eller om det är någonting annat i dennes liv som gjort att det gått bra. Helsingborg däremot efterlyser ett bättre samarbete med Socialhögskolan för att få hjälp med utvärderingar, då de idag ser att de har mycket bristfällig utvärdering av sina verksamheter. Istället för att genomföra egna utvärderingar och använda sig av resultaten av dessa, har de mer valt att titta på forskning och använda sig av evidensbaserade metoder som det hoppas ger resultat. Även i Lomma konstateras att det är svårt att genomföra utvärderingar av socialt arbete och därför har de inte genomfört någon utvärdering av sina öppenvårdsinsatser för ungdomar och politikern framhåller att detta är särskilt svårt i en så liten kommun som deras. Då de arbetar med så få i öppenvården finns inte tillräckligt med underlag för att genomföra en egentlig utvärdering, menar denne vidare, utan de ser utifrån varje individuellt ärende huruvida insatsen fungerat eller ej.

5.7 Problembild bland ungdomar

Vad alla kommuner ger uttryck för är att missbruk bland ungdomar är ett utbrett problem och de anser sig behöva och vill arbeta mer förebyggande kring detta. I Landskrona och Helsingborg uttrycker de att våld, missbruk och kriminalitet är vad de främst möter i sitt arbete med ungdomar. De konstaterar även att det finns en ökande tolerans gentemot alkohol och droger och att alltfler ungdomar tillåts dricka alkohol hemma. Landskrona uttrycker även att de har väldigt många barn och ungdomar som mår dåligt i kommunen och att nyckeln för att lösa problemen förmodligen är att arbeta i skolan och med föräldrarna. Problematik kring alkohol och droger är även något som de vi talat med i Lomma och Vellinge tar upp, att lättillgängligheten skapar missbruksproblematik hos ungdomar. De två sistnämnda vill dock understyrka föräldrarnas betydelse för ungdomens beteende och att det största problemet är frånvarande föräldrar och föräldraskikt genom till exempel bristande gränssättning. Detta bekräftas även av Vellinge kommuns utvärderingar där det konstateras att relationsproblem i familjen förekommer i nästan alla ärenden och gränssättningsproblematik i mer än hälften av ärendena (Vellinge, 2005).

5.8 Rollfördelning mellan politiker och tjänstemän

Det finns i kommuner en regelstyrd ordning hur beslut skall fattas, av vem och i vilken ordning. I realiteten kan dock olika aktörer ha inflytande över vilka beslut som tas och vad som ligger till grund för detta. Samtliga kommuner konstaterar att det är politikerna som tar de faktiska besluten, men att tjänstemännen ofta har stort inflytande då det är de som kommer med förslag och initiativ till förändringar. Politikerna anser att deras uppgift inte är att ta beslut om val av specifika metoder eller insatser utan det är tjänstemännen som har professionen och kunskapen. Den politiker i Helsingborg vi samtalat med menar att det politiska uppdraget är att sätta mål, prioritera och avsätta pengar till det och att det är viktigt att nämndens ledamöter känner till verksamheten, förstå hur denne bedrivs samt varför de sitter där de gör. Tjänstemännen i kommunen upplever även att de har förtroende hos politikerna, då tjänstemännen har stort inflytande och kan driva frågor som sedan förankras hos politikerna. Detta är något som även Vellinge uttrycker, att det är genom en dialog mellan tjänstemännen och politikerna som riktlinjer för verksamheten tas fram. Genom att kommunen har en mycket platt organisation med få chefer, menar tjänstemännen vi intervjuat att medarbetarna även har stort inflytande och möjlighet att påverka verksamhetens utformning. Med en annan medarbetarkår hade det kanske inte varit möjligt att genomföra den ideologiska grundsynen med vård på hemmaplan, anser denne vidare. Politikern i Lomma konstaterar att det är tjänstemännen som övertygad politikerna om att öppenvård är bra och att de valt att tro på dem och det är därför de skriver som de gör i sina politiskt tagna nämndmål. Tjänstemännen uttrycker dock att det är nämnden som har bestämmanderätten, även om denne ser sig själv som drivande vid införandet av öppenvårdsinsatserna och att tjänstemännen således har inflytande över verksamheten. Tjänstemännen i Landskrona fick, enligt den tjänsteman vi talat med i kommunen, i slutet av 1990-talet mandat av politikerna att utveckla vården på hemmaplan och placera i mindre utsträckning. Då kriminaliteten bland ungdomar ökat under 2000-talet kom direktiv från politikerna att göra något, att förflytta dessa ungdomar från gatan genom att placera dem samtidigt som det fanns krav på att hålla budgeten. Således menar den tjänsteman vi intervjuat att det har uppstått en situation där tjänstemännen är osäkra på vilka direktiv som gäller, om de ska arbeta med ungdomarna på hemmaplan eller om de ska placera. Samtidigt upplever tjänstemännen att de har

inflytande genom diskussioner i arbetsgrupper och att politiker normalt sett främst är med och diskuterar verksamhetens utformning vid budgetsammanhang.

6. Analys och diskussion

Nedan följer en analys och diskussion av materialet med utgångspunkt i ovan angivna teoretiska referensram. Denna del är uppbyggd så att vi först med hjälp av prioriteringsbegreppet resonerar kring hur kommunerna i vår studie har prioriterat och hur de har motiverat sina prioriteringar för att sedan med stöd av verktygsperspektivet och symbolperspektivet diskutera varför de gör som de gör när det gäller utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar.

6.1 Kommunernas val - prioriteringar

En prioritering innebär att någonting sätts före någonting annat och bestämmer vad som är viktigast, alltså att det ges försteg eller förtur vilket i sin tur innebär att något annat väljs bort (Waldu, 2001, Bergmark, 1995). Vår studie säger oss att kommunerna gör val, att de prioriterar, vad gäller barn- och ungdomsvården i helhet och specifikt vid utformningen av öppenvårdsinsatser. Detta då de säger att de prioriterar öppenvårdsinsatser framför andra insatser, väljer vissa typer av insatser samt gör val angående om de har egna öppenvårdsverksamheter eller köper in dessa externt. Därmed är vår utgångspunkt i likhet med Petersson (2006) att alla gjorda val i själva verket är prioriteringar. Den tydligaste prioriteringen i kommunerna står att finna i valet av hemmaplanslösningar framför dygnsvård och då specifikt institutionsvården. Kommunerna talar om att de vill undvika placeringar och istället satsa på öppenvårdsinsatser, det vill säga att de ger förtur för öppenvårdsinsatserna och till viss del väljer bort institutionsvården. Vid val av insats tycks insatser som vänder sig till hela familjen vara prioriterat i kommunerna, men vad som väljs bort framgår inte tydligt i detta avseende. Dock har en prioritering skett vilket per definition innebär att någonting annat valts bort, då resurserna i kommunerna är begränsade. Prioriteringar sker även utifrån att kommunerna antingen väljer att satsa på att utveckla egna öppenvårdsverksamheter, som Helsingborg och Landskrona, eller väljer att köpa in dessa externt, Vellinge, och således väljer bort att utveckla egna öppenvårdsinsatser.

Bergmark (1995) menar att hur kommuner önskar att prioritera bestäms i ett samspel mellan angelägenhetsgrad, uppfattad kvalitet, uppfattad effektivitet och i vilken utsträckning enskilda verksamheter framstår som ”vinnare” eller ”förlorare” vid tidigare genomförda fördelningsbeslut. I vårt material framkommer att detta samspel till viss del

går att se i de undersökta kommunernas prioriteringar, men liksom Bergmark (ibid.) konstaterar vi att det inte går att teckna en enkel eller sammanfattande bild, utan att hur prioriteringar sker och vad som är grunden till dem utgör en komplex bild som till viss del är beroende av kontexten. Vi finner det dock fruktbart att utifrån ovan angivna begrepp titta närmare på hur kommunerna på en övergripande nivå har prioriterat vid utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar.

Angelägenhetsgraden av att utforma öppenvårdsinsatserna för ungdomar i de undersökta kommunerna kan sägas vara hög. Tillexempel visas detta i Lomma genom att det har tagits politiska beslut om att placeringar ska undvikas till förmån för utvecklad öppenvård, emedan Vellinge har ett uttalat öppenvårdsperspektiv som innebär att de ska arbeta utifrån en huvudprincip om att barn och ungdomar ska vårdas i sin närmiljö. Vad gäller den uppfattade kvalitén refererar kommunerna till forskning som visar på att institutionsvård ger bristfälliga resultat vilket gör att de istället vill vårda ungdomar på hemmaplan i närheten av sin familj. Detta då familjen och samspelet med närmiljön ses som central för goda resultat. Kvalitén på insatserna uppfattas således vara bättre genom öppenvårdsinsatser och sämre på institutioner. Vidare värderar kommunerna kvalitén på öppenvårdsinsatserna utifrån tillexempel metoder som bygger på evidensbaserad kunskap, egna utvärderingar och erfarenheter av insatsernas positiva effekter. Den uppfattade effektiviteten tar främst uttryck i att kommunerna ser öppenvårdsinsatser som mer kostnadseffektiva lösningar än institutionsplaceringar. Tillexempel ser Helsingborg att tack vare att de minskat institutionsplaceringarna har de fått ett överskott i budgeten vilket möjliggjort en omfördelning av resurserna till mer öppenvård. Lomma ser att användningen av öppenvårdsinsatser, som alternativ till institutionsvård, lett till en gynnsam ekonomisk utveckling för barn- och ungdomsvården. Landskrona menar däremot att då de lidit av stora budgetunderskott har det inte funnits tillräckliga resurser för att genomföra några större satsningar på öppenvårdsinsatser och effektiviteten av de rådande öppenvårdsinsatserna uppfattas inte som tillräckliga, utan man uttrycker att det krävs ytterligare resurser för att uppnå önskad effektivitet. Andra effektivitetsaspekter är tillexempel att då institutionsvård inte ger önskade resultat måste kommunerna använda sig av andra lösningar, som på ett effektivt sätt hanterar problemet eller öppenvårdsinsatser som anses vara effektiva då de ger långsiktigt hållbara lösningar. Att öppenvårdsinsatser för ungdomar, genom ovan förda resonemang om kvalitét och

effektivitet, av kommunerna kan ses som ”vinnare” medan institutioner blir ”förlorare” är tydligt i vissa av de undersökta kommunerna. Dock kan öppenvårdsinsatserna av Landskrona i dagsläget till viss del ses som ”förlorare” då de ändå haft hög placeringsgrad, men öppenvårdsinsatser ses dock som potentiella ”vinnare” genom att när kommunen har resurser nog har de som avsikt att utveckla öppenvårdsinsatserna.

Sett till hur dessa olika aspekter samspelar i likhet med Bergmarks (1995) resonemang framkommer det att kommunerna prioriterar öppenvårdsinsatser genom att de är angelägna om att hitta alternativa lösningar till den dyra och ineffektiva institutionsvården, att öppenvårdsinsatserna anses hålla en högre kvalitet samt att de anses vara effektiva både utifrån ekonomi och uppnådda behandlingsresultat. Öppenvårdsinsatserna möjliggör även att prioritera arbetet med hela familjen, vilket av kommunerna ses som något som är angeläget och uppfattas ge hög kvalitet.

6.2 Öppenvårdsinsatser - ett rationellt val?

Ovan förda resonemang tar sin utgångspunkt i *vilka* prioriteringar som kommunerna faktiskt gjort och hur de motiverar prioriteringarna. Frågan vi vidare ställer oss är varför kommunerna valt att utforma öppenvårdsinsatserna för ungdomar på det sätt som de har gjort? På vilka grunder gör de sina val? Är valen kommunerna gör rationella? Det vill säga, bygger prioriteringarna på rationella överväganden? Eller har de skapats utifrån myter och symbolvärden? Eller är det en kombination av dessa?

Om det skulle ses som att kommunerna gör målrationella val så kan man utgå från en mål/medelanalys där nyttan av insatsen står i fokus, det vill säga att den centrala frågan bli vilka effekter insatserna ska ha och vilka sådana som är mest önskvärda (jmf Petersson, 2006). Följaktligen är en målrationell prioritering att målet för en handling sätts främst. Kommunerna i vår undersökning återkommer genomgående till att placeringar av ungdomar på institution i de flesta fall inte ger önskade effekter, medan vård på hemmaplan och familjens betydelse för förändringsarbetet anses vara bättre att arbeta utifrån. Om vi då skulle se det som att målet för kommunerna är att de vill minska placeringarna skulle medlet för att nå målet vara att utveckla öppenvården. Detta syns i vårt material bland annat genom Lomma kommun som tagit politiska mål om att placeringar ska undvikas och alltid prövas mot utvecklad öppenvård i kommunen. Skulle vi istället se det som att målet är att skapa långsiktigt hållbara lösningar som Helsingborg

uttrycker, är medlet öppenvård genom att kommunen ser arbete på hemmaplan och med familjen är vägen att gå för att skapa en förändring i ungdomens liv. Ett annat mål skulle kunna vara att kommunerna vill utveckla mer kostnadseffektiva lösningar där öppenvården blir medlet genom att de ser den som ett mindre kostsamt alternativ än institutionsvård. Utifrån en sådan analys skulle kommunerna kunna antas ha gjort rationella val genom att kommunerna ser utvecklingen av öppenvårdsinsatser som ett medel att minska placeringar, ett sätt att skapa långsiktigt hållbara lösningar samt att kostnadseffektivisera verksamheten.

Har kommunerna då sett öppenvård som en mirakellösning? Utifrån Røviks (2000) verktygsperspektiv vill vi diskutera huruvida kommunerna kan sägas göra rationella val. Kommunerna ska då inte ses som passiva aktörer, utan de väljer vad Røvik (ibid.) kallar ett organisationsrecept utifrån erfarenhetsbaserade insikter om hur receptet fungerar i praktiken. I detta fall skulle öppenvårdsinsatser för ungdomar kunna liknas vid vad Røvik (ibid.) benämner organisationsrecept. För att organisationen ska bli legitim måste den vara effektiv och om det har uppstått objektiva och stora problem med nuvarande lösningar så förutsätts att organisationens aktörer söker nya effektiva lösningar (Røvik, 2000). Vellinge kommun beskriver exempelvis att de i slutet av 1990-talet såg kostnaderna för sina institutionsplaceringar ständigt stiga utan önskade resultat varpå de bestämde sig för att hitta alternativa lösningar. Öppenvårdsperspektivet valdes som lösningen på deras ”problem”. Liknade resonemang fördes även i Landskrona. Institutionsplaceringar hade förlorat sina effektivitetsmässiga fördelar som ett verktyg för att bedriva social ungdomsvård och nu finns istället nya ”recept”, öppenvårdsinsatser, vilka fått ökad uppmärksamhet och popularitet utifrån bland annat att de innebär goda ekonomiska resultat för de kommuner som använder sig av det. Verktygsperspektivet bygger dock på att det som väljs värderas uteslutande utifrån hur det fungerar i praktiken och att resultaten av det är kontrollerade och dokumenterade (ibid.). De dokumenterade och kontrollerade resultat som främst kan kopplas samman med öppenvårdsinsatser i allmänhet är att det ur ekonomisk synvinkel är mer lönsamt, förutsatt att de specifika öppenvårdsinsatserna i kommunerna inte bygger på evidensbaserade metoder.

Möjligt är, anser vi, att öppenvårdsinsatser som organisationsrecept inte kan sägas bygga på helt igenom intentionsbundna och rationella val av de undersökta kommunerna, utan att vad som styr utformningen av öppenvårdsinsatser till viss del kan motiveras av

de symbolvärden de skapar. Detta i likhet med vad Petersson (2006) konstaterar i sin studie. Betraktat utifrån ett symbolperspektiv så utgör socialt konstruerade normer yttre, objektiva och givna villkor för hur man ska organisera bra (Rövik, 2000). Genom institutionaliseringsprocessen framstår sedan organisationsreceptet som ett faktum som tas för givet som ett effektivt rätt sätt att organisera. Detta är något som tydliggörs i vårt material bland annat genom att de i Lomma uttrycker att vård på hemmaplan rent intuitivt ger bättre effekter än att skilja ungdomen från sin närmiljö. Kommunerna i vår studie tycks, som vi ovan konstaterat, prioritera öppenvårdsinsatser för att de anses ha högre kvalitet och uppnå bättre effektivitet då de är billigare och ger bättre behandlingsresultat. I många fall har kommunerna dock inte utvärderat sina öppenvårdsinsatser, vilket gör att de egentligen inte vet så mycket om behandlingsresultaten. Men då de associeras med rationalistiska värden så som effektivitet så kommer de till vissa delar att utgöra en rationaliserad symbol för effektiva behandlingsresultat. Legitimitet vinner organisationen genom sin förmåga att reflektera över och bygga in rådande föreställningar, att göra symbolerna till rationaliserade symboler genom att framställa dem som välutarbetade verktyg för effektivisering och modernisering. Här anser vi att Vellinge kommuns utveckling av öppenvårdsperspektivet är ett bra exempel på hur föreställningen om öppenvård som något effektivt och bra har reflekterats över, genomarbetats och integrerats som ett välutarbetat verktyg. Vår mening är att organisationsreceptet öppenvård till viss del blivit symbolen för rationalistiska värden så som till exempel effektivitet och förnuft och att det därigenom vunnit legitimitet. Men som Rövik (2000) påpekar så är det på detta sätt svårt att föreställa sig ett recept som antingen bara är symboler eller effektiva verktyg. I viss uträkning kan öppenvårdsinsatser för ungdomar ha ett symbolvärde av att representera att kommunen är med framme vad det gäller forskningen och vad som är aktuellt inom barn – och ungdomsvården. Detta samtidigt som utvecklingen av öppenvårdsinsatser för ungdomar framställs som ett effektivt verktyg för att undvika placeringar, spara pengar och ge bättre resultat.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar är komplext, men att utifrån vår undersökning kan vi ändå uttyda att det har att göra med kommunernas angelägenhet att hitta alternativa lösningar till den dyra och ineffektiva institutionsvården, en uppfattning om att öppenvårdsinsatser anses hålla högre kvalitet och anses vara effektivare utifrån ekonomi

och utifrån uppnådda behandlingsresultat. Öppenvårdsinsatserna möjliggör även att prioritera arbetet med hela familjen, vilket av kommunerna ses som något som är angeläget och uppfattas ge hög kvalitet. Vi anser även att öppenvårdsinsatser kan av kommunerna ses som ett effektivt verktyg och har ett symboliskt värde vilket i sin tur styr utformningen.

6.3 Avslutande diskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka vad det är som styr kommuners utformning av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Vad vi visste redan från början var att det skett en påtaglig utveckling av öppenvårdsinsatserna i kommunerna och att möjliga förklaringar till detta kan vara forskningsresultat som visar på institutionsvårdens bristande effekter, besparingskrav i offentlig verksamhet, ökat intresse hos professionen att utveckla och ge utrymme för nya metoder samt att nya målgrupper lyfts fram. Med den kunskapen angrep vi vårt problemområde, men vi försökte förhålla oss öppna inför att det kunde komma fram någonting utöver dessa förklaringar och att det skulle kunna vara mer komplext än så. Vår förhoppning var även att genom att prata med fyra kommuner få en mer nyanserad bild av vad det är som styr utformningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar. Med facit i hand kan vi dock se att genom att titta på fyra kommuner blev omfånget av det material vi samlade in samt den kontext kommunerna utgjorde svårt att överblicka och hantera när vi väl kom till vår analys. Vad analysen av vårt material lett till är att vi kunnat se mönster i hur kommunerna prioriterat och resonerat vid utformningen av öppenvårdsinsatser, men vi har funnit det svårt att lyfta fram skillnader och vad de kan bero på. Vad vi vet genom vår undersökning är att det finns skillnader mellan kommunernas utformning av öppenvårdsinsatser, men vad det i sig beror på kan ha en mängd olika förklaringar som i sig är kopplade till varje enskild kommuns kontext. Bergmark (1995), Petersson (2006) och Åström (2004) konstaterar alla att hur prioriteringar och val görs är ytterst komplext och beroende av den kontext i vilka de görs. Vi finner det ändå intressant att trots kommunernas kontextuella olikheter, är resonemangen kring vad det är som styr utformningen av öppenvårdsinsatser relativt lika. Ett centralt tema i vårt material är att det som har styrt kommuners utformning av öppenvårdsinsatser till stor del beror på forskning som visar på bristfälliga resultat vid placeringar samt att öppenvårdsinsatser anses vara mer kostnadseffektiva.

Inriktningsprioriteringarna tycks här sammanfalla även om innehållsprioriteringarna skiljer sig åt något. Det tycks finnas en stark tilltro till att öppenvården är en ”vinnare” även i de kommuner där öppenvården ännu inte uppvisat de effekter som man eftersträvat, nämligen minskat antal placeringar.

Det vi ständigt återkommit till, i våra resonemang kring vad det är som styr utformningen av öppenvårdinsatser för ungdomar, är dock att kommunerna betonar att forskningsresultat kring bristfälliga resultat vid institutionsvård är anledningen till att de vill att placeringar ska undvikas, men samtidigt vet de undersökta kommunerna i många fall väldigt lite om vad de öppenvårdsinsatser som de erbjuder ger för resultat. Endast i undantagsfall har insatserna utvärderats, främst då i Vellinge och skälet som ges tycks vara brist på resurser. I vissa fall har evidensbaserade metoder då istället varit en väg att försöka säkra goda resultat av insatserna, vilket syns i Helsingborg. Forskning och evidensbaserad metod är något som anses viktigt i samtliga kommuner, men det finns enligt intervjupersonerna lite utrymme till att ta del av forskning utöver eget intresse hos varje enskild tjänsteman. Tydligt blir att resurserna är begränsade och om något prioriteras måste något annat bortprioriteras.

Vår utgångspunkt är i likhet med kommunernas att öppenvårdsinsatser är något positivt, men vad bygger vi det på? Vad är det egentligen som gör att vi tycker att familjen är central i behandlingsarbetet och att hemmamiljön är där en förändring måste ske? Handlar det i själva verket om att detta sätt att tänka utgör symboler för ett mer individualistiskt samhälle där den självständiga individen allt mer premieras? Detta är något som vi resonerat kring under arbetets gång och som fått oss att reflektera över vikten av att kunna motivera varför man tycker som man gör och specifikt i vår framtida roll som socialarbetare. Där kommer vi ständigt att ställas inför valsituationer och avkrävas motivering av våra klienter varför vi gör som vi gör och som vi förväntas kunna ge. Detta, att motivera sina val, är därför något som vi anser att vi bör kunna förväntas oss av kommunerna då det gör sina prioriteringar vid utformningen av sina olika verksamheter.

Litteraturförteckning

Alvesson, M. & Deetz, S. (2000). *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur

Bergmark, Å (1995). *Prioriteringar i socialtjänsten – rättvisa eller ekonomi*. Stockholms Universitet: Rapport i socialt arbete nr 73.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005). En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13(2).

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi

Forkby, T. (2005). *Ungdomsvård på hemmaplan. Idéerna, framväxten, praktiken*. Akad avh, Göteborgs universitet, Göteborg.

Holme, I-M. & Solvang, B-K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Lundström, T. & Vinnerljung, B. (2001). Omhändertagande av barn under 1990-talet. I M. Szebehely (Red.), *Sou 2001:52. Välfärdstjänster i omvandling, forskarantologi från välfärdsbokslutet*. Stockholm: Fritzes.

May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Meyer, J.W & Rowan, B (1977). "Institutional Organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83, 340-363. I: Røvik, K-A (2000). *Moderna organisationer – trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Malmö: Liber

- Patel, R. & Tebelius, U. (1987). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Petersson, J (2006). *Prioriteringar och processer inom socialtjänsten*. Malmö: Bokbox Förlag.
- Repstad, Pål (1999). *Närhet och distans- kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Rövik, K-A (2000). *Moderna organisationer – trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Malmö: Liber
- Sallnäs, M. (2000). *Barnvårdens institutioner: Framväxt, ideologi och struktur*. Akad avh., Stockholms univ., Stockholm.
- Socialdepartementet (1993). *Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. SOU 1993:93.
- Socialstyrelsen (1998) Sammanfattning av: *Individ- och familjeomsorgens arbete med ungdomar: en uppföljning av utvecklingen sen 1993* (elektronisk). Socialstyrelsens officiella hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/1998/3858/1998-3-5+Sammanfattning.htm>> (2007-05-13)
- Socialstyrelsen (2006), *Barn och Unga insatser 2005* (elektronisk). Socialstyrelsens officiella hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EFB46C3D-BF6E-4F29-92CC-09F43C686AB5/6040/2006449.pdf>> (2007-04-02)
- Socialstyrelsen (2006b), *Öppenvårdens former - En nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård* (elektronisk). Socialstyrelsens officiella hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9189/Sammanfattning.htm>> (2007-03-20)

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vinnerljung, B. (1996). *Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt*. Stockholm: Liber Utbildning/CUS

Waldau, S (2001). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården – att hushålla för rättvisa*. Lund: Studentlitteratur.

Åström, K (2004). *Prioriteringar i socialtjänsten – en analys av rättsliga förutsättningar*. Lund: Sociologiska institutionen.

Dokument

Helsingborgs kommun, Socialnämnden (2006); *Verksamhetsberättelse 2006*.

Helsingborgs kommun, Ungdom & familj (2006); *Arbetsinriktning 2006*.

Landskrona kommun, Barn- och ungdomsnämnden (2006); *Bokslutskommentarer av Område IFO, RESURS & STÖD:s verksamhet under år 2006*.

Landskrona kommun, Barn- och ungdomsnämnden (2007); *Budget 2007*.

Lomma kommun, Socialförvaltningen (2007); *Verksamhetsplan för socialförvaltningen 2007*.

Vellinge kommun genom Peter Olsson, Individ och Familjeomsorgen (2005); *Utvärdering av strukturerade öppenvårdsinsatser BU 2002-2004*.

Vellinge kommun genom Peter Olsson, Individ och Familjeomsorgen (2005); *Processutvärdering av strukturerade öppenvårdsinsatser för barn och ungdom 2004*.

Vellinge kommun, Individ och familjeomsorgen (2007); *Individ och familjeomsorgen
Vision 2007.*

Bilaga 1

Lund den xxx 2007

Hej

Tack för att du har valt att delta i vårt uppsatsarbete som intervjuperson. Vi vill med detta brev ge ytterligare information om vårt arbete som är relevant för dig.

Intervjun med dig kommer att vara en del i vår C-uppsats på Socionomprogrammets sjätte termin på Socialhögskolan i Lund. Syftet med uppsatsen är att undersöka vad som styr utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatser för ungdomar i fyra kommuner i Skåne. Vi ställer oss frågor som om kommunen har någon strategi/policy för utformningen av öppenvårdsinsatser och varför kommunerna väljer att organisera sin öppenvård för ungdomar på det sätt de gör? Genom att du deltar i vår undersökning är du med och förklarar hur öppenvårdsinsatserna för ungdomar ser ut i just din kommun och varför det ser ut som det gör.

Vi kommer att vara två som håller i intervjun och vi kommer att följa en intervjuguide med öppna frågor. Detta kommer att ge dig möjlighet att få fram det som du anser vara viktigt för vårt ämne. Intervjun kommer att ta ungefär en timme och med ditt godkännande kommer vi att använda bandspelare. Alla inspelningar kommer givetvis att förstöras efter att vi är klara med uppsatsen.

För att underlätta vårt arbete skulle vi vara ytterst tacksamma om du hade möjlighet att ta fram eller ge tips på var vi kan hitta relevanta dokument som vi kan använda oss av. Vi uppskattar även möjligheten att kunna kontakta dig efter intervjun för eventuella förtydliganden eller ytterligare frågor.

Uppsatsen beräknas vara klar i juni och om du vill skickar vi gärna ett exemplar till dig då.

Vid frågor får du gärna kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anna Ängeby

anna.angeby.617@student.lu.se

Tel: 0707-783678

Lina Svärd

lina.svard.011@student.lu.se

Tel: 0703-267461

Handledare: Per-Gunnar Edebalk

per_gunnar.edebalk@soch.lu.se

Tel: 046-222 93 88

Bilaga 2

Intervjuguide

Att informera om:

Syfte är att analysera vad som styr kommuners utformning och omfattning av öppenvårdsinsatser för ungdomar.

Inte bara verksamheter, all form av öppenvårdsinsatser

Ungdomar är tonåringar 13-20 år

Ungdomar där symtom syns som visar på behov av insats

Anonymitet

Socialförvaltningens organisering

- Hur är socialförvaltningen organiserad i kommunen?
- Vilken är din roll?
- Hur länge har du arbetat i kommunen?
- Hur ser ditt ansvarsområde ut?
- Vem eller vilka har inflytande över hur ungdomsvården i kommunen skall utformas?

Behov i kommunen

- Hur många ungdomar finns det i kommunen?
- Ser ni att det finns någon viss problematik som är dominerande bland ungdomar i kommunen?
- Hur många ungdomar befinner sig i riskzonen för att bli aktuell för en insats av socialtjänsten?
- Vilka behov av insatser finns för ungdomar i kommunen? Räcker insatserna till?

Öppenvårdsinsatser för ungdomar som erbjuds i kommunen

- Vilka öppenvårdsinsatser finns det för ungdomar i kommunen?
- Vilka metoder används i öppenvården för ungdomar i kommunen?
- Hur blir en ungdom aktuell för en öppenvårdsinsats?
- Hur många ungdomar är aktuella för öppenvårdsinsatser i kommunen?
- I vilken utsträckning används öppenvårdsinsatserna?

Utvecklingen av öppenvårdsinsatser i kommunen

- Hur har utvecklingen av öppenvårdsinsatser för ungdomar sett ut i kommunen de senaste 20 åren?
- Vad är mest aktuellt idag gällande öppenvårdsinsatser för ungdomar i er kommun?
- Vilka planer har kommunen för framtiden gällande öppenvårdsinsatser för ungdomar?

- Hur kommer det sig att kommunen valt att utforma sina öppenvårdsinsatser för ungdomar på detta sätt?
- Vilka prioriteringar har kommunen gjort vid utvecklingen av öppenvårdsinsatser?

Regler och riktlinjer som styr verksamheten – nationella såväl som lokala

- Vad finns det för kommunala regler och riktlinjer i kommunen gällande öppenvårdsinsatser för ungdomar, om några?
- Vad finns det för nationella riktlinjer gällande öppenvårdsinsatser för ungdomar som ni utgår ifrån, om några?
- Vilken betydelse har dessa för utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatserna för ungdomar?

Ekonomiska ramar för ungdomsvården

- Hur ser budgeten ut i kommunen för ungdomsvården? Vilka totala kostnader har kommunen för ungdomsvård? Institutionsvård, familjehem, förebyggande arbete, öppenvård.
- Vilka ekonomiska resurser finns tillgängliga för öppenvårdsinsatser för ungdomar i kommunen?
- Har kostnadsfördelningen för ungdomsvård förändrats över tid? Både den totala kostnaden och fördelningen mellan olika insatser?
- Vad är kostnaden för olika insatser för ungdomar; till exempel institutionsvård, familjebehandling, ART?
- Vilken betydelse har kommunens ekonomiska resurser haft för utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatserna?

Forskning på området

- Vilken betydelse har forskning och forskningsresultat för utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatser i kommunen?
- Hur tar kommunen (tjänstemän och politiker) del av aktuell forskning?
- Hur har kunskap, erfarenhet och ideologier påverkat utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatserna?

Utvärdering av verksamheten

- Utvärderas öppenvårdsinsatserna för ungdomar? I så fall, hur?
- Vad har utvärderingen/utvärderingarna visat för resultat?
- Hur har resultaten av utvärderingarna påverkat utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatserna?

Personal och profession

- Vilka professioner är representerade i öppenvårdsinsatserna för ungdomar i kommunen?
- Vilket inflytande har personalen på utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatserna?
- Är det någon speciell person eller grupp som drivit utvecklingen av öppenvårdsinsatserna?
- Hur ser kompetensutvecklingen ut för personalen inom området?
- Vilken betydelse har personalens kompetens för utformningen och omfattningen av öppenvårdsinsatser?

Övrigt

- Är det någonting annat som du skulle vilja tillägga?