



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

KBT på HVB

En kartläggning av Kognitiv Beteendeterapi på Hem för vård eller boende för
barn och ungdom

Inga Axbrink

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012

Handledare: Margit Wångby – Lundh

Examinator: Cristina Lundqvist - Persson

Abstract

The overarching purpose of this work was to measure the level of psychotherapeutic competence at HVB (residential care) for children and adolescents in Sweden today, to determine how many HVBs that say they offer CBT; the competence of CBT at those HVBs and how this competence is secured. Out of 399 registered HVBs 124 (31%) survey replies were received. Completed survey responses indicate, that on average there is one therapist with fundamental psychotherapeutic education or a licensed psychotherapist per five children at the HVBs that were represented in the study. Of HVBs only offering CBT, the level of competence proved to be even higher. The results presented in this thesis indicate that 68% of the respondents claim they offer CBT. Many HVBs tend to offer a variety of treatment approaches in addition to CBT e.g. Environmental Therapy and Psychodynamic Therapy. At HVBs which offer many types of therapy methods, the level of competence in CBT was lower than at the HVBs that reported that they work with CBT as the only treatment. Supervision proved to be an important factor for virtually all while the variability was large. CBT supervision was made by both licensed psychotherapists with a supervisions license as well as by therapist with fundamental psychotherapeutic education.

Keywords: CBT, HVB, residential care, children and adolescents

Innehållsförteckning

Abstract	2
Innehållsförteckning	3
Förord	4
Introduktion	5
Vad är ett HVB?	5
Historisk tillbakablick	6
Institutioners utveckling internationellt	10
Vem placeras?	12
Forskning på effekter av behandling på institution	15
Forskningsprojekt i Sverige.	17
Evidens för KBT generellt barn/ungdomar	19
Behandlings- och programintegritet	20
Syfte och frågeställning	22
Metod	22
Urval av HVB	22
Enkät	23
Procedur	23
Resultat	24
Generella resultat	24
Resultat utifrån storlek på HVB	25
Vilken kompetens för KBT finns?	27
Psykioterapeutkompetens för KBT.	27
KBT-kompetens hos övrig behandlingspersonal.	28
Säkerhetsställa behandlingsintegriteten genom handledning	29
Diskussion	30
Referenser	34
Bilaga enkät	37

Förord

Jag har arbetat under större delen av mitt yrkesverksamma liv på HVB; ett par år på ett stort HVB med målgrupp vuxna missbrukare men huvudsakligen på ett mindre HVB med målgrupp ungdomar 13-19 år. På HVB i Sverige idag placeras barn/ungdomar med varierad och komplex problematik, de som tidigare inte dragit nytta av öppenvårdbehandlingar eller andra insatser från samhällets sida och till slut placerats på institution. Dessa barn/ungdomar har det kanske svårast i samhället och samtidigt den kanske största utmaningen att ge behandling. För att bättre möta denna utmaning började jag på psykoterapeutprogrammet, KBT med inriktning barn och unga och när det nu är dags att avsluta utbildningen faller det sig naturligt att ”knyta ihop säcken” genom att studera psykoterapeutisk kompetens på HVB, och då företrädesvis KBT-kompetens, i mitt examinationsarbete.

Det övergripande syftet med detta arbete är att kartlägga psykoterapeutkompetens på HVB för barn och ungdomar i Sverige idag, hur många HVB som uppger att de erbjuder KBT, vilken kompetens för KBT som finns på dessa HVB och hur kompetensen säkerhetsställs.

Jag vill rikta ett speciellt tack till dem som tog sig tid att svara på enkäten. Tack också till Margit Wångby Lundh, min handledare, för engagemang i mitt arbete och till Johan Wetterlöv som ställde upp som ”bollplank” när enkäten skapades. Ovärderlig hjälp och stöd med teknisk support och vägledning har också Simon och Filip Axbrink Jönsson ställt upp med.

Introduktion

Vad är ett HVB?

”HVB” är en förkortning på ”Hem för vård eller boende”. Socialtjänstförordningen 3 kap 1½ definierar HVB på följande sätt:

Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt (SOFS 2001:937).

Privata aktörer som vill driva enskild verksamhet enligt Socialtjänstlagen (SoL 7 kap 1§) måste ansöka om tillstånd innan verksamheten startar. Socialstyrelsen granskar och fattar beslut om tillstånd beviljas. Kommuner och landsting som driver HVB behöver inte tillstånd från Socialstyrelsen men måste registrera sin verksamhet där. Ett HVB kan inte enbart bedriva hälso- och sjukvård men kan ha vissa inslag av sådan vård (hämtat 111101 på Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se>).

Termen HVB kom till med socialtjänstlagstiftningen 1982 (Sallnäs, 2000). Den har ingen internationell tillämpbarhet eller motsvarighet. I engelskspråkig litteratur används vanligtvis uttrycken ”residential care/treatment” eller ”institutional care” för att tala om boende som kombineras med vård och/eller behandling. I Sverige är skiljelinjen mellan familjehem eller HVB något flytande, det finns familjehem som växt till att ta emot fler än tre barn och då gått över till att kallas HVB men också små enheter med familjeliknande förhållanden, långt från de mer storskaliga institutionerna (Sallnäs, 2009). I denna uppsats kommer HVB, institution och även behandlingshem användas växlande och med samma innebörd.

I Nationella HVB-registret (<http://www.socialstyrelsen.se>) finns enskilda tillståndspliktiga HVB, offentligt drivna HVB med anmälningsplikt, och SiS-hem registrerade. Familjehem finns inte med i registret.

Statens institutionsstyrelse (SiS), är en statlig myndighet som bedriver individuellt anpassad tvångsvård enligt Lagen om vård av unga (LVU) och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem. De institutioner de driver kallas SiS-hem eller §12-hem men ingår numera i termen HVB. SiS verkställer också slutna ungdomsvård. Institutionerna finns över hela landet. Det finns 25 särskilda ungdomshem med drygt 600 platser för akut- och utredning, behandling eller utslussning. De flesta är låsbara (hämtat 120217 från www.stat-inst.se).

I november 2011 fanns 690 HVB för ensamplacerade barn och unga i Sverige, varav 291 var boende för ensamkommande flyktingbarn (Socialstyrelsen, personlig kommunikation). I november 2008 fanns 336 enskilda tillståndspliktiga verksamheter och 23 offentliga verksamheter. Därutöver fanns 43 offentliga HVB för ensamkommande flyktingbarn. Antalet verksamheter förändras kontinuerligt. Nya verksamheter öppnas och andra läggs ner. Anledningar till att HVB upphör kan exempelvis vara att beläggningen är för låg eller att huvudmannen vill upphöra med verksamheten av personliga skäl (Socialstyrelsens, 2009). Det finns en stor variation i karaktär och inriktning inom begreppet HVB. Här finns HVB med platsantal under 5 till de som har över 40, HVB som specialiserat sig på en målgrupp ex självskadebeteende till de som blandar olika målgrupper. Det finns de som bara vänder sig till ett kön och de som mixar, vissa är utredningshem där kanske hela familjen placeras och det finns de som tar emot akuta placeringar för kortare tid.

När det gäller begreppsliga ramar och terminologi för institutionernas arbete finns väsentliga nationella olikheter, vilket försvårar jämförelser internationellt. Man har olika intellektuella traditioner och olika slag av ”professionella kartor” att utgå från (Jones, 1991, refererat i Sallnäs, 2000). I den mån det finns en professionell terminologi varierar den ofta mellan länder och det finns olika tolkningar av några av de centrala begreppen inom området. Ordet ”education” är ett exempel på detta. I vissa länder, till exempel Sverige, avses främst den utbildning som sker inom ramen för ett skolsystem. I andra länder, till exempel Italien och Frankrike, syftar man på hela den socialisationsprocess som barn och ungdomar genomgår när de växer upp, inklusive det som sker på institutioner. I Östeuropa är en av institutionssystemets huvuduppgifter att ge barnen och ungdomarna skolgång och institutionerna är organiserade kring ”utbildning” som ett slags kärnbegrepp. I andra västeuropeiska länder har ”vård” samma roll. I Sverige och en del andra länder talar man snarare om ”behandling” som institutionernas primära uppdrag (Sallnäs, 2000).

Historisk tillbakablick

Institutioner där barn och unga och/eller andra grupper placeras har funnits i flera hundra år. De första institutionerna för barn brukar dateras till 1600-talet (Höjer, 1952; Bramstång, 1964). En viktig uppgift var att härbärgera barn som av en eller annan anledning övergivits av sina föräldrar. På 1800-talet började man i Sverige bygga institutioner för barn, man gjorde skillnad på ”vanartade barn och ”vanvårdade barn” (Sallnäs, 2000; Levin, 1998). De vanartade barnen skulle placeras på skyddshem. Skyddshemmen har kallats räddningshem, uppfostringsanstalter, avsöndringsskolor och så småningom

ungdomsvårdsskolor. De motsvaras idag av SiS särskilda ungdomshem (§12-hem). De vanvårdade barnen, de som hade dåliga hemförhållanden, placerades på barnhem eller fosterhem. Denna våg av anstaltsbyggande kan ses som början till formandet av ett särskilt institutionssystem för barn och ungdomar. Runt sekelskiftet och de första decennierna på 1900-talet skedde en kraftig ökning av antalet. Enligt Vinterhed (1977) fanns år 1919 cirka 200 barnhem med 4 500 platser. Den sammantagna institutionsvården för barn och ungdomar nådde sin kulmen under 1930-talet. Det fanns då som mest nära 400 hem med drygt 8 500 platser. Perioden fram till åren före andra världskriget kan med andra ord karakteriseras som institutionsvårdens uppbyggnads- och expansionsfas (Sallnäs, 2000). Därefter inleddes den minskning som skulle präglade större delen av tiden fram till socialtjänstreformen 1982. Sammantaget minskade antalet institutioner från nästan 400 (1930-talet) till mindre än hälften (1980-talet). Platsantalet minskade ännu kraftigare, från drygt 8 500 till knappt 2 000, det vill säga med nästan sjuttiofem procent, vilket förklaras med att institutionerna blev mindre från 1960-talet. När socialtjänstlagstiftningen trädde i kraft 1982 var institutionsvården för barn och ungdomar, både barnhem och ungdomsvårdsskolor, i ett historiskt perspektiv mycket liten till sin omfattning. Man kan tala om en långsam men genomgripande avinstitutionisering av barnvården.

Samtidigt som den sociala institutionsvården avtog började barnpsykiatriska vårdavdelningar inrättas på sjukhusen och platsantalet för barnpsykiatrisk heldygnsvård byggdes ut på 1950- och 1960-talen (SOU 1985:14, 2 26). Efter uppbyggnadsskedet låg platsantalet under 1970- och 1980-talen på 7–800 för att sedan minska under slutet av 1980-talet till cirka 600. 1993 var platsantalet nere på drygt 470 platser (Socialstyrelsen, 1974; Landstingsförbundet, 1975–1993). Den institutionella vården inom barnpsykiatri hade alltså en senare etableringsfas än den sociala institutionsvården och stod för flest platser på 1970- och 1980-talen, den tid då Sverige hade som lägst antal barn- och ungdomshem. Gränserna mellan det sociala och det psykiatriska har historiskt varit oklar både vad gäller hur barnens problem uppfattas och vilken slags vård som anses lämplig.

I spåren av avinstitutionisering under 1960- och -70-talet växte behandlingsmodeller fram på många institutioner i Sverige. Man talade om miljöterapi och psykodynamiska modeller som de ”nya” behandlingshemmen (Sallnäs 2009). Miljöterapi utvecklades i huvudsak ur den psykodynamiska teorin. Inom miljöterapi beskrivs utveckling och förändring framförallt som ett resultat av terapeutiska processer. Som viktiga aspekter i det terapeutiska förhållningssättet i miljöterapi nämns kontinuitet, trofasthet och närhet. (Markestig & Strömquist, 1994). Hasselamodellen startades under samma tidsperiod.

Modellen bygger på medlevarskap där människor lever tillsammans i ett kollektiv, en del av dem är de som skall behandlas andra är så kallade medlevare. Pedagogik, fostran och ansvar är ledord. Andra behandlingsmetoder som vuxit fram under senare år är lösningsfokuserad behandlingsmetod, systemteoretiska behandlingsmetoder och behandlingsmetoder som bygger på inlärningsteoretiska teorier. I Sallnäs avhandling (2000) presenteras en studie som beskriver förhållandena i nov 1995 på 379 HVB i Sverige. På 66% av de HVB som deltog i studien uppgav man att man hade en teori/modell som man utgick ifrån. Miljöterapi och psykodynamisk teori/modell hade en stark ställning. System-interaktionsteori representerades på en femtedel av behandlingshemmen. Här finns medlevarskap och kristna grundsyner också representerade medan andra modeller beskrivs som ”ej vedertagna” (Sallnäs 2000).

I början av 1990-talet startade en ny trend inom institutionsvården av barn och ungdomar i Sverige, privata aktörer startade HVB och även om familjehemsplaceringar fortfarande dominerar antalet placeringar så har antalet placeringar på enskilt ägda HVB ökat. Skälen till detta diskuteras och några förklaringar som nämns är svårigheter att hitta bra familjehem, problematiken kring barnet/ungdomen har försvårats och kräver större resurser än ett familjehem kan erbjuda, barn och ungdomsvården har blivit en ”marknad” där marknadsföring av HVB har en avgörande roll och det har tidigare varit förhållningsvis enkelt att starta - och lägga ner HVB (Sallnäs, 2009).

Hem för vård eller boende har kritiserats både professionellt och i massmedia, man har funnit att barn har farit illa, att utbildningsgraden varit förhållandevis låg för personalen, att utvärdering av vårdens effekt har varit i det närmaste obefintlig, att gemensamma teoretiska ramar och behandlingsmodeller har avsaknats (Sallnäs, 2009). Någon enhetligt regelverk över tillsyn, hur tillstånd beviljades, hur klagomål hanterades fanns inte utan skiftade från Länsstyrelse till Länsstyrelse. Socialstyrelsen och länsstyrelserna gjorde tillsammans en kraftsamling inom tillsynen av HVB under perioden 2006–2008 för barn och unga. En nationell tillsyn av HVB som tog emot ensamplacerade barn och unga upp till 18 år gjordes och detta utmynnade i en rapport ställd till regeringen (Socialstyrelsen 2009). Det gällde totalt 363 HVB. Tillsynen avsåg vid detta tillfälle inte verksamheter inom Statens institutionsstyrelse. Tillsynen granskade verksamheternas förutsättningar och villkor för att ge barn och unga en god vård utifrån barnens behov. Man menade att det kunde finnas enskilda barn som inte hade det bra i verksamheten även om länsstyrelsen, som då hade tillsynen över HVB, inte hade funnit några brister vid sina granskningar, eftersom varje barns placering inte varit föremål för tillsynen. Projektet var även en del i utvecklingen av tillsynen och utmynnade i att Socialstyrelsen 2010 tog över uppdraget att utöva tillsyn över samtliga

enskilda och offentliga verksamheter där barn och unga får insatser av socialtjänsten samt att utreda och besluta om tillstånd för HVB att starta. Under 2010 fanns en ambition från Socialstyrelsens sida att genomföra två tillsynsbesök vid varje HVB, ett anmält och ett oanmält. Trots att Socialstyrelsen starkt prioriterade regelbunden tillsyn (frekvenstillsyn) inom HVB räckte resurserna inte till för att genomföra tillsyn i den omfattning som lagstiftningen anger. Under 2010 fanns därmed ett begränsat utrymme för särskilda riktade tillsynsinsatser mot de HVB som kunde tänkas ha brister. I rapporten (Socialstyrelsen, 2011a) ger man uttryck för att detta är bekymmersamt då en riskbaserad tillsyn är ett viktigt verktyg för att uppmärksamma och förhindra brister av olika slag (Socialstyrelsen, 2011a). Under 2010 genomfördes 411 anmälda tillsynsbesök och 171 oanmälda för 549 HVB.

Socialstyrelsen redovisar att intrycket från 2010 års inspektioner var att kvaliteten och säkerheten generellt sett förbättrats sedan tidigare tillsyn och att verksamheterna hade en bättre kunskap än tidigare om vilka krav som skulle uppfyllas. Många brister hade också i stor utsträckning åtgärdats (Socialstyrelsen, 2011a). 2010 var det första året som tillsynen för hälso- och sjukvård och socialtjänst förts samman till Socialstyrelsen. Under året fanns vissa problem med planering och rekrytering, därför lyckades inte Socialstyrelsen nå målet med två tillsyner per verksamhet och år. Under 2011 har detta mål uppnåtts (Socialstyrelsen 2012).

Från och med den 1 januari 2011 sköter Socialstyrelsen tillståndsprövning centralt på myndigheten. Syftet är att göra tillståndsprövningen enhetlig. Enhetlighet vid nya tillstånd som utfärdas har ökat men för de enheter som redan hade tillstånd innan 2010 har ingen förändring till att dessa ska bli mer enhetliga, skett (hämtat 120305 på <http://www.socialstyrelsen.se>).

Samtidigt som Socialstyrelsen fått ett nationellt tillsynsansvar över HVB-verksamheterna har också kraven på HVB från placerande myndigheter, i första hand kommunerna, ökat. Kommunerna är stora beställare av vårdplatser, kostnaden för institutionsvård på HVB var totalt omkring 4,6 miljarder för barn och unga 2009. De medel kommunerna har för att ställa krav på verksamhetens kvalitet är främst upphandling och uppföljning. Det är vid upphandlingstillfället kommunen formulerar de krav som ställs på HVB både rörande innehållet i verksamheten och i kraven på utförarens företag. Utifrån Lagen om Offentlig Upphandling (LOU 2007:1091) går kommuner samman med syfte att få till stånd ramavtal med de anbudsgivare, HVB, som efter utvärdering blivit antagna för att tillgodose kommunernas huvudsakliga behov av externa placeringar. Ramavtalen reglerar därefter samtliga villkor som avser relationen vårdgivare- kommun under avtalsperioden. (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2010).

Institutioners utveckling internationellt

Historiskt sett finns både stora skillnader och likheter i hur institutioner för barn och unga vuxit fram i olika länder. Ekonomiska, politiska, ideologiska och kulturella faktorer spelar alla sin roll men också enskilda händelser i varje land (exempelvis övergreppsskandalerna i katolska internatskolor på Irland) har fått en avgörande betydelse för förändringar för barn-och ungdomsplaceringar (Courtney, Dolev & Gillgan, 2009). Ekonomisk utveckling, välfärd och ekonomiska omvälvningar har historiskt sett först ökat behovet av barn/ungdomshem då människor i industrialismens spår flyttade in till städerna och storfamiljens betydelse avtog. Senare har dock den ökade välfärden betytt att till exempel ensamstående mödrar kunnat behålla och uppfostra sina barn, vilket inte var möjligt tidigare. De religiösa institutionerna har i många länder spelat en stor roll. I utvecklingsländer har omhändertagandet och hjälpinsatser för barn och unga även haft ett missionärt ändamål. Kulturella/ideologiska skillnader kan vara stora från land till land också i synen på att barn placeras på institution; i länder där det har varit vanligt att de välbärgade barnen placerats på internat för utbildning är steget inte lika långt att även barn med låg social status placerats (Courtney et al., 2009).

Vid en konferens 2003, där 71 länder fanns representerade, antogs *Stockholm Declaration on Children and Residential Care*, där fastslogs följande målsättningar

- a) att man vill sträva efter att avveckla stora institutioner för långtidsvård av barn,
- b) att det bör ske en decentralisering av välfärdspolitiken för barn,
- c) att familjen bör stöttas som den grundläggande enheten för barn, och att
- d) lokalsamhället bör utvecklas för att hjälpa barn i riskzonen, samt slutligen,
- e) att FN:s barnkonvention är det grunddokument som ska användas för att dessa visioner ska förverkligas.

Det finns en överensstämmelse internationellt att institutioner för barn och unga endast ska användas när inga andra alternativ finns att tillgå. Samtidigt finns intressanta studier som behandlar grundläggande och viktiga frågor om institutionernas utformning, personalens arbete och barnens situation. Även om skillnaderna mellan nationerna oftast är stora kan vissa gemensamma drag i institutionsvårdens förändring sammanfattas i dessa punkter (Courtney et al., 2009; Sallnäs, 2000):

- Institutionsvården har minskat i omfattning både vad gäller antal hem och antal platser i de flesta länder under de senaste decennierna. Samtidigt har vårdens innehåll förändrats positivt. Den mer behandlingsinriktade ambitionen på vissa

institutioner medför också kortare vårdtider (Courtney et al., 2009).

Kvantitativ nedgång och kvalitativa förbättringar har med andra ord varit parallella fenomen (Gottesman, 1994, refererat i Sallnäs, 2000).

- Hos personalen på barn- och ungdomshemmen är utbildningsnivån generellt låg, men den har ökat i många länder. Inriktningen på utbildningen varierar mellan olika länder. Traditionellt har man i Östeuropa personal med pedagogisk utbildning. I Västeuropa ses psykologisk kunskap och utbildning som viktigare (Gottesman, 1994, refererat i Sallnäs, 2000). Komplexiteten med den unges behov av terapi utifrån svåra emotionella problem, beteendeproblematik och familjeproblem kräver ökad utbildning och behov av handledning för personalen för att minska personalomsättning. Det finns en avsaknad av forskning på hur handledning och träning av behandlingspersonal ska gå till och skillnaderna både internationellt och nationellt är stora (Courtney et al., 2009).
- Stora institutioner har försvunnit eller gjorts om till mindre enheter (Hellinckx & Colton, 1993). En institution med 40–50 platser ansågs tidigare som liten i många europeiska länder, men räknas idag till de större. Mindre, mer familjelika institutioner, har i många länder vuxit fram som ett alternativ till traditionella institutioner.
- De tidigare influenserna att försöka ersätta föräldrarna har ändrats till att institutionen ska vara ett komplement, många inrättningar för barn tar också emot hela familjer för behandling. Flera länder ger också exempel på att barn- och ungdomshemmen – utöver att bedriva heldygnsvård – söker sig utanför institutionens gränser och arbetar med stöd och behandling i öppna former. Från att institutionerna haft fokus på att härbärgera och ta hand om barnen och ungdomarna, arbetar man nu mera med att upprätthålla och utveckla familjeband och öppna sig mot samhället utanför institutionen (Gottesman, 1994 refererat i Sallnäs 2000).
- Det finns ett ökat fokus på att de placerade barn/ungdomarnas tillgång till utbildning säkerställs. Vikten av detta är en utmaning för institutionerna, ansträngningar för att garantera kontinuitet i skolgången för den unge kräver en ökad kommunikation och planeringen mellan skolan och behandlingshemmet (Courtney et al., 2009)

- Ansträngningar görs för att förbättra utslussning/eftervård när placeringen ska avslutas, både för den som fortsätter ut i ett vuxenliv men också för den där planeringen är att återförenas med sin familj eller flytta till familjehem. Flera studier påvisar avsaknad av former av support efter placering, vilket gör det svårt för den unge att interageras i samhället och familjen (Courtney et al., 2009).
- I många länder, och framförallt i Sverige, har delar av familjehemsvården professionaliserats, det har vuxit fram verksamheter i gränslandet mellan institutionsvård och familjehemsvård (Sallnäs, 2009).
- Korttidsvård och institutioner som arbetar med utredning och evaluering av barnens situation ("assessment") har blivit ett allt vanligare inslag inom institutionsvården (Courtney et al., 2009).
- Behovet av att skapa strukturer i samhället som ökar tillsynen av institutioner för barn och ungdomar diskuteras (Courtney et al., 2009).

Vem placeras?

Att placera barn/ungdomar på institution som behandlingsinsats har generellt varit mycket omdiskuterat både professionellt (socialtjänsten, psykiatri) och i massmedierna som påvisat brister på HVB. Att välja institution som behandlingsinsats för barn/ungdomar bör vara det sista valet och förbehållas ungdomar med beteendeproblematik som gör det nödvändigt med de fysiska ramar en institution innebär. För ungdomar med mindre allvarlig beteendeproblematik bör man i första hand välja mindre, mer familjelika enheter som är närmiljöbaserade (Andreassen, 2003). Samtidigt visar studier att institutionerna har ett brett spektrum av uppgifter och funktioner inom barn- och ungdomsvården. En huvuduppgift är att fungera som ingång i öppenvårdsinsatser genom att ta emot barn och ungdomar för kortare inledande vård. En annan är att fånga upp de barn som kommer från vård som brutit samman i någon annan del av systemet. En tredje är att vara ett vård- och behandlingsalternativ för de barn och ungdomar som av olika skäl inte fungerar i familjehemsvård. De kan till exempel på grund av starka band till sin biologiska familj ha svårt att "knyta an" i ett familjehem (Sallnäs, 2000). För ungdomar med svårare beteendeproblematik som kriminalitet och drogmisbruk, är ofta institutionsbehandling ett förstahandsval. HVB kan också vara ett led i eftervården från en låst institution till en öppen (Andreassen, 2003). I flera studier efterlyses dock tydligare beskrivningar av hemmens uppgifter, målsättningar och vilka barn man riktar sig till (Sallnäs, 2000).

Barn-ungdomar som placeras på institution är inte en homogen grupp, det finns skillnader i problemens art och komplexitet, ålder, kön, social anpassningsförmåga, tidpunkten när problemen debuterade, nätverk, biologiska förutsättningar, färdigheter, etc. Det faktum att många barn/ungdomar inte själva aktivt sökt vård och inte är motiverade för ett förändringsarbete påverkar också i hög grad behandlingsarbetet. Gemensam nämnare för många placerade barn/ungdomar är olika grader av beteendeproblematik som kan ge sig i uttryck av regel och normbrytande beteende, konflikter med närstående, bristande närvaro i skola, rymningar, mm.

Enligt Socialstyrelsens nationella granskning av HVB (Socialstyrelsen 2009) är det vanligaste skälet till att barn placeras på HVB omsorgsbrist i hemmet. För ungdomar däremot beror det oftast på beteendeproblematik. Det finns också barn och unga på flykt som kommit ensamma till Sverige. De barnen är antingen asylsökande eller har ett permanent uppehållstillstånd. Vissa barn/ungdomar har psykiska funktionshinder, med diagnoser som kräver specifik vård och behandling. Under Socialstyrelsens tillsyn 2006-2008 registrerades uppgifter om 2 754 barn och unga i åldern 0–18 år från 276 HVB (se Tabell 1). Här finns inte de så kallade SiS- institutionerna representerade. Av barnen/ungdomarna var 59 procent frivilligt placerade enligt SoL, 34 procent var placerade enligt LVU. En procent av barnen har varit placerade både enligt SoL och LVU och sex procent av barnen har varit placerade enligt annan lagstiftning, enligt uppgift från verksamheterna i en enkät inför tillsynen. I Tabell 1 ges förutom en uppfattning om fördelning av kön också en uppfattning om placeringstidens längd. Tabellen visar att fler pojkar än flickor placeras och att pojkarna i högre utsträckning står för de långa placeringstiderna.

Tabell 1: Åldersfördelning och placeringstid för ensamplacerade barn 0–18 år fördelat efter kön (Socialstyrelsens 2009, sid 15)

Antal månader	0–12 år		13–18 år	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Kortare än 1 månad	16	12	135	147
2–4 månader	28	15	330	274
5–12 månader	21	12	434	372
Längre än 1 år	13	>3	426	274

Socialstyrelsen redovisar kontinuerligt statistik över insatser enl. SoL och LVU för barn och unga. Den 1 nov 2010 hade 17 200 barn/unga en pågående heldygnsinsats enl. SoL eller LVU; den vanligaste placeringsformen var familjehem; 69 % (11 900 barn/unga) medan HVB-placeringar, inräknat SiS-placeringar, utgjorde 27 % (4 700 barn/unga). Övriga placeringsformer redovisas som ” eget hem ” eller annan placeringsform (Socialstyrelsen 2011b).

Andelen pojkar i åldersgruppen 13-17 år har ökat kraftigt de senaste åren. Ökningen utgörs till största delen av pojkar med annan vårdnadshavare än en förälder eller med okänd vårdnadshavare; med all sannorlikhet ensamkommande flyktingbarn. I Socialstyrelsens statistik redovisas den 1 nov 2010 3 044 barn och unga (Socialstyrelsen, 2011b, sid 62) där uppgift om förälders födelseland saknas. Antalet HVB med målgruppen ensamkommande flyktingbarn har ökat i motsvarande takt och utgör, enligt Socialstyrelsens tillsynsregioner, den 1 nov 2011 40% av antalet HVB (Socialstyrelsen, personlig kommunikation).

Komplexiteten i ungdomarnas problem och den begreppsmässiga osäkerheten på hur de ska definieras gör det ofta svårt att klargöra problemens natur. För att beskriva problemen har Lyman och Campbell (1996) utvecklat en modell som klassificerar beteendeproblemen i två huvudsyndrom. Det första syndromet är starkt orienterat mot omvärlden och återspeglar viktiga beteendestörningar beskrivna i ICD-10 och DSM-IV. Den omfattar hyperaktivt beteende, aggression och antisocialt beteende. Dessa störningar kallas ofta externaliseringsproblem. Det andra syndromet är starkt orienterat mot barnet eller den unge själv och återspeglar huvudsakligen affektiva svårigheter specificerade i ICD10 och DSM-IV och täcker depression, ångest och social tillbakadragenhet. Problemen kallas ofta internaliseringsproblem. Externaliserings- och internaliseringsproblem kan ses som ett resultat av en transaktionell process mellan biologiska faktorerer, riskuppföstran och socialiseringsvillkor i omgivningen.

Vid granskning av ungdomar som placerats på institution på grund av allvarliga beteendeproblem och kriminalitet finner man att många av dem också har andra problem i form av psykiatriska diagnoser. I praktiken är det liten skillnad mellan ungdomar placerade på psykiatriska institutioner och andra institutioner. I USA fann man få signifikanta kliniska skillnader mellan ungdomar på olika institutioner (Burns, 1990). Liknande resultat har man hittat i Storbritannien där 90% av ungdomar placerade på institution uppfyllde kriterier för psykiatriska diagnoser (McCann, James, Wilson & Dunn, 1996). Sarnecki (1996) fann att 16% av ungdomarna placerade på särskilda ungdomshem i Sverige tillhörde profilgruppen

med psykiska problem men att även ungdomar i andra profilgrupper uppvisade psykiska tilläggsproblem av varierande svårighetsgrad.

Forskning på effekter av behandling på institution

Avsaknaden av relevant forskning på behandlingsutfall för institutionsvård är stor. Den som finns är till största delen gjorda på pojkar med svår beteendeproblematik. Även om det finns studier där olika insatser och variabelutfall mäts, är det svårt att lägga samman dessa och generellt se dem som utfallsmått av institutionsbehandling. Varje studie mäter olika interventioner utifrån olika patientgrupper. Den forskning som finns lider av avsaknad av metodfrågor, saknar giltiga resultat och blandar patienter med vitt skilda problem och motivation. Detta sker i för hög utsträckning för att den ska kunna benämnas som en enda kategori; utfall av institutionsbehandling (Butler & McPherson, 2006).

Tore Andreassens ”Institutionsbehandling av ungdomar, vad säger forskningen” (2003) ger en systematisk genomgång av internationell forskning på institutionsbehandling av ungdomar med allvarliga beteendeproblem som antisocialt beteende, kriminalitet, aggressivitet mm. I Tabell 2 redovisas vilka behandlingsmetoder som gett positiva respektive negativa effekter enligt de refererade metaanalyserna.

Sammanfattningsvis kommer Andreassen fram till att Kognitiv Beteendeterapi är den effektivaste inriktningen för ungdomar med allvarliga beteendeproblem på institution. Denna terapi bidrar till att förändra både beteende och tankesätt (attityder, problemlösningstrategier, impuls kontroll osv.). Den ger också social och praktisk färdighetsträning. Forskningsstöd finns för generell behandling av ungdomskriminella med dessa principer i analyser av Andrews et al., (1990a och b), Dowden och Andrews (1999b) Lipsey (1992), Antonowicz och Ross (1994) och Bonta, Wallace-Capretta, & Rooney, (2000; samtliga refererade från Andreassen 2003). Dessa analyser gäller i huvudsak pojkar, men andra analyser stödjer att det finns forskningsstöd för KBT även för kriminella flickor (Dowden & Andrews, 1999a refererat i Andreassen, 2003,) och för ungdomskriminella med psykiska problem (Bonta, Law & Hansson, 1998, refererat i Andreassen, 2003).

Tabell 2: Översikt över vilka metoder som visat effekter i de refererade undersökningarna (Andreassen 2003 sid 192)

Refererade metaanalyser	Antal studier	Positiva effekter	Dåliga, negativa eller inga effekter
Ross (1980)	Ingen uppgift	Kognitiv komponent	
Garrett (1985)	111 studier	Kognitiv beteendeterapi (contingency management) Livsfärdigheter Familjeterapi	Psykodynamisk Positiv Peer Cult
Palmer (1989)	53 institutioner	Kognitiv beteendeterapi (sociala färdigheter) Multimodala	Miljöterapi
Izo och Ross (1990)	46 studier	Kognitiv komponent	”Straff” Medicinsk modell Sociologisk modell
Andrews, Bonta & Hodge (1990a) och Andrews, Zinger, Hodge, Bonta, Gendreau, & Cullen, (1990b)	80 studier	Beteendeorienterad inriktning Kognitiv beteendeterapi	
Antonowicz och Ross (1994)	44 studier	Kognitiv beteendeterapi Multimodala	Psykodynamisk Sociologisk modell ”Straff”
Palmer (1995)	23 genomgångar 9 metaanalyser	Beteendeorienterad inriktning Kognitiv Beteendeterapi Färdighetsträning Familjeorienterad	”Chock” ”Straff” Individuell terapi Gruppterapi
Redondo (1997/99)	32 studier	Beteendeorienterad inriktning Kognitiv beteendeterapi	”Straff”
Dowden och Andrews (2000)	35 studier	Beteendeorienterad inriktning Social inlärningsteori	

Utifrån några av de största tidiga metaanalyserna av behandlingsstudier av ungdomar med beteendeproblematik med mer kliniska utfallsmått (ex ökade sociala färdigheter) sammanfattar Hollin (1990b) i följande punkter: a) behandling utan inriktning mot tydliga målbeteenden ger sämre resultat; b) strukturerade behandlingar, såsom beteende- och

färdighetsorienterade program är mer effektiva; c) de mest framgångsrika behandlingarna är beteendeinriktade i sin orientering och innefattar även en kognitiv komponent som fokuserar på attityder, värderingar och grundantaganden; d) en del terapeutiska modeller till exempel psykodynamiska och icke-styrande klientcenterade behandlingsmodeller bör inte användas för ungdomar med beteendeproblematik; e) behandlingsprogrammen bör ha en tydlig länk till samhällsbaserade interventioner; f) de mest effektiva programmen har hög behandlingsintegritet; de utförs av tränad personal och de programansvariga är involverade i alla viktiga faser av behandlingen; och g) effektiva program innehåller ett strukturerat familjearbete där det behövs. En annan gjord summering av metaanalyser stödjer ovanstående och lyfter fram att program som innehåller interpersonell färdighetsträning, psykoedukation och stöd för föräldrar och beteendeinriktade interventioner ger mest effektiv behandling för ungdomar med grav beteendeproblematik placerade på institution (McGuire, 2004).

Forskningsprojekt i Sverige. I Sverige har Statens institutionsstyrelse (SiS) uppdrag från regeringen att svara för metodutveckling, forskning, uppföljning av vårdresultat och utvecklingsarbete i den egna verksamheten: vården enligt Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och de särskilda ungdomshemmen samt deras personal och klientgrupper. Ett exempel finns på Sundbo, en SiS-institution med målgruppen kriminella ungdomar med hög risk för återfall, som sedan 1995 har utvecklat en arbetsmodell som är baserad på Aggression Replacement Training (ART) och på beteendeterapeutiska principer, framför allt teckenekonomi. Utvecklingen av behandlingsprogrammet på Sundbo beskrivs detaljerat i Bengt Daleflods och Martin Lardéns rapport (2004) om Sundbos utveckling. I rapporten redovisas tillvägagångssättet, de insatser som gjorts och de metoder som används idag på Sundbo (Daleflod & Lardén, 2004). Behandlingsutfallet har utvärderats i ett första ambitiöst försök till vetenskaplig utvärdering av en behandlingsmodell på särskilda ungdomshem (Holmqvist, Hill och Lang, 2005).

En påkostad utbildningsinsats för personalen inledde kursändringen på Sundbo 1995 då en stor del av personalen fick utbildning i grundläggande behandlingsprinciper enligt KBT. År 1995 gick 35 personer en tvåterminers utbildning, och senare har ännu fler ur personalen gått denna utbildning. Utbildningen omfattade 240 timmars undervisning och hade samma omfattning som den teoretiska delen av en grundläggande psykoterapeututbildning (steg I). All personal gavs tillgång till handledning utifrån samma teoretiska behandlingsinriktning för att säkra behandlingsintegriteten

Under det första året av förändringsarbetet på Sundbo introducerades teckenekonomi som ett förstärkningssystem. Året efter införde man ART som är ett strukturerat behandlingsprogram som avser att påverka ungdomarna i tre avseenden: interpersonella färdigheter, ilskekontroll och moraliskt tänkande.

- Under *Interpersonell färdighetsträning* ("skills training") tränar sig deltagarna i prosociala beteenden bl. a med rollspel och modellinläring. Träningen sker stegvis och ungdomarna förväntas successivt utveckla en allt bättre förmåga att hantera olika typer av interpersonella situationer, som att ta emot och att ge kritik, att stå på sig och att ge beröm.
- *Ilskekontrollträning* innebär att man hjälper ungdomarna att lära sig att kontrollera sig själva genom att titta på situationer som har lett till aggressiva utbrott, att identifiera tecken på att en farlig situation närmar sig och att använda kontrolltekniker vid de situationer då ilskan skulle kunna bli destruktiv.
- I *moralutbildningen* arbetar man i grupp och diskuterar olika moraliska dilemman för att höja ungdomarnas moraliska mognad.

Enligt manualen och intentionerna på Sundbo äger övningarna och diskussionerna i allmänhet rum två gånger i veckan under ett tioveckorsprogram. Arbetet kan tillrättaläggas för den enskilde pojkens speciella behov.

ART är alltså en del av Sundbos behandlingsmodell. Hela behandlingsmodellen består av följande delar:

- Tillämpad beteendeanalys vid bedömningen av den unges problem,
- Fasindelning. Pojken kan genom sitt beteende påverka graden av frihet och autonomi.
- Teckenekonomi
- Interaktion mellan personal och ungdomar som syftar till modellinläring och positiv förstärkning av prosocialt beteende
- Social och kognitiv färdighetsträning
- ART

Den vårdkedja som har arbetat efter denna modell består av både en låst och en öppen avdelning samt en eftervårdsverksamhet, där ungdomarna bor i eget boende. Några av ungdomarna kommer dock inte till denna sista länk i vårdkedjan utan skrivs ut till eget boende på annan ort.

Behandlingsprogrammet baseras på relevant forskning inom området och skiftar från hög struktur och yttre kontroll till normal struktur och självkontroll för den enskilde, dvs. han flyttar mellan avdelningar i en stegvis process som innebär en utveckling från stark kontroll och inlåsning mot allt större frihet och ansvar.

Behandlingsutfallet har i en större utvärdering jämförts med två andra SiS-institutioner, Långanäs och Stigby. Man fann här inga statistiskt signifikanta skillnader mellan ungdomshemmen på något av fyra mått (olika grader av kriminalitet och misstanke om kriminalitet). På tre av måtten får Sundboudomarna bättre värden, men skillnaderna når alltså inte statistisk signifikans. Studien utgör ett första ambitiöst försök till vetenskaplig utvärdering av en behandlingsmodell på särskilda ungdomshem. Utvärderingen blev problematisk, bland annat på grund av införandet av LSU, Lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård vars införande på SiS också tillföll Sundbo. LSU infördes dessutom vid samma tidpunkt, 1 januari 1999, som Holmqvists studie påbörjades (Holmqvist, et al., 2005).

Evidens för KBT generellt barn/ungdomar

Andreassen fastställde 2003 att KBT har det starkaste forskningsstödet för behandling av institutionsplacerade barn/ungdomar med grav beteendeproblematik. Samtidigt har många placerade barn/ungdomar annan problematik i form av psykiska diagnoser. Här finns mycket lite forskning. Den heterogena gruppen av placerade barn/ungdomar, komplexiteten och den otillräckliga uppföljningen från HVB:s sida gör det svårt att forska på behandlingsutfallet. Även forskning på behandlingsutfall för barn/ungdomar i öppenvård är relativt liten. För att få en uppfattning om det empiriska stödet för behandlingsutfall generellt för barn/ungdomar har Lars-Göran Öst sammanfattar det aktuella forskningsläget (2010) genom en genomgång av de senaste metaanalyserna av randomiserade kliniska studier (RCT) som då fanns publicerade. För de störningar där aktuella metaanalyser fanns utförda gör han en sammanställning av forskningsläget. Öst finner att KBT-metoder ger stora eller mycket stora kontrollerade effektstorlekar i olika ångeststörningar (specifika fobier, social fobi, OCD, PTSD, GAD, separationsångest, paniksyndrom), uppförandestörning och trotssyndrom, ADHD, tics samt autism. Måttliga effektstorlekar erhålls vid depression och självskadebeteende. För missbruk är effektstorleken liten.

Den slutsats som kan dras är att KBT är en effektiv terapiform i öppenvård för barn och ungdom med psykiska störningar. Någon forskning på om detsamma gäller när barnet/ungdomen är placerat på institution är svår att finna.

Behandlings- och programintegritet

Att välja att behandla utifrån den mest lovade behandlingsprogrammet och att sedan genomföra det i praktiken är inte alltid samma sak. Implementeringen, träning av personal och tillgång till handledning är avgörande för att behandlingen ska ge avsedd effekt. Hot mot behandlingsintegriteten, det vill säga att programmet verkligen tillämpas som det är det tänkt, kan finnas på organisatorisk nivå, ekonomiskt, i hur resurser, träning osv fördelas men också inom personalgruppen om man inte håller fast vid de mål och metoder/tillvägagångssätt man enats om (Andreassen 2003). Levin (1998) visade att det generellt är svårt att se vilken behandling ungdomarna på institution får och om de verkligen behandlas. Man tar ofta för givet att det officiella programmet är något som genomförs som en objektiv behandlingstillämpning.

I Socialstyrelsens slutrapport om HVB 2006-2008 (Socialstyrelsen 2009) har professor Kjell Hansson, Lunds universitet, gått igenom de svar och kommentarer som HVB lämnat, inför tillsynen, om hemmets behandlingsmetoder. Ett av de mest framträdande dragen i materialet enligt Hansson är att verksamheterna blandar olika metoder utan egentlig tanke på hur de passar ihop. I materialet fann han också metoder med högst tveksam evidens och att familjeterapi, familjebehandling, individuella samtal mm erbjöds utan formell behörighet. Trovärdigheten i svaren kunde också ifrågasättas. Att behandlingshemmet uppger sig använda en viss metod säkerhetsställer inte vad som faktiskt sker. Hansson föreslår en mer djupgående tillsyn från Socialstyrelsens sida där det i varje enskilt fall skulle undersökas vilken behandling barnet fått. Det är viktigt att undersöka dos och intensitet samt kompetens hos behandlaren. Detta understryker vikten av fungerande dokumentationssystem.

Hansson sammanfattar i sin kommentar att det är viktigt att det finns en medvetenhet om att alla behandlingar inte passar alla barn och unga. Om verksamheten har beteendestörda ungdomar bör den inte välja psykodynamiska modeller eftersom det hittills inte finns bra stöd för denna behandling när det gäller denna grupp barn och unga. Hansson avslutar med några frågor som bör ställas av varje HVB och de som ska granska behandlingsuppläggen i verksamheten:

- Vilka behandlingsmodeller har vi?
- Passar dessa modeller vår målgrupp (evidens)?
- Finns teoretiska motsättningar mellan olika modeller som tillämpas av behandlingshemmet?
- Vilken utbildning har personalen?
- Räcker denna grundutbildning för att lära sig dessa behandlingsformer?

- Är grundutbildningen tillräcklig för denna tilläggsbehandling?
- Dokumenteras att behandlingen ges och i vilken dos?
- Dokumenteras behandlingsresultaten?

Begreppet behandlings- eller programintegritet handlar om implementeringen av avsedda tillvägagångssätt, att i praktiken leverera och genomföra program på det sätt de är avsedda. Ofta säkras behandlingsintegriteten i beteendeteoretiska terapier med behandlingsmanualer och träning av personalen i manualiserade tekniker. Vid avsaknad av träning, handledning och kontroll av att teknikerna följs kan effektiviteten av behandlingen försvinna (Henggeler, 1996). Ett argument som också framförts är att undersökningar som visat på dålig effekt av viss behandlingsinriktning, missat att titta på om behandlingen genomförts som planerat och då inte kan dra slutsatser om behandlingens effektivitet (Fagan och Martin, 1996).

Det kanske viktigaste kravet på behandlingsintegriteten är att programmet bygger på en gemensam teoretisk behandlingsinriktning (Greenwood, 1994). (Lösel, 1993a). Risken blir annars stor att personalen t.o.m. motarbetar behandlingsmetoden. En teoretisk modell ger förankring för behandlingsinsatser som i större utsträckning blir konsistenta och genomtänkta. Vid stora skillnader i personalgruppen gällande subjektiva teorier om beteendeproblem eller andra svårigheter ökar risken för låg integritet och också motstridiga budskap till barnen/ungdomarna

När programintegriteten upprätthålls höjs också kvaliteten på det praktiska arbetet. När man upprätthåller programintegriteten är det också möjligt att informera klienter och uppdragsgivare om vad behandlingen innehåller, behandlingstid, hur den kommer att ges och vad man kan förvänta sig om man deltar fullt ut. Detta underlättar att leva upp till etiska krav. Att övervaka och utvärdera behandlingsresultat är en förutsättning för att behandlingen skall fungera och förbättras över tid (McGuire, 2004).

Även om ämnen som programintegritet och implementering instinktivt verkar vara godtagbara som viktiga variabler för behandlingsprogram så finns inte mycket forskning på detta område. En metaanalys på 273 studier på effekt på återfallsminskning av behandlingsprogram inom Kriminalvården har bidragit med den första systematiska undersökningen av variabler inom ämnet, exempelvis tillgång till behandlingsmanualer och övervakning/handledning av behandlare. (Andrews & Dowden, 2005). Man fann överlag att programintegritet är en fristående variabel till att effektiviteten av behandlingen stärks, vilket bekräftar tidigare forskning. En vidare utbredd förståelse för detta hoppas man leder till att

variabler i ämnet programintegritet i större utsträckning mäts vid kommande studier så att fortsatt forskning i ämnet kan bidra till ytterligare kunskap.

Syfte och frågeställning

2003 fastställde Andreassen att KBT var ”treatment of choice” för ungdomar med allvarlig beteendeproblematik genom att göra en forskningsgenomgång på då aktuell forskning (Andreassen, 2003). Senare forskning har visat att KBT också har stor evidens för psykiska störningar hos barn-och ungdomar (Öst, 2010), vilket blir ett angeläget faktum då forskning visat att det stora flertalet barn-ungdomar placerade på HVB också har en psykisk diagnos (Burns 1990;McCann et al., 1996; Andreassen, 2003). Socialstyrelsens slutrapport (2009) klargjorde allvarlig kritik på många HVB:s behandlingsmetoder men ännu har det i någon större utsträckning inte gjorts någon uppföljning av om detta har förändrats. Mot denna bakgrund har detta arbete det övergripande syftet att kartlägga:

- psykoterapeutkompetens på HVB för barn och ungdom i Sverige idag
- hur många HVB som uppger att de erbjuder KBT
- vilken kompetens för KBT som finns på dessa HVB
- hur kompetensen säkerhetsställs

För att kartlägga detta har en studie gjorts med kvantitativ insamling av data via webbaserad enkät.

Metod

Urval av HVB

För att ge en så bred studie som möjligt fastslogs att studiens inklusionskriterier skulle vara HVB för barn (0-12) och/eller ungdomar (13-18, i vissa fall upp till 21), med tillstånd av Socialstyrelsen som fanns registrerade på Socialstyrelsens Nationella lista för HVB i november 2011. Utifrån att HVB för ensamkommande flyktingar vänder sig till en så specifik målgrupp och oftast förknippas mer med boende än behandling exkluderades HVB för ensamkommande flyktingar.

Svarsfrekvensen blev låg, räknat på att det i november 2011 fanns 399 HVB (Socialstyrelsen, personlig kommunikation) inkom svar från endast 31 %. Räknat på de 112 enkätsvar som kommit in så representerar studien 124 HVB med sammanlagt 1 594 platser.

En del av dessa platser får antas vara vuxenplatser då det finns HVB i studien som tar emot hela familjen och HVB som även tar emot vuxna (missbruk).

Enkät

En enkät med frågeställningar rörande uppdrag, målgrupp, om KBT erbjuds som ensam behandlingsmetod eller tillsammans med andra behandlingsmetoder, om psykoterapeutisk kompetens finns och hur behandlingsintegriteten säkerhetsställs skapades i den kostnadsfria webbtjänsten Google Documents. Enkäten var webbaserad och sändes ut per e-post, se bilaga. Enkäten vände sig till den som förestår verksamheten; föreståndare eller annan i ledningsgruppen.

Procedur

En sökning på HVB som fanns registrerade på Socialstyrelsens Nationella HVB-register (<http://www.socialstyrelsen.se>) med sökkriterier HVB för barn och ungdomar, både pojkar, flickor och blandat pojkar/flickor samt från alla driftsformer, gjordes. Detta sökkriterium gav i nov 2011 730 sökträffar. Efter att ha exkluderat HVB för ensamkommande flyktingar (-288) samt plockat bort testkörningar (-3), HVB som saknade e-postadress (även vid en utökad sökning på internet)(-28) HVB registrerade fler än en gång med samma uppgifter (-15) och HVB som lagt ner sin verksamhet (-14), gick enkäten ut till 382 HVB. Förutom ett första utskick har tre påminnelser gått ut; första efter tre veckor, andra efter åtta veckor och tredje efter tretton veckor. Detta arbete har gjorts manuellt. Då det snabbt visade sig att Socialstyrelsens Nationella HVB-register inte är ett uppdaterat register utan innehåller många enheter som inte har verksamhet, felaktiga e-postadresser, felaktiga uppgifter om målgrupp och behandlingsmetoder så fick antalet sökträffar revideras vid varje påminnelse (tre). Samtidigt lades mycket arbete på att hitta aktuella e-postadresser via andra sökvägar.

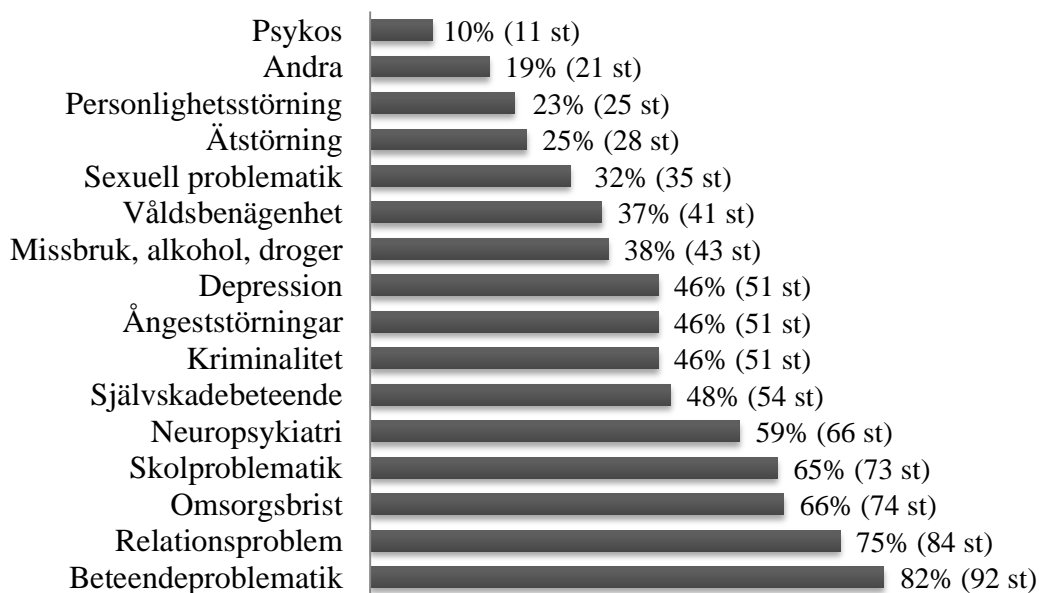
I Nationella HVB-registret är SiS-institutionerna registrerade som HVB vilket fick till följd att även de fått enkäten. Flera SiS-institutioner har protesterat mot att bli kallade HVB och därför inte svarat på enkäten.

Ett annat problem har uppstått då flera enheter haft samma e-postadress, t ex då en större vårdkedja har samma föreståndare för flera verksamheter. Några har då valt att svara för alla de enheter de ansvarar för samtidigt, andra har bara svarat för en enhet trots att de finns registrerade för flera. För att ta reda på vad varje enkätsvar representerar har en manuell jämförelse gjorts på antalet uppgivna platser mot antalet platser enligt tillståndet som finns registrerat på Socialstyrelsens hemsida. På så sätt är antalet representerade HVB och antalet representerade vårdplatser uträknade utifrån de 112 inkomna enkätsvaren.

Resultat

Generella resultat

Av 399 HVB registrerade på Nationella HVB-registret inkom svar på enkäten från 124 enheter. Utifrån de som svarat på enkäten bekräftar studien att Sveriges HVB tar emot barn och ungdomar med varierad och komplex problematik. I Figur 1 redovisas hur stor procent av enkätsvaren och hur många enkätsvar som uppgav sig ta emot föreslagna målgrupper. Över hälften av de HVB som har svarat uppger att deras inriktning är beteendeproblematik, relationsproblematik, omsorgsbrist, skolproblematik och neuropsykiatri. Det finns HVB som inriktar sig mot specifik problematik, t ex neuropsykiatri men också de som anger att de tar emot samtliga föreslagna målgrupper. Exempel på kategorin ”andra” är anknytningsproblematik och ensamkommande flyktingbarn. Av enkätsvaren framkommer att de större enheterna (över 20 platser) i större omfattning tar emot ungdomar med missbruk, kriminalitet och våldsbenägenhet än de mindre enheterna gör.



Figur 1: Svar på frågan: ”Målgrupp. Hur skulle du vilja beskriva verksamhetens inriktning?” Resultat i antal svar och procent av HVB.

Av de HVB som svarat på enkäten uppger 55% att de tillhandahåller psykoterapi för den placerade individuellt inom HVB:s verksamhet. Ytterligare 19% tillhandahåller psykoterapi i grupp inom HVB:s verksamhet. Vid stora HVB erbjuder man i större utsträckning psykoterapi inom enheten både individuellt och i grupp (74% individuellt, 32% i grupp) än vid de mindre enheterna (48% individuellt, 12% i grupp). Fem procent uppger att ingen psykoterapi tillhandahålls. Cirka hälften av HVB vänder sig till de barn- och

ungdomspsykiatriska mottagningar som finns eller annan privat psykologisk/psykiatrisk mottagning. Detta som enda alternativ eller i kombination med den psykologiska behandling som finns inom enheten. Små enheter (under 10 platser) vänder sig i större utsträckning till barn- och ungdomspsykiatrisk enhet eller annan psykologisk/psykiatrisk behandlingsenhet för att kunna erbjuda psykoterapi än stora och mellanstora enheter där psykoterapi oftare erbjuds inom verksamheterna.

Av enkätsvaren kan man utläsa att det finns 289 behandlare med grundläggande psykoterapeututbildning eller legitimerade psykoterapeuter på de 1 594 platserna studien representerar. Det betyder en behandlare med grundläggande psykoterapeututbildning eller leg. psykoterapeut på nästan vart femte barn/ungdom om dessa vore jämt fördelade på de HVB som finns representerade. Det framkommer inte av enkätsvaren i hur stor utsträckning dessa terapeuter arbetar med behandling eller om de har t ex arbetsledande befattningar.

Det stora flertalet HVB är mindre enheter med platsantal under 15 platser, se Tabell 3. Ungefär hälften av de HVB som svarat på enkäten har under 10 platser. De enheter som har fler än 20 platser är i huvudsak SiS-intuitionerna.

Resultat utifrån storlek på HVB

Både små och stora HVB finns representerade bland enkätsvaren. I Tabell 3 redovisas erbjuden behandling utifrån storlek på HVB. Med litet HVB avses i denna studie HVB med tillstånd för upp till tio platser, dessa representerar 50% av samtliga enkätsvar. Mellanstort HVB har mellan 11 till 20 platser, de utgör 27% av enkätsvaren. Stort HVB har 21 platser och fler, de utgör 23% av enkätsvaren i studien.

De flesta HVB som svarat på enkäten uppger att de har som huvuduppdrag behandling, men här finns också de som har huvudsakligt uppdrag att ge omsorg. Till stora delar motsvaras de av de verksamheter som tar emot barn upp till 12 år och de HVB som har till uppdrag att göra utredningar. De flesta HVB som har omsorg som huvudsakligt uppdrag är små enheter. I gruppen ”huvudsakligt uppdrag omsorg” är psykoterapeutkompetensen något lägre än i det övriga materialet; ungefär 13 barn per behandlare med grundläggande psykoterapeututbildning eller legitimerad psykoterapeut.

I gruppen av HVB som bedriver behandling men inte erbjuder KBT erbjuder de flesta miljöterapeutisk behandling (71% av samtliga i gruppen) i kombination med andra behandlingsmodeller, till exempel psykodynamisk behandlingsmodell (50%), lösningsfokuserad behandling (43%) och medlevarskap (21%) Att notera är att denna grupp inte finns representerad bland HVB med över 20 platser och att de flesta är små enheter.

På 56 % av de HVB som finns representerade i studien, och har som huvudsakligt uppdrag behandling, erbjuds KBT, de allra flesta i kombination med andra behandlingsmetoder (89%). Andra behandlingsmetoder som de HVB som erbjuder KBT i kombination med andra behandlingsmetoder erbjuder är till exempel miljöterapi (83 % av samtliga i gruppen), lösningsfokuserat (51 %), psykodynamisk (39 %), medlevarskap (29 %), oftast i kombination. Sex HVB i studien anger att de erbjuder samtliga ovanstående behandlingsmetoder i kombination med KBT. Studien har ingen mätning på i hur stor omfattning de behandlingsmetoder man uppger att man erbjuder genomförs i praktiken. Samtliga storlekar på HVB finns representerade av HVB som erbjuder KBT tillsammans med andra behandlingsmetoder.

Tabell 3: Typ av behandling utifrån storlek på HVB; samtliga enkätsvar.

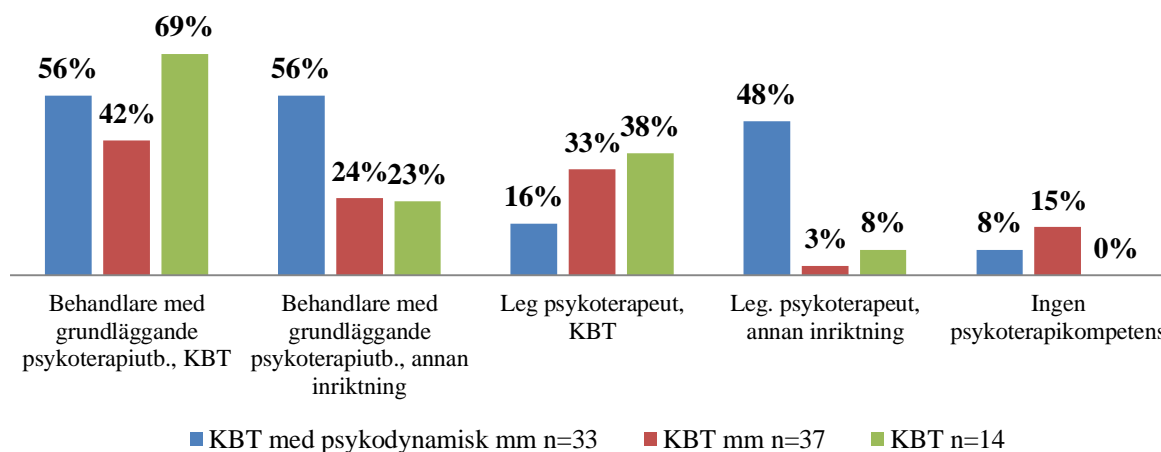
Behandling	Litet HVB (1-10)		Mellanstort HVB (11-20)		Stort HVB (21+)		Samtliga	
	Antal HVB	Antal platser	Antal HVB	Antal platser	Antal HVB	Antal platser	% av HVB n=124	% av platser n=1594
Huvudsakligt uppdrag omsorg	17	105	8	112	1	24	20	15
Erbjuder ej KBT	10	73	5	72	0	0	12	9
Erbjuder KBT tillsammans med annan behandlingsmodell	30	244	14	182	25	581	57	64
Erbjuder endast KBT	4	26	7	78	3	97	11	12
Totalt	61	448	34	444	29	702	100	100

På 14 HVB, 11% av representerade HVB som svarat på enkäten, uppger man att man enbart erbjuder KBT. KBT definierades i enkäten som ett samlingsnamn för traditionell KBT och för den så kallade tredje vågens KBT t ex Dialektisk beteendeterapi (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT,) och ART. Gruppen HVB som endast erbjuder KBT representeras i platsantal främst av de större enheterna; mellanstora och stora HVB.

Vilken kompetens för KBT finns?

Psykoterapeutkompetens för KBT. Inom gruppen HVB som har behandling som huvudsaklig inriktning och som erbjuder KBT tillsammans med andra behandlingsmetoder finns stora variationer på antal metoder och inriktning. I ett försök att göra en uppdelning av dessa delas denna grupp in i de som erbjuder KBT tillsammans med psykodynamisk behandling (33 st. HVB) och de som inte erbjuder psykodynamisk behandling (37 st. HVB). Gruppen som enbart erbjuder KBT redovisas för sig (14 st. HVB).

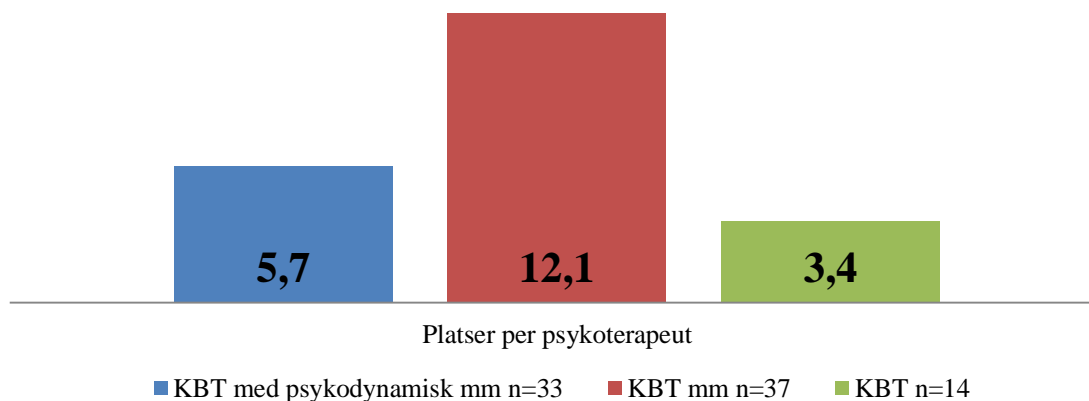
Figur 2 ger en procentuell jämförelse mellan de tre grupperna när det gäller psykoterapeutkompetens i KBT och psykoterapeutkompetens i andra inriktningar. Gruppen enbart KBT har procentuellt fler HVB med behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning i KBT (69% av HVB som enbart erbjuder KBT) och leg. psykoterapeuter i KBT (38%). Inom gruppen KBT mm är psykoterapeutkompetensen lägre än hos övriga grupper, 15% av HVB inom denna grupp uppger att de inte har psykoterapikompetens. Andelen HVB med psykoterapeutkompetensen för annan inriktning är högst i gruppen HVB som erbjuder KBT och psykodynamisk behandling, samtidigt som över hälften i denna grupp redovisar att de har behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning i KBT såväl som i annan inriktning.



Figur 2. Psykoterapeutkompetens inom varje kategori av HVB som erbjuder KBT

I Figur 3 redovisas antalet behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning eller legitimerade psykoterapeuter i förhållande till det antal platser gruppens HVB representerar. I gruppen KBT med psykodynamisk behandling i kombination med KBT fanns 96 behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning eller legitimerade psykoterapeuter på 548 platser. I gruppen KBT i kombination med andra behandlingsmetoder men inte psykodynamisk

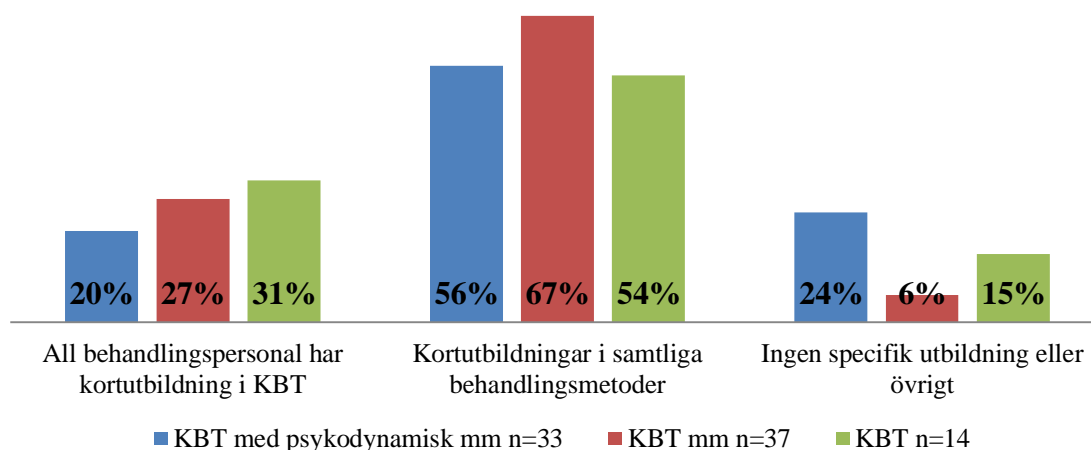
behandling fanns 70 behandlare med grundläggande psykoterapeututbildning eller legitimerade psykoterapeuter på 845 platser. Gruppen enbart KBT redovisade att 59 behandlare med grundläggande psykoterapeututbildning eller legitimerade psykoterapeuter fanns på 201 platser.



Figur 3. Antal platser per person med psykoterapeutkompetens inom varje kategori HVB som erbjuder KBT.

Inom gruppen av HVB som enbart erbjuder KBT är antalet platser per person med psykoterapikompetens något lägre än i de andra grupperna. Detta innebär att det finns fler personer med psykoterapikompetens på varje HVB inom gruppen HVB med KBT enbart än i de övriga grupperna där många HVB har psykoterapikompetens men bara någon person per enhet.

KBT-kompetens hos övrig behandlingspersonal. Studien visar inte några tydliga skillnader när det gäller övrig behandlingspersonals utbildning i de behandlingsmetoder man erbjuder (se Figur 4). Frågan i enkäten kan ha varit svårtolkad då den inte definierar varje svarsalternativ. Detta kan ha inneburit att ett HVB med behandlingsmetoder som KBT, ART, DBT och Motivational Interviewing (MI) (behandlingsmetoder inom ”KBT-paraplyet”) kan ha svarat ”kortutbildningar i samtliga behandlingsmetoder” eller ”övriga behandlingsmetoder”.

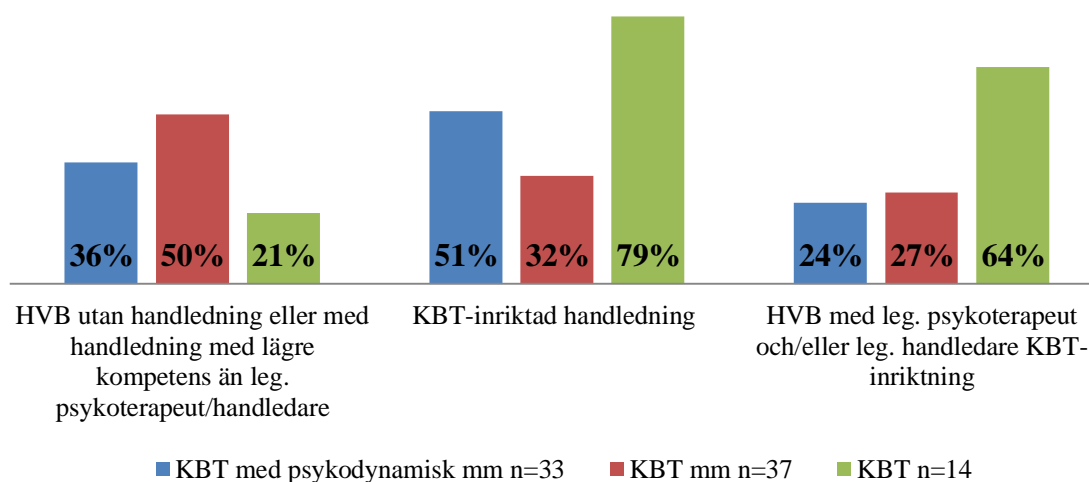


Figur 4. KBT-kompetens hos övrig behandlingspersonal inom varje kategori HVB som erbjuder KBT.

Säkerhetsställa behandlingsintegriteten genom handledning

Av samtliga HVB som svarat på enkäten uppger 96 procent att de har handledning. Därefter möjliggör enkäten att ge ett öppet svar för att beskriva den handledning som erbjuds på varje enhet. Figur 5 visar fördelningen på om man har handledning eller handledning med lägre kompetens än leg. psykoterapeut (kategori 1), i vilken omfattning man har KBT-inriktad handledning med vilken kompetens som helst (kategori 2) och hur stor andel som uppger att de har KBT-inriktad handledning med leg. psykoterapeut och/eller leg. handledare (kategori 3).

Resultatet visar att gruppen HVB som enbart erbjuder KBT har handledning och har handledning med högre kompetens än i övriga grupper; i denna grupp hade 21% inte handledning eller handledning med lägre kompetens än leg. psykoterapeut. Jämförande resultat för gruppen HVB som erbjuder KBT med psykodynamisk behandling var 36% och gruppen HVB med KBT mm 50%. Gruppen HVB som enbart erbjuder KBT har också i högre utsträckning än de övriga grupperna handledning i KBT. Av de HVB som är representerade i studien är andelen HVB som har KBT-handledning med leg. psykoterapeut och/eller leg. handledare störst i gruppen HVB som endast erbjuder KBT (64% av gruppen). Andelen HVB som har KBT-handledning med leg. psykoterapeut och/eller leg. handledare i de andra grupperna är lägre (24 respektive 27%). Någon sökning efter i vilken omfattning psykodynamisk handledning av leg. psykoterapeut/leg handledare förekommer har här inte skett.



Figur 5. Handledningskompetens inom varje kategori av HVB som erbjuder KBT

Diskussion

Kognitiv beteendeterapi är en relativt ny form av psykoterapi som har varit och är i stark utveckling. I takt med att KBT fått ökat forskningsstöd på allt fler områden så har också intresset för KBT ökat. Även om KBT utvecklats inom vuxenpsykiatri så är KBT-metoderna inte begränsade till detta område utan har också stöd för barn och ungdom. Avsaknaden av relevant forskning på institutionsvård för barn/ungdom är stor, men den som finns, i första hand för gruppen pojkar med grav beteendeproblematik, ger KBT forskningsstöd. 2000 lade Sallnäs fram en avhandling om barnavårdens institutioner i Sverige med en studie där KBT eller inlärningspsykologiska behandlingsmetoder inte fanns registrerade eller benämndes som ej etablerade behandlingsmetoder; i de resultat som detta examensarbete redovisar svarar 68 % att de erbjuder KBT.

Föreliggande studie hade som ambition att kartlägga KBT nationellt på HVB. Endast 31 % av Sveriges HVB svarade på enkäten vilket är en låg svarsfrekvens. Av vilka anledningar som så få svarat på enkäten är svårt att svara på då ingen sådan uppföljning gjorts på grund av tidsbrist. Kanske kan det vara så att studiens arbetsnamn ”KBT på HVB” avskräckt mer psykodynamiskt inriktade HVB från att svara på enkäten. I det perspektivet är det möjligt att HVB som erbjuder KBT kan ha svarat i större utsträckning vilket i så fall kan överskatta andelen HVB som erbjuder KBT. Flera av SiS-institutionerna gav besked att de inte svarade på enkäten för att de inte ansåg sig tillhöra HVB-definitionen. Vissa frågor i enkäten var också svårtolkade, vilket försvårade för uppgiftslämnaren att ge ett korrekt svar.

Från vissa kategorier av HVB, till exempel utredningshemmen, inkom kommentarer om att de inte riktigt "hörde hemma" i enkäten. De fick svårt att svara på enkätfrågorna som i stor utsträckning belyste behandling och inte utredning. Enkätens öppna frågor blev svåra att gruppera och tolka och några av frågorna hade tjänat på att svarsalternativen hade varit bättre definierade. Kanske är det också så att de senaste årens ökade administrativa belastning på HVB gör att enkäter och förfrågningar av detta slag prioriteras bort.

I urvalet av underlaget, utifrån presenterade inklusions- och exklusionskriterier, togs HVB med e-postadresser ut och enkäten gick iväg till 382 enheter. Det antalet fick sedan revideras utifrån att det visade sig att Nationella HVB-registret inte är ett uppdaterat register utan innehåller många enheter som inte har verksamhet, felaktiga e-postadresser och som saknar e-postadresser. Många enkäter jag skickat kanske aldrig nått en mottagare men vilka dessa är eller hur många de är finns det inga uppgifter på. Det är värt att notera att det var svårt att få svar på hur många HVB som stod under Socialstyrelsens tillsyn i november 2011, trots otaliga förfrågningar.

KBT som begrepp kan i vid tolkning innebära att om ett HVB har till exempel ett veckopengsystem som bygger på teckenekonomi så är det möjligt att man uppger att man erbjuder KBT. Begreppet har på senare år ökat lavinartat i popularitet och så även de som säger sig erbjuda behandlingsmetoden. En mer specifik undersökning av vad varje HVB avser när man uppger att man erbjuder KBT är av stort intresse.

Psykoterapeutkompetensen är hög på de HVB som besvarat enkäten; generellt sett en behandlare med grundläggande psykoteraeututbildning eller legitimerad psykoteraeut på nästan vart femte barn. På HVB som endast erbjuder KBT var tätheten t.o.m. något högre. Att kompetensen är hög får anses positivt ur perspektivet att HVB historiskt sett haft en låg utbildningsnivå samtidigt som det kan bli problematiskt ur perspektivet behandlingsintegritet om psykoteraeuter inom samma enhet har olika teoretiska grundutbildningar. Vid stora skillnader i personalgruppen gällande subjektiva teorier om beteendeproblem eller andra svårigheter ökar risken för att tappa effektiviteten i behandlingen (Greenwood, 1994). Många HVB bibehåller tendensen att erbjuda många olika behandlingsmetoder vilket var fallet även vid Socialstyrelsens nationella tillsyn under åren 2006-2008. Att välja att behandla utifrån det mest lovande behandlingsprogrammet och att sedan genomföra det i praktiken är dock inte alltid samma sak. Implementeringen, träning av personal och tillgång till handledning är avgörande för att behandlingen ska ge avsedd effekt. Även om ett eklektiskt synsätt möjligtvis har fördelar så ökar risken för att behandlingspersonalen ger motstridiga budskap till en ungdom på ett HVB vid ett sådant synsätt. Det finns exempel på HVB som erbjuder upp till

fem olika behandlingsmetoder på de fem placeringar man har tillstånd för. Att behålla behandlingsintegriteten för varje behandlingsmetod under sådana förhållanden bör vara svårt.

De HVB som endast erbjuder KBT är få. För många är dock till exempel miljöterapi snarare en organisationsform av behandlingsarbetet där ett antal metoder kan integreras, än en egen behandlingsmetod. Liknande bredare definitioner finns vid till exempel lösningfokuserad terapi och medlevarskap som mer anger att behandling sker i mötet mellan barnet/ungdomen och personalen och att det går att kombinera med inlärningsteoretiska principer. I en sådan bred definition skulle antalet HVB som endast arbetar utifrån KBT öka. Vad varje HVB menar med att de arbetar utifrån miljöterapi, lösningfokuserad terapi och medlevarskap blir i det perspektivet lika intressant som ovan nämnda fråga om vad varje HVB menar med att de arbetar med KBT. Följer man de ursprungliga teoretiska ramarna för den/de behandlingsmetoder man valt att arbeta utifrån och också värnar om dess behandlingsintegritet eller använder man metoden i en bredare definition som en organisationsform?

Av enkätsvaren gick att utläsa att 96 % av de HVB som svarat på enkäten hade handledning. Tjugosex procent av de HVB som svarat på enkäten uppger att flertalet av behandlingspersonalen inte har specifik utbildning i behandlingsmetoden/metoderna eller övrigt. Detta kan uppfattas som att man prioriterar handledning snarare än utbildning för behandlingspersonalen. Forskarna menar att en viktig faktor för att göra det möjligt att utföra den behandling man har kommit överens om att ge är att ha en gemensam teoretisk behandlingsinriktning (McGuire, 2004). Det tillsammans med träning och handledning bibehåller behandlingsintegriteten. Detta skulle tala för att en kombination av gemensam grundutbildning i behandlingsmetoden tillsammans med handledning skulle ge den mest effektiva behandlingen. Av svaren på den öppna frågan i enkäten om handledning kan man utläsa att den handledning som finns varierar stort i mängd, duration, om den är extern eller intern och med vilken kompetens handledningen ges. KBT-handledning, på samma sätt som handledning i andra behandlingsmetoder, ges av såväl leg. psykoterapeuter med handledarlegitimation som av behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning i KBT. Ändå ges samma benämning; handledning. Närmare forskning om och i vilken mängd handledning finns och hur man inom enheterna definierar handledning är av intresse. Fortsatt forskning på faktorer för att behålla behandlingsintegritet och därmed ge den behandling man uppger att man ger, är också mycket intressant. Hur mycket utbildning för personalen i kombination med vilken form av handledning, ger den bästa behandlingseffekten?

Socialstyrelsen sammanfattade vid sin senaste tillsynsrapport att verksamheterna inom HVB förbättrats. Kommunernas offentliga upphandlingar som ställer krav, Socialstyrelsens mer enhetliga tillsyn tillsammans med att nya behandlingsmetoder vuxit sig starka har bidragit till att förändringar skett och sker på Sveriges HVB samtidigt som någon uppföljning av vilken behandling som ges på HVB inte i någon större omfattning har skett från Socialstyrelsen sida. Resultatet av föreliggande studie tyder på att det kan finnas en tendens mot mer evidensbaserad behandling där man också beaktar behandlingsintegriteten trots att bortfallet i studien är stort. De barn/ungdomar som kanske har det svårast i samhället och samtidigt de som ger den kanske största utmaningen att ge behandling ser ut att få mer evidensbaserad behandling samtidigt som psykoterapeuter får större tillgång till behandlingsmetoder som gör det möjligt att möta den utmaning det innebär att ge behandling till denna grupp. Verksamheten vid HVB i Sverige är ett spännande område för forskning och utvecklingsarbete på behandlingsmetoder.

Referenser

- Andreassen T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?*
Stockholm: Gothia
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hodge, R.D. (1990a). Classification for Effective Rehabilitation. Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hodge, R.D., Bonta, J. Gendreau, P. & Cullen, F.T.(1990b). Does Correctional treatment work? A Clinically relevant and Psychologically informed Metaanalysis. *Criminology*, 28, 369-404
- Andrews, D.A., Dowden, C. (2005) Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 173–187.
- Bonta, J., Law, M. & Hansson, K. (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders. A Metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S. & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior*, 27(3), 312-329
- Bramstång, G. (1964) *Förutsättningar för barnavårdsnämnds ingripande mot asocial ungdom*. Lund: Gleerups.
- Butler, L.S., & McPherson, P.M. (2006). Is Residential Treatment Misunderstood? *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 456-472
- Courtney, M.E. Dolev, T. & Gillgan, R. Iwajic, D. (2009). Looking Backward to See Forward Clearly. In: M.E. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential Care of Children: Comparative Perspectives*. (pp. 191-209). Oxford University Press
- Burns, B.M. (1990). Mental health service use by adolescents in the 1970's and 1980's. I A. Algarin & R.(pp. 3-19) Friedman (red.)*Third Annual Conference Proceedings: A System of Care for Children's Mental Health: Building a Research Series*.
- Daleflod, B. & Lardén, M. (2004). *Institutionsbehandling av kriminella pojkar. Från miljöterapi till KBT*. Stockholm: SiS (Statens institutionsstyrelse).
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (1999a). What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime and Delinquency*,45(4), 438-458
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (1999b). What works in young offender treatment: A Metaanalysis. *Forum on Corrections Research*, 11(2),
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (2000). Effective correctional treatment and violent

- reoffending: A Metaanalysis. *Canadian Journal of Criminology, October*, 449-467
- Fagan, J. & Martin, F. (1996). Risks, fixers, and zeal: Implementing experimental treatments for violent juvenile offenders. *The Prison Journal, 76*(1), 22-59
- Greenwood. P.W. (1994). What works with juvenile offenders: A Synthesis of the literature and experience. *Federal Probation, 58*(4), 63-68
- Helinckx, W. och Colton, M. (1993) Residential and foster care in the EC. In: Colton, M. and Helinckx, W. (red.) *Child Care in the EC*. Aldershot: Arena.
- Henggeler, S.W. (1996). Treatment of Violent Juvenile Offenders – We have the Knowledge. Comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology, 10*(2), 137-141
- Henggeler, S.W., Smith, B.H. & Schoenwald, S.K. (1994). Key Theoretical and Methodological Issues in conducting Treatment Research in Juvenile Justice System. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(2), 143-150
- Höjer, K. (1952) *Svensk socialpolitisk historia*. Stockholm: Norstedts.
- Landstingsförbundet *Statistisk årsbok för landsting 1975–1993*. Stockholm.
- Lardén, M. *Från brott till genombrott. Kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem*. Stockholm: SiS (Statens institutionsstyrelse)/Gotia Förlag
- Levin, C. (1998) *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. Lund: Arkiv förlag.
- Lyman, R.D. & Campbell, N.R. (1996). Treating Children and Adolescents I Residential and Inpatient Settings. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, 36*.
- Lösel, F. (1993a). The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behavior and Mental Health, 3*, 416-437
- Markstig, B. & Strömquist C. (1994) *Utvärdering av behandling på PBU's dagbehandlingsavdelningar*. Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting
- McCann, J.B., James, A., Wilson, S & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ, 313*, 1529-1530
- McGuire, J. (2004). *Understanding psychology and crime: Perspectives on theory and action*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur*. Stockholms Universitet, Rapport i socialt arbete, nr. 96
- Sallnäs, M. (2009). Swedish Residential Care in the Landscape of Out-of-Home Care. In M.E. Courtney & D. Iwaniec (Eds.). *Residential Care of Children: Comparative Perspectives*, (pp. 38-54). Oxford University Press
- Sarnecki, J. (1996) Problemprofiler hos ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem i

- Stockholms län 1990–1994. I: Armelius, B-Å. et al. (red.). *Vård av ungdomar med sociala problem - en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning.
- Socialstyrelsen (2009). *Hem för vård eller boende för unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006 – 2008*. (2009-126-18)Stockholm
- Socialstyrelsen (2011a). *Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. (2011-5-4). Stockholm
- Socialstyrelsen (2011b). *Barn och unga – insatser år 2010. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*. (2011-6-18). Stockholm
- Socialstyrelsen (2012). *Årsredovisning 2011*. (2012-2-1). Västerås
- Socialstyrelsen. (n.d). *Nationella HVB-registret*. Hämtat den 1 november 2011 från Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen. (n.d). *Tillstånd för vård eller boende*. Hämtat den 1 november 2011 från Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/tillstand/tillstand-hvb>
- Statens Institutionsstyrelse. (n.d.). *Om SiS*. Hämtat den 17 februari 2012 från Statens institutionsstyrelses hemsida <http://www.stat-inst.se/om-sis/>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Upphandling och uppföljning av HVB – För barn och unga*. Stockholm. ETC Kommunikation.
- Vinterhed, K. (1977) *Gustav Jonsson på Skå: en epok i svensk barnavård*. Stockholm: Tidens förlag.
- Öst, L.-G. (2010). KBT inom barn- och ungdomspsykiatri. I: Öst, L.-G. (red.) *Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar hos barn och ungdomar*. (pp.231-246)
.Stockholm: Natur & Kultur,

Bilaga enkät

KBT på HVB

Hej Mitt namn är Inga Axbrink och jag läser på den legitimationsgrundande psykoterapiutbildningen med inriktning KBT för barn och ungdom som hålls vid Lunds Universitet. En del av utbildningen är uppsatsmomentet, för detta behöver jag samla in data. Datainsamlingen sker via en webbaserad enkät och vänder sig till dig som förestår ett HVB med barn och/eller ungdomar mellan 0 och 18 år (i vissa fall 21 år), med tillstånd från Socialstyrelsen. Syftet med studien är att kartlägga i vilken omfattning KBT erbjuds på HVB i Sverige idag, vilken kompetens som finns samt hur behandlingsintegriteten säkerställs. E-postadresser har hämtats från Socialstyrelsens Nationella HVB-register, för de HVB som inte registrerat sin e-postadress har dessa hämtats manuellt så långt det varit möjligt. Om du finns registrerad för att förestå flera verksamheter kan du ha fått flera mail; välj då om du vill sammanfatta de olika verksamheterna i ett svar eller svara flera gånger. I vissa fall är den registrerade e-postadressen inte direkt ställd till den som förestår verksamheten, jag skulle vara oerhört tacksam om enkäten i dessa fall vidarebefordras till rätt person. Datainsamlingen sker anonymt, inga e-postadresser eller uppgifter om HVB lagras. Enkäten beräknas ta ca 5 minuter. Din medverkan är ytterst värdefull även om den verksamhet du förestår erbjuder annan behandlingsmetod än KBT. Är du intresserad så klicka på länken nedan och följ instruktionerna på sidan.

*Obligatorisk

1. Uppdrag *

Huvudsakligen omsorg

Huvudsakligen
behandling

Hur skulle du vilja beskriva era huvudsakliga
uppdrag?



2.. Storlek på HVB * Hur många platser har ert HVB?

3. Målgrupp * Hur skulle du vilja beskriva verksamhetens inriktning? (Flera svar möjliga)

- Missbruk, alkohol eller droger
- Kriminalitet
- Omsorgsbrist
- Ångeststörningar

- Självskadebeteende
- Depression
- Skolproblematik
- Relationsproblem
- Neuropsykiatri
- Beteendeproblematik
- Sexuell problematik
- Våldsbenägenhet
- Ätstörning
- Psykos
- Personlighetsstörning
- Övrigt:

4. Åldrar *

	Barn upp till 12 år	13 - 18 år	16 - 21 år	13 - 21 år
Huvudsakligt åldersspann på placeringar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kön *

	Endast flickor	Endast pojkar	Flickor och pojkar blandat
Hur ser könsfördelningen ut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Behandlingsmetod * *KBT används här som ett samlingsnamn för traditionell KBT och för sk tredje vågens KBT ex. DBT, ACT, ART.

Ja Nej

Erbjuder ni på ert HVB KBT*?

7. Övriga behandlingsmetoder *

Ja

Nej

Erbjuder ni annan psykologisk behandlingsmetod(er)
än KBT?

8. Om Ja på föregående fråga, vilka? (Flera svar möjliga)

- Psykodynamisk
- Miljöterapi
- Lösningsfokuserad
- Medlevarskap
- Övrigt:

9. Psykoterapi för barnet/ungdomen Hur tillhandahålls psykoterapi för barnet/ungdomen? Med psykoterapi menas den psykologiska behandling som ges fortlöpande under behandlingstiden. (Flera svar möjliga)

- Individuellt inom HVB:s verksamhet
- I grupp inom HVB:s verksamhet
- Utanför HVB:s verksamhet, på barnpsykiatrisk verksamhet
- Utanför HVB:s verksamhet, på annan psykiatrisk/psykologisk verksamhet
- Familjeterapi inom HVB:s verksamhet
- Psykoterapi tillhandahålls ej.
- Övrigt:

10. Kompetens Vilken kompetens för psykoterapi finns på ert HVB? (Flera svar möjliga)

- Grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) i KBT
- Grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) i annan inriktning
- Leg psykoterapiutbildning i KBT
- Leg psykoterapiutbildning i annan inriktning
- Orienteringsutbildning i KBT
- Vi har inte psykoterapikompetens
- Övrigt:

11. Antal Hur många i personalgruppen har grundläggande psykoterapiutbildning eller högre kompetens

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Antal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	där 10 är lika med 10 eller flera
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------------

12. Övrig behandlingspersonal Hur skulle du bäst vilja beskriva kompetensen i behandlingsmetoden/metoderna hos övrig behandlingspersonal

- All behandlingspersonal har kortutbildning i samtliga behandlingsmetoder som erbjuds
- All behandlingspersonal har gemensam kortutbildning i KBT
- Behandlingspersonalen erbjuds fortlöpande kortutbildningar i den behandlingsmetod den är intresserad av
- Flertalet av behandlingspersonalen har inte specifik utbildning i behandlingsmetoden/metoderna
- Övrigt:

13.Handledning

Ja Nej

Ja Nej

Finns
handledning?

14. Om ja på föregående fråga Beskriv den handledning som finns; form, om den är extern, hur ofta samt handledarens kompetens.

Verifiering * För att kunna kontrollera om flera svar registreras från samma e-postadress samt undvika att påminnelser skickas ut till dig som redan registrerat, behöver du fylla i den e-postadress du fick formuläret på. Detta kommer inte kopplas till dina svar eller användas på något annat sätt.

Tack för din medverkan!