

STOCKHOLMS UNIVERSITET

Gör behandlingen skillnad?

En före- och eftermätning av Intensiv Hemmabaserad
Familjebehandling

Författare: Emma Ottosson

Handledare: Alexander Björk

Titel: Gör behandlingen skillnad? - *En före- och eftermätning av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling*

Författare: Emma Ottosson

Abstract

The purpose of this study is to analyze whether there are any changes in adolescents' and parents' ratings before and after IHF-treatment and further to investigate possible differences in how parents and adolescents estimate the social competence of youth. This is a quantitative study in which 90 adolescents and their parents have estimated the social skills of youth using Achenbach's lists of symptoms on two occasions; prior to and after an IHF-intervention. To get a clearer picture of where the results differ, the questionnaire used in this study has been divided into eight problem scales. The results have been analyzed using t-tests and the theoretical starting-point is the theory of risk and resilience and systems theory. Results show that both parents' and adolescents' valuations indicate a positive change in the eight problem scales. In terms of the total imposition of symptoms there is a significant difference in valuations prior before and after IHF-treatment. The results shows that IHF can make a positive difference for families and can therefore be an effective method to use in the work around youths with behavioral problems.

Keywords: risk and resilience, youth, teenager, treatment, IHF, quantitative, behavior

Nyckelord: risk- och skyddsfaktor, ungdom, tonåring, behandling, IHF, kvantitativ, beteendeproblem

Antal ord:7727

Tack

När arbetet med denna uppsats inleddes tänkte jag många gånger att jag tagit mig vatten över huvudet. Jag har aldrig kunnat sätta mig in i hur det är att skriva C-uppsats och alltid undrat varför. Nu när resans mål har nått sitt slut förstår jag varför. Det har varit en lång resa på krokiga vägar, med många farthinder och i vissa fall stopplikt på helt obegripliga ställen. Att jag tagit mig ända fram till vägens slut beror inte bara på hastighetsökningarna som dök upp när jag minst anade. Det beror till stor del på att många människor runt omkring mig har varit till stor hjälp. Dessa personer förtjänar en stor guldstjärna.

Först och främst vill jag tacka Richard på Journal Digital som sett till att jag fått det material som behövdes för att genomföra uppsatsen.

Ett stort tack till min handledare Alexander Björk som jag upplever har stöttat mig under processen med engagemang och goda råd.

Jag vill även tacka min kollega Daniel som varit helt fantastisk och hjälpt mig genom hela processen. Och sist men inte minst – tack mamma för att du läst uppsatsen, uppmuntrat mig och även försett mig med mat och andra nödvändigheter när skrivandet varit som mest intensivt!

Inledning.....	1
Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling	2
Problemformulering	3
Syfte och frågeställningar.....	3
Begreppsdefinitioner	4
Social barnavård och dess utfall.....	5
Sökprocess och avgränsning	5
Historik.....	5
Evidensbaserat socialt arbete	5
Internationell forskning	6
Nationell forskning.....	7
Sammanfattning	8
Teoretiska perspektiv	9
Risk- och skyddsfaktorer.....	9
Systemteori.....	11
Metod	13
Val av metod	13
Material	13
Procedur	13
Urval.....	14
Bortfall	14
Databearbetning	15
Validitet & Reliabilitet	15
Generaliserbarhet	17
Etiska frågor	17
Resultat & Analys	18
Beskrivning av undersökningsgruppen	18

Total symtombelastning	19
De åtta subskalorna	19
Sammanfattning	23
Diskussion	24
Hur kan skattningarna förstås i relation till IHF-behandlingen?	24
Metoddiskussion.....	26
Förslag till vidare forskning	27
Referenslista	28

Inledning

Ungdomar med beteendeproblem har länge varit en uppmärksammas målgrupp inom socialt arbete, inte bara i Sverige utan över hela världen. Tanken på att använda behandlingsarbete som ett sätt att försöka minska och rädda ungdomar från kriminellt beteende började redan under 1800-talet (Swärd, 1993).

Brottsförebyggande rådet (BRÅ, 2010) har gjort en skolundersökning där förekomsten av brottslighet och annat problembeteende bland pojkar och flickor i årskurs nio beskrivs. Undersökningen visar att ungdomsbrottslighet är ojämnt fördelat och att endast en mindre andel av unga svarar för en betydande del av den totala brottsligheten bland ungdomar. Det framkommer även att de som begår många brott relativt ofta har problem hemma och i skolan samt att de umgås med andra ungdomar med liknande problematik.

Även om ungdomar med antisociala beteenden utgör en liten grupp har deras allvarliga problem stora konsekvenser för samhället. Dessa ungdomar har svårt att fullfölja behandling och endast några få påvisar positiva effekter av behandling (Andershed & Andershed, 2005; Farrington, 1992; Kazdin, 1993).

År 2001 utvecklade Familjeforum Lund AB en behandlingsmodell, *Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling*, som är inspirerad av fyra evidensbaserade behandlingsprogram. Målgruppen för behandlingen är tungt psykosocialt belastade familjer (Familjeforum, 2001).

Vilka drar störst nytta av behandling för ungdomar med antisociala beteendeproblem? Är det ungdomarna själva eller deras föräldrar? Är det lika lätt för ungdomar som föräldrar att se de eventuella framsteg ungdomen gör under behandling? Dessa är några av de frågor som cirkulerat i mitt huvud sedan jag började arbeta med *Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling* (IHF) och som lett mig in på uppsatsens ämne.

Anledningen till att studera just ungdomar med beteendeproblem som genomfört behandling i form av IHF var ett enkelt val. Det finns ingen tidigare forskning som påvisar skillnaden mellan föräldrar och ungdomars skattningar av ungdomens problematik och om denna skillnad är markant kan det vara en viktig aspekt att ha i åtanke i framtida samarbete med familjer med denna typ av problematik.

Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling

IHF är en behandlingsmodell som manualiserades år 2001 av Familjeforum Lund AB. Modellen är inspirerad av fyra evidensbaserade importerade behandlingsprogram (MTFC, FFT, IYS och MST). Behandlingen riktar sig till familjer, barn och ungdomar med komplexa behov och problem, som hamnat i negativa destruktiva mönster med svåra beteendeproblem som följd. Behandlingen syftar till att minska beteendestörningar, kriminalitet och förbättra familjefunktioner så barnet slipper placeras utanför hemmet (Familjeforum, 2001). Endast de behandlingsverksamheter som blivit IHF-certifierade eller befinner sig i en certifieringsprocess får använda begreppet IHF (Familjeforum, 2001).

Behandlingstiden är ca 6-12 månader och indelad i fyra faser. Första fasen är *engagemangsfasen* som främst syftar till att skapa en terapeutisk allians samt att bringa fram hopp och meningsfullhet med behandlingsarbetet. I *undersökningsfasen* ligger fokus på att lyfta fram målformuleringar som dokumenteras i en genomförandeplan. Här undersöks familjens beteenden, till exempel uppfostringsstrategier, risk- och skyddsfaktorer och kommunikationsmönster. Därefter, i *beteendeförändringsfasen*, fokuserar man på förändringsarbete. *Generaliseringsfasen* avslutar IHF-behandlingen då de nyvunna strategierna och förändringarna ska tillämpas för att vara verksamma på lång sikt och utan behandlingsteamets medverkan (Björk, 2004; Familjeforum, 2001).

Under behandlingsprocessen får både ungdomar, föräldrar, socialtjänsten, skolor och andra viktiga personer i familjens nätverk fylla i självsvarsformulär. Dessa formulär fylls i vid fyra tillfällen. Det första sker vid behandlingsstart (T1), andra tillfället är efter sex månader i behandling (T2), vid behandlingens avslut är det dags att fylla i formulären för tredje gången (T3) och ett år efter avslutad behandling sker testtillfälle fyra (T4). Det finns olika typer av formulär att fylla i och dessa mäter olika delar av familjernas liv.

I denna uppsats används Achenbach symptomlistor som avser mäta social kompetens hos ungdomar med beteendeproblematik. *Child Behaviour Check List* (CBCL) fyller föräldrarna i och *Youth Self Report* (YSR) fylls i av ungdomarna. CBCL och YSR består av två delar där den första delen innehåller frågor som rör ungdomens kompetens. Den andra delen består av 112 påståenden som undersöker förekomst av olika problematiska symptom under de senaste sex månaderna. Dessa frågor besvaras genom att kryssa för något av följande alternativ: stämmer ej (0), stämmer ibland (1), stämmer mycket bra eller ofta (2).

De olika frågorna ger dels ett totalresultat men kan även delas upp i åttasubskalor; aggressivt beteende, kriminellt beteende, sociala problem, somatiska besvär, tankeproblem, tillbakadragenhet, uppmärksamhetsproblem och ångest.

Problemformulering

Evidensbaserat socialt arbete efterfrågas allt mer och syftar till att socialarbetare måste knyta an till och utgå från den vetenskapliga kunskap som finns. Ibland måste dock socialarbetare fatta beslut som går på tvärs mot vetenskaplig kunskap. Socialarbetare placerar till exempel ungdomar på särskilda ungdomshem inom SiS (Statens Institutionsstyrelse) trots att forskning tyder på att det kan vara skadligt för ungdomar att vårdas i grupp samt att det knappt finns forskning som visar att ungdomarna förbättras av behandlingen. Trots att evidens efterfrågas är kunskapsläget ganska svagt när man specifikt efterfrågar insatser som visat sig ha goda effekter i välgjorda experimentella studier, och där resultaten är överförbara till svenska förhållanden (Bergmark, Bergmark & Lundström, 2011).

Förespråkare för Evidensbaserad praktik (EBP) menar att om inte det sociala arbetet evidensbaseras riskerar socialtjänstens utsatta grupper att få sämre insatser än de har rätt till – och i värsta fall utsätts för direkt skadliga interventioner (Bergmark et al., 2011) Socionomer som yrkesgrupp möter både ungdomar med beteendeproblem och dess föräldrar. Genom att försöka förstå vilken påverkan behandling har på målgruppen kan man framåt försöka anpassa effektiva metoderna med syfte att ge familjer verksamma insatser som passar dem.

Vid en närmre titt på litteraturen gällande behandling för ungdomar med beteendeproblematik står det klart att det finns mycket forskning gjord på de behandlingsmodeller IHF inspireras av. Att det däremot inte finns lika mycket forskning på just IHF blev det avgörande för valet av uppsatsämne.

Syfte och frågeställningar

Syftet med undersökningen är att utifrån skattningsformulären CBCL och YSR se om det finns någon skillnad i föräldrars och ungdomars skattningar före och efter IHF-behandling.

1. Hur skattar ungdomar och dess föräldrar ungdomens beteende före och efter en IHF-behandling?
2. Vilken skillnad finns i föräldrars och ungdomars skattningar?
3. Hur kan skattningarna förstås i relation till IHF-behandlingen?

Begreppsdefinitioner

Beteendeproblem/antisocialt beteende: Beteendeproblem är ett komplext begrepp vilket framgår av den mångfald av perspektiv, teorier och förklaringsmodeller som omgärdar begreppet (Ohlsson & Swärd, 1994). Det kan definieras som ett tillskrivet beteende där utgångspunkten är en kategorisering av vad som är avvikande (Svensson, 2007). Ett annat sätt är att definiera beteendeproblem som upprepade brott mot sociala normer för vad som betraktas som ett acceptabelt beteende. Det kan även vara beteenden som till exempel hyperaktivitet (Andreassen, 2003).

Föräldrar: I denna studie definieras föräldrar som de vuxna som är ansvariga för ungdomen. Det innefattar både biologiska föräldrar och andra vuxna som har vårdnaden för ungdomen.

Ungdomar: Det är svårt att ge en tydlig definition av begreppet *ungdomar* i denna studie. Generellt handlar det om tonåringar, men även äldre och yngre ungdomar ingår. Gällande de ungdomar som är undersökningsdeltagare, som är lättare att avgränsa, avser begreppet individer mellan 11-18 år.

Social barnavård och dess utfall

Sökprocess och avgränsning

I litteratursökningen till denna uppsats har databaserna LIBRIS, artikelsök, EBSCO MultipleDatabaseSearch, Google Scholar och ProQuestplattform använts. De sökord som har använts är: ungdom*, tonår*, förälder, familj, Achenbach, beteende*, behandling, risk- och skyddsfaktorer samt FFT och MTFC.

En avgränsning som har gjorts är att det inte skett någon sökning på IHF. Anledningen till detta är att det endast bedrivits en effektstudie, vilken författaren redan har tillgång till, som utvärdering av behandlingsmodellen och därför valdes istället att söka tidigare forskning gjord på två av de behandlingsmodeller som IHF inspireras av, MTFC och FFT. Sökning av litteratur har även skett genom att använda referenser som funnits i relevanta avhandlingar och uppsatser.

Historik

Tron på att kunna förändra beteendeproblem genom rehabilitering istället för straff har rötter ända från 1800-talet. Under 1950- till 1970-talet präglades vården av antisociala ungdomar i USA och Europa av behandling och rehabilitering. Behandlingsidealet fick dock ge vika i mitten av 70-talet då en översikt av behandlingsprogram visade nedslående resultat (Martinson, 1974). I översikten gjordes en sammanfattning på över 200 behandlingsstudier och resultatet visade att oavsett typ av vård saknade de flesta behandlingsprogram effekt. Översikten fick stor medial uppmärksamhet och uttrycket ”nothing works” myntades. Det fanns dock forskare i Kanada som menade att kriminalitet ska betraktas som ett socialt inlärt beteende och menade att det därför är möjligt att förändra. Idag finns det omfattande forskning om program som visar på positiva möjligheter att förändra ungdomars antisociala beteende (Westermarck, 2009).

Evidensbaserat socialt arbete

Evidensbaserad praktik (EBP) beskrivs ofta som ett program eller en rörelse som efter sitt fäste inom medicinen spridits till professioner som sjuksköterskor, lärare och psykologer. I slutet av 1990-talet nådde EBP svenska socialarbetare under beteckningen *evidensbaserat socialt arbete*.

EBP's budskap är att skapa en vetenskaplig säkring av det professionella arbetet. I samband med att evidensfrågan började diskuteras i Sverige uttryckte socialstyrelsens dåvarande generaldirektör Kerstin Wigzell att det inte räcker att bedriva socialt arbete ”på känn” i en artikel i Dagens Nyheter (Bergmark et al., 2011).

Det närmaste svenska socialarbetare kan komma riktlinjer i arbetet på barn- och ungdomsområdet är socialstyrelsens metodguide för socialt arbete. Metodguiden baseras på myndighetens egna genomgångar av olika former av insatser och bedömningsinstrument. Insatserna graderas på en skala där *effektiv insats med starkt vetenskapligt stöd* är det högsta skalsteget som innebär att insatsen ska ha utvärderats genom minst två oberoende studier med hög tillförlitlighet. Minst en studie ska även visa att behandlingseffekter kvarstår efter tolv månader. Det krävs även att det inte finns teoretisk eller empirisk grund för att insatsen är skadlig. Efter detta skalsteg kan insatserna bedömas av socialstyrelsen som *effektiv insats med vetenskapligt stöd*, *lovande insats*, *insats som inte har effekt* och till sist *bekymmersam insats* (Socialstyrelsen, 2011).

Internationell forskning

Longitudinella studier som gjorts av populationer som följts från barndom till tidigt vuxenliv har haft genomgripande betydelse för förståelsen av varför barn utvecklar beteendeproblem (Rutter et al., 1998; Cederblad, 2003). Studiernas grundfrågor har varit att söka vad som triggat igång processen till antisocialt beteende, vad som får den att utvecklas vidare och vilka möjligheter det finns att stoppa utvecklingen. En studie gjord på ön Kauai mellan åren 1955 och 2000 har visat hur barn som är i riskzon för negativ utveckling påverkas av positiva och negativa faktorer i livet (Werner & Smith, 2001). Studien beskriver till exempel hur barn som exponerats för riskfyllda uppväxtförhållanden, trots exponeringen, har utvecklats till kompetenta, förtroendefulla och omhändertagande vuxna. Slutsatser som Werner och Smith drar utifrån studien är att beteendeproblem ska åtgärdas tidigt och att barnets omgivning, som skola, föräldrar och samhället, ska involveras.

IHF inspireras av bland annat MTFC, en importerad behandlingsmodell som utvecklats vid Oregon Social Learning Center i USA. Bergmark m.fl. (2011) uttrycker att det inte är något nytt att idéer inom socialt arbete överförs från USA till Europa. Amerikanska forskare har dominerat och dominerar fortfarande inom evidensområdet. MTFC är en intervention som evidensgraderats av Socialstyrelsen som *effektiv med vetenskapligt stöd*, alltså den näst högsta evidensgraden. Behandlingsmodellen har använts i Sverige sedan början av 2000-talet.

De komponenter som IHF använt från MTFC är behandlingsorganisationen samt att arbeta med poänglistor. Skillnaden på MTFC och IHF är att ungdomen är familjehemsplacerad i den förstnämnda behandlingsmetoden med syfte att flytta hem medan ungdomen i IHF bor hemma under hela behandlingen. MTFC är en väl utforskad behandlingsmodell och har effektutvärderats ett flertal gånger av forskarteamet inom Oregon Social Learning Center, som introducerat metoden, och dessa pekar på goda resultat. MTFC var, liksom många andra program för antisociala ungdomar, utvecklat för pojkar till en början. En omfattande randomiserad studie på tungt kriminella pojkar visade vid uppföljningen efter ett år att de pojkar som tillhörde MTFC-gruppen hade färre rymningar i jämförelse med kontrollgruppen. Det var även fler från MTFC-gruppen som fullbordade behandlingen. Ett annat resultat som visades var att de hade spenderat färre antal dagar på låst institution och fler dagar tillsammans med sin ursprungsfamilj under behandlingstiden (Chamberlain & Reid 1998).

En utvärdering som genomfördes av Chamberlain (1990) med positiva resultat för MTFC ledde till en förfrågan om att använda MTFC som ett alternativ till traditionell eftervård vid utskrivning av ungdomar från psykiatrisk vård. Studien, som bestod av ungdomar som varit inlagda på sjukhus i genomsnitt 245 dagar och sedan randomiserats till antingen MTFC eller traditionell behandling, visade att MTFC-ungdomarna uppvisade färre beteendeproblem vid uppföljningen efter sju månader (Westermarck, 2009).

Nationell forskning

En annan behandlingsmodell som IHF inspireras av är Funktionell Familjeterapi (FFT). IHF och FFT använder sig av samma behandlingsfaser samt att IHF inspirerats av familjeterapeutiska interventioner som FFT använder. I båda modellerna arbetar man på hemmaplan med familjen. Skillnaden är att IHF är en mer intensiv behandlingsmetod som pågår i upp mot ett år medan FFT endast pågår mellan två till fyra månader. En studie gjord i Växjö mellan åren 1998 och 2002 visar att den totala symtombelastningen (mätt med CBCL) minskar efter FFT-behandling. Studien omfattar 45 familjer med barn i låg- och mellanstadiet (Drott-Englén & Johansson, 2006). Ytterligare en studie har gjorts med syfte att jämföra FFT med sedvanlig socialvård som åtgärd vid ungdomskriminalitet. Achenbach symptomlistor användes som ett av mätinstrumenten för att se om ungdomars symtombelastning minskar efter FFT som insats. Resultatet visar tydligt att ungdomars symtombelastning reduceras efter behandling, både i de skattningar ungdomarna gjort men även mammornas skattningar.

Den skillnad som fanns i mammornas och ungdomars resultat var att ungdomarna själva inte ansåg att kriminalitet blivit mindre medan mammorna gjorde det (Hansson et al., 2004).

Även en studie med syftet att undersöka om MTFC programmet är mer effektivt när det gäller att behandla ungdomar med beteendeproblem än svensk traditionell dygnsvård har genomförts. Vid föremätningen (CBCL och YSR) hade grupperna inga signifikanta skillnader gällande bakgrundsfaktorer eller symtombelastning. Generellt visade alla analyser på positiva behandlingsresultat till förmån för MTFC. I båda grupperna sjönk symtombelastningen över tid och vid uppföljning visade ungdomarna i MTFC en signifikant minskning av de externaliserade problembeteendena (aggressivt- och kriminellt beteende). 72 % av MTFC gruppen reducerade sin symtombelastning med minst 30 % medan kontrollgruppen hade motsvarande 36 % som skattade denna förändring. Huvudresultatet pekar på att MTFC är en lovande metod för behandling av beteendeproblematik även i svensk kontext (Westermarck, 2009).

En effektstudie som bedrivits gällande IHF är en kvasiexperimentell studie där skattningar som gjorts i början av behandlingen jämförts med de skattningar som är gjorda vid insatsen avslut. Övergripande framgick det att IHF kan göra en positiv skillnad för familjerna och att det inte försämrar familjens problematik. Det som visades gällande ungdomarnas beteendeproblem utifrån CBCL och YSR var att den totala symtombelastningen var hög i början men hade i slutet av behandlingen minskat (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009).

Sammanfattning

Forskningen visar att ungdomar med beteendeproblematik länge varit en del av det sociala arbetet och att det är viktigt att åtgärda detta i ett tidigt skede samt att involvera barnet/ungdomens omgivning. MTFC, som evidensbaserad behandlingsmodell, visar på en positiv utveckling för ungdomar och i mätningar gjorda på Achenbach Symtomlistor visas även positiva resultat hos både FFT och IHF.

Teoretiska perspektiv

Målet med denna uppsats är att se om föräldrar och ungdomar skattar en förändring i olika problemområden efter IHF-behandling, och därmed belysa vilka faktorer som kan bidra till denna förändring. Utifrån detta lämpar sig *teorin om risk- och skyddsfaktorer* samt *systemteorin* att sättas i samband med denna förändring då IHF som behandlingsmodell inspireras av dessa teorier.

Risk- och skyddsfaktorer

Kunskapen om vilka faktorer som är avgörande i utvecklingen av individers beteendeproblem har lett till utveckling av teorier om risk- och skyddsfaktorer. Med riskfaktor menas en händelse, ett förhållande eller en process som ökar risken för individens negativa utveckling och skyddsfaktorer reducerar eller motverkar effekten av riskfaktorer (Stattin, 2002).

Skyddsfaktorer kan förhindra eller påverka att riskförhållanden uppstår och kan även minska risken för beteendeproblem hos den unge. Risk- och skyddsfaktorer kan kopplas till både skola, familjen, individen själv och närsamhället. Riskfaktorer på flera olika nivåer eller kontexter samtidigt ökar risken ytterligare för framtida beteendeproblem (Lagerberg & Sundelin, 2000; Andershed & Andershed, 2005). Forskningen om detta utgör en viktig grund för utvecklandet av behandlingsinsatser för antisociala ungdomar.

Farrington och Welsh (2007) har gjort en genomgång av risk- och skyddsfaktorer för kriminalitet och effektiva preventionstrategier för att minska den unges antisociala beteende. Riskfaktorer som ofta finns på det individuella planet är bristfällig kunskapsnivå, låg intelligens, aggressivt temperament och bristande empatisk förmåga. Detta kombinerat med en uppväxt i en dysfunktionell familj med kriminalitet, missbruksproblem och/eller bristande föräldraförmåga ökar risken för ungdomskriminalitet. Det kan även finnas riskfaktorer i närsamhället så som antisociala vänner eller att gå i en skola med många antisociala elever. Farrington och Welsh (2007) beskriver även svårigheten i att reda ut hur olika faktorer relaterar till varandra och menar därför att interventionsprogram för antisociala ungdomar bör inriktas på multipla faktorer, oavsett vilka faktorer som påverkar vad. Man kan arbeta med ungdomens risk- och skyddsfaktorer genom att till exempel stötta ungdomen i att ta kontakt med prosociala vänner och hjälpa ungdomen att hitta en prosocial fritidsaktivitet.

Då det finns fler riskfaktorer än skyddsfaktorer ökar sannolikheten att ungdomar fortsätter med ett antisocialt beteende. Därför är det av vikt att arbeta med att minska riskfaktorerna och öka skyddsfaktorerna för att uppnå det önskade resultatet i behandlingsarbetet (Stouthamer-Loeber et al., 2002).

För att komma bort från att mål och medel i förändringsarbetet baseras på behandlarnas och familjens egna föreställningar om vad som fungerar eller inte, kopplas mål och behandlingsinterventioner i IHF till vad forskning visar kring risk- och skyddsfaktorer.

Detta sker utifrån BBIC:s (Barns Behov i Centrum) sju livsområden: hälsa, utbildning, identitet, familj och sociala relationer, socialt uppträdande, känslö- och beteendemässig utveckling och att klara sig själv (Familjeforum, 2001).

Hälsa som för föräldrarna innebär att övervaka och se till att barnet har god hälsa och är både fysisk och psykiskt friska. Detta livsområde är beroende av flera olika faktorer, delvis ärftlighet men även missbruk av alkohol och droger klassas som en hälsorisk. Andra riskfaktorer när det gäller hälsa är låg fysisk aktivitet och depression. De skyddsfaktorer man i IHF försöker stärka är bland annat att ungdomen ska ha en fritidsaktivitet, kompisar med positiv påverkan och en positiv självbild (Familjeforum, 2001).

Gällande tillgång till god *utbildning*, som är en central faktor för att barns möjligheter att utvecklas till välfungerande vuxna, arbetar IHF aktivt med att samarbeta med ungdomens skola på olika nivåer. Dels genom kontakt och uppföljning kring det faktiska skolarbetet men även för att få en tydlig bild av koncentrationsförmåga, prestationer och interaktioner med andra barn och unga. Kring *identitet* arbetar man inom IHF för att ungdomen ska ha kunskap om sitt ursprung gällande familj, släkt, religion och språk. Behandlarna informerar även om insatsen och kollar så att den unge känner till anledningen till denna samt diskuterar hur han/hon vill förklara det för andra. På familjenivå arbetas det med att positiva känslor ska förknippas med den egna personen. Detta leder in på *familj och sociala relationer* som innefattar vuxenomsorg, bra relationer till syskon och kamrater eller andra viktiga personer i den unges liv. I IHF arbetar man med att minska kritik och klander i familjen som även tillhör *socialt uppträdande*. Andra delar som omfattar livsområdet socialt uppträdande är bland annat förmåga att uttrycka sin uppfattning och vilja, kommunikation och uppträdande samt klädsel och hygien (Familjeforum, 2001).

Den känslö- och beteendemässiga utvecklingen innebär i IHF ett aktivt arbete kring samspel, beteendeförändring, oro och utsatthet. En viktig skyddsfaktor är i det här fallet en trygg anknytning mellan barn och föräldrar.

Forskning visar att samband mellan att barn som varit utsatta för misshandel ofta visar sig ha svagare anknytning till vuxna jämfört med barn i normalpopulationen (Familjeforum, 2001). För behandlarna blir då uppgiften att kompensera de barn som saknar personer att knyta an genom att ge dem möjlighet att få kontakt med andra trygga vuxna i sitt nätverk.

Det sista livsområdet som är att *klara sig själv* innebär att stötta ungdomen att i förhållande till sin ålder kunna hantera fickpengar, sköta sin hygien, svara i telefon och ringa samtal men även att veta var man ska vända sig om man behöver hjälp.

Systemteori

Systemteorin utvecklades på 1940-talet av Ludvig Von Bertalanffy och handlar om hur olika delar påverkar varandra ömsesidigt i ett system. Systemteori är främst utvecklad för att förstå sambandet mellan fysiska, biologiska och sociala system men har visat sig vara fruktbar som ett sätt att se på familjer (Bernler & Johansson, 2001; Skåner, 2001). I psykosocialt arbete är systemtänkande ett centralt synsätt för att förstå de sociala sammanhang klienten ingår i. Genom detta synsätt undviker man att enbart fokusera på ungdomen eller enbart på omgivningen och fokuserar istället på det ömsesidiga beroendet mellan de delar som ingår i helheten. Man byter ut linjära sätt att tänka och ser istället ett cirkulärt tänkande där relationer, interaktioner, samband och transaktioner är centrala. Man menar att relationer alltid är ömsesidiga men inte symmetriska, att alla delar och relationer påverkar varandra, och att man därför bara förstår systemets delar som funktioner av det totala systemet (Bernler & Johansson, 2001).

Ett av de mest centrala begreppen inom systemteori är *helhetsbegreppet* vilket i behandling innebär att klienten kan förstås endast i dess helhet, alltså det sociala sammanhang som denne ingår i. Ett beteende som tycks vara avvikande hos klienten kan bli förståeligt när man ser det som ett uttryck för interaktion i exempelvis familjen som denne är delaktig i (Bernler & Johansson, 2001).

Systemteori används för att beskriva processer inom individen och mellan individer. Både inom individen och mellan individer i en familj samspelar handlingar, känslor och tankar på ett sätt så de ömsesidigt påverkar varandra. Detta innebär att familjebehandlaren kan arbeta på med alla dessa tre system (Bernler & Johansson, 2001).

Till vardags kan man försöka finna förklaringar till problem som uppkommer och det är inte ovanligt att man försöker hitta enkla samband, att se det som att A är orsaken till B. Verkligheten är dock mer komplicerad än så och en händelse kan förklaras på olika sätt. Inom systemteorin kallas detta sätt som förklaring *ekvifinalitet*, vilket innebär att det inte är meningsfullt att finna enkla samband utan att förklaringen istället finns i hela samspelsprocessen (Lundsbye, Sandell, Ferm, Währborg, Pettitt, Fälth & Holmberg, 2007).

I IHF innebär ett multisystemiskt tänkande att samtliga behandlare hela tiden ska sträva efter att det individuella arbetet med föräldrarna/ungdomen ska kunna göras av familjen själva, att nya färdigheter som ungdomen tillgodogjort sig beskrivs utifrån hur de påverkar familjen, skolan, fritid och eventuellt andra viktiga faktorer i familjens liv (Familjeforum, 2001).

Metod

Val av metod

I studien används en kvantitativ metod för att uppnå syftet och få en bild över hur IHF-behandlingen påverkar ungdomars beteende utifrån deras egna och deras föräldrars skattningar. Men även för att kunna se om det finns någon skillnad i föräldrar och ungdomars skattningar gällande ungdomens beteende.

Elofsson (2005) anser att kvantitativa metoder är speciellt lämpade i några situationer, där han menar att det är nödvändigt att använda sig av en kvantitativ metod för att exempelvis utvärdera socialt arbete. I och med att syftet med studien är att se om det finns någon skillnad i föräldrar och ungdomars skattningar gällande ungdomens beteende före och efter IHF-behandling tänker jag att detta är en form av effektutvärdering av behandlingsmodellens eventuella påverkan och därmed lämpar det sig att använda en kvantitativ metod.

För att mäta detta har en kvasiexperimentell design i form av före- och eftermätningar använts. I denna metod används experimentgruppen som sin egen kontrollgrupp och genom att göra mätningar före och efter den aktuella insatsen kan en mätning utföras. Ju fler mätningstillfällen man har, desto större är sannolikheten att en stabil trend kan urskiljas och utifrån detta kan man, utan att göra anspråk på att det finns ett orsakssamband, göra vissa försiktiga antaganden om att programmet orsakade förändringen (Mannheimer, 2005).

Material

Denna studie är baserad på utvalda delar av redan insamlat material från Familjeforum i Stockholm och Lund, bestående av Achenbach symtomlistor. Med utvalda delar menas att en avgränsning gjorts till att endast använda material från de behandlingar där både testtillfälle 1 (T1) och testtillfälle 3 (T3) är ifyllda av både föräldrar och ungdomar. Formuläret är uppdelat i två delar där den första delen innehåller frågor som rör ungdomens kompetens och den andra delen består av 112 påståenden som undersöker förekomst av olika problematiska symtom. I denna studie används endast den andra delen.

Procedur

Insamlingen av materialet har skett vid två tillfällen där aktuell behandlare eller annan anställd på Familjeforum tilldelar ungdomen/föräldern de olika formulär som används vid IHF-behandling.

Insamlingen av materialet kan ha skiljt sig åt från person till person då vissa behandlare kan ha suttit med då klienten fyllt i formuläret medan andra låtit klienten fylla i det själv. Detta kan till exempel bero på klientens förmåga att förstå de påståenden som ställs. Då materialet redan var insamlat är det svårt att avgöra hur denna insamling skiljt sig åt och om detta kan påverka resultatet.

Urval

Då studien bygger på redan insamlat material har urvalet i stort inte kunnat påverkas av mig. Populationen som undersöks är föräldrar och ungdomar som fullföljt IHF-behandling på Familjeforum i Lund och Stockholm. Då syftet är att jämföra två testtillfällen ingår samtliga klienter som fyllt i formuläret vid både T1 och T3. För att få med så många undersökningsdeltagare som möjligt har inga andra begränsningar gjorts. Totalt är det 245 respondenter med i denna studie som rör 95 ungdomar som genomfört IHF-behandling. Tabell 1 visar hur fördelningen mellan antal föräldrar och ungdomar ser ut. Gällande åldersfördelningen på ungdomarna så är detta något som det inte finns någon information om. I materialet finns inga uppgifter om vilket år undersökningsdeltagarna genomförde IHF-behandling och därmed går det ej att avgöra vilken ålder de var i vid pågående behandling. Det som kan konstateras är att samtliga ungdomar var mellan åldrarna 11 och 18 år då YSR är riktad till den åldersgruppen.

Tabell 1. Antal respondenter som deltar i studien.

Förälder	150
Ungdom	95

Bortfall

Till denna studie har urvalet valts till att innefatta samtliga ungdomar och föräldrar som fyllt i Achenbach symtomlistor vid testtillfälle 1 och 3. Det finns alltså inget internt bortfall att förhålla sig till hos ungdomarna.

Det finns sammanlagt 95 ungdomar som svarat på både T1 och T3 och därmed finns möjlighet för 190 föräldrar att fylla i formuläret. Att det endast är 150 föräldrar som fyllt i detta kan delvis bero på att ungdomen endast har en förälder eller att endast en av ungdomens två föräldrar har deltagit i behandlingen tillsammans med ungdomen.

De som faller utanför denna undersökning är dels de familjer som ej fullföljt IHF-behandlingen. Även de familjer med barn under 11 år hamnar utanför undersökningsgruppen då YSR ej fylls i av barn från 0-10 år. Det är även värt att ha i åtanke att det finns fler familjer som fullföljt IHF-behandling men inte fyllt i testerna. För att kolla närmre på det externa bortfallet behövs tillgång till Familjeforums journalsystem. På grund av sekretess går detta ej att genomföra för denna studie.

Databearbetning

För att kunna avläsa resultat i skattningarna har materialet lagts in i Journal Digital, ett digitalt journalsystem som används vid behandling för att samla skattningar, genomförandeplaner, planering och dokumentation. Journal Digital har sedan bistått med samtliga T1or och T3or som gjorts på både Familjeforum i Stockholm och Lund. Materialet har sedan kodats och analyserats i IBM SPSS Statistics.

Åtta faktorer har undersökts: Aggressivt beteende, kriminellt beteende, sociala problem, somatiska symtom, tankeproblem, tillbakadragenhet, uppmärksamhetsproblem samt ångest. Dessa subskalor mäts utifrån ett antal specifika frågor i Achenbach symtomlistor och i denna studie har medelvärdet för dessa åtta subskalor räknats ut. Antal frågor som mäter de olika skalorna skiljer sig från 4-17 där somatiska symtom har minst frågor och aggressivt beteende flest. Samtliga frågor skattas från 0-2 och medelvärdet ligger därför mellan dessa värden i den totala symtombelastningen samt de åtta subskalorna.

Subskalorna har analyserats i SPSS och redovisas med stapeldiagram under avsnittet *resultat* som har utformats i Microsoft Excel. I dessa kan man även se skillnaden mellan föräldrars och ungdomars skattningar vid de två testtillfällena. För att mäta om det finns en signifikant skillnad mellan föräldrar och ungdomar vid de två testtillfällena har independent samples t-test använts. Signifikansen redovisas löpande i resultatet. Parade t-tester användes för att mäta signifikansen mellan T1 och T3 utifrån den totala symtombelastningen. Signifikansnivån är $p < 0,05$.

Validitet & Reliabilitet

Hur väl ger de frågor vi ställer undersökningsdeltagarna svar på det vi vill undersöka? Detta är en relevant fråga att ställa sig när man funderar kring validiteten i en studie. Validitet handlar om giltigheten i det vi mäter.

Operationaliseringen är bland det svåraste momentet i alla undersökningar och misslyckas man här kommer undersökningen präglas av systematiska fel. Hög validitet kan därför definieras som frånvaron av systematiska fel (Djurfeldt et al., 2010).

En faktor som kan bidra till ökad validitet är att Achenbach Symtomlistor, som används i denna studie, är ett väl beprövat mätinstrument. En annan validitetsfråga är om syftet med behandlingen stämmer överrens med det som Achenbach Symtomlistor mäter. Målet med IHF är att minska beteendeproblem och kriminalitet och det är även detta Achenbach Symtomlistor mäter, utifrån både föräldrars och ungdomars perspektiv.

Reliabilitet avser frågornas tillförlitlighet och svarar på frågan *hur* vi mäter. Tillförlitligheten i mätinstrumenten kan variera och hög reliabilitet indikerar på frånvaron av slumpmässiga fel och hög överensstämmelse mellan olika mätningar med samma instrument (Djurfeldt et al., 2010).

I denna studie finns ingen information om vem som lagt in resultatet av skattningarna i Journal Digital och därav är det svårt att säga att noggrannhet beaktats vid detta tillfälle. Det är helt enkelt ett antagande att de personer som ansvarat för testerna lagt in dessa med noggrannhet. Bearbetning och kodning av materialet har skett med stor noggrannhet. Det har ständigt varit två personer närvarande för att öka sannolikheten att upptäcka eventuella slarvfel som kan uppstå.

Reliabiliteten i studien kan påverkas av ett antal olika faktorer. Dels att materialet inte är insamlat vid ett specifikt tillfälle och endast i forskningssyfte men även att formulären kan ha blivit ifyllda i olika sammanhang. Om en behandlare exempelvis suttit bredvid ungdomen vid ifyllandet kan detta ha påverkat ungdomens/föräldrarns ärlighet i ett försök att anpassa svaren efter vad som är socialt önskvärt. De kan även ha fyllt i formulären vid en stressande situation och därför inte läst igenom påståenden noggrant.

Eftersom att psykiska beteendeindikatorer kan påverkas av många faktorer och variera från situation till situation kan man tänka sig att svaren kan skilja sig åt dag för dag. Även om Achenbach symtomlistor ska fyllas i gällande de sex senaste månaderna kan respondenterna haft en riktigt jobbig, eller tvärtom, väldigt bra vecka som gör att det är svårt att tänka tillbaka hur det varit den senaste tiden. Det kan även vara så att undersökningsdeltagarna inte minns hur det sett ut under de senaste sex månaderna.

Generaliserbarhet

För att kunna generalisera resultatet som presenterats i studien bör både en hög validitet och reliabilitet uppnås. Man bör även fråga sig om resultatet kan generaliseras till den population som man har gjort sin studie på (Olsson & Sörensen, 2011).

Bryman (2011) menar dock att man bör vara försiktig med att generalisera resultatet till en vidare population än den man har undersökt eftersom det finns många faktorer som kan förändra resultatet. Det är därför viktigt att ha i åtanke att bortfall, urval och andra faktorer kan påverka denna studies generaliserbarhet.

Testresultaten i denna studie kan även bero på andra faktorer än enbart behandlingen. En tanke finns dock om att skattningsresultaten liknar andra familjers svar efter insats och därför kan det antas att resultatet i denna studie är generaliserbart.

Etiska frågor

Gällande etiska ställningstagande skedde respondenternas avidentifiering tidigt och ursprungsfilen raderades direkt och ersattes av en ny version där avidentifieringen skett. Trots att materialet inte kan kopplas till respondenterna har hanteringen varit noggrann och bearbetningen av materialet har endast skett på Familjeforums datorer, detta för att undvika att obehöriga får tillgång till materialet. Vid det första testtillfället har respondenterna fått information om att skattningsarna kan användas till forskning och lämnat samtycke till detta, i vissa fall skriftligt och i andra fall muntligt.

Resultat & Analys

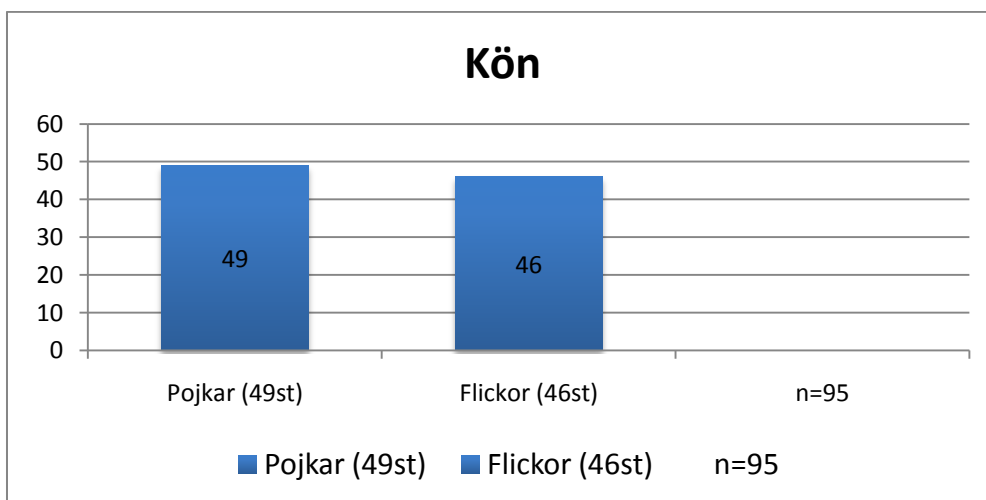
I detta avsnitt kommer först en tydligare presentation av undersökningsgruppen. Efter det kommer resultatet redovisas utifrån de två första frågeställningarna. Samtliga resultat redovisas med stapeldiagram. Då de åtta subskalornas resultat redovisas har dessa delats in i tre olika diagram. Det första visar resultatet av ungdomens externaliserade beteenden; aggressivt beteende och kriminellt beteende. Det andra diagrammet visar resultatet av internaliserade problem; somatiska besvär, tillbakadragenhet och ångest. Slutligen, i det tredje diagrammet redovisas övriga subskalor. Till dessa hör sociala problem, tankeproblem och uppmärksamhetsproblem. Signifikansnivån redovisas i den löpande texten.

Slutligen redovisas en sammanfattning av resultatet där den tredje frågeställningen besvaras kort för att sedan, tillsammans med resultatet från de två första frågeställningarna diskuteras mer utförligt i diskussionen.

Beskrivning av undersökningsgruppen

Undersökningsgruppen bestod av 95 ungdomar (n=95) och 150 föräldrar, sammanlagt 245 personer. Samtliga respondenter har svarat på alla påståenden och därmed är det alltid dessa 245 personers resultat som redovisas.

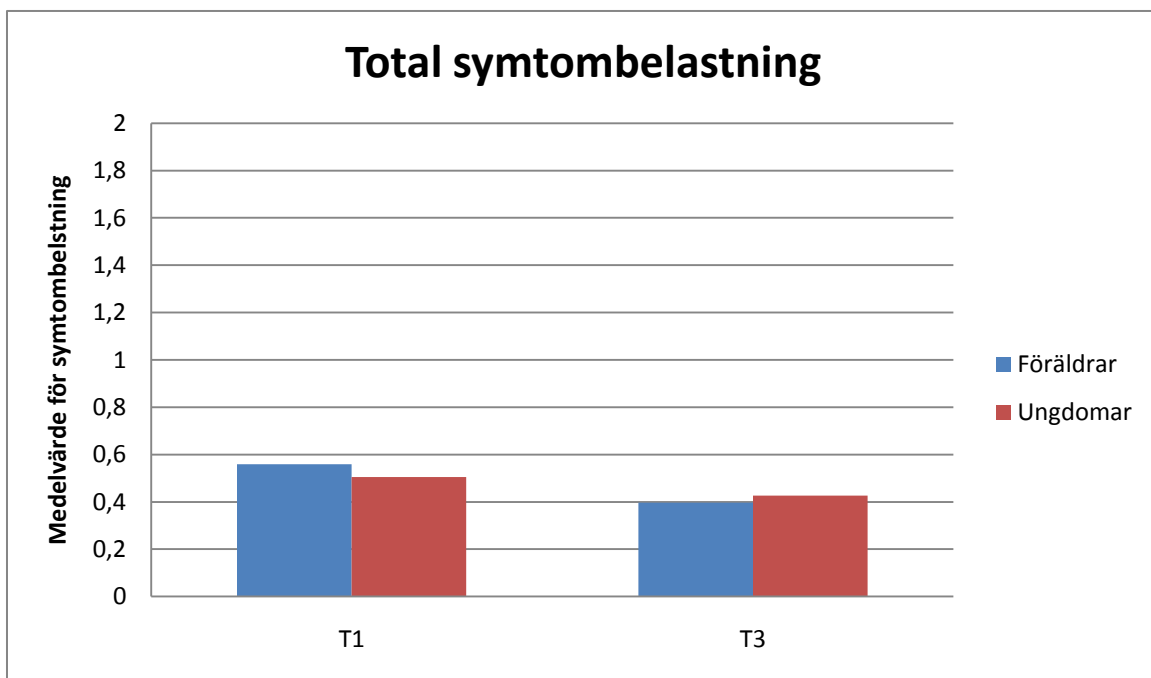
Könsfördelningen i undersökningsmaterialet var relativt jämn, det var 46 flickor och 49 pojkar som ingick i undersökningsgruppen. I figur 1 redovisas könsfördelningen i procent. Samtliga ungdomar har beviljat bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om Vård av Unga (LVU).



Figur 1. Visar könsfördelningen hos ungdomarna.

Total symtombelastning

Undersökningen visar att det finns en signifikant skillnad mellan de två testtillfällena både för föräldrar och för ungdomar ($p < 0,001$). Den signifikanta skillnaden visar att den totala symtombelastningen minskar efter fullföljd IHF-behandling, alltså skattar både föräldrar och ungdomar att det sker en förbättring i ungdomens beteende. Det resultatet i figur 2 visar gällande den totala symtombelastningen är att föräldrar skattar en större skillnad än ungdomen mellan de två testtillfällena vilket innebär att föräldrarna upplever en större skillnad i ungdomens beteendeproblematik.

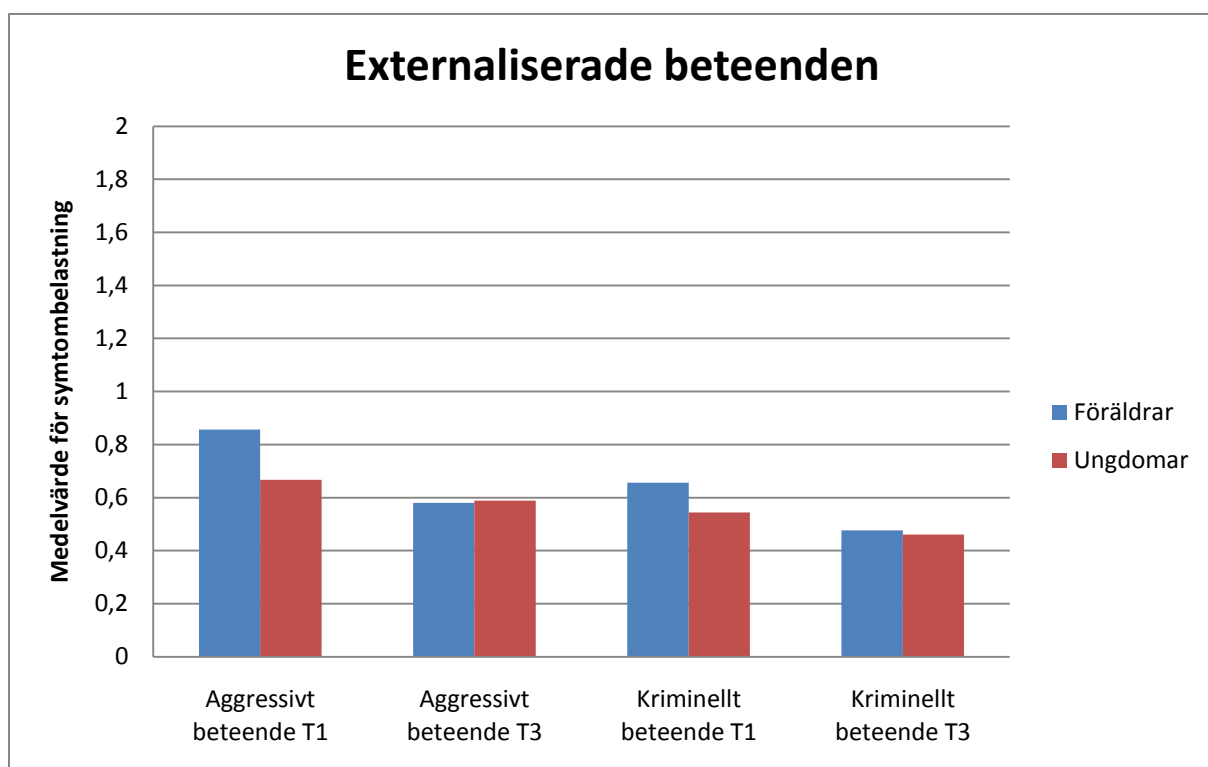


Figur 2. Visar den totala symtombelastningen vid T1 och T3 för både föräldrar och ungdomar.

De åtta subskalorna

Aggressivt beteende enligt Achenbach symtomlistor innebär att ungdomen har *ett aggressivt uppvisande gentemot andra*. Gällande skattningar om ungdomens aggressiva beteende visar dessa att föräldrar vid T1 skattar en signifikant högre symtombelastning än ungdomarna ($p < 0,001$). Vid T3 har föräldrars skattningar minskat mer än ungdomars, men även de skattar ett lägre värde av symtombelastningen. Föräldrar skattar alltså en större förbättring kring problematiken än ungdomen. Det finns ingen signifikant skillnad mellan föräldrars och ungdomars resultat vid T3, medelvärdena ligger då på 0,58 för föräldrar och 0,59 för ungdomarna.

Kriminellt beteende enligt Achenbach symtomlistor innefattar *bekymmer med samhällets normer*. Ungdomens kriminella beteende skattas högre av föräldrarna än ungdomarna både före och efter IHF-behandling. Trots detta visar resultatet att föräldrarna skattar en större förbättring än ungdomarna själva. Föräldrarnas medelvärde förbättras med ca 37% medan ungdomarnas förbättras med ungefär 17%. Före behandlingen finns en signifikant skillnad mellan föräldrars och ungdomars medelvärde ($p < 0,02$). Man kan även se att de vid slutet av behandlingen inte har lika stor skillnad i skattningssvaren som innan behandlingen, alltså att de är mer enade kring vilken symtombelastning ungdomen har. Signifikansnivån vid slutet av behandlingen visar att det inte finns en signifikant skillnad.

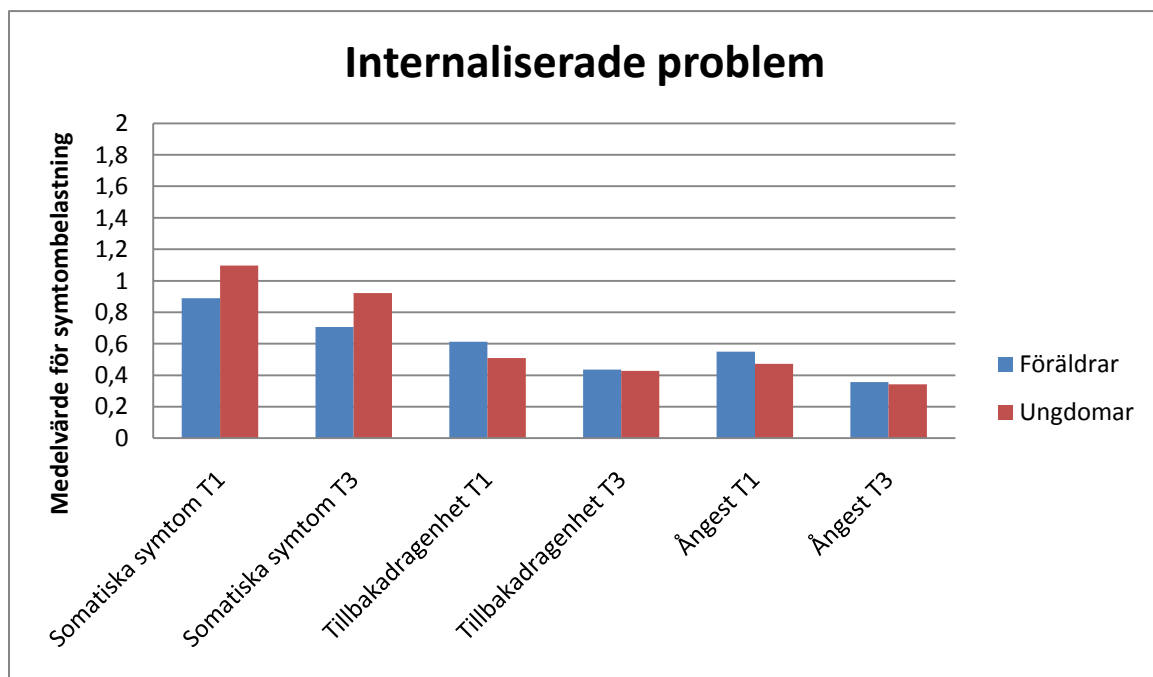


Figur 3. Visar medelvärdet av ungdomars och föräldrars skattningar gällande aggressivt- och kriminellt beteende vid T1 och T3.

Somatiska symtom beskrivs som *kroppsliga besvär* enligt Achenbach symtomlistor. Gällande somatiska symtom hos ungdomarna skattar ungdomarna både vid T1 och T3 ett högre medelvärde än föräldrarna. Båda anser att det sker en förbättring men ungdomarnas medelvärde är nästan 30% högre än föräldrarnas vid behandlingens avslut. Det finns en signifikant skillnad mellan resultaten vid T1 ($p < 0,05$) men inte vid T3, även om det är väldigt nära ($p > 0,055$).

Enligt Achenbach symtomlistor innebär tillbakadragenhet *undvikande av oangenäma situationer*. Symtombelastningen gällande ungdomarnas tillbakadragenhet minskar mellan T1 och T3. Störst förändring sker även här i föräldrarnas skattningar utifrån figur 4 nedan. Vid IHF-behandlingens avslut skattar föräldrar och ungdomar att de upplever liknande symtombelastning. Det finns ingen signifikant skillnad mellan föräldrars och ungdomars skattningar vid de två testtillfällena.

Ungdomarnas förändring gällande ångest skattas väldigt lika av föräldrar och ungdomar vid T3 men även vid det första tillfället även om skillnaden där är något större. Även här skattar båda en positiv förändring efter IHF-behandling. Figur 4 visar att subskalan ångest liknar resultatet av tillbakadragenhet och även här finns ingen signifikant skillnad vid de två testtillfällena.



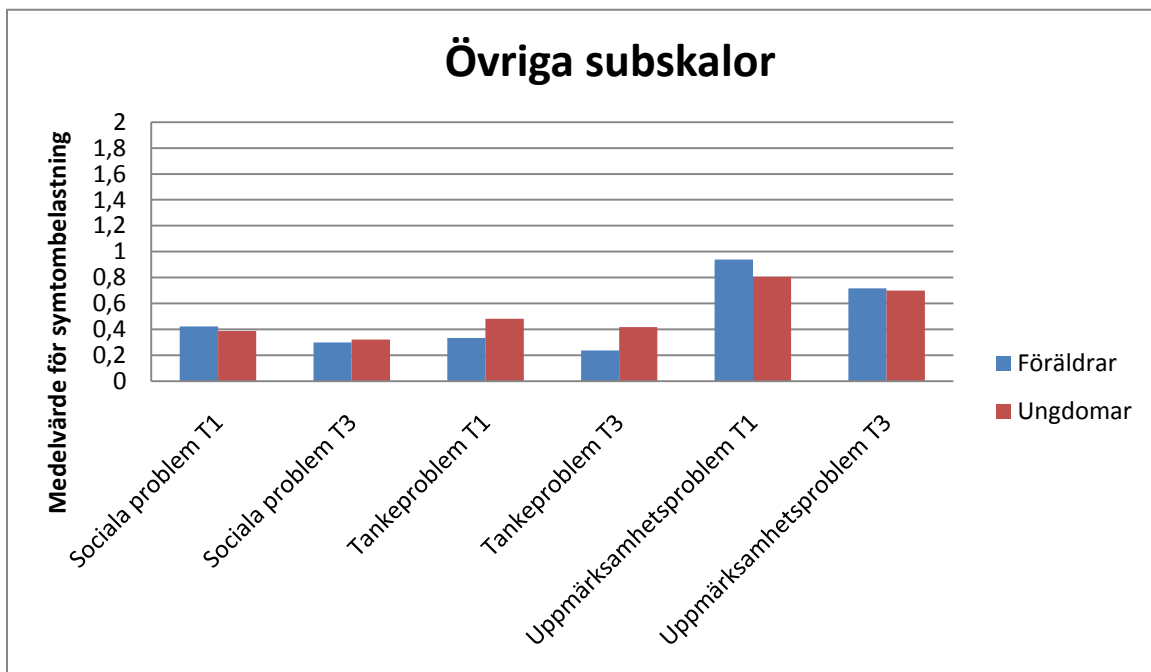
Figur 4. Visar medelvärdet av ungdomars och föräldrars skattningar gällande somatiska symtom, tillbakadragenhet samt ångest vid T1 och T3.

Sociala problem innefattar *umgängesproblem med jämnåriga* enligt Achenbach symtomlistor. När det gäller ungdomarnas sociala problem visar skattningarna att föräldrarna ser större skillnad än ungdomarna själva. Vid T1 skattar föräldrarna en något högre symtombelastning än ungdomarna men vid slutet av behandlingen är det tvärtom, föräldrarnas medelvärde är lägre än ungdomarnas. Det finns dock ingen signifikant skillnad mellan föräldrars och ungdomars skattningar vid de två tillfällena. Både föräldrars och ungdomars skattningar tyder

dock på att det sker en positiv förändring mellan de två tillfällena. Medelvärdet vid T1 var 0,42 för föräldrar och 0,39 för ungdomar. Vid T3 har medelvärdet sjunkit till 0,29 för föräldrarna respektive 0,32 för ungdomarna.

Tankeproblem innebär att ungdomen har *svårigheter att koppla samman tankar med verkligheten*. Vid båda testtillfällena skattar ungdomarna högre symtombelastning än föräldrarna gällande tankeproblem. För både föräldrar och ungdomar skattas en positiv förändring mellan de två testtillfällena även om ungdomarnas är svagare än föräldrarnas. Det finns en signifikant skillnad vid båda tillfällena mellan föräldrars och ungdomars skattningsresultat ($p < 0,001$ vid båda tillfällena).

Ungdomarnas uppmärksamhetsproblem, som innebär *svårigheter att fokusera sig*, skattades vid det första tillfället nästan 15% högre av föräldrarna än ungdomarna. Skillnaden mellan föräldrars och ungdomars skattningar vid T1 är signifikant ($p < 0,02$). Vid det andra tillfället skattar de en mer likvärdig symtombelastning. Det finns ingen signifikant skillnad i föräldrars och ungdomars skattningar vid T3. I båda fallen visar resultatet på en positiv förändring mellan T1 och T3 där medelvärdet minskar till 0,7 för både föräldrar (0,94 vid T1) och ungdomar (0,8 vid T1).



Figur 5. Visar medelvärdet av ungdomars och föräldrars skattningar gällande sociala problem, tankeproblem och uppmärksamhetsproblem vid T1 och T3.

Sammanfattning

Resultatet visar att symtombelastningen minskar efter IHF-behandling både när det gäller den totala symtombelastningen och de åtta subskalorna. I samtliga subskalor visar skattningsresultatet att IHF-behandling kan göra en positiv förändring för familjerna. Detta kan ses både i ungdomarnas egna skattningar och i föräldrarnas skattningar kring ungdomens problematik. Övergripande skattar föräldrarna en större skillnad i ungdomens beteende- och känslomässiga problem än ungdomarna själva. Vid T1 visar sex av åtta subskalor att föräldrarna skattar en högre symtombelastning än ungdomarna. Detta jämnar dock ut sig till det andra testtillfället där fem av de åtta subskalorna visar att föräldrarna och ungdomarnas resultat är mer likvärdiga än vid det första tillfället. Efter IHF-behandling är skattningsresultatet mer enhetligt mellan föräldrar och ungdomar än innan behandlingen.

Diskussion

Syftet med studien var att se om det finns någon skillnad i föräldrars och ungdomars skattningar före och efter IHF-behandling. Det som framgick av resultatet är att både ungdomarna och deras föräldrar skattar en skillnad mellan T1 och T3 i den totala symtombelastningen. Resultatet för de åtta subskalorna visar att både föräldrar och ungdomar skattar en positiv skillnad i sju av åtta subskalor mellan de två testtillfällena och att de har en mer enhetlig syn på symtombelastningen vid T3.

Innan arbetet med uppsatsen påbörjades fanns en tanke hos mig om att resultatet skulle visa att föräldrarna upplevde större skillnad än ungdomarna generellt men framför allt i de externaliserade beteendena; aggressivt beteende och kriminellt beteende. Detta tänkte jag utifrån att familjerna arbetar fram nya strategier att hantera svåra situationer och att stödet från Familjeforum kan göra att föräldrarna känner sig säkrare i att hantera en situation där ungdomen till exempel blir extremt arg. Alltså var tanken att själva beteendet hos ungdomen förändras på grund av att föräldrarna förändrar sitt bemötande av ungdomen i dessa situationer. Detta stämmer överrens med resultatet där man i skillnaden mellan föräldrar och ungdomar både i den totala symtombelastningen och i sex av de åtta subskalorna kan se att föräldrar skattar en större skillnad än ungdomen mellan de två testtillfällena, vilket innebär att föräldrarna upplever en större skillnad i ungdomens beteende- och känslomässiga problem.

Hur kan skattningarna förstås i relation till IHF-behandlingen?

Undersökningsgruppen skattar en positiv förändring gällande ungdomens problematik efter IHF-behandling. Då IHF arbetar med hela systemet kring ungdomen och dess familj är det betydelsefullt att behandlingen leder till en positiv förändring för både ungdomen och dess föräldrar, vilket resultatet tyder på utifrån att föräldrarna skattar en större förändring än ungdomarna mellan T1 och T3. Utifrån den tidigare forskningen som gjorts med Achenbach Symtomlistor kan man se att resultaten stämmer överrens med andra familjers skattningar efter behandling, oavsett om det är MTFC, FFT eller IHF. Alltså att den totala symtombelastningen minskar efter aktuell insats. Resultatet indikerar alltså på att IHF, som ännu det ännu inte forskats på i samma utsträckning som exempelvis MTFC, kan göra en positiv skillnad för familjer och därför kan vara en fungerande metod att använda i arbetet kring ungdomar med beteendeproblematik.

Resultatet för de åtta subskalorna visar att både föräldrar och ungdomar skattar en positiv skillnad i sju av åtta subskalor mellan de två testtillfällena och att föräldrarna skattar en större skillnad än ungdomen. Ett sätt att tänka kring resultatet utifrån de teoretiska utgångspunkterna för denna studie gällande att ungdomar inte skattar lika stor förändring som föräldrarna är att ungdomen är att behandlarna under pågående behandling i arbetet med risk- och skyddsfaktorer gällande identitet hjälper ungdomen att förstå varför man har den aktuella insatsen. Ungdomen får även mer kunskap och förståelse för sin problematik. När de får mer förståelse och kunskap kring avvikande beteende kan det leda till att de upptäcker att beteenden som de tidigare ansett vara ”normala” i de tidigare system de tillhört inte är lika tillåtna i andra system. Därmed kan problematik som utomstående sett redan före behandling förbättras under IHF-behandlingen medan ungdomen får förståelse för problematiken på vägen och därför endast skattar detta som ett problem vid det andra testtillfället.

Som tidigare nämnts finns både en familjehandlare och en ungdomsbehandlare vid IHF-behandling och tillsammans arbetar man för att hela familjen ska få en bättre relation till varandra dels genom föräldrautbildning men även genom att främja en positiv miljö hemma med mycket beröm och minskad kritik (Familjeforum, 2001). I arbetet kring ungdomen involveras hela familjen och detta kan därmed bidra med en ökad förståelse för den problematik som finns. I resultatet kan man se att skillnaden mellan föräldrars och ungdomars skattningar minskar mellan T1 och T3. En reflektion om vad det kan bero på är att man genom familjearbetet som sker får ta del av varandras perspektiv på de problem som finns. Detta kan kopplas till den tidigare forskningen som visar att ungdomens omgivning tidigt bör involveras för att förebygga en negativ utveckling för ungdomen (Werner & Smith, 2001; Bernler & Johansson, 2001). Att familjen får ta del av varandras perspektiv kan kopplas till teorin om risk- och skyddsfaktorer där man i IHF arbetar för att det ska finnas en bra vuxenomsorg och att ungdomen ska ha bra relationer till viktiga personer i den unges liv (Familjeforum, 2001).

Att ungdomarna skattar mindre skillnad mellan de två testtillfällena än föräldrarna skulle kunna bero på att det är lättare för en utomstående (i det här fallet föräldrarna) att se en beteendeförändring än att själv (ungdomarna) uppleva den. För ungdomarna kan det handla om att man till exempel identifierar sig själv som kriminell eller aggressiv och det kan därmed bli svårare för ungdomen att se den förändring som faktiskt sker.

I den tidigare nämnda studien gjord på FFT stämmer resultaten överrens med det resultat som framkommer av denna undersökning. Där visar resultatet att symtombelastningen minskar i både ungdomars skattning men även i mammornas. Ungdomarna skattade dock ingen förändring i subskalan kriminellt beteende (Hansson, et al., 2004).

Det kan även vara så att det faktiska beteendet har förändrats men att ungdomen fortfarande tampas med jobbiga känslor inför specifika situationer som gör att de inte kan se att beteendet har förändrats, känslor som föräldrarna inte ser. Detta kan framförallt förstås utifrån aggressivt beteende, som är den enda subskalan där en positiv förändring inte skattas hos ungdomen, men även i de övriga subskalorna där föräldrarnas skattningar övergripande visar en större förändring än ungdomarnas.

Metoddiskussion

Den enda gången man med säkerhet kan säga att det föreligger ett kausalt samband, alltså att A orsakade B, är när man gör en randomiserat experiment. I ett randomiserat experiment väljs en population som slumpvis får ingå i en experiment- och en kontrollgrupp. Experimentgruppens och kontrollgruppens värden mäts i olika avseenden och för att minska riskerna för ett skevt urval sker den slumpmässiga fördelningen av vilken grupp undersökningsdeltagarna ska ingå i (Mannheimer, 2005). Denna metod är att föredra till denna studie men då det ej fanns tid, inom ramen för C-uppsats, att utföra ett randomiserat experiment valdes istället en kvasiexperimentell design med före- och eftermätningar. Detta leder till att det inte går att konstatera att förändringen sker på grund av behandlingen men om det finns ett konsekvent mönster hos de värden som antas före programmet och förändrande värden efter programmet är det sannolikt och rimligt att anta att förändringarna introducerades av behandlingen (Mannheimer, 2005).

Att göra en före och efter mätning med endast ett av de skattningsformulär som familjen får fylla i ger självklart inte en helhetsbild av hur familjerna upplever att behandlingen i sig påverkat dem. Det ger snarare en tydlig inblick i de faktorer som Achenbach Symtomlistor menar att undersöka och kan därmed ge behandlare och andra viktiga aktörer en större insyn och nya tankar kring vilka beteenden som man kan se en positiv eller negativ förändring i. I det här fallet kan man även, med hjälp av jämförelsen mellan föräldrar och ungdomar, se hur deras skattningar ser ut i förhållande till varandra.

Även om denna metod inte leder till ett direkt uttalande att behandlingen gjort skillnad kan denna metod bidra till kunskaper inom det valda forskningsområdet.

Det hade varit intressant att komplettera denna studie med en kvalitativ undersökning där familjerna själva får berätta om deras upplevelse av behandlingen för att få ett annat djup på studien. Som jag tidigare nämnt kan det finnas många orsaker till skattningarnas resultat och en kvalitativ studie hade kunnat lyfta fram vilka faktorer det är som påverkat familjens situation och för att skapa en djupare förståelse för vad som faktiskt förändrats i deras liv.

Förslag till vidare forskning

Ett logiskt steg för vidare forskning skulle vara att göra en randomiserad studie som innefattar en kontrollgrupp för att säkrare kunna se vilken påverkan IHF-behandling har på familjerna.

Då det finns en del kvantitativ forskning gjord på ungdomar med beteendeproblematik utifrån skattningsformulär vore det intressant att få en djupare bild av hur behandling kan påverka familjer och få ta del av deras upplevelse och synpunkter på det förändringsarbete de genomgått. Det vore även spännande att göra studier som visar utfallet för dessa familjer en tid efter behandlingen, till exempel vid testtillfälle fyra som sker ett år efter avslutad behandling.

Referenslista

Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.

Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar; vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia/Centrum för utvärdering av socialt arbete/Statens Institutionsstyrelse.

Bergmark, A., Bergmark, Å., & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete.* Stockholm: Natur & Kultur.

Bernler, G. & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete.* Stockholm: Natur och Kultur.

Björk, L. (2004). IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling. En behandlingsform för familjer med barn och ungdomar med svåra beteendeproblem. *Fokus på familjen*, 32.1-2004.

Bryman, Alan. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber AB.

BRÅ (2010). Brott bland ungdomar i årskurs nio. Rapport 2010:6

Cederblad, M. (2003). *Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning.* Stockholm: Gothia Förlag.

Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of special foster care for seriously delinquent youth: A first step. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2, 21-36.

Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1998). Comparison to two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 624-633.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistiskverktygslåda 1: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder.* Lund: Studentlitteratur.

Drott-Englén, G. & Johansson, P. (2006). Familjeterapi och integrativ behandling för bråkiga barn och deras familjer. *Fokus på familjen, Tidskrift för familjebehandling* vol. 2 107-121.

Elofsson, S. (2005). Kvantitativ metod – struktur och kreativitet. I Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur

- Familjeforum.(2001). *Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF) manual*.
- Farrington, D. P. (1992). Criminal career research: implication for crime prevention. *Studies on Crime and Crime Prevention*,1: 7–29
- Farrington, D. P., & Welsh, C. (2007). *Saving Children from a Life of Crime. Early Risk Factors and Effective Interventions*. Oxford University Press, New York.
- Fransson, N., Balldin, T., Hansson, K & Schüller, P. (2009). Gör behandling skillnad? –en utvärdering av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF). *Socionomen*.
- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004).*Funktionell familjeterapi i Barnpsykiatrisk praxis*. Nordisk Psykologi 2004;56(4):304-20.
- Kazdin, A. E. (1993).Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*,5: 277–310
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000).*Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Centrum för utvärdering av socialt arbete, Gothia, Stockholm.
- Lundsbye, M, Sandell, G, Ferm, R, Währborg, P, Petitt, B, Fälth, T, Holmberg, B (2007). *Familjeterapins grunder*. Falköping: Elanders.
- Mannheimer, K. (2005). Några perspektiv på utvärdering av sociala program. I Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Studentlitteratur: Lund.
- Martinson, R. (1974). What Works? Questions and answers about prisons reform. *Public interest*. 35, 22-54.
- Ohlsson, L.B., & Swärd, H. (1994). *Ungdom som samhällsproblem*. Studentlitteratur: Lund.
- Olsson, Henny., & Sörensen, Stefan. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm. Liber AB.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People* .Cambridge University press.
- Skåner, Anette (2001).*Skilda världar*. Göteborg: Kompaniet AB.

Socialstyrelsen (2011). *Socialstyrelsens granskning av insatser*.

www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/kunskapominsatserseffekter, hämtad 2012-12-20.

Stattin H. (2002). Om prokpektiva faktorer. I K. Söderholm Carpelan, & W. Runquist (red.). *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Statens Institutionsstyrelse. Stockholm.

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D.P. & Wikström, P.H. (2002). *Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. Journal of consulting and clinical psychology, Vol. 70, no. 1, pp. 111-123.*

Svensson, K., (2007) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Studentlitteratur.

Werner, E.E., Smith, S.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife, Risk, Resilience, and Recovery*. Cornell University Press, Ithaca and London.

Westermarck, P. (2009). *MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem*. Lund: Socialhögskolan.