



# Árangur af stofnana- og fjölkerfameðferð við meðferð barna með áhættu hegðun

Magnea Guðrún Guðmundardóttir

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Háskóli Íslands  
Félagsvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

**Árangur af stofnana- og fjölkerfameðferð  
við meðferð barna með áhættuhegðun**

Magnea Guðrún Guðmundardóttir

190481-4339

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Umsjónarmaður: Hervör Alma Árnadóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Magnea Guðrún Guðmundardóttir 2012

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland 2012

## Útdráttur

Málefni barna með áhættuhegðun er eitt mikilvægasta viðgangsefni barnaverndaryfirvalda í dag. Í þessari heimildarritgerð er fjallað um kenningar sem tengjast áhættuhegðun, áhættuþætti sem geta haft áhrif á þróun þannig hegðunar og meðferðarúrræði sem styðja börn með áhættuhegðun. Leitast er við að svara spurningunum um árangur stofnana meðferðar og fjölkerfameðferðar. Um leið og skoðað hvort þörf er á fjölbreyttari úrræðum hér á landi fyrir börn með áhættuhegðun. Flestar rannsóknir gefa til kynna að árangur stofnana meðferðar sé ekki fullnægjandi. Stofnana meðferð er þó talin nauðsynleg fyrir ákveðinn hóp barna og því mikilvægt að þróa hana í þá átt að hámarka árangur hennar. Í flestum tilvikum gefur fjölkerfameðferð góða raun, langtímaárangur er góður og víða erlendis hefur hún dregið úr vistunum á stofnanir. Rannsóknir sýna að skortur er á árangursríkum úrræðum fyrir börn í alvarlegri vímuefnaneyslu. Í Noregi hefur verið komið á fót vímuefna meðferð sem er samtvinnuð fjölkerfameðferð fyrir þessi börn. Vert getur verið innleiða sambærilega meðferð hér á landi. Áhættuhegðun getur þróast snemma í barnæsku því eru forvarnir og snemmtæk íhlutun mikilvæg. Meðferð byggð á heildarsýn og gagnreyndum aðferðum getur ráðið útslitum þar um.

## **Formáli**

Ritgerð þessi er lokaverkefni til 180 eininga BA-gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands og er unnin vorið 2012.

Ég þakka leiðbeinanda mínum, Hervöru Ölmu Árnadóttir, lektor við Háskóla Íslands, fyrir þolinmæði og góðar leiðbeiningar. Sérstaklega vil ég þakka manninum mínum, Andra Þór Lefever, fyrir ótrúlegan stuðning og þrautseigju meðan á þessu verkefni stóð. Einnig þakka ég Helgu Birgisdóttur fyrir yfirlestur og foreldum mínum og tengdforeldrum fyrir ómælda hjálp og stuðning.

## Efnisyfirlit

Útdráttur .....	1
Formáli .....	2
Inngangur .....	4
1. Barnavernd .....	6
1.1 Barnavernd á Íslandi .....	6
1.1.1 Skipting ríkis og sveitarfélaga í barnavernd .....	7
1.1.2 Félagssráðgjafar í barnavernd .....	9
2. Áhættuhegðun barna .....	11
2.1 Greining á tilkynningum áhættuhegðunar .....	11
2.2 Þróun áhættuhegðunar hjá börnum .....	12
2.2.1 Foreldrahæfni og þróun áhættuhegðunar .....	12
2.2.2 Forvarnir og áhættuþættir sem geta haft áhrif á líf barna. ....	13
3. Kenningar .....	15
3.1 Vistfræðikenning Urie Bronfenbrenners .....	15
3.2 Tengslakenning John Bowlbys .....	17
4. Stofnanameðferð .....	20
4.1 Mismundandi stofnavistanir .....	20
4.2 Stofnanameðferð á Íslandi .....	21
4.3 Árangur stofnanameðferðar .....	23
5. Fjölkorfameðferð .....	27
5.1 Fjölkorfameðferð á Íslandi .....	28
5.2 Markmið meðferðarinnar .....	29
5.3 Árangur meðferðarinnar .....	31
6. Fjölbreyttari úrræði og þróun úrræða .....	34
Niðurstöður og umræða .....	35
Lokaorð .....	40
Heimildaskrá .....	42

## Inngangur

Úrræði fyrir börn með áhættuhegðun eru smátt og smátt að verða ein stærsta félagslega áskorunin sem vestræn ríki standa frammi fyrir (Olsson, 2009). Með hugtakinu „áhættuhegðun barna“ er hér átt við óviðeigandi hegðun eða líðan barna á aldrinum tíu til átján ára en hegðunin getur bæði beinst að þeim sjálfum og öðru fólki (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2008). Ríkisvaldinu og sveitarfélögum ber lögum samkvæmt að halda úti ákveðnum úrræðum til að geta stutt við þessi börn og foreldra þeirra. Barnaverndaryfirvöld á Íslandi skiptist í tvennt, annars vegar Barnaverndarstofu sem rekin er af ríkinu og hins vegar barnaverndarnefndir sveitafélaganna. Barnaverndarstofa sér um að halda úti ákveðnum úrræðum fyrir börn sem verða fyrir eða beita ofbeldi, auk þess sem Barnaverndarstofa gegnir eftirlitshlutverki með allri barnavernd í landinu. Félagspjónusta sveitafélaga heldur úti barnaverndarnefnum (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Ákveðin umræða hefur myndast milli sérfræðinga í barnavernd um hvaða úrræðum skuli beita varðandi börn með áhættuhegðun sem og hvaða meðferðartækni eigi að beita svo árangurinn verði sem allra bestur. Oft er umræðunni beint að gildi hefðbundinnar stofnanameðferðar. Þróun hugmynda og áhersla í barnavernd hafa færst frá því að taka börn af erfiðum heimilum í það að styðja foreldra og fjölskyldur barna í að gera heimilið að góðum uppeldisstað. Flestir sérfræðingar barnaverndar telja að best sé fyrir börn að alast upp hjá foreldrum sínum sem elska þau. Þar fái börnin allt sem þau þurfa til þess að þroskast á eðlilegan hátt (Ogden o.fl., 2008; Henggeler og Schaeffer, 2010; Jakobsen, 2010; Farley, Smith og Boyle, 2006). Vegna þessarar umræðu ákvað ég að beina sjónum mínum að árangri stofnanameðferðar og bera hann saman við árangur fjölkerfameðferðar (e. *Multisystemic Therapy, MST*) einkum vegna þess að eitt af markmiðum fjölkerfameðferðarinnar er að fækka eða koma í veg fyrir innlagnir á stofnanir (Ogden o.fl., 2008; Henggeler og Schaeffer, 2010).

Hefðbundin stofnanameðferð er meðferð sem fer fram inni á stofnunum þar sem börn verða að fara eftir ákveðnum reglum (Vinnerljung og Sallnäs, 2008).

Fjölkerfameðferð er ein tegund meðferðar þar sem nýttur er styrkur fjölskyldunnar til að styðja börn með áhættuhegðun.

Markmið ritgerðarinnar er að afla upplýsinga um stofnanameðferð og fjölkerfameðferð. Kanna á hvernig stofnanameðferð virkar sem stuðningur fyrir börn með áhættuhegðun og árangur fjölkerfameðferðar í að fækka vistunum á stofnanum og draga úr áhættuhegðun hjá börnum. Einnig er markmiðið að fræðast um áhættuhegðun og ástæður þess að börn þróa hana með sér.

Helstu heimildir við úrvinnslu ritgerðarinnar eru rannsóknir á börnum með áhættuhegðun, bæði rannsóknir á stofnanameðferð og fjölkerfameðferð. Notast var við ritrýndar greinar, bækur og skýrslur um barnavernd.

Í ritgerðinni er áhættuhegðun barna kynnt auk þess sem fjallað er um ákveðna áhættuþætti sem sýnt hefur verið með rannsóknum að geti haft áhrif á þróun áhættuhegðunar. Rakin er uppbygging barnaverndar hér á landi og greint frá því hvaða stofnanir sjá um úrræðin sem hér eru til umfjöllunar. Gerð er grein fyrir fræðilegum og sögulegum grundvelli hvorrar meðferðar fyrir sig ásamt því að kanna árangur þeirra hérlendis sem og í öðrum vestrænum löndum. Farið er í kenningar sem tengjast áhættuhegðun, fjölkerfameðferð og stofnanameðferð. Fjallað verður um störf félagsráðgjafa í barnavernd sem og með börnum með áhættuhegðun.

Rannsóknarspurningarnar sem leitað er svara við eru: Hver er árangur annars vegar stofnavistunar og hins vegar fjölkerfameðferðar fyrir börn með áhættuhegðun? Er þörf á innleiðingu fjölbreyttari úrræða fyrir börn með áhættuhegðun á Íslandi?



## 1. Barnavernd

Ein fyrstu lög sem sett hafa verið um aðstoð við fátæka og þurfandi urðu til í Englandi árið 1598. Þessi lög, sem voru endurskoðuð 1601, gengu ávallt undir nafninu fátækralögin. Þau kváðu á um kerfisbundna áætlun um aðstoð við þurfandi fólk. Lögin voru í gildi allt til ársins 1834 og hafa myndað grunninn að uppbyggingu félagslegrar þjónustu í Evrópu, Bandaríkjunum og annars staðar í heiminum (Farley o.fl., 2006).

Lítill umræða var um réttindi barna á þessum árum og börn voru oftast talin í hópi fullorðinna og hlutu refsingar fyrir yfirsjónir sínar í samræmi við það. Það var ekki fyrr en um miðja nítjándu öldina að hugmyndir um barnavernd fóru að koma fyrir í lögum. Eitt frægasta réttarmál barnaverndarsögunnar er mál Mary Ellen frá árinu 1874 en stúlkan hafði verið beitt vanrækslu og ofbeldi af hálfu stjúpmóður sinnar. Erfiðlega gekk að sækja rétt ungu stúlkunnar. Að endingu fékkst hjálp frá dýraverndunarsamtökum í Bandaríkjunum. Stjúpmóðir Mary Ellen var dæmd sek og varð þetta mál fordæmi fyrir réttarvörslu á ofbeldi gegn börnum. Í kjölfar þessa máls voru stofnuð samtök til að koma í veg fyrir ofbeldi gegn börnum (Miller-Perrin og Perrin, 2007).

Þetta lagalega fordæmi gerði það að verkum að málsvarar barna stigu fram og börðust fyrir velferð þeirra. Þeir lögðu áherslu á að börn þyrftu aukna umönnun og ástúð. Þessir málsvarar færðu einnig rök fyrir því að foreldrar ættu ekki að hafa óskorað vald yfir börnum sínum og að yfirvöld ættu að grípa inn í ef aðstæður gæfu tilefni til (Miller-Perrin og Perrin, 2007).

### 1.1 Barnavernd á Íslandi

Fyrstu lög um barnavernd á Íslandi eru frá árinu 1932 en fyrir þann tíma voru örfá ákvæði í lögum sem lutu að börnum og hagsmunum þeirra (Bragi Guðbrandsson, 2007).

Eftir seinni heimsstyrjöld breyttist íslenskt samfélag mikið, frá því að vera einfalt og staðnað bændasamfélag yfir í samfélag sem var mun borgaravæddara og flóknara en áður. Fólk flyktist úr sveitunum í þéttbýlið til að lifa hinu góða lífi. Ástandið í bæjunum var hins vegar þannig að litla vinnu og húsnæði var að fá. Því

skapaðist nýr vandi sem stjórnvöld urðu að sinna. Hjálp stjórnvalda fól fyrst og fremst í sér að sjá fjölskyldum fyrir húsaskjóli og mat (Bragi Guðbrandsson, 2007; Anni G. Haugen, 2004). Segja má að þarna hafi skapast grunnurinn að starfi félagsráðgjafa í dag. Á þessum tíma voru ekki til sértækar stofnanir sem gátu vistað börn með áhættuhegðun (Bragi Guðbrandsson, 2007; Sigríður Baldursdóttir, 2000). Árið 1942 voru sett bráðabirgðalög um eftirlit með börnum. Þar var kveðið á um að barnaverndar- og skólanefnum væri skylt að hafa eftirlit með uppeldi og hegðun barna innan 18 ára aldurs. Helstu hugmyndir um aðstoð við börn sem bjuggu við félagslega erfiðleika á þeim tíma voru vistanir í sveitum. Þar var lífið talið heilnæma auk þess sem nauðsynlegt þótti að taka börn frá foreldrum sínum vegna þess að þeir voru oft álitnir vera erfiðir og möguleg ógn fyrir barnið (Anni G. Haugen, 2004, Anni G. Haugen, 2010). Það var ekki fyrr en með nýjum lögum árið 2002 að barnaverndaryfirvöldum var skylt að starfrækja stofnanir fyrir börn með áhættuhegðun. Hins vegar gerðu fyrri lög ráð fyrir slíkum heimilum og eftirliti með þeim (Bragi Guðbrandsson, 2007).

### **1.1.1 Skipting ríkis og sveitarfélaga í barnavernd**

Barnavernd á Íslandi er í höndum ríkis og sveitarfélaga og eru kölluð einu nafni barnaverndaryfirvöld. Ríki og sveitarfélög hafa mismunandi skyldum og verkefnum að gegna þegar kemur að stuðningi og eftirliti með börnum í landinu. Barnavernd heyrir undir Velferðarráðuneytið sem ber ábyrgð á stefnumótun í málflokknum ásamt því að fara með eftirlit á Barnaverndarstofu. Samkvæmt lögum á ráðuneytið að starfrækja heimili og stofnanir fyrir börn sem sýna einhvers konar áhættuhegðun. Heimilin eru til að mynda ætluð fyrir bráðatívilik þar sem einstaklingar eru vistaðir vegna alvarlegra hegðunarerfiðleika, einnig til þess að greina vanda barna og veita sérhæfða meðferð ef þess þarf með (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Barnaverndarstofa hefur yfirumsjón með þessum úrræðum. Stofnun Barnaverndarstofu árið 1995 kom til vegna veigamikillar úttektar sem þáverandi félagsmálaráðgjafi skipaði Hagsýslu ríkisins að gera á starfi barnaverndar í landinu árið 1993. Niðurstöður úttektarinnar sýndu fram á að gera þyrfti endurbætur á stjórnsýslu málaflokksins auk þess sem eftirlit og gæðamat á meðferðarúrræðum

á vegum ríkisins var lítið. Nefnd var skipuð til að leita leiða til að bæta þennan málaflokk og komst hún að þeirri niðurstöðu að koma ætti á fót einni stofnun sem héldi utan um og samræmdi barnaverndarstarf í landinu. Í kjölfar stofnunar Barnaverndarstofu breyttist barnaverndarstarf á Íslandi þannig að ein stofnun hafði eftirlit með öllu barnaverndarstarfi. Með stofnun hennar var hægt að hafa meira eftirlit og betra samræmi í starfi barnaverndarnefnda í landinu (Sigríður Baldursdóttir, 2000).

Barnaverndarstofa er sjálfstæð stofnun sem heyrir undir yfirstjórn Velferðarráðuneytisins. Helsta hlutverk hennar er að halda utan um umsóknir fósturforeldra og veita ráðgjöf á því sviði; sjá um rekstur Barnahúss sem sinnir málum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðislegri áreitni eða ofbeldi og að hafa yfirumsjón og eftirlit með rekstri stofnanavistana og Stuðla. Barnaverndarstofa sér einnig um nýlegt úrræði sem kallast fjölkerfameðferð eða MST. Barnaverndarstofu er ætlað að koma upplýsingum er varða hag barna og fræðslu á framfæri til almennings og fagfólks. Það er gert með ráðstefnum, fyrirlestrum, námskeiðum og útgáfu fræðsluefnis. Barnaverndarstofa hefur eftirlit með því að aldurstakmörkunum á kvikmyndum og tölvuleikjum sé framfylgt samkvæmt ákvæðum laga (Barnaverndarstofa, e.d.-b, Barnaverndarlög nr. 80/2002). Langflest úrræðin sem Barnaverndarstofa hefur yfir að ráða geta nýst þegar unnið er með börn með áhættu hegðun og fjölskyldur þeirra (Barnaverndarstofa, 2006).

Stofnanavistun fyrir börn með áhættu hegðun hérlendis er meðal annars á langtímameðferðarheimilum sem staðsett eru fyrir utan höfuðborgarsvæðið. Vorið 2012 voru þrjú langtímameðferðarheimili starfandi hér á landi; Laugarland í Eyjafjarðarsveit sem er rekið af ríkinu, Háholt í Skagafirði og Lækjabakki á Rangárvöllum sem eru rekin á grundvelli þjónustusamninga við einstaklinga. Heimilin hafa rými fyrir samtals 17-20 börn á aldrinum 13-17 ára (Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Greiningar- og meðferðarheimilið Stuðlar sér um að taka á móti börnum með áhættu hegðun til frekari greininga auk þess sem þar eru gerðar áætlanir varðandi framtíð barnanna sem taka mið af vandamálum þeirra og áskorunum. Á Stuðlum er rými fyrir allt að átta einstaklinga auk fimm neyðarvistunarrýma

(Barnaverndarstofa, 2006; Barnaverndarlög nr. 80/2002; Sigríður Baldursdóttir, 2000). Frekari meðferð eftir dvölinu á Stuðlum felst oftast í vistun á stofnunum.

Verkefni sveitafélaga í barnavernd er að halda úti barna- og félagsmálanefndum ásamt því að reka félagsþjónustu (Barnaverndarstofa, 2006, lög um félagsþjónustu sveitafélaga nr. 40/1991). Sveitarstjórnir skipa þessar nefndir en þeim er hins vegar óheimilt að hafa afskipti af meðferð mála eða gögnum sem nefndirnar vinna að hverju sinni. Hlutverk barnaverndarnefnda er þrjúþætt: Að hafa eftirlit með aðstæðum og háttum barna, að beita ákveðnum úrræðum samkvæmt lögum og að vinna að öðrum verkefnum sem geta verið ólík milli sveitarfélaga. Innan félagsþjónustu hvers sveitarfélags vinna starfsmenn að barnaverndarmálunum sjálfum (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Barnaverndarnefndir skulu hafa tiltæk heimili eða sambýli fyrir börn sem af einhverjum ástæðum geta ekki verið heima hjá sér. Barnaverndarnefndir hafa einnig til umráða vægari úrræði sem reynt er að nýta áður en gripið er til alvarlegri inngripa eins og að taka barn af heimili sínu. Sem dæmi má nefna tilsjónarmann og persónulegan ráðgjafa fyrir börn og fjölskyldur þeirra og stuðningsfjölskyldur sem geta tekið á móti börnum sem þurfa í skyndi að fara út af heimilum sínum eða til þess að létta undir með fjölskyldum á álagstíma. Þetta er þó ávallt hugsað sem tímabundið úrræði. Annað úrræði sem sveitafélögin bjóða upp á er sumardvöl. Fjölskyldur geta sótt um að taka að sér barn sem er á vegum barnaverndarnefndar yfir sumartímamann eða í þrjú mánuði í mesta lagi (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

### **1.1.2 Félagsráðgjafar í barnavernd**

Grundvöllur félagsráðgjafar er að bera virðingu fyrir manngildi og sérstöðu hvers einstaklings og trúna að hann geti nýtt hæfileika sína sér til hags (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Markmið félagsráðgjafa í barnavernd er að sjá til þess að líkamleg, andleg og félagsleg staða barna sé í lagi. Vinna í barnavernd er fjölbreytt og getur farið fram á mismunandi stöðum svo sem inn á heimilum barnanna, á heimilum þar sem börnin eru í fóstri og öðrum stofnunum sem sérhæfa sig í barnavernd (Farley o.fl., 2006). Starf félagsráðgjafans í barnavernd getur verið vandasamt, einkum

vegna þess að þeir fara inn á það svið lífsins þar sem fólk er viðkvæmast fyrir, það er einkalíf þess. Vandinn felst einnig í tvöföldu hlutverki starfsmannsins, það er að vera styðjandi fyrir barnið og fjölskyldu þess en einnig að stuðla að stöðuleika í lífi barnsins og taka viðeigandi ákvarðanir sem geta verið í skjön við skoðanir og hugmyndir foreldra. Þetta getur valdið því að foreldrar óttist samskipti við barnavernd og eigi erfitt með að treysta starfsmönnum. Miklu máli skiptir hins vegar að reyna að starfa í góðri samvinnu við foreldra og börn til þess að meðferð mála skili sem bestum árangri. Þannig er mikilvægt að byrja alltaf á vægustu ráðstöfunum sem í boði eru, svo framarlega sem hagsmunum barna sé gætt. Mikilvægt er að leiðbeina öllum málsaðilum, foreldrum, barni eða öðrum sem koma að hverju máli fyrir sig, varðandi réttindi og skyldur (Barnaverndarlög nr. 80/2002; Anni G. Haugen, 2010).

Mikil aukning hefur verið á einstaklingsmiðaðri félagsþjónustu á seinustu árum en hún miðast við að veita notendum þjónustu sem er sérsniðin að þörfum þeirra og aðstæðum. Það er ólíkt staðlaðri þjónustu þar sem einstaklingurinn er hluti af ákveðnum formi sem sinnt er á kerfisbundinn hátt. Ýmsir telja að það hafi tekið fagstétt félagsráðgjafa nokkur ár að byrja að nýta sér slíka þjónustu einkum vegna fordóma og vanþekkingar á aðferðunum (Warren, 2007; Farley o.fl., 2006).

Til að gera félagsþjónustu áhrifaríkari hefur verið tekið upp á því að skoða réttindi notandans og hlutdeild hans í skipulagningu og framkvæmd félagsþjónustunnar. Með því að hafa notendamiðaða félagsþjónustu gefur það notandanum tækifæri á að hafa áhrif á málefni sem varða hann beint. Það að tala sínu máli og iðka sjálfstæða málsvörn getur eflt fólk til sjálfshjálpar og gefið þeim aukið sjálfsöryggi. Þegar einstaklingar finna að hlustað er á þá og að málefni þeirra eru metinn að verðleika getur það gefið þeim aukin kraft til þess að berjast gegn kúgun og misrétti í samfélaginu. Auk þess gefur notendasamráð starfmönnum félagsþjónustunnar fleiri tækifæri til að veita persónulegri þjónustu (Warren, 2007). Samkvæmt þessari hugmyndafræði hefur hlutdeild barna í meðferðum í barnavernd aukist töluvert á síðustu áratugum. Félagsráðgjafar hafa samhliða þessari hugmyndafræði reynt að þróa vinnu sína með börnum í átt að notendamiðaðri þjónustu (Hervör Alma Árnadóttir, 2008; Þingskjal 947, 2009–2010; Stanley, 2006; Anni G. Haugen, 2010).

## 2. Áhættuhegðun barna

Mörg ungmenni prófa á einhverjum tímapunkti að ögra foreldrum sínum með hegðun sem þykir ekki ásættanleg. Hins vegar er það ekki þannig að öll börn sem sýna frávik frá góðri hegðun þurfi á meðferð að halda. Til þess að greina eðlileg frávik í hegðun frá verulegum frávikum er oft horft á tíðni og umfang hegðunarinnar. Þau börn sem sýna tíð og alvarleg hegðunarvandamál teljast til barna með áhættuhegðun og gætu þurft á stuðningi að halda vegna hennar (Eyberg og Robinson, 1983). Áhættuhegðun er sú hegðun sem telst vera óviðeigandi vegna hættu sem af henni starfar, bæði fyrir barnið sjálft og aðra. Áhættuhegðun getur verið í formi ofbeldis, þunglyndis, vímuefnaneyslu, afbrota og erfiðleika í skóla, svo einhver dæmi séu nefnd (Sullivan o.fl, 2010).

### 2.1 Greining á tilkynningum áhættuhegðunar

Samkvæmt barnaverndarlögum eru einstaklingar skilgreindir sem börn frá fæðingu til 18 ára aldurs. Í lögnum kemur tilkynningarskylda skýrt og skilmerkilega fram. Þar greinir frá mikilvægi þess að almenningur tilkynni til barnaverndar eða lögreglu ef grunur liggur á að barn geti verið í hættu eða hætta stafi af því. Einnig er fjallað sérstaklega um einstaklinga sem vinna með eða fyrir börn og geta því, starfa sinnar vegna, haft fleiri tilefni til tilkynningar en almenningur. Þarna er til dæmis átt við kennara, presta, hjúkrunarfræðinga, lækna, félagsráðgjafa og fleiri. Lögreglu ber sérstaklega skylda til að tilkynna ef grunur leikur á að lífi barns sé stefnt í voða. Þegar barn hefur verið tekið fyrir afbrot ber lögreglu alltaf að tilkynna það til barnaverndar. Lögreglu ber að hafa barnaverndarstarfsmann viðstaddan skýrslutöku þegar barn á í hlut, nema ef dómari telur nærveru hans getað orðið brotáþola sérstaklega til íþyngingar eða haft einhvers konar áhrif á framburð hans. Í slíkum tilfellum er starfsmanni barnaverndar ætlað að vera málsvari barnsins (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Til þess að flokkun tilkynninga til barnaverndar sé skilvirk og samræmd milli barnaverndarnefnda hefur Barnaverndarstofa komið upp ákveðnu flokkunarkerfi (Barnaverndarstofa, 2006). Kerfið er kallað skilgreiningar- og flokkunarkerfi í barnavernd. Kerfinu er skipt upp í tvo flokka, flokkarnir eru: Börn sem þolendur

og er honum skipt upp í þrjá undirflokkar sem bera heitin (1) vanræksla, (2) ofbeldi og (3) heilsa og líf ófædds barns í hættu. Seinni flokkurinn fjallar um áhættuhegðun barna og á við þegar börnin sjálf stofna lífi sínu eða annarra í hættu (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2004).

Mikill meirihluti tilkynninga til barnaverndar snýst um tilvik þar sem börn eru gerendur en ekki þolendur. Greindir voru fimm flokkar áhættuhegðunar barna sem gerendur. Flokkarnir eru: (1) Neysla barns á vímuefnum, (2) barn stefnir eigin heilsu og þroska í hættu, (3) barn er grunað um afbrot, (4) barn beitir annað barn eða fullorðinn einstakling líkamlegu- eða kynferðislegu ofbeldi og loks (5) erfiðleikar barna í skóla og/eða þegar barn mætir illa í skóla (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2004). Með því að hafa skilgreiningar á tilkynningum til barnaverndar svona nákvæmar er hægt að kanna mun á milli barnaverndarnefnda á fjölda og tegunda afbrota hjá ungmönnum. Ef skilgreiningarnar væru ekki skráðar á svipaðan hátt væri erfitt að meta hvaða tilkynning ætti við hvaða brot (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2008).

## **2.2 Þróun áhættuhegðunar hjá börnum**

Oftast byrjar áhættuhegðun að þróast snemma í barnæsku. Nokkrar kannanir og rannsóknir hafa verið gerðar á þróun áhættuhegðunar (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2008).

### **2.2.1 Foreldrahæfni og þróun áhættuhegðunar**

Samkvæmt grein Freydísar (2008) settu Petterson og félagar fram skýringarlíkan sem þeir vildu meina að útskýrði þróun áhættuhegðunar. Í líkaninu er gert ráð fyrir að hegðunarvandi barna komi fram snemma í æsku og þá vegna skorts á stuðningi, ögun og eftirliti foreldra. Foreldrar eiga það til að styrkja hegðun sem ekki er æskileg með athygli og skömmum en hundsa svo ómeðvitað hegðun sem talin er vera viðunandi. Þetta gerir það að verkum að dregið er úr æskilegri hegðun barnsins. Slíkt atferli foreldra getur valdið því að börn kjósi frekar að vera óþæg vegna athyglinnar sem þau fá við þá hegðun. Þessi óæskilega hegðun barna inni á heimilum getur færst yfir á aðra staði svo sem í leik- og grunnskóla. Börn sem hafa fengið slíkt uppeldi eiga það til að hafa litla sjálfstjórn og taka lítið

tillit til annarra. Vegna þessa getur verið hætt á að jafnaldrar þeirra hafni þeim og börnin einangrist félagslega í kjölfarið. Það getur leitt til þess að þeim líði illa andlega og fari jafnframt að mynda tengsl við jafnaldra í svipaðri stöðu. Þegar kemur að unglingsárum þessara barna fer óæskileg hegðun þeirra að verða meira og alvarlegra vandamál en áður og getur haft í för með sér vímuefnanotkun, afbrot eða aðra áhættuhegðun. Mikilvægt er að grípa snemma inn í með viðeigandi íhlutun sem hjálpar börnunum að komast út úr vítahring þessarar hegðunar. Rannsóknir hérlendis hafa sýnt fram á að erfiðleikar barna á aldrinum 11-18 ára sem tilkynnt hafa verið til barnaverndar falla að skýringarlíkani Pattersons og féлага um að hæfni forelda geti verið áhrifavaldur í erfiðleikum barna (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2008; Halldór Sigurður Guðmundsson, 2007; Brenner og Fox, 1998).

Samvera og samvistartími barna með foreldum og fjölskyldu geta haft jákvæð áhrif á líf þeirra. Börn sem eiga foreldra sem fylgjast vel með lífi þeirra og hafa afskipti af því hvað þau gera hafa minni tilhneigingu til áhættuhegðunar. Auk þess má nefna að þegar foreldrar þekkja bæði foreldra og vini barna sinna minnka líkur á áhættuhegðun seinna í lífi barns. Samvinna nærsamfélagsins og foreldrasamvinna getur minnkað líkur á vímuefnanotkun eða annarri áhættuhegðun hjá börnum, ekki einungis fyrir þau börn sem eiga foreldra sem eru virkir þátttakendur. Börn sem vita af því að nágrannar og fólk í kringum þau þekkja þau og fylgjast með þeim prófa síður vímuefni vegna hræðslu við að vera staðin að verki. Eftir því sem börn eru eldri þegar þau byrja að reykja og drekka eru minni líkur á að þau ánetjist hættulegum vímuefnum og hneigist til áhættuhegðunar (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2009; Ohmer o.fl., 2010; Bolognini o.fl., 2007).

### **2.2.2 Forvarnir og áhættuþættir sem geta haft áhrif á líf barna.**

Ákveðnir þættir í lífi barns geta dregið úr og aukið líkur þess að það leiðist út í einhvers konar áhættuhegðun. Forvarnir eru til þess að auka lífsgæði barna og draga úr líkum á að þau leiðist til dæmis út í vímuefni, ótímabærar þunganir og afbrot (Farley o.fl., 2006).



Námsörðugleikar geta verið börnum mjög erfiðir. Börn með slíka örðugleika eiga oft erfiðara með að sjá tilgang í því að vera í skóla þegar árangurinn er oft lítill sem enginn þrátt fyrir að þau leggi hart að sér. Flest þessara barna eru í meiri hættu en önnur á að leiðast út í einhvers konar hegðunarvanda. Ef foreldra og starfsmenn skóla fylgjast hins vegar vel með barninu getur verið hægt að beita snemmbærri íhlutun og stuðningi strax og þannig minnkað líkur á áhættuhegðun. Námsefni verður einnig að vera við hæfi barna þannig að þau missi ekki móðinn (Mann og Reynolds, 2006).

Hreyfing og líkamsrækt er öllum mikilvæg. Einstaklingar sem stunda einhvers konar reglulega hreyfingu líður betur andlega og líkamlega. Auk þess hefur verið sýnt fram á að börn sem stunda íþróttir eða reglulega hreyfingu eru ólíklegri en önnur ungmenni til þess að reykja sígarettur, nota vímuefni eða taka þátt í öðru neikvæðu atferli. Því getur verið mikilvægt að hvetja börn til að stunda reglulega hreyfingu til þess að minnka líkur á að það tileinki sér einhvers konar áhættuhegðun (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2009).

Í bandarískri rannsókn er sýnt fram á að börn sem eru bráðþroska hafi meiri tilhneigingu til áhættuhegðunar en önnur börn. Þar er einkum bent á áhættu samfara rómantískum samböndum snemma á æviskeiði þeirra. Algengt er að stúlkur hafa sérstakan áhuga á eldri stráku sem getur verið mjög varhugavert vegna ólíkra viðmiða eða skilgreininga á kynlífi. Eldri kærastar eiga það til að leiða þær út í ótímabærar kynlífsathafnir og vímuefnaneyslu. Hugsanlegar afleiðingar þess geta verið kynsjúkdómar, takmörkuð notkun á getnaðarvörnum og snemmbærar þunganir (Halpern o.fl., 2007).

### 3. Kenningar

Þegar styðja á barn með áhættuhegðun er mikilvægt að huga að öllum þáttum sem gætu haft áhrif á líðan og ákvarðanir þess. Þessir þættir eru oftast fjölskyldan, skólinn og vinirnir. Vistfræðikenning Urie Bronfenbrenner tekur til allra sviða samfélagsins og greinir frá því hvernig ákveðnir þættir samfélagsins geta haft veruleg áhrif á líf fólks. Félagráðgjafar leggja mikla áherslu leiðir til sjálfshjálpar og huga að heildarsýn fólks. Vistfræðikenningin getur verið gott vinnulíkan til þess að muna eftir öllum hugsanlegum þáttum sem gætu mögulega haft áhrif á líf ungmenna sem eru að glíma við áhættuhegðun. Oft getur það verið hlutverk félagráðgjafa að benda fólki í rétta átt eða veita upplýsingar og getur það átt við á hvaða sviði samfélagsins sem er (Swick og Williams, 2006; Farley o.fl., 2006)

Tengslaröskun milli móður og barns getur haft alvarlegar afleiðingar. Börn sem mynda ekki góð geðtengsl við ummönnunaraðila sinn geta seinna meir átt í erfiðleikum með samskipti og eru oft greind með andfélagslega hegðun (Follan og Minnis, 2009). Nauðsynlegt er að fylgjast vel með nýbökkuðum mæðrum í barnavernd hvað þetta varðar. Þær geta þróað með sér fæðingarpunglyndi sem gerir það að verkum að þær ná ekki að mynda nán geðtengsl við barnið sitt sem getur haft áhrif á líf þess seinna meir. Tengslakenning Bowlbys var valin sem umræðuefni í þessari ritgerð til þess að sýna fram á að þættir sem koma fram á fyrstu árum ævinnar geta haft áhrif sem leiða til áhættuhegðunar seinna meir (Howe o.fl., 1999).

#### 3.1 Vistfræðikenning Urie Bronfenbrenners

Vistfræðikenning Urie Bronfenbrenners gengur út frá því að hegðun fólks sé í stórum dráttum stjórnað af mismunandi kerfum sem verka ólíkt á þau (Henggeler og Schaeffer, 2010). Um er að ræða fimm samverkandi kerfi sem hvert um sig byggir á flóknu lífi sérhvers einstaklings og því að umhverfið og einstaklingurinn móti hvort annað en ákveðið jafnvægi þarf að ríkja þarna á milli (Swick og Williams, 2006). Kerfin eru þessi:

1. **Nærkerfi** (*e. Microsystem*): Þetta kerfi vísar til fjölskyldu barnsins og þeirra sem eru mjög nánir því. Þessir einstaklingar geta haft mikil áhrif á barnið og það hvers konar einstaklingur barnið kemur til með að verða þegar það eldist. Þetta kerfi sameinar sálfræðilega, líffræðilega og félagslega hlutann af lífi barnsins. Það er mikilvægt að barn treysti fjölskyldu sinni og myndi nán tengsl við forelda sína. Góð tengslamyndum milli barna og forelda snemma á æviskeiði barns getur einnig hjálpað til þegar ungmenni eru í meðferð vegna áhættuhegðunar.
2. **Millikerfi** (*e. Mesosystem*): Þetta kerfi vísar til lítilla hópa sem hafa áhrif á einstaklinginn, til dæmis stórfjölskylduna, vinnufélagana, vinina og aðra hópa sem einstaklingur tengist. Þetta kerfi tengir tvö eða fleiri kerfi saman. Það færir okkur úr innsta hring fjölskyldunnar til samskipta við vini, vinnufélaga og kunningja. Má lýsa þessu sem samfélagi fólks sem vinnur saman að góðu lífi.
3. **Stofnanakerfi** (*e. Exosystem*): Þetta er frekar huglægt kerfi. Í því felst ýmislegt sem við hugsum um eða er í lífi okkar en við tökum ekki meðvitað eftir að hafi áhrif á okkur. Sem dæmi má nefna að hugur foreldra er í raun hjá barninu í skólanum en ekki á verkefninu sem það á að vera að sinna í vinnunni. Börn upplifa eða finna fyrir þeirri streitu sem foreldrarnir verða fyrir í vinnu sinni þó svo börnin hafi aldrei farið í vinnu foreldra sinna. Þessi huglægu kerfi geta bæði hvatt okkur áfram og róað. Sem dæmi um hið síðarnefnda má nefna að foreldri veit að barn þess er í góðum höndum á daginn á meðan það sjálft sinnir starfi sínu. Aftur á móti geta kerfi af þessu tagi einnig haft letjandi áhrif. Hugsun sem veldur streitu getur haft neikvæð áhrif á fjölskyldulífið ef ekki er tekist á við hana.
4. **Lýðkerfi** (*e. Macrosystem*): Þetta kerfi vísar til hópa og kerfa sem eru ekki mjög nálæg einstaklingnum en geta engu að síður haft mikil áhrif. Hér má sem dæmi nefna lög og reglur, samfélagið og venjur sem það hefur sett okkur eða trú sem við lifum eftir. Þetta kerfi hefur áhrif á hvað við gerum, hvernig og af hverju. Við lifum eftir venjum sem viðgangast í samfélagi okkar. Þessar reglur, trú, þjónusta og stuðningur hjálpa okkur að halda saman hinum ýmsu flóknu þráðum lífsins.
5. **Krónókerfi** (*e. Chronosystem*): Sögulegt samhengi lífsins hefur meiri áhrif á samband forelda og barna en fólk gerir sér grein fyrir. Hér er átt við rannsóknir

og kenningar sem hafa sýnt fram á hvernig fólk hefur brugðist við í ákveðnum aðstæðum. Sagan hefur sýnt okkur að búast megi við ákveðnum viðbrögðum við ákveðnar aðstæður (Swick og Williams, 2006; Farley o.fl., 2006).

Þegar verið er að styðja börn með áhættuhegðun verður að huga að heildarsýn þeirra. Kerfi Bronfenbrenners skoðar barnið út frá heildrænu samhengi sögulegra, félagslegra, menningarlegra og umhverfislegra þátta. Í þessari heildarsýn er átt við fjölskylduna, vinina, samfélagið, skólann og lögin. Þessir þættir hafa víxlverkandi áhrif hver á annan, eins og samband forelda við skólayfirvöld. Hegðun ungmenna er undir beinum og óbeinum áhrifum þessara þátta sem mótar þau á mismunandi og mismikinn hátt, allt eftir því hvernig lífi þeirra er háttað. Til að hjálpa börnum með áhættuhegðun verður að vera búíð að einangra og finna þá áhættu innan hvers þáttar sem valda eða hafa áhrif á hegðun. Þegar þessir þættir hafa verið fundnir verður að leggja áherslu á breytingar á þeim og kenna foreldrum ráð til að gera það. Einnig verður meðferðaraðili að vera meðvitaður um togstreituna á milli þáttanna sem verður að lagfæra. Til þess að meðferðin gangi sem best verður meðferðaraðilinn að skilja umhverfi barnsins og hvernig það hegðar sér í sínu rétta umhverfi. Þannig er einnig hægt að nýta sér vistfræðikenninguna sem ramma og heildarsýn til þess að koma auga á þau vandamál í lífi barna sem geta verið valdur að erfiðleikum í lífi þeirra (Henggeler og Schaeffer, 2010).

### **3.2 Tengslakenning John Bowlbys**

Upphafleg kveikja að kenningum Johns Bowlbys um geðtengsl barna við foreldra sína má rekja til klínískrar vinnu hans með börnum sem höfðu brotið af sér á einhvern hátt. Bowlby gerði nokkrar rannsóknir á börnum og viðskilnaði þeirra við foreldra sína. Út frá niðurstöðum þessa rannsókna setti hann fram tengslakenningu sína (Follan og Minnis, 2009). Hann taldi að börn fæddust með ákveðna félagslega hegðun sem gerði þeim auðveldara fyrir að mynda geðtengsl við foreldra sína, auk þess tryggði þessi hegðun barnsins að foreldrar uppfylli líkamlegar og andlegar þarfir þess. Bowlby taldi einnig að börn byggju yfir ákveðinni tengslahegðun (*e. Attachment behavior*) sem miðar að því að vera í nálægð við foreldra sína þegar þau upplifa kvíða. Tengslahegðunin lýsir sér

þannig að barn hlær, grætur eða reynir að elta við aðskilnað eða yfirvofandi aðskilnað við foreldrana, en hættir um leið og nálægð eða athygli næst á ný. Þessi hegðun fylgir okkur alla ævi þegar við upplifum einhvers konar kvíða, til dæmis þegar við þurfum að skiljast við ástvini eða upplifum hræðslu. Með tímanum styrkist, þroskast og dýpkar samband barns við foreldri sitt og ef góð geðtengsl hafa náðs einkennist samband þeirra af væntumþykju, nánd og hlýju (Howe o.fl., 1999).

Bowlby taldi geðtengsl þróast á fjórum stigum á fyrstu þremur árunum í ævi barns. Fyrsta stigið er fortengslaskeið (*e. Preattachment phase*) sem hefst við fæðingu og varir fram til sex vikna aldurs. Börnin hafa strax unun af félagslegum samskiptum við foreldrar sína. Þau fylgjast með foreldum sínum með augunum, hlusta, brosa, gráta og grípa. Þessir eiginleikar eru grunnur að sterkum tengslum milli foreldra og barns.

Annað stigið kallast geðtengsl í mótun (*e. Attachment-in-the-making*) og varir frá sex vikna aldri til sex/átta mánaða aldurs. Þá eru börn farin að þekkja það fólk sem er mest í kringum þau. Börn gefa frá sér fleiri hljóð, brosa meira og gráta frekar til einstaklinga sem þau þekkja en ókunnugra, einkum vegna þess að þeir hafa alltaf uppfyllt þarfir þeirra. Á þessu skeiði verða börn háðari þeim aðila sem sér mest um þau, fara að gera mannámun og sækjast í aðalumönnunaraðila sinn frekar en aðra fjölskyldumeðlimi.

Þriðja stig er stig skýrra tengsla (*e. Clear-cut attachment*). Þetta skeið varir frá sex/átta mánaða aldri til átján mánaða aldurs en getur varað allt til tveggja ára. Hér eru tengsl barns við foreldri orðin skýrari. Barn sýnir skýr og meiri tengsl við einn ummönnunaraðila. Með auknum hreyfiproska og málþroska hefur barnið meiri möguleika til að sækjast eftir og vera í návist við aðalumönnunaraðila sinn. Börnin hafa nú lært margar hegðanir sem þau geta nú valið úr að nota eins og að gráta, væla, elta, nota hljóð og klifra upp á foreldra sína til þess að koma í veg fyrir aðskilnað. Á þessu stigi fara börn meira að gera sér grein fyrir því að foreldrar halda áfram að vera til þó svo þeir hverfi frá í einhvernum tíma.

Fjórdða stigið er mótun gangkvæms sambands (*e. Formation of a reciprocal relationship*) og varir frá átján mánaða/tveggja ára aldri til fullorðins ára. Barnið hefur mun fagaðri hugmyndir um hegðun sína og aðalumönnunaraðila sinn og

með auknum þroska verða þau minna háð foreldrum sínum. Þau eru farin að geta sett sig meira í spor annarra. Börnin hafa lært mun betri tækni til samskipta og til að ná fram væntingum sínum. Nú geta þau farið að huga að framtíðinni og vinna að markmiðum sínum. Reynslan sem börn hafa upplifað í gegnum þessi fyrstu æviskeið lífsins hefur áhrif á eiginleika þeirra til þess að mynda nán tengsl í framtíðinni (Howe o.fl., 1999; Berk, 2009).

Rof á þessari tengslamyndun í upphafi æviskeiðs barna getur haft í för með sér alvarlegar afleiðingar fyrir barnið seinna meir. Erfiðleikar í samskiptum og andfélagsleg hegðun eru oft greind hjá börnum sem hafa ekki náð að mynda góð geðtengsl við nán umönnunaraðila. Þessa hegðun ætti að vera hægt að greina snemma á ævi barna en með traustri og góðri umönnun ætti að vera hægt að breyta hegðuninni og ef til vill bæta hana (Follan og Minnis, 2009).

## 4. Stofnanameðferð

Fyrstu lögín sem snéru að börnum með áhættu hegðun voru samþykkt á Alþingi árið 1942 og kölluðust „lög um eftirlit með unglíngum“. Það var þó ekki fyrr en árið 1950 að menntamálaráðherra stofnaði nefnd til að kanna hvað gera ætti til að hjálpa afbrotabörnum eins og þau voru þá kölluð. Hugmyndir voru uppi um að senda þau í sveit til að koma þeim í burtu úr umhverfi sínu og beina þeim á betri brautir. Sveitin þótti hrein og heilnæm, þar áttu að vera færri tækifæri þar til þess að brjóta af sér. Auk þess voru foreldrar barnanna oft talin vera erfið og möguleg ógn við uppeldi þeirra og því talið nauðsynlegt að taka þau af heimilum sínum (Anni G. Haugen, 2010; Bragi Guðbrandsson, 2008; Anni G. Haugen, 2004). Hins vegar voru mjög fáir sveitabæir tilbúnir að taka við afbrotabörnunum og því var lagt á það ráð að stofna svokölluð uppeldishæli. Ein fyrsta slíka stofnunin á Íslandi var Breiðavík á Vestfjörðum, ætluð drengjum sem voru hættulegir sjálfum sér og umhverfi sínu (Bragi Guðbrandsson, 2008).

### 4.1. Mismundandi stofnanavistanir

Stofnanameðferð fyrir ungmenni með áhættu hegðun getur verið mjög misjöfn eftir löndum. Það er breytilegt milli stofnana á hvað er lögð áhersla til þess að styðja við ungmennin.

Sumar stofnanir leggja mikla áherslu á umhyggju, það að veita börnum blíðu og nálægð til þess að koma á góðu sambandi á milli starfsfólks og barns. Með því að mynda traust þarna á milli eru bundnar vonir við að barnið myndi einnig traust gagnvart meðferðarhugmyndinni. Oft skortir börn trú á að meðferðin virki fyrir þau, því getur starfsmaður sem myndað hefur traust samband við barn sýnt þeim fram á ágæti meðferðarinnar.

Hins vegar eru aðrar stofnanir sem telja að slíkt samband milli starfsmanna og barna sé ekki æskilegt og að börn með áhættu hegðun geti illa myndað þessi tengsl. Slíkar stofnanir leggja frekar áherslu á praktísk atriði eins og að gefa að borða, hjálpa til við hreinlæti og veita ungmennunum öruggt húsaskjól. Þessar stofnanir eru oft með strangari reglur um hvað börnin mega gera, hvar og hvenær. Reglurnar er til þess fallnar að veita börnunum ramma, fyrirfram þekkt

umhverfi, öryggi og traust. Stundaskrá dagsins er þaulskipulögð og verkefni eru endurtekin á sama tíma dag hvern (Jakobsen, 2010). Þessar föstu skorður eru til þess fallnar að minnka kvíða hjá börnum þannig að þegar þau hafa náð góðri ró geta þau farið að einbeita sér að sjálfum sér og meðferðinni.

Þessar tvær meðferðarhugmyndir eru ólíkar og erfitt er að bera árangur þeirra saman. Vegna skorts á nákvæmri útlistun meðferðarinnar geta margar breytur haft áhrif á niðurstöður þegar bera á saman árangur meðferðar á milli stofnana (Jakobsen, 2010; Bettmann og Jaspersen, 2009).

## **4.2. Stofnanameðferð á Íslandi**

Á síðustu sextán árum hafa orðið ákveðnar áherslubreytingar á notkun úrræða á Íslandi fyrir börn með áhættuhegðun. Í kjölfar nýrra hugmynda um að börnum sé best borgið heima hjá sér og fjölgunar úrræða sem fara fram inn á heimilum þeirra í stað stofnana hefur langtímameðferðarheimilunum fækkað frá sex árið 1995 í þrjú árið 2011. Fram kemur í ársskýrslu Barnaverndarstofu 2008-2009 að ástæður þess að meðferðarheimilin voru lögð niður séu fækkun umsókna og breytingar á meðferðarþörf barna (Jakobsen, 2010; Halla Björk Marteinsdóttir, 2009).

Orðið heimili er notað hér á landi þegar talað er um langtímastofnanir eða stofnanameðferðir. Barnaverndarstofa sér um að reka þessi heimili. Upphaflega áttu langtímameðferðarheimilin að vera fjölskyldurekin meðferðarheimili þar sem meðferðaraðili byggi undir sama þaki og ungmennin. Það var gert meðal annars til þess að gera samband ungmennisins og meðferðaraðilans nánara (Sigríður Baldursdóttir, 2000). Í dag eru öll heimilin rekin með vaktafyrirkomulagi (Halla Björk Marteinsdóttir, 2009). Kappkostað er hins vegar að börnunum sem vistuð eru á þessum heimilum líði sem best og að þau séu í umhverfi sem líkist meira heimili en stofnun. Lengd meðferðar er einstaklingsbundin og tekur mið af stöðu meðferðarmarkmiða hvers og eins. Börnin geta dvalið frá þremur mánuðum upp í rúmlega ár í meðferð. Áhersla er lögð á þátttöku foreldrar í meðferðinni og reynt að hafa reglulegar heimferðir þar sem börnin dvelja nokkra daga í senn ef svo á við (Johansson o.fl., 2007; Sigríður Baldursdóttir, 2000; Jakobsen, 2010).



Barnaverndarnefndir í samstarfi við Barnaverndarstofu sjá um að vista börn á heimilin. Ef barnaverndarnefnd telur að barn stofni lífi sínu og þroska í hættu með hegðun sinni hefur hún heimild til að vista barn í neyðarvistun og til rannsókna. Einnig hefur barnaverndarnefnd heimild til að vista barn lengur, eða í allt að tvo mánuði, með eða án samþykkis foreldra eða barns eldra en 15 ára. Barnaverndarnefnd getur einnig, með úrskurði dómara, vistað barn í langtímameðferð sé þörf talin á því. Barnaverndarstarfsmenn verða hins vegar að beita ráðstöfunum sínum af varfærni og velja úrræði sem barni eru fyrir bestu auk þess að reyna að hafa alltaf bæði sjónarmið barna og foreldra í huga. Ávallt skal beita eins vægum ráðstöfunum og kostur er hverju sinni áður en barn er tekið af heimili sínu og vistað á stofnun (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Meðferð á meðferðarheimilunum er oftast einstaklingsbundin og er markmiðið með meðferðinni að efla félagsfærni, sjálfsstjórn, jákvæða eiginleika og hæfileika ungmennisins. Leitast er við að minnka vímuefnaneyslu, ofbeldi og afbrot. Til að meðferðin skili sem bestum árangri er stuðst við viðurkenndar aðferðir eins og atferlismótun, hugræna atferlismeðferð og fjölskyldumeðferð. Einnig er lögð áhersla á að starfsmenn heimilanna nái góðum tengslum við ungmennin og öðlist traust þeirra (Bettmann og Jaspersen, 2009; Johansson o.fl., 2007; Barnaverndarstofa, 2006).

Börn sem vistuð eru á meðferðarheimilum verða að lúta ákveðnum reglum sem eru til þess fallnar að veita ungmönnum ákveðinn ramma, fyrirfram þekkt umhverfi, öryggi og traust. Flest langtímameðferðarheimilin eru með ákveðin umbunarkerfi sem virka þannig að ef ungmennin fara eftir reglum heimilisins verður þeim umbunað með víðari ramma og meira frjálsræði til þess að gera hluti sem eru meira innan þeirra áhugasviðs (Jakobsen, 2010; Bettmann og Jaspersen, 2009; Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Börn sem fara á langtímameðferðarheimili geta af einhverjum ástæðum ekki verið í meðferð heima hjá sér. Þetta eru oft börn sem eiga erfitt með að fylgja reglum samfélagsins og hentar því þessi strangi rammi langtímameðferðanna þeim betur sem stuðningur við vanda þeirra (Andreasson, 2003; Jakobsen, 2010).

Forstöðumenn heimilanna, barnaverndarnefnd, foreldrar og Barnaverndarstofa ákveða hvenær skuli útskrifa börn úr meðferðinni. Áhersla er

lögð á að hafa umskipti útskriftar með sem lengstum fyrirvara þannig að barnið hafi góðan tíma til þess að aðlaga sig að hugmyndinni um heimför (Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Meðferðarheimlin eru sífellt að endurbæta vinnuaðferðir sínar með því að fræða starfsfólk sitt og kynna það fyrir nýjum aðferðum. Þó nokkur fjöldi starfsmanna heimilanna hefur kynnt sér svokallaða ART þjálfun (e. *Aggression Replacement Training*). Þar er lögð áhersla á að þjálfar börn í félagsfærni, sjálfstjórn og siðferðilegri rökræðu (Halla Björk Marteinsdóttir, 2009).

### 4.3 Árangur stofnana meðferðar

Til þess að meðferðarúrræði beri sem mestan árangur er nauðsynlegt að framkvæma árangursmælingar, það er að segja að athuga hvort fyrirframgreindum markmiðum hafi verið náð. Eftirfylgni er einnig nauðsynleg. Til þess að hægt sé að meta árangur meðferðar verða markmiðin að vera skýr (Rainey, 2003).

Flestar stofnana meðferðir miðast við að greina ákveðinn vanda hjá börnum. Þegar vandinn hefur verið meðhöndlaður telst árangri náð. Hins vegar getur það verið misjafnt milli sérfræðinga hvenær markmiðum meðferðar er náð. Annað dæmi um árangur eftir meðferð getur verið að barn geti átt eðlileg samskipti við fjölskyldu sína, lifað í samfélagi sínu án þess að fyrri hegðunarvandi valdi erfiðleikum og stundað skóla eða vinnu (Bettmann og Jasperson, 2009).

Vandinn við mati á stofnana meðferð liggur ekki aðeins í því hvað matsaðili telur árangur heldur getur verið erfitt að meta meðferðina vegna óskýrra markmiða innan hvernar stofnunar. Auk þess eru mismunandi aðferðir notaðar og hugtök eru túlkuð á ólíkan hátt af sérfræðingum stofnana (Andreassen, 2003; Bettmann og Jasperson, 2009).

Til þess að kanna árangur stofnana meðferðar eru oft gerðar afdrifakannanir á gengi barna eftir meðferð. Ein slík var gerð héraðs á börnum sem dvöldu á meðferðarheimilinu Háholti á fyrstu starfsárum þess eða frá 1999 til loka árs 2004. Börnin sem dvöldu þar voru flest mótþróafull og aðalmarkmið var að fá þau til að taka þátt og hefja meðferð af alvöru. Alls tóku 29 börn af 51 sem dvöldu á Háholti á þessum tíma þátt í rannsókninni auk 43 foreldra. Börnin voru

tekin í viðtöl ásamt foreldrum þeirra auk þess sem matslistar Achenbachs voru lagðir fyrir. Í niðurstöðum þessarar könnunar kom fram að langflest barnanna tóku aftur upp fyrra atferli eftir að meðferð lauk. Meira en helmingur ungmennanna sýndi alvarleg hegðunaryvandamál og nær öll voru komin aftur í vímuefnaneyslu tæplega ári eftir útskrift úr meðferðinni. Þessi ungmenni voru langflest vistuð án eigin samþykkis (Jón Björnsson, e.d.).

Í Svíþjóð var gerð úttekt á langtímaárangri stofnanameðferðar. Börnin sem voru í stofnanameðferðinni voru orðin 25 ára þegar rannsóknin var gerð og tóku um 700 einstaklingar þátt. Notuð voru gögn frá árinu 1991 og fengust upplýsingar frá um 70% af öllum börnum sem voru í stofnanameðferð það árið. Meðal einstaklinga sem fóru í meðferð á stofnun í Svíþjóð vegna alvarlegra hegðunarerfiðleika var mjög há tíðni hvað eftirtalda þætti varðar: Deyja mjög ung, vera vistaðir í fangelsi, verða foreldrar mjög ung, vera vistuð á sjúkrahúsi vegna geðraskana og vera með litla menntun við 25 ára aldur (Vinnerljung og Sallnäs, 2008). Börn sem fóru í meðferð vegna vægra hegðunarraskana voru mun ólíklegri til að falla í einhvern ofangreindra flokka. Ungar stúlkur virtust standa sig betur í lífinu en drengir. Þessar rannsóknir sýna það sama og aðrar rannsóknir hafa gert; að meiri líkur séu á því að börn með alvarlega áhættuhegðun þrói með sér geðraskanir þegar þau verða eldri en börn sem eru ekki með alvarlega áhættuhegðun. Í þessari rannsókn vakti athygli að gerendur glæpa voru líklegri til að fá geðröskun á eldri árum en þeir sem voru þolendur glæpa. Börn sem vistuð voru í fangelsi eða stofnun með miklu öryggiseftirliti komu verr út úr meðferð en þau sem voru vistuð á meðferðarheimili. Í rannsókninni kemur fram að því fyrr sem börn byrja í vímuefnanotkun og afbrotum, þeim mun meiri líkur er á að þau lifi afbrotamiðuðu lífi á fullorðinsárum. Erfitt var fyrir börnin að komast út úr vítahring afbrota og vímuefnanotkunar sem hamlar því að þau lifi í sátt við samfélagið. Meðferð virðast ekki skila réttum árangri fyrir þessi börn. Lengd meðferðar virðist ekki skipta máli hvað varðar árangur samkvæmt rannsókninni (Vinnerljung og Sallnäs, 2008).

Niðurstöður þessa tveggja mælinga eru í takt við umræður og ágreining sem myndast hefur milli sérfræðinga barnaverndar. Einkum hefur ágreiningurinn komið upp vegna endurtekinna rannsóknarniðurstaðna sem sýna að margar

stofnanameðferðir hafa ekki stutt ungmennin og fjölskyldur þeirra nægilega (Hellinckx, 2002; Grietens, 2002; Gustle o.fl., 2007). Hins vegar kemur fram í flestum rannsóknum að einhvers konar stofnanameðferð verði að vera í boði fyrir þann hóp barna sem þarf stuðning en getur af einhverjum ástæðum ekki verið heima hjá sér á meðan á meðferð stendur (Hellinckx, 2002; Andreassen, 2003). Andreasson (2003) tók saman flest allar þær rannsóknir sem hafa verið gerðar á árangri af vistun barna á sólarhringsstofnunum í hinum vestræna heimi. Í niðurstöðum hans kemur fram að stofnanameðferðir eins og þær hafa verið útfærðar og notaðar seinustu áratugi virki ekki nægilega vel. Andreasson talar um að margar stofnanir byggji árangur sinn á innri trú um að meðferðin sé að virka frekar en að styðjast við rannsóknir eða skráðar heimildir (Andreasson, 2003).

Andreasson kannaði einnig hvaða stofnanir það eru sem ná bestum árangri í meðferð barna með áhættuhegðun og hvaða þættir það séu í starfi þeirra sem gætu hugsanalega aukið líkur á árangri. Hann komst að því að ef meðferðin er byggð á fræðilegum grunni og ef allir starfsmenn stofnunarinnar eru meðvitaðir og fara eftir aðferðum hennar eru meiri líkur á árangri. Léleg áætlanagerð, slæmt skipulag og foreldrar sem ekki eru samþykkir meðferðinni hafi neikvæð áhrif á börnin og meðferðina í heild. Til að ná góðum árangri í stofnanameðferð skiptir samstaða starfshópsins einnig miklu máli til að koma í veg fyrir að andfélagslegt viðhorf ungmennanna smitist til annarra ungmenna í meðferð og hafi þau áhrif að þau nái ekki árangri (Andreassen, 2003). Sýnt hefur verið fram á með sannreyndum aðferðum að til að ná góðum árangri er oft betra að færa heimilin nær höfuðborgunum. Dvöl í umhverfi þar sem börnin eru vön að vera í auðveldar þeim að aðlagast eftir meðferðina. Einnig gefur það foreldrum betra tækifæri til að taka meiri þátt í meðferð barna þeirra. Ef gott samband næst á milli foreldra og barna getur það einnig verið góður undirbúningur fyrir barnið að koma heim eftir meðferð ef það er í boði. Nauðsynlegt er að hafa hugfast að gott samband við foreldra eitt og sér nægir ekki heldur verður að góð og ígrunduð meðferðartækni að vera því samhliða. Meðferðarheimili sem sérhæfa sig í ákveðnum vandamálum barna hafa einnig sýnt fram á betri árangur meðferðar

en þau sem fást við fjölpættan vanda (Hellinckx, 2002, Tore Andreassen, 2003; Sen og Broadhurst, 2010).

Rannsóknir hafa sýnt fram að börn meti mikils gott samband sitt við starfsmenn meðferðarstofnana, hvort sem þau hljóti bata eða ekki í meðferðinni (Johansson o.fl., 2007)

Gagnrýnd hefur verið nauðsyn þess að nota stofnanameðferð. Bent hefur verið á hættuna á því að börnin læri slæma hegðun hvert af öðru og verði fyrir ofbeldi frá öðrum í meðferðinni (Hayden, 2010; Bettmann og Jasperson, 2009). Aftur á móti hefur einnig verið sýnt fram á gagnsemi stofnanameðferðar og telja sumir að hún sé nauðsynleg til að taka á móti börnum sem þurfa meðferð en geta ekki verið heima hjá sér (Bettmann og Jasperson, 2009).

Samkvæmt Lee og félögum (2010) er mikilvægt að gefa því gaum að því hvernig börn haga sér í meðferð. Hegðun þeirra virðist hafa meira forspárgildi um hvernig þeim mun vegna úti í samfélaginu eftir meðferð en fyrri saga eða geðrænir kvillar. Börn sem geta forðast hegðunarvandamál í meðferð eru líklegri til að yfirfæra góða hegðun í meðferðinni út í samfélagið. Neikvæð gagnrýni og stríðni jafnaldra virðist ekki hafa jafn mikil áhrif á árangur meðferðarinnar fyrir þessi börn. Þó getur verið að þessir einstaklingar hafi ekki þurft að fara í alvarlega meðferð á stofnun heldur getað fengið vægari aðstoð en fengið sama bata (Lee o.fl., 2010).

## 5. Fjölkerfameðferð

Fjölkerfameðferð (*e. Multisystemic Therapy, MST*) er fjölskyldumeðferð sem unnin er í nánu samstarfi við fjölskyldu barnsins og fer oftast fram inni á heimili þess. Við meðferðina er notast við leiðbeinandi fjölskyldumeðferð, atferlismótun og hugræna atferlismótun. Markhópur meðferðarinnar er börn á aldrinum tólf til átján ára sem glíma við verulega hegðunarferðleika og næsta skref barnaverndar væri að vista þau utan heimilis vegna þess að önnur úrræði hafa ekki skilað nægilegum árangri. Hegðunarvandinn flokkast undir áhættuhegðun samkvæmt skilgreiningar- og flokkunarkerfi barnaverndar (Henggeler og Schaeffer, 2010; Barnaverndarstofa, 2008).

Fjölkerfameðferð á uppruna sinn að rekja til Bandaríkjanna og fyrstu hugmyndir um hana komu fram í kringum 1970. Henggeler sem er talin vera upphafsmaður meðferðarinnar hélt því fram, ásamt félögum sínum, að meðferðarúrræði sem þá voru í boði styddu ekki nægilega vel við börn með áhættuhegðun og fjölskyldur þeirra. Flest úrræði sem í boði voru fóru fram inni á stofnunum þar sem foreldrar barnanna höfðu ekki mikið að segja um meðferðina. Henggeler og félagar töldu nauðsynlegt að einblína meira á það sem stæði barninu næst: fjölskylduna, vinina, skólann og annað nærumhverfi, til að geta hjálpað börnum með áhættuhegðun. Samstarf við nærumhverfið hefði vantað í þau úrræði sem notuð voru á þessum tíma (Henggeler og Schaeffer, 2010).

Markmið meðferðar er að draga úr áhættuhegðun barns og sporna við innlögnum á stofnanir. Það er gert með því að efla hæfni, þjargráð og tengslanet foreldranna (Wells, o.fl., 2010). Í fjölkerfameðferðinni er ætlað að vinna með þá marþættu áhættuþætti sem tengjast áhættuhegðun barna. Þessir áhættuþættir hafa verið einangraðir og fundnir með áralöngum rannsóknum á börnum með áhættuhegðun. Þeir tengjast allir á einhvern hátt og geta allir haft ákveðin áhrif á líf barna. Sérhvert barn er hins vegar einstakt og því mismunandi hvernig og hversu mikil áhrif þessir þættir hafa (Henggeler og Schaeffer, 2010; Wells o.fl., 2010).

## 5.1 Fjölkorfameðferð á Íslandi

Árið 2008 innleiddi Barnaverndarstofa fjölkorfameðferð, MST, hérlandis. Vegna þess að fjölkorfameðferð er upprunnin í Bandaríkjunum og byggir á bandarísku samfélagi hefur þurft að breyta nokkrum áherslum og reglum til að laga meðferðina að norrænu samfélagi (Ogden o.fl., 2008).

Fjölkorfameðferðin, byggir á mjög vel skilgreindu ferli og meðferðarreglum sem krafa er um að fylgt sé náíð eftir. Starfsmenn meðferðarinnar eru allir sérmenntaðir, annað hvort félagsráðgjafar eða sálfræðingar. Meðferðin er þannig uppbyggð að 3-4 starfsmenn og einn teymisstjóri eru í hverjum meðferðarhópi en starfsmennirnir sem sinna fjölskyldunum eru kallaðir þerapistar. Hverjum þerapista er ætlað að sinna átta til tíu fjölskyldum á ári. Átta þerapistar og tveir teymisstjórar starfa hjá Barnaverndarstofu í dag eða tveir meðferðarhópar og geta þeir sinnt 64-80 fjölskyldum á ári. Teymisstjórar stýra allri meðferðinni. Þeir halda vikulega handleiðslufundi þar sem meðferðin er rýnd með tilliti til þess sem unnið er með og hvaða inngrip eru notuð í hverju tilfalli. Teymisstjórar njóta handleiðslu erlends MST sérfræðings sem þeir eru í vikulegu símasambandi við eftir handleiðslufundi.

Þerapistarnir hitta foreldra/forráðamenn barna á heimilum þeirra eftir þörfum og í einstaka tilfellum eru börnin með á fundum. Auk þessa hefur fjölskyldan aðgang að þerapistanum í síma allan sólarhringinn sem veitir þeim ráðgjöf og leiðbeiningar (Wells o.fl., 2010; Barnaverndarstofa, 2008). Það skiptir miklu máli að gæði meðferðarinnar séu mikil og er eftirlit með meðferðinni mikilvægt. Ef ekki er farið nákvæmlega eftir meðferðarreglum getur það orðið til þess að meðferðin mistakist (Sundell o.fl., 2008). Teymisstjórar hvers teymis halda vikulega handleiðslufundi fyrir starfsmenn síns meðferðarhóps í samræmi við aðferðarfræði MST. Á fundunum er farið yfir það hvernig meðferðin gengur og hvaða inngrip er notast við hverju sinni. Eftir handleiðslufund fer fram símafundur á milli teymisstjóra og erlends MST sérfræðings (Henggeler og Schaeffer, 2010; Barnaverndarstofa, 2008).

## 5.2 Markmið meðferðarinnar

Öll lönd sem taka þátt í MST verkefninu verða að hafa svokölluð landsmarkmið sem búin eru til fyrir hvert land við innleiðingu meðferðarinnar. Landsmarkmið Íslands eru sex: (1) Hver þerapisti má vera með átta til tíu fjölskyldur í meðferð. Þó má reikna með að fyrstu mánuði innleiðingar verði fjölskyldurnar færri. (2) Barn sem tekur þátt í meðferðinni verður að búa hjá foreldrum/forsjáraðila sem taka þátt í meðferðinni eða í sambærilegum húsakynnum sem telst vera heimili. Barn sem tekur þátt í meðferðinni getur ekki verið vistað utan heimilis samkvæmt 79. grein barnaverndarlaga. (3) Mikilvægt er að barn stundi skóla eða það vinni allt að tuttugu tíma á viku ef skólaskyldu er lokið. Einnig má barn vera í starfstengdu námi. (4) Barn má ekki komast í kast við lögin meðan á meðferð stendur. Upplýsingar því til staðfestingar eru fengnar hjá lögreglu eða foreldrum/forsjáraðilum. (5) Barn má ekki neyta áfengis eða annarra vímuefna meðan á meðferð stendur. (6) Barn á ekki að hóta eða beita aðra ofbeldi.

Við lok hverrar meðferðar er farið yfir markmiðin sem gerð voru í upphafi og metið hverju hefur verið áorkað með meðferðinni (Barnaverndarstofa, 2008). Auk þess eru aðstæður kannaðar sex, tólf og átján mánuðum eftir meðferð með því að fá upplýsingar hjá foreldri/forsjáraðilum. MST starfsmenn Barnaverndarstofu eru ábyrgir fyrir upplýsingaöflun á meðan og eftir að meðferð lýkur (Barnaverndarstofa, 2008).

Helstu almennu markmið fjölkerfameðferðarinnar eru: Að hindra eða draga verulega úr þeirri áhættuhegðun sem var orsök þess að barn fékk stuðning með fjölkerfameðferðinni. Að efla foreldra í uppeldishlutverkinu og byggja upp hjá þeim bjargráð og úrræði sem þau geta nýtt sér til þess að takast á við uppeldi barna sinna. Að styrkja barn í að takast á við vandamál í samskiptum við vini, skóla, forelda og aðstæður í umhverfi sínu.

MST meðferð skal hafa yfirmarkmið sem gilda fyrir hvert barn fyrir sig. Yfirmarkmiðin skulu taka mið af landsmarkmiðum. Yfirmarkmið eru notuð sem endanlegt viðmið þess hvort meðferðin hafi virkað og markmiðum verið náð. Yfirmarkmið skulu vísa beint til þeirrar hegðunar sem var ástæða þess að barn



var sett í meðferðina. Þar að auki skal hafa óskir foreldra/forsjáraðila eða annarra sem taka þátt í meðferðinni í huga og reyna að uppfylla þær óskir eins og hægt er. Einnig skulu markmið og niðurstöður meðferðarinnar vera færð á blað þannig að einstaklingar sem ekki eru tengdir meðferðinni geti áttað sig á því að markmiðum hafi verið náð. Það er í höndum MST starfsmenn og teymisstjóra að ganga úr skugga um að aðrir barnaverndarstarfsmenn vinni í takt við landsmarkmiðin (Henggeler og Schaeffer, 2010).

Ætlast er til að MST meðferð standi yfir í þrjá til fimm mánuði. Þerapistinn er alltaf með lok meðferðar í huga þegar hann setur yfirmarkmið með skýrum viðmiðum um árangur og með því að hafa inngrip í meðferðina sem fjölskylda og aðrir þátttakendur framkvæma að mestu. Meðferð telst lokið þegar yfirmarkmiðum hefur verið náð. Ef þerapisti og teymisstjóri telja hins vegar að ekki sé hægt að halda meðferð áfram og inngrip hafa ekki virkað eins og ætlast var til skal ljúka meðferð. Hægt er að sækja um framlengingu á meðferð ef þarfir barnsins segja til um að lengri tíma sé þörf, ef samvinna er það góð að hugsanlega sé hægt að ná yfirmarkmiðum á lengri tíma eða ef talið er að það muni mögulega bæta árangur meðferðarinnar (Henggeler og Schaeffer, 2010).

Meðferð telst lokið ef fimm viðmiðum hefur verið náð. Fyrsta viðmiðið felst í því að yfirmarkmiðum sé náð. Annað viðmiðið er að barn glímir ekki við alvarlega hegðunarerfiðleika og að fjölskylda hafi haft stjórn á vandamálum barnsins í að minnsta kosti þrjár til fjórar vikur. Þriðja viðmiðið er að barn sýni miklar framfarir í skóla og vinnu. Fjórða viðmiðið felst í því að barnið eigi æskilegan vinalóng og umgangist ekki fyrri vini sem tengdust vandamálum þess. Fimmta og síðasta viðmið er að foreldrar séu í stakk búnir til að takast á við vandamál ef þau koma upp síðar. Til að hægt sé að loka máli verður MST teymið að meta árangur út frá þremur áföngum, það er: a) framvindu máls, b) áhrifaþáttum í árangri og loks c) endanlegum eða raunverulegum niðurstöðum. Foreldrum og barnverndarnefnd er síðan afhent lokaskýrsla um árangur meðferðar (Henggeler og Schaeffer, 2010; Barnaverndarstofa, 2008).

Í árána rás hefur barnavernd færst sífellt nær hugmyndum um heildarsýn, til dæmis þegar kemur að því að aðstoða börn með áhættuhegðun. Fjölkerfameðferð á rætur að rekja til vistfræðikenningar Urie Braunforbrenner

sem fjallar um hvað það skiptir miklu máli að huga að öllu í lífi einstaklings. Einstaklingurinn er aldrei einn og það eru margir þættir í lífi manns sem geta bæði hjálpað og latt einstaklinginn (Tolman o.fl., 2008).

### 5.3 Árangur meðferðarinnar

Norðmenn voru með fyrstu þjóðum utan Bandaríkjanna til að innleiða fjölkerfameðferð. Þeir innleiddu hana á landsvísu árið 1999. Norðmenn hafa rannsakað meðferðina vandlega. Þar í landi hefur verið tekinn saman árangur meðferðarinnar yfir átta ára tímabil. Árið 2005 fóru 487 börn í fjölkerfameðferð í Noregi og í 87% tilvika var markmiðum meðferðarinnar náð. Einungis 6% tilvika enduðu með því að það þurfti að leggja barn inn á stofnun og 8,4% fjölskyldna hættu í meðferð. Árið 2006 fóru 482 börn í fjölkerfameðferð með svipuðum árangri og árið áður. Þá var markmiðum meðferðarinnar náð í 86,5% tilvika, 6,5% barnanna þurfti að vista á stofnun og 7% fjölskyldna hætti í meðferðinni.

Þessar tölur sýna mjög góðan árangur meðferðarinnar og eftir margra ára vinnu með MST er hún enn að skila góðum árangri meðal barna með áhættuhegðun og fjölskyldna þeirra (Ogden o.fl., 2009). Í annarri rannsókn sem var gerð í Noregi er borinn saman árangur fjölkerfameðferðar og annarra aðferða í vinnu með börn í áhættuhegðun sem félagsþjónustan í Noregi hafði upp á að bjóða. Þar kemur fram að fjölkerfameðferð virki betur fyrir börn með áhættuhegðun og betur gangi að fækka innlögnum á stofnanir með þessari meðferð en annarri meðferð sem notuð hefur verið (Ogden og Hagen , 2006).

Í Danmörku átti fjölkerfameðferð upphaflega að vera tilraunaverkefni til þriggja ára. Hún var tekin þar upp árið 2003 og árangur meðferðarinnar reyndist svo góður að ákveðið var að halda áfram með verkefnið. Í einni rannsókn var árangur meðferðarinnar í Noregi borinn saman við árangurinn í Danmörkur. Rannsakendur fylgdust í 11-14 mánuði með ungmennum sem höfðu verið í þriggja til fimm mánaða fjölkerfameðferð. Markmiðið var að sjá hvernig hegðun barnanna breyttist á þeim tíma sem þau voru í meðferð, sérstaklega hvað varðar afbrot, ofbeldi og ástundun í skóla og vinnu (Greve og Thastrum, 2008).

Niðurstöður voru mjög ásættanlegar að mati rannsakanda. Niðurstöður sýndu að 40-50% færri börn voru fjarverandi frá skóla eða vinnu en áður en meðferð

hófst. Eftir að fjölkerfameðferð var innleidd minnkaði tíðni ofbeldis meðal barna töluvert og niðurstöður sýndu einnig 50-60% færri tilvik fíkniefnamisnotkunar í eftirfylgni meðferðar. Illa gekk hins vegar að fækka innlögnum á stofnanir, þar sem milli þriðjungur og fjórðungur ungmennanna var vistaður á stofnunum þegar þeim var fylgt eftir. Mat foreldra á meðferðinni var mjög jákvætt og töluðu þeir um ánægjuleg samskipti fjölskyldunnar auk þess sem börnin sýndu meiri reglu og skipulag í samskiptum (Greve og Thastrum, 2008).

Funi Sigurðsson hefur, í samstarfi við Barnaverndarstofu, hafa tekið saman árangur fjölkerfameðferðar hér á landi á tímabilinu nóvember 2008 til febrúar 2011. Meðferðin hefur borið góðan árangur til þessa. Vímuefnaneysla hefur minnkað og afbrotum fækkað hjá börnum eftir meðferð. Foreldrar voru spurðir út í stöðu barna sinna sex, tólf og átján mánuðum eftir að meðferðinni lauk. Þar kemur fram að einungis 8,3% barna voru í skóla þegar meðferðin hófst en 77,8% í lok meðferðar. Þegar skoðaður er árangur tólf mánuðum eftir meðferð sést að flest barnanna voru ennþá í skóla eða 76,5% þeirra (Funi Sigurðsson, 2011).

Einnig kom fram að 42,7% barnanna höfðu ekki verið í vímuefnaneyslu við upphaf meðferðarinnar en 91,7% við lok meðferðar. Þegar könnuð var vímuefnaneysla tólf mánuðum eftir meðferð kom í ljós að þeim sem neyttu vímuefna hafði fjölgað. 73,5% barna notuðu ekki vímuefna (Funi Sigurðsson, 2011).

Þegar ofbeldishneigð barnanna í meðferð var skoðuð kom í ljós að 22,2% barnanna beittu ekki ofbeldi eða hótunum um ofbeldi, en við lok meðferðar voru 88,9% barnanna sem beittu ekki aðra ofbeldi. Tólf mánuðum eftir lok meðferðar voru 85,3% barnanna sem ekki beittu ofbeldi eða höfðu í hótanir um ofbeldi.

Þegar skoðaðar voru tölur barna sem komast í kast við lög kom fram að 75% barnanna komust í kast við löginn við upphaf meðferðar en einungis 22,2% þeirra við lok hennar. Tólf mánuðum eftir að meðferð lauk voru einungis 20,6% barnanna sem komust í kast við löginn. Einnig skoðuðu starfmenn meðferðarinnar hver staða fjölskyldunnar og áhrifaþátta í líf barnanna var eftir lok meðferðar. Þar kemur meðal annars fram foreldrar hafa bætt færni sína til að takast á við vandamál sem gætu komið upp hjá barninu í framtíðinni. Börnunum gengur betur í námi og að takast á við vinnu. Börnin sem hafa lokið fjölkerfameðferð

forðast umgengni við óæskilega vinahópa og taka meir þátt í félagslegum athöfnum en áður (Funi Sigurðsson, 2011).

Fjölkerfameðferð hefur ekki reynst jafn vel í Svíþjóð og á hinum Norðurlöndunum. Þar í landi sýna rannsóknir að fjölkerfameðferð hefur ekki reynst betur en önnur meðferð sem notuð eru í Svíþjóð. Einnig er fjölkerfameðferð kostnaðarsamari en aðrar svipaðar og sambærilegar aðferðir sem hafa sýnt fram á sama árangur og fjölkerfameðferð. Í Svíþjóð var markmið innleiðingar fjölkerfameðferðar ekki að koma í stað stofnanameðferðar heldur átti að nota hana í stað annarra sambærilegra meðferða sem þóttu ekki sýna nógu góðan árangur. Í Svíþjóð er stofnavistun síðasta úrræðið sem beitt er á ungmenni með áhættuhegðun (Olsson, 2010).

Í þeim löndum þar sem fjölkerfameðferð er talin henta illa er ástæða oftast sú að annað svipað úrræði var í boði sem virkaði eins eða betur. Einnig er talið að þau lönd sem ekki voru sátt við árangur fjölkerfameðferðarinnar hafi ekki innleitt hana til að koma í veg fyrir stofnavistanir heldur sem auka meðferð til að hjálpa börnum sem gátu ekki nýtt sér þau meðferðarúrræði sem fyrir voru (Ogden o.fl., 2009).

Nýjustu rannsóknir hafa sýnt að þau börn sem eru í slæmum félagsskap eigi frekar á hættu að meðferðin gangi ekki eins og vonast var eftir. Þau eigi erfitt með að láta af fyrri hegðun vegna mikilla vandamála eða áhættuhegðunar annarra í vinahópnum og gengur illa að slíta sig frá honum (Boxer, 2011).

Þetta á við þegar vinahópurinn er náinn og hefur jafnvel komið í staðinn fyrir fjölskyldu barnsins. Draga þarf úr samgangi barnsins og óæskilegra vini sína til að tryggja betri árangur af meðferðinni (Boxer, 2011).

## 6. Fjölbreyttari úrræði og þróun úrræða

Fjölderfameðferð hefur nokkra áhættuþætti sem valda því að erfiðlega gengur hjá sumum börnum að ljúka meðferð og ná árangri. Einn þessara áhættuþátta er hörð vímuefnaneysla barna í meðferð. Reynsla Norðmanna sýnir að talsverður fjöldi barna með áhættuhegðun er háður vímuefnum. Það kemur í veg fyrir að þau geti nýtt sér fjölderfameðferðina eða hætta henni án ásættanlegs árangurs. Þessi sami hópur á líka í erfiðleikum með að nýta sér stofnanameðferð. Til að mæta þörfum þessa hóps hefur verið komið á fót sérstakri vímuefnameðferð sem var samofin fjölderfameðferðinni. Sú aðferð hefur verið árangursrík fyrir börn til að hætta vímuefnanotkun og minnka áhættuhegðun (Ogden o.fl., 2009).

Hér á landi hefur nokkur mikill fjöldi barna í meðferð neytt vímuefna á einhverjum tímapunkti í lífi sínu. Þetta kemur meðal annars fram í rannsókn á vímuefnaneyslu barna sem voru í meðferð á Stuðlum á árunum 2003-2011. Aukin vímuefnaneysla kemur helst fram hjá elstu börnunum. Munur er á stúlkum og piltum varðandi tegundir vímuefna. Fleiri drengir misnota áfengi og kannabisefni en fleiri stúlkur misnota amfetamín, kókaín og læknadóp. Áhugavert er að sjá hve mörg börn í meðferð hafa notað hörð efni, 27% þeirra höfðu notað amfetamín 20 sinnum eða oftar og 10% höfðu notað kókaín 20 sinnum eða oftar á árunum 2008-2011 (Barnaverndarstofa, e.d.-d).

Nýjustu stefnur í úrræðum fyrir börn með áhættuhegðun er meðferð sem byggir á gagnreyndum rannsóknaraðferðum (*e. Evidence-based programs*). Þetta þýðir að klínísk sérþekking sérfræðinga á þessu sviði er samþætt við kerfisbundnar gagnreyndar rannsóknir til að fá bestu mögulega niðurstöðu. Norðmenn hafa verið að þróa miðstöðvar sem sérhæfa sig í að rannsaka og útfæra rannsóknarmiðuð úrræði fyrir börn. Með þessum rannsóknum er hægt að finna úrræði sem bæði hafa gefið góðan árangur og sýnt fram á að fagfólk, börn og foreldrar þeirra telji meðferðina bestan kost (Ogden o.fl., 2009).

## Niðurstöður og umræða

Í þessari ritgerð hefur verið leitast við að skoða annars vegar árangur stofnanameðferðar og fjölkerfameðferðar fyrir börn með áhættuhegðun og hins vegar hvort þörf sé á innleiðingu fjölbreyttari úrræða fyrir þessi börn hér á landi.

Grundvallarmunur er á þessum tveimur meðferðarformun. Stofnanameðferð, eins og nafnið gefur til kynna, fer fram á þar til gerðum stofnunum eða heimilum þar sem börnin eru vistuð um ákveðinn tíma. Þar með eru þau tekin burt frá fjölskyldu, vinum og nærumhverfi enda álituð að þessir þættir hafi áhrif eða jafnvel orsaki áhættuhegðun. Fjölkerfameðferð byggir á því að vinna með börnunum í nánu samstarfi við fjölskyldur þeirra og áhersla er lögð á að börnin búi áfram hjá foreldrum/forráðamönnum sínum, sækji skóla eða atvinnu og haldi sem mestum tengslum við nærumhverfi sitt.

Þegar árangur stofnavistunar er skoðaður kemur í ljós að það getur verið erfitt bæði að mæla hann sem og að bera saman árangur mismunandi stofnanameðferða. Markmið meðferðar innan stofnana eru oft óskýr og illa skilgreind og mismunur er milli stofnana á því hvernig þær nota og túlka meðferðartækni sína. Þetta hefur það í för með sér að erfitt getur verið að rannsaka og mæla árangur þeirra. Auk þess sem samanburður á árangri milli stofnana verður ill greinanlegur.

Þegar árangur stofnanameðferðar er skoðaður nánar kemur í ljós að oft byggist hann á innri trú um hvað virkar frekar en að stuðst sé við skráðar heimildir, rannsóknir eða gagnreyndar aðferðir.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið á árangri stofnanameðferða hafa margar sýnt fram á að börn sem fara í slíka meðferð standa ekki vel að vígi þegar þau koma út í samfélagið á nýjan leik. Algengt er að börn taki upp fyrri áhættuhegðun á borð alvarleg hegðunarvandamál, afbrot og vímuefnaneyslu á innan við ári eftir að meðferð lauk. Rannsóknir á langtímaárangri meðal einstaklinga sem fóru í meðferð vegna alvarlegra hegðunarerfiðleika hafa meðal annars leitt í ljós háa tíðni dauðsfalla á unga aldri, fangelsun og alvarlega geðsjúkdóma.

Þrátt fyrir að árangur af stofnanameðferð sé umdeildur hafa ýmsar stofnanir náð góðum árangri í vinnu með börnum með áhættuhegðun. Í rannsókn Andreassen, þar sem hann tekur saman þætti sem einkenna stofnanameðferð sem ná bestum árangri eru, meðal annars skýr markmið byggð á fræðilegum grunni, skilgreindir verkferlar með markmið meðferðarinnar að leiðarljósi og sérhæfing. Stofnanir sem sérhæfa sig í einu vandamáli barna eiga auðveldara með að ná árangri en þær sem fást við fjölbreytilegan vanda. Staðsetning stofnana skiptir einnig máli og í ljós hefur komið að árangursríkara er að hafa þær í því umhverfi sem börnin eru vön að vera í. Það viðheldur betur og auðveldar tengsl við foreldra og auðveldar börnunum að aðlagast aðstæðum aftur eftir meðferðina.

Á undanförunum tveim áratugum hefur orðið mikil þróun í meðferð barna með áhættuhegðun. Áherslur og hugarfar sérfræðinga hafa breyst og leitt til gagnrýni á áður ríkjandi stofnavistanir. Það þykir ekki lengur góður kostur að taka börn af heimilum sínum til að forða þeim frá slæmum áhrifum frá foreldrum sínum og senda þau í sveit þar sem hreinleiki og heilnæmni á að vera meiri en í þéttbýlinu. Að börnum vegni best heima hjá sér er orðin almenn skoðun sérfræðinga í barnavernd og hefur gert það að verkum að vistun á stofnunum hér á landi hefur farið fækkandi á síðustu árum og nokkur meðferðarheimili verð lögð niður. Í ársskýrslu Barnaverndarstofu 2008-2009 kemur meðal annars fram að ástæður þess að meðferðarheimilin voru lögð niður séu fækkun umsókna og breytingar á meðferðarþörf barna.

Þrátt fyrir að merki þess að stofnanameðferð sé ekki eins árangursrík og að var stefnt sýna niðurstöður margra rannsókna fram á nauðsyn þannig meðferðar. Ákveðinn hópur barna með áhættuhegðun getur þurft að fara úr sínu vanalega umhverfi vegna vangetu foreldra til að sinna hlutverki sínu eða vegna þess að börnum gengur illa að fóta sig í því. Einn kostur stofnanameðferðar er af ýmsum talinn vera að það getur verið gott fyrir börn að fá ákveðinn ramma og reglur sem veita þeim traust og öryggi til þess að vinna á vandamálum sínum.

Breyttar áherslur, hugmyndir og hugarfar í meðferð og þjónustu við börn með áhættuhegðun voru hvati að því að Henggeler og félagar byrjuðu að þróa nýtt meðferðarúræði sem nefnist fjölkerfameðferð. Hún byggir á því að fjölskyldan

og gott heimili sé almennt besti kosturinn fyrir börn. Til að hjálpa börnum með áhættuhegðun á árangursríkan hátt verði því helst að vinna með þeim á heimilum þeirra ásamt með fjölskyldu, vinunum, skólanum og öðrum þáttum í nærumhverfi barnanna. Starfsmenn fjölkerfameðferðar vinna því náið með fjölskyldum barna með áhættuhegðun inn á heimilum þeirra eftir mjög vel skilgreindri aðferðafræði. Þar með fær fjölskyldan ráðleggingar og leiðbeiningar um aðferðir til þess að vinna á vanda fjölskyldunnar og barnsins.

Fjölkerfameðferðin byggir meðal annars á vistfræðikenningu Bronfenbrenner. Þegar hjálpa á börnum í vanda verði að hafa heildarsýn og huga heildrænt að öllu í lífi þeirra til að hjálpa þeim til að ná bata. Vistfræðikenningin fellur því vel að hugmyndafræði félagsráðgjafa og gerir þá hæfa til að starfa sem sérfræðingar við fjölkerfameðferð.

Með vistfræðikenningu Urie Bronfenbrenner er gengið út frá því hegðun einstaklinga stjórnist af fimm samverkandi kerfum sem móti þá á ólíkan hátt allt eftir flóknu lífi og aðstæðum hvers og eins. Vistfræðikenningin skoðar fjölskylduna, vinina, nærsamfélagið, skólana og lögin með það að markmiði að finna út hvernig þessir þættir geta haft áhrif á eða valdið vandamálum barna með áhættuhegðun. Öfl innan þessara þátta geta valdið því að börn þrói með sér áhættuhegðun. Til þess að vinna með vandamál barnanna og styðja þau á jákvæðan hátt eru atriði innan þessara þátta einangruð og skilgreind með það að markmiði að finna út hvað það er sem hefur áhrif á líf þeirra.

Ágætur árangur hefur verið af fjölkerfameðferð samkvæmt rannsóknum sem gerðar hafa verið í Noregi og Danmörku. Í flestum tilvikum ná börnin góðum langtímabata og minna er um vistanir þeirra á stofnanir eftir að byrjað var að nota fjölkerfameðferð. Börn voru í minna mæli fjarverandi frá skóla eða vinnu auk þess sem samband þeirra við foreldra varð betra eftir fjölkerfameðferðina.

Hér á landi byrjaði Barnverndarstofa að nota fjölkerfameðferð árið 2008. Sérmenntaðir starfsmenn, sem í flestum tilfellum eru sálfræðingar eða félagsráðgjafar, sinna meðferðinni. Þeir starfa í tveimur meðferðarhópum og þjóna 64 – 80 fjölskyldum á ári. Funi Sigurðsson tók saman árangur fjölkerfameðferðar hér á landi frá árinu 2008- 2011. Niðurstöður hans benda til að meðferðin beri góðan árangur miðað við þau átta ár sem meðferðin hefur



verið notuð héraendis. Meðal þess sem könnun Funa leiddi í ljós var að vímuefna og áfengisnotkun minnkaði, afbrotum og ofbeldisverkum fækkaði og skóla- og atvinnusókn jókst meðal barna sem höfðu verið í meðferðinni.

Niðurstöður rannsókna á áhrifum fjölkerfameðferðar í Svíþjóð benda til að árangur þar í landi sé ekki eins góður og í nágrannalöndunum Noregi og Danmörku. Ástæða þess er að hluta rakin til þess að þar í landi var meðferðin ekki innleidd til að fækka stofnanavistunum eins og í öðrum löndum heldur til að koma í stað annarra svipaðra úrræða sem þóttu ekki virka nógu vel. Fjölkerfameðferðin náði því í raun ekki til þess hóps barna sem vonir voru bundnar til að hún myndi gera. Árangur fjölkerfameðferðarinnar reyndist ekki meiri en annarra sambærilegra meðferða en var á hinn bóginn kostnaðarsamari.

Markhópar fjölkerfameðferðar og stofnanameðferðar eru nokkuð ólíkir. Til þess að geta nýtt sér úrræði fjölkerfameðferðar verða börn að hafa fjölskyldu sem getur tekið þátt í meðferðinni og flest þeirra barna sem fara á langtímameðferðarheimili geta af einhverjum ástæðum ekki nýtt sér fjölkerfameðferðina. Hins vegar er einnig hópur barna sem getur hvorki nýtt sér fjölkerfameðferð né stofnanameðferð. Börn sem falla innan þessa hóps eru oft í alvarlegri fíkniefnaneyslu sem leiðir til þess að hvorug þessara meðferða virka.

Í Noregi hefur verið komið á fót vímuefnameðferð sem er samofin fjölkerfameðferðinni þannig að börn með vímuefnavanda fara í sértæka vímuefnameðferð samhliða hefðbundinni fjölkerfameðferð. Slíkt úrræði gæti hentað á Íslandi líka þar sem það er alltaf ákveðinn hópur barna sem meðferðir gagnast illa og börnin ná ekki að slíta sig úr vítahring áhættuhegðunarinnar.

Rannsóknir Stuðla á fíkniefnanotkun bara í meðferð héraendis sýna að þetta vandamál virðist vera héra líka. Flest börn í meðferð hafa notað vímuefni á einhverju tímabili ævi sinnar og stór hluti þeirra neytt vímuefna daglega.

Þótt vímuefnavandi sé ein algengasta ástæða takmarkaðs meðferðarárangurs eru einnig til börn með alvarlega áhættuhegðun sem geta ekki nýtt sér þá meðferð sem í boði er. Í þeim tilfellum þarf að nýta sér heildarsýnina sérstaklega og reyna að greina hvort og þá hvaða áhættuþættir geti verið kveikjan að vandamálum þessara barna. Nýjar rannsóknir hafa til dæmis sýnt fram á að erfiður vinahópur barna hafi meiri áhrif á árangur fjölkerfameðferðar en áður var

gert ráð fyrir. Ráðstafanir til að láta börnin hætta að umgangast erfiðan vinahóp verða því að vera markvissari eigi meðferðin að bera meiri árangur en hún hefur gert hingað til.

Tengslakenning Bowlby's sýnir fram á að góð tengsl barna og forelda þeirra séu mikilvæg til að tilfinningaþroski þeirra verði eðlilegur. Börn sem ekki ná að mynda sterk geðtengsl við foreldri eða forráðamann eiga í meiri hættu á að þróa með sér áhættuhegðun á unglingsárum en þau sem eru í nánú sambandi við foreldra sína. Tíður aðskilnaður barns við aðal umönnunaraðlila sinn getur valdið því að samband barnsins við hann nær ekki að styrkjast og dýpka seinna meir. Þetta getur valdið kvíða hjá barni seinna á lífleiddinni. Rof á tengslamyndun hefur sýnt fram á að börn geti þróað með sér andfélagslega hegðun og þau geta einnig átt í erfiðleikum með samskipti.

Oftast þróast áhættuhegðun snemma í barnæsku og geta erfið uppeldisskilyrði verið stór áhættuþáttur í tengslum við þróun áhættuhegðunar þegar þau verða eldri. Mikilvægt er fyrir leikskólakennara, grunnskólakennara og aðra sem sinna börnum að vera meðvitaðir um þau einkenni hjá börnum sem geta síðar valdið því að börn þrói með sér áhættuhegðun. Námserfiðleikar virðast vera alvarlegur áhættuþáttur fyrir börn og eykur töluvert líkur þess að þau þrói með sér alvarlega hegðunarerfiðleika. Forvarnir, snemmtæk íhlutun og styðjandi skólustarf getur gert gæfumuninn í þessum efnum.

Ýmsar fyrirbyggjandi aðgerðir geta minnkað líkur á því að börn þrói með sér áhættuhegðun þegar þau nálgast unglingsár. Markvissar tómstundir og íþróttir hafa góð áhrif á börn og minnka töluvert líkurnar á því að þau leiðist út í afbrot og vímuefni. Góð tengsl foreldra við börnin sín skipta einnig miklu máli í að draga úr líkum á að þau þrói með sér áhættuhegðun.

## Lokaorð

Í ritgerðinni hefur verið fjallað um stofnanameðferð og fjölkerfameðferð við börn með áhættuhegðun, hvaða árangri þessi meðferðarform hafi skilað auk þess að fræðast um áhættuhegðun og ástæður þess að börn þróa hana með sér.

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri stofnanameðferðar og fjölkerfameðferðar. Árangur stofnanameðferðar virðist talsvert umdeildur og má jafnvel leiða að því líkum að hann sé minni en efni standa til. Árangur fjölkerfameðferðarinnar virðist á hinn bóginn greinilegri og hún nýtur aukinna vinsælda í flestum löndum sem hafa tekið hana upp. Vert er þó að nefna að flestar rannsóknir sem gerðar eru á fjölkerfameðferð eru unnar af frumkvöðlum meðferðarinnar frá Bandaríkjunum sem gæti haft áhrif á túlkun niðurstaðna þeirra. Til að tryggja betur hlutleysi og áreiðanleika þeirra væri heppilegt að fleiri hlutlausir aðilar kæmu að rannsóknum á meðferðinni.

Það er ljóst að ákveðinn hópur barna með alvarlega áhættuhegðun nýtist illa sú meðferð sem er í boði. Þetta á sérstaklega við um börn í mikilli vímuefnaneyslu. Í BA-ritgerð Guðjóns Ívars Jónssonar frá árinu 2011, *Úrræði á Íslandi fyrir unga áfengis- og vímuefnaneytendur með áhættuhegðun og aðstandendur þeirra*, kom fram í viðtölum við starfsmenn barnaverndarnefnda að úrræði skorti fyrir börn í verulegri vímuefnaneyslu. Þeir telja að langtímameðferðarheimilin og fjölkerfameðferðin virki ekki fyrir þennan hóp barna. Fjölkerfameðferðin ráði ekki við erfiðustu tilfellin og önnur úrræði dugi líka skammt. Götusmiðjan var eina sérgreinda úrræðið fyrir börn í alvarlegri vímuefnaneyslu. Þetta úrræði var lagt niður árið 2010 og því fá úrræði fyrir börn sem eru í daglegri neyslu.

Barnaverndarstofa vinnur mikið og gott starf í þágu barna í landinu. Mikill metnaður er meðal stjórnenda og starfsmanna hennar um að fylgjast með nýjungum í meðferð og starfi með börnum í vanda og leitast er við að innleiða árangursríkar aðferðir í meðferðarstarf hér á landi. Þetta hefur meðal annars leitt til þess að meðferðarheimilum hefur fækkað. Fjölkerfameðferð hefur verið innleidd á vegum stofnunarinnar og nýjum meðferðaraðferðum beitt á Stuðlum svo sem ART þjálfun (e. Aggression Replacement Training) og sáttamiðlun.

Viss hluti meðferðar barna með áhættuhegðun fer fram á meðferðarheimilum sem öll eru staðsett úti á landi, oftast langt frá heimilum barnanna sem þar eru vistuð. Þetta orsakar oftast tengslarof þeirra við fjölskyldu og vini og hindrar nauðsynlegt samband og samstarf við foreldra eða forráðmenn þeirra. Með því að hafa meðferðarheimilin nær heimilum barnanna væri hægt að draga úr neikvæðum áhrifum fjarlægðarinnar.

Vandi barna með áhættuhegðun getur haft alvarlegar og óafturkræfar afleiðingar í för með sér. Árangur meðferðar eftir að börn eru komin í vanda er oft óviss því er aldrei of oft ítrekað mikilvægi forvarna og snemmtækrar íhlutunar í líf barna sem sýna einkenni áhættuhegðunar eða búa við aðstæður sem gera þau berskjölduð.

Það hefur verið lærdómsríkt að vinna að þessari ritgerð. Umfjöllunarefni hennar hefur fallið vel að námi mínu í félagsráðgjöf, gert mig meðvitaðri um árangursríkar aðferðir og starfshætti í meðferð fyrir börn með áhættuhegðun. Þróun í hugmyndafræði og þjónustu við börn með áhættuhegðun á undanförunum árum fellur vel að hugmyndafræði félagsráðgjafar þar sem heildarsýn og virðing fyrir sjálfstæði einstaklingsins er höfð í fyrirrúmi.

Næstu mikilvægu skref í þróun úrræða fyrir börn með áhættuhegðun er að byggja upp árangursríka meðferð fyrir börn í alvarlegri vímuefnaneyslu. Fyrirmynd þess má sækja til Noregs þar sem vímuefna meðferð er samtvinnuð fjölkerfameðferð og vísbendingar eru um góðan árangur.

## Heimildaskrá

- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar - Vad säger forskningen?* Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Annie G. Haugen. (2004). *Beiting úrræða í barnaverndarmálum, mörkin milli stuðnings og þvingunar og ákvörðunarferlið. Hlutur Íslands í norrænni samanburðarrannsókn*. Barnaverndarstofa.
- Anni G. Haugen. (2009). Samvinna við gerð áætlana um meðferð máls í barnaverndarstarfi. Í Halldór Sig. Guðmundsson og Silja Bára Ómarsdóttir (ritstjórar), *Rannsóknir í félagsvísindum X – Félagráðgjafardeild og stjórn málafræðideild*, 21–30. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Anni G. Haugen. (2010). Samvinna í barnavernd, sjónarhorn starfsmanna. Í Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XI – Félagráðgjafardeild*, 1-8. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Barnaverndarlög 80/2002.
- Barnaverndarstofa. (2006). *Handbók*. Sótt 18. október 2011 af <http://www.bvs.is/files/file784.pdf>
- Barnaverndarstofa. (2008) *Markmið og leiðbeiningar fyrir fjölþáttameðferð (MST)*. Sótt 20. nóvember 2011 af <http://bvs.is/files/file680.pdf>.
- Barnaverndarstofa. (e.d.-a). *Meðferðarheimili Barnaverndarstofu*. Sótt 15. október 2011 af <http://www.bvs.is/?m=3&ser=98>.
- Barnaverndarstofa. (e.d.-b). *Lög um eftirlit með aðgangi barna að kvikmyndum og tölvuleikjum*. Sótt 20. október 2011 af <http://www.bvs.is/?m=1&ser=330>.
- Barnaverndarstofa. (e.d.-d). *Vímuefnaneysla unglinga sem komu á meðferðadeild Stuðla á árunum 2003-2010 (átta ára tímabil)*. Sótt 2. maí 2012 af <http://www.bvs.is/files/file926.pdf>.
- Berk, L. E. (2009). *Development through the lifespan* (4. Útgáfa). Boston: Person Education. Inc.
- Bettmann, J. E. og Jaspersen, R. A. (2009). Adolescents in Residential and Inpatient Treatment: A Review of the Outcome Literature. *Child Youth Care Forum*, 38, 161–183.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Winnington, M. E., Bernard, M., Ste'phan, P. og Halfon, O. (2007). Substance use early initiation among violent and nonviolent antisocial adolescents. *Addiction Research and Theory*, 15, (6), 561- 574.

- Boxer, Paul. (2011). Negative Peer Involvement in Multisystemic Therapy for the Treatment of Youth Problem Behavior: Exploring Outcome and Process Variables in "Real-World" Practice. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, (6), 848- 854.
- Bragi Guðbrandsson. (2007, desember). Barnavernd og uppeldisstofnanir - saga stofnanna fyrir börn og samfélagsbreytingar um miðja 20. öld. *Í greinagerð unnin í tilefni af könnun nefndar samkvæmt lögum nr. 26/2007. Könnun á starfsemi Breiðavíkurheimilisins 1952- 79. Desember 2007*, 170-300. Reykjavík.
- Brenner, V. og Fox, R. A. (1998). Parental Discipline and Behavior Problems in Young Children. *The Journal of Genetic Psychology*, 159, (2), 251-256.
- Eyberg, S. M. og Robinson, E. A. (1983). Conduct Problem Behavior: Standardization of a Behavioral Rating Scale with Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology* 12, (3), 347-354.
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2006). *Introduction to Social Work* (10. útgáfa). Boston: Allyn and Bacon.
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). Siðareglur félagsráðgjafa. Sótt 25. nóvember 2011 af <http://felagsradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=8&Itemid=31>.
- Follan, M. og Minnis, H. (2009). Forty-four juvenile thieves revisited: from Bowlby to reactive attachment disorder. *Child: care, health and development*, 36, 5, 639–645.
- Freydís J. Freysteinsdóttir. (2004). *Skilgreiningar- og flokkunarkerfi í barnavernd, SOF*. Reykjavík: Barnaverndarstofa.
- Freydís Jóna Freysteinsdóttir. (2008). Unglingar í vanda. Samanburður á unglingum með áhættuhegðun sem fara í langtíma meðferð annars vegar og fá vægari úrræði hins vegar af hálfu barnaverndaryfirvalda. *Tímarit félagsráðgjafa* 3, 5-16. Sótt 10. nóvember 2011 af [http://www.felagsradgjof.is/images/stories/timarit/rit\\_fel\\_08\\_lagad17okt.pdf](http://www.felagsradgjof.is/images/stories/timarit/rit_fel_08_lagad17okt.pdf).
- Funi Sigurðsson. (2011). *Bakhópur MST- Staðan 1. feb. 2011*. Barnaverndarstofa. Óútgefin gögn.
- Greve, M. og Thastrum, M. (2008). *Resultavaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007*. Århus: Center for Kvalitetsudvikling.
- Grietens, H. (2002). Evaluating the effects of residential treatment for juvenile offenders: A review of meta-analytic studies. *International Journal of Child & Family Welfare*, 3, 129-140.

- Gustle L. H., Hansson, K., Sundell, K., Andrée-Löfholm, C. (2007). Multisystemic therapy project in Sweden: what factors affect the tendency of social workers to refer subjects to the researchproject?. *International journal of Social Welfare*, 16, 358- 366.
- Halla Björk Marteinsdóttir (ritstjóri). (2009). Ársskýrsla 2008-2009. Sótt 25. október 2011 af <http://bvs.is/files/file920.pdf>
- Halldór Sigurður Guðmundsson. (2007). Líðan og hegðun 11-18 ára barna innan barnaverndar á Íslandi - sjónarhorn barna, kennara og starfsfólks. *Tímarit félagsráðgjafa*, 2, 25–36.
- Halpern, C. T., Kaestle, C. E. og Hallfors, D. D. (2007). Perceived Physical Maturity, Age of Romantic Partner, and Adolescent Risk Behavior. *Society for Prevention Research*, 8 (1), 1-10.
- Hayden, C. (2010). Offending behaviour in care: is children's residential care a 'criminogenic' environment? *Child and Family Social Work*, 15, 461–472.
- Hellinckx, W. (2002). Residential care: Last resort or vital link in child welfare? *International Journal of Child & Family Welfare*, 3, 75-83.
- Henggeler, S. W., og Schaeffer, C. (2010) Treating serious antisocial behavior using multisystemic therapy. Í J. R. Weisz og A. E. Kazdin (ritstjórar). *Evidence-based psychoterapies for children and adolescents*, önnur útgáfa, 259- 276. New York: Guilford Press.
- Hervör Alma Árnadóttir. (2008). Þátttaka barna í fjölskyldusamráði - Hvernig upplifa börn þátttöku sína þegar vinnuaðferðum fjölskyldusamráðs er beitt? *Tímarit félagsráðgjafa*, 3, 35–44.
- Howe, Brandon, Hinings og Schofield, 1999. *Attachment theory, child maltreatment and family support - A practice and assessment model*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan press ltd.
- Jakobsen, T. B. (2010). 'What Troubled Children Need' Constructions of Everyday Life in Residential Care. *CHILDREN & SOCIETY*, 24, 215–226.
- Johansson, J., Andersson, B. og Hwang, C. P. (2007). What difference do different settings in residential care make for young people? A comparison of family-style homes and institutions in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 17, 26-36.
- Jón Björnsson. (E.d.). *Afdrifakönnun hjá unglíngum sem dvöldu á meðferðarheimili Barnaverndarstofu að Háholti á tímabilinu 1999 til ársloka 2004*. Sótt 16. október 2011 af <http://bvs.is/files/file618.pdf>.
- Lee, B. R., Chmelka, M. B. og Thompson, R. (2010). Does what happens in group care stay in group care? The relationship between problem behaviour

trajectories during care and post-placement functioning. *Child and Family Social Work, 15*, 286–296.

Lög um félagsþjónustu sveitafélaga nr. 40/1991.

Mann, E. A. og Reynolds, A. J. (2006). Early Intervention and Juvenile Delinquency Prevention: Evidence from the Chicago longitudinal study. *Social Work Research, 30*, (3), 153-167.

Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Sigfússon. (2009). *Ungt fólk 2009. 8., 9. og 10. bekkur. Menntun, menning, tómstundir, íþróttaiðkun og framtíðarsýn ungmenna á Íslandi*. Reykjavík. Sótt 28. nóv af <http://www.rannsoknir.is/media/rg/skjol/Ungt-folk-8---10.-bekkur-2009.pdf>.

Miller- Perrin og Perrin. (2007). *Child Maltreatment - An introduction* (2. útgáfa). Thousand Oaks, London og New Delhi: Sage Publications.

Ogden, T. & Hagen, K.A. (2006). Multisystemic Therapy of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Treatment Effectiveness Two Years After Intake. *Child and Adolescent Mental Health, 3*, 142-149.

Ogden, T., Christensen, B., Sheidow, A. J. og Hoth, P. (2008). Bridging the gap between science and practice: The effective nationwide transport of MST programs in Norway. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 17* (3), 93-109.

Ogden, T., Amlund-Hagen, K., Askeland, E. og Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice, 19*, 582-591.

Ohmer, M. L., Warner, B. D. og Beck, E. (2010). Preventing Violence in Low-Income Communities: Facilitating Residents' Ability to Intervene in Neighborhood Problems. *Journal of Sociology & Social Welfare, XXXVII*, (2), 161- 181.

Olsson, T. M. (2009). Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth. *International journal of Social Welfare, 19*, 194-205.

Rainey, H. G. (2003). *Understanding and managing public Organizations*, (3. útgáfa). San Francisco: Jossey – Bass.

Sen, R. og Broadhurst K. (2010) Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: a research review. *Child and Family Social Work, 16*, 298-309.



- Sigríður Baldursdóttir (umsjón með útgáfu). (2000). *Barnavernd á Íslandi. Skýrsla um starfsemi Barnaverndarstofu árin 1995-1999 og barnaverndarnefnda á Íslandi árin 1996-1999*. Reykjavík: Barnaverndarstofa.
- Stanley, N. (2006). Protecting and empowering. *Child Abuse Review*, 15, 75–78.
- Sullivan, C. J., Childs, K. K. og O’Connell, D. (2010). Adolescent Risk Behavior Subgroups: An Empirical Assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 541- 562.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., Kadesjö, C. (2008). The Transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disordered. *Youths Journal of Family Psychology*, 22(3), 550–560.
- Swick, K. J., og Williams, R. D. (2006). An Analysis of Bronfenbrenner’s Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal*, 33,(5), 371-378.
- Tolman, R. T., Mueller, C. W., Daleiden, E. L., Stumpf, R. E., Pestle, S. L. (2008). Outcomes from Multisystemic Therapy in a Statewide System of Care. *J Child Fam Stud*, 17, 894–908.
- Vinnerljung, B. og Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*, 13, 144–155.
- Warren, Janet. (2007). *Service User and Carer Participation in Social Work*. Great Britain: Learning Matters Ltd.
- Wells, C., Adhyaru, J., Cannon, J., Lamond, M. og Baruch, G. (2010). Multisystemic Therapy (MST) for Youth Offending, Psychiatric Disorder and Substance Abuse: Case Examples from a UK MST Team. *Child and Adolescent Mental Health*, 15 (3), 142–149.
- Þingskjal 947. (2009–2010). Frumvarp til laga um breytingar á barnaverndarlögum nr. 80/2002, með síðari breytingum. *Alþingistíðindi A-deild*, 138. Sótt 30. desember 2011 af <http://www.althingi.is/altext/138/s/0947.html>.