

Utvärdering av Terapikolonier

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:14

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Nina Larsson, Johan Karlsson och Lene Lindberg
Institutionen för folkhälsovetenskap
Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-14-2

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

*”Hejsan morsan, hejsan stabben!
Här är brev från älsklingsgrabben,
Vi har kul på kolonien,
Vi bor 28 gangstergrabbar i en”*

”Brevet från kolonien” av Cornelis Vreeswijk

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
SYFTE	3
BAKGRUND	4
KAMRATRELATIONER, BETEENDEPROBLEM OCH UTVECKLINGSASPEKTER	4
<i>Utagerande problematik</i>	4
<i>Inåtvänd problematik</i>	4
Förekomst	5
Konsekvenser	5
TERAPIKOLONIER	6
Terapikolonier – ett aktiebolag.....	6
Verksamheten.....	7
Kolonivistelse med miljöterapeutiskt arbetssätt.....	7
Antagningsprocess och förberedelser inför kolonivistelsen.....	8
Kolonivistelsen	9
Efter vistelsens slut	10
Målsättning med vistelsen	10
Målgrupp	10
Verksamheten 2005	11
Kostnader	11
METOD	12
TIDIGARE FORSKNING OM KOLONIVERKSAMHET	13
<i>Publicerat om verksamheten på Terapikolonier</i>	13
<i>Resultat från löpande internutvärdering</i>	13
<i>Terapikolonier - för vilka barn?</i>	16
<i>Gruppklimatets betydelse</i>	17
<i>Vad händer med barnen på terapikoloni?</i>	18
<i>Utfallsutvärderingar</i>	19
<i>Pappa-barn- och mamma-barnkoloni</i>	21
<i>Internationell och nationell forskning</i>	22
RESULTAT AV UTVÄRDERINGEN	25
INKOMNA ANSÖKNINGAR 2005	25
<i>Uttagningsprocess</i>	25
<i>Orsaker till nekande av plats på Terapikolonier</i>	25
<i>Vårdnadshavare</i>	26
<i>Orsak till ansökan</i>	26
<i>”Konstigt, jag brukar ju inte få kompisar men på kollo är det annorlunda...”</i>	27
<i>Individuella sammanfattningar om barnets vistelse</i>	28
JÄMFÖRELSE MELLAN BARN SOM ANTAGITS RESPEKTIVE INTE ANTAGITS TILL KOLONIVISTELSE	29
<i>Barnen</i>	30
<i>Kontaktorsak</i>	31
<i>Diagnos</i>	32
<i>Psykosocial påfrestning</i>	33
<i>Utredning</i>	33
<i>Antal besök</i>	34
<i>Behandlingstid efter kolonivistelsen</i>	34
<i>Behandlingsinsatser</i>	34
<i>Samverkan</i>	35
<i>Skattningar av GAF- och C-GAS</i>	36
<i>Spridning av ansökningar</i>	37
SAMMANFATTNING.....	38
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	39
UTVECKLING AV VERKSAMHETEN	42
REFERENSER	43
BILAGA 1 LATHUND FÖR SAMMANFATTNING AV BARNNS VISTELSE VID TERAPIKOLONI	46

Inledning

Tanken på sommarkoloni väcker antagligen minnen och känslor hos många av oss. Kanske tänker vi på den där dubbla känslan av pirret i magen och klumpen i halsen när vi sa adjö till mamma och pappa, eller rädslan första dagen på kollo tillsammans med en massa okända barn som efter ett par dagar var vänner för livet. En del av oss har kanske sett våra barn komma tillbaka från en kolonivistelse, positivt förändrade med nya erfarenheter och vänner. Kanske märktes det att blygheten minskat eller att samarbetsförmågan och tålamodet ökat. Vilka händelser är det som påverkar oss så starkt under en vistelse på sommarkoloni?

Och hur påverkar det vår utveckling som barn eller tonåring på längre sikt?

Syfte

När sommarkoloni utvecklas till en behandlingsform, som en del i den pågående behandlingen inom Barn- och Ungdomspsykiatri, måste samma krav ställas på verksamheten som ställs på andra behandlingsinsatser. Detta innefattar bland annat användande av evidensbaserade metoder, en medvetenhet om forskningsutvecklingen inom det egna området och kontinuerlig utvärdering av verksamheten.

Enheten för Psykisk hälsa - barn och unga har på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, HSN-F, åtagit sig att bidra i utvärderingen av verksamheten Terapikolonier. Resultatet sammanställs och presenteras här i en rapport. Syftet är att:

- Sammanställa hittills genomförda utvärderingar, rapporter och internationell forskning.
- Undersöka eventuella skillnader mellan de barn som antogs till terapikoloni 2005 och de barn som ansökte men inte fick plats detta år.
- Undersöka om det går att urskilja vilka barn som kan dra nytta av en vistelse på koloniverksamheten.
- Utifrån tillgängliga informationskällor försöka besvara frågeställningen om kolonivistelsen ger några långsiktiga effekter för deltagarna.

Bakgrund

Kamratrelationer, beteendeproblem och utvecklingsaspekter

Kamratkontakt och kamratberoende är en viktig del av utvecklingsprocessen för barn och tonåringar, både i individrelationer och i grupp. Det har visat sig att bra kamratrelationer ger en positiv prognos för framtida god anpassning (Berk, 1994). Dåliga kamratkontakter kan däremot påverka självkänslan negativt och ofta leda till vantrivsel i skolan eller hemmet. Dessa barn har många gånger en dåligt utvecklad självbild vilket i sin tur kan leda till att de exempelvis misstolkar andras handlingar som negativa, har svårt att sätta gränser eller har svårt att veta när det är dags att sluta. Detta kan bero på att dessa barn inte fått chansen att öva på samspelet med kamrater. Leken tillsammans med kamrater anses vara ett effektivt sätt att lära sig normer och regler, barnen blir då en del i grupprelationen där de lär av varandra. Beteendeproblematik och tidigt asocialt beteende utgör också en påtaglig riskfaktor för utvecklandet av problem senare i livet. Beteendeproblem kan delas in i antingen utagerande problematik eller inåtvänd problematik, samt som en kombination av dessa två (Berk, 1994).

Utagerande problematik

Barn med utagerande problematik är ingen homogen grupp utan flera undergrupper kan urskiljas. För närvarande finns det tre olika diagnoser för barn med allvarigare utagerande problematik, hyperaktivitet med uppmärksamhetsstörning (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), trottsyndrom (Oppositional Defiant Disorder, ODD) och uppförandestörning (Conduct Disorder, CD) enligt den amerikanska diagnostiska och statistiska manualen (DSM-IV; APA, 1994). Det finns en hög grad av samtidig förekomst av ovanstående diagnoser. Detta har visat sig innebära allvarigare och mer ihållande problem än om barnet endast har en diagnos (Nyberg & Lindberg, 2003).

Inåtvänd problematik

Inåtvänd beteendeproblematik karaktäriseras av social tillbakadragenhet, inbundenhet, oro/ångest och förstämning/depression hos barnet. Symtomen innefattar oro, sorg, skuld, rädsla, hämningar, somatiska besvär och självskadebeteende. Inåtvänd problematik associeras med fyra typer av problem, beteendemässiga, känslomässiga, somatiska och kognitiva (Henricsson, 2006).

Förekomst

Ca 15 % av skolbarnen i Sverige idag beräknas ha beteendeproblem (Henricsson, 2006). Förekomsten av utagerande diagnoser verkar ha ökat under de senaste decennierna, och med tanke på deras sociala konsekvenser är detta en mycket oroväckande trend.

För skolbarn beräknas förekomsten för ADHD vara mellan 2-7 %, för trotsyndrom mellan 2-16 % och förekomsten av uppförandestörning uppskattas ligga mellan 1-10 %. Måttliga till svåra utagerande problem hos förskolebarn uppskattas till mellan 5-14 % (Nyberg & Lindberg, 2003).

Förekomsten av inåtvänd problematik hos barn och ungdomar i Sverige beräknas till mellan 4-7 % (SOU 1998:31).

Det är tre till fyra gånger vanligare för pojkar att diagnostiseras med utagerande problematik än för flickor (Nyberg & Lindberg, 2003). Könsskillnader kan bero på skillnader i uppfostran, att debuten för utagerande problem är senare för flickor än pojkar, eller att flickors utagerande beteende yttrar sig i andra former än pojkars. Att fler flickor än pojkar diagnostiseras med inåtvänd problematik kan bero på flera saker, exempelvis som nämnts ovan på skillnader i uppfostran, men också på vilka uttryck som är socialt accepterade beroende på kön samt att vissa diagnoser delvis tar sig olika uttryck för flickor och pojkar.

Konsekvenser

Forskning har visat att tidig förekomst av utagerande problematik innebär en ökad risk för en mängd hälso- och beteenderelaterade problem i ungdomsåren, exempelvis kamratproblem, drogmissbruk, depression, brottslighet och avhopp från skolan. Statistik från barn- och ungdomspsykiatri i Sverige visar att barn med utagerande och emotionella störningar har den näst högsta andelen inskrivningar, högst antal vård dagar och den längsta genomsnittliga vårdtiden. Det har visat sig att ju senare barnen får stöd desto större är risken för en negativ utveckling. Med hjälp av tidiga stödinsatser kan ett barns beteendeutveckling påverkas positivt och därigenom minska lidandet för barnet och dess familj.

Utagerande och inlärningsproblem går ofta hand i hand, vilket innebär att samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och skolan är viktig. Vidare har det visat sig att allvarliga samhällsproblem som exempelvis brottslighet och drogmissbruk, samt de mest kostsamma psykiska problemen hos vuxna, exempelvis antisocial personlighetsstörning, ofta har sitt ursprung i en tidig utagerande problematik (Nyberg & Lindberg, 2003).

Terapikolonier

Terapikolonier grundar sig på en lång tradition av läger- och koloniverksamhet. Verksamheten startades 1934 i Stockholm på initiativ av Rådgivningsbyrån i Stockholms stad och gick under namnet Skollovsföreningen för psykiskt ömtåliga barn. Grunden för koloniernas miljöterapeutiska verksamhet utformades i början av femtiotalet av Gertrud Olsson, som arbetade med terapigrupper inom PBU, tillsammans med Lars Höjer, som senare grundade och var rektor för PBUs terapiskolor. Så småningom ställdes krav på att barnen skulle vara anknutna till PBU och att familjen skulle fortsätta denna kontakt efter sommaren. Landstinget tog över verksamheten 1973, och vistelsen blev därmed kostnadsfri.

Koloniverksamheten bedrivs sedan starten i ett stort skärgårdshus på Kymmendö och utökades på 1960-talet till ett ytterligare ett hus på Ornö. Storleken på barngrupperna och längden på vistelseperioderna har varierat genom årens lopp. Från starten dominerades verksamheten av pojkar, vilka till en början kunde återkomma upp till fem år med olika inriktning på de olika vistelseplatserna.

Koloniverksamheten har genom åren utvecklats och renodlats till en terapikoloni, vilket har medfört vissa förändringar i verksamheten. Exempelvis har personalens utbildnings-erfarenhet förändrats, från att ha dominerats av skolsköterskor och lärare till personal med kvalificerad behandlingsutbildning eller personer inom pågående behandlingsutbildning. Vidare har koloniperioderna blivit kortare, barngrupperna mindre och fler flickor får nu möjlighet att vistas på kolonin, vilket BUP uttryckt ett behov av de senaste åren (Darby & Forsbeck Olsson, 2004).

Terapikolonier – ett aktiebolag

Hösten 2000 beslutade Barn- och ungdomspsykiatrins ledning att lägga ner terapikoloni-verksamheten i landstingets regi. Verksamheten drivs sedan 2002 i aktiebolagsform. Terapikolonier startades på initiativ av flera medarbetare som ville förvalta och vidareutveckla verksamheten. Terapikolonier erbjuder ett komplement till behandlingen på BUP och har för närvarande avtal med landstinget i Stockholms län. Platserna på terapikolonier har också andra finansiärer, exempelvis kommunen. Terapikolonier erbjuder sommarkolonier för barn i åldrarna 8-13 år och tonåringar 13-16 år, därtill separata pojk- och flickgrupper och mamma/pappa-barngrupper. Sedan 2006 har företaget också under skolverminerna bedrivit helgverksamhet som vänder sig till barn i åldrarna 7-17 år.

Verksamheten

Terapikolonier beskriver på sin hemsida att de erbjuder en intensiv miljöterapeutisk behandlingsinsats under kort tid med en psykodynamisk teoretisk förankring (www.terapikolonier.se, 2007).

Verksamheten präglas av ett professionellt förhållningssätt där inslag av kognitiv teori också finns med i behandlingen. Vidare beskrivs att Terapikolonier erbjuder en kvalificerad behandling som skapar möjligheten att arbeta vidare med sådant som inte ryms inom exempelvis öppenvårdskontakten med BUP (www.terapikolonier.se, 2007). Det intensiva livet på kolonin utgör en mellanvårdsform som fungerar som ett komplement till den ordinarie behandlingen. På terapikolonin erbjuds professionellt stöd till barn och föräldrar i praktiken, direkt i handlandet. Alla barn har en BUP-kontakt som kan se väldigt olika ut. Syftet är att fördjupa och vidga den ordinarie behandlingen och ge den en skjuts framåt. Vidare ska det alltid finnas en uttalad avsikt med behandlingen och barnets erfarenheter följs upp i terapin efteråt (www.terapikolonier.se, 2007).

Kolonivistelse med miljöterapeutiskt arbetssätt

Miljöterapi bygger på tanken att människan utvecklas i samspel med den omgivning och miljö hon växer upp och lever i. En förutsägbar, pålitlig miljö som präglas av kontinuitet är en viktig del i det miljöterapeutiska behandlingsarbetet (Sternberg, 2007). På terapikolonin används olika inslag av struktur och aktiviteter för att hålla gruppens ångest och oro på en konstruktiv nivå. Reglerna är få och tydliga, den grundläggande strukturen kompletteras med en som kan variera från dag till dag. Vilken grad av struktur personalgruppen väljer beror till största delen på respektive gruppsammansättning. Vistelsen på terapikoloni erbjuder en trygg miljö där barnen kan vara sig själva utan att riskera avvisanden eller utstötning. Personalen får tillfälle att observera de specifika svårigheter som varje barn har, vilket synliggörs i deras naturliga samspel med andra barn och vuxna. Dessa observationer kan sedan utnyttjas terapeutiskt i praktiken, det vill säga direkt när något händer. Barnen får på så sätt öva på sina svårigheter i en miljö som är så nära vardagsmiljön som möjligt. På terapikoloni ges barnen möjlighet att stanna upp i de situationer som uppstår och med professionellt stöd från personalen få hjälp med att förstå vad som händer och reflektera över eget och andras beteende. Med stöd från personalen görs försök att hitta alternativa strategier och att ge ord åt de känslor som styr barnets beteende. Syftet är att barnet ska få en ökad självinsikt och ökat hopp om att förändra det han/hon har svårt med.

En annan viktig del är strävan efter att varje barn ska få genomgå nya positiva erfarenheter av att vara med sig själv och med andra barn och vuxna (Darby & Forsbeck Olsson, 2004). För att detta skall

fungera framgångsrikt är relationerna mellan barn och terapeuter mycket viktiga, där kommunikation och språk är grundläggande arbetsredskap. En stor del av behandlingen sker dock på ett icke verbalt plan. Livet på koloni ger barnen tillfällen att få nya kunskaper och övning i samspel, konfliktlösning, relations- och grupsituationer, samt möjligheter att upptäcka och utveckla sina resurser och ha roligt tillsammans med andra barn. Med personalens stöd finns det goda utsikter för barnet att bryta invanda negativa mönster (Sternberg, 2007). Fokus under vistelsen i skärgårdsmiljön ligger på det friska hos barnen, man uppmuntrar och väcker lusten och vitaliteten. Varje barn har en kontaktperson som är särskilt ansvarig för barnets utveckling. Denne sköter även kontakten med föräldrarna och har ett möte med BUP-terapeuten före kolonivistelsen.

Antagningsprocess och förberedelser inför kolonivistelsen

För att sprida information om behandlingsverksamheten Terapikolonier förses varje BUP-mottagning med en informationspärm. I denna finns information om verksamheten, hur man ansöker och vilka barn som kan ha störst nytta av en kolonivistelse. Behandlande terapeut sänder in en ansökan i mars efter att ha förankrat förslaget om en vistelse på terapikoloni hos barnet och dess föräldrar. Om barnet antas till terapikolonin äger sedan förberedande möten rum där barn, förälder, terapeut och kolonipersonal är närvarande. Dessa möten är viktiga för att bygga upp samarbetet mellan kolonipersonal, föräldrar och BUP. Icke antagna barn är välkomna att söka igen året därpå, liksom barn som redan har vistats på terapikoloni. Det är dock ovanligt att ett barn antas till fler än tre vistelser.

Tidigare utvärderingar har visat att barngruppens sammansättning är av stor betydelse för behandlingen. Personalen på Terapikolonier lägger därför ner mycket tid på förarbetet med uttagningsprocessen, antagningsförfarandet och grupsammansättningen. Varje inkommen ansökan behandlas noggrant och bedöms individuellt i olika steg av flera personer. Strukturen och kriterierna för denna process grundar sig på erfarenheter och resultat från tidigare studier om grupsammansättning.

Flera faktorer påverkar om barnet antas eller inte. Först görs en bedömning om tidpunkten är lämplig för barnet och familjen, och om en kolonivistelse passar in i den pågående och fortsatta BUP-behandlingen. Det görs också en bedömning av behovet, det vill säga om det är rätt typ av behandling för att främja barnets utveckling. Dessutom vägs barnets relationsförmåga till vuxna in, samt om barnets beteende är hämmat eller utagerande. Förutom detta har kolonipersonalen möten för att enas

om ett gemensamt beslut i utformandet av sommarens grupper. Föräldrarna i förälder-barnkoloni träffas tillsammans med personal för att presentera sig inför varandra och genomföra gemensam planering.

Nästa steg, när ett barn har antagits till koloni, handlar om att väva samman de två behandlingsformerna och förbereda barnet, föräldrar och behandlande terapeut på kolonivistelsen. Förmöten organiseras med berörda parter där föräldrar och terapeut uppmuntras att formulera ett uppdrag till kolonipersonalen på ett sätt som är begripligt för barnet och det behandlingsmässiga syftet diskuteras. Ett informationsmöte arrangeras med personal, föräldrar och för det mesta för barnen.

På kolonin eftersträvas en hög personaltäthet, ca två barn per behandlare, som gör det möjligt att vara flexibel och individanpassa behandlingen. I alla grupper arbetar både kvinnlig och manlig personal med relevant utbildning, såsom psykologer, specialpedagoger och socionomer.

Kolonivistelsen

Grupperna skiljer sig åt i fråga om längd på vistelsen, gruppstorlek, könsfördelning och ålderssammansättning. Kolonivistelsen pågår mellan 14 till 20 dygn, dock är mamma/pappa-barnkoloni endast en vecka lång. Avsked tas från föräldrarna vid bryggan där båten mot öarna går. Personalen har i förväg bestämt vilka barn som delar rum med varandra i det stora trähus där barn och personal bor tillsammans. De dagliga rutinerna som uppstigning, personlig hygien, att hålla ordning på sina saker och i sitt rum, gemensamma måltider, förberedelse för måltider, samlingar/möten och sänggående är i stort sett detsamma för de olika grupperna. Balansen mellan de organiserade aktiviteterna och den fria leken bestämmer personalen däremot utifrån varje specifik grupps behov av struktur. Aktiviteterna utgår ifrån vad närområdet, dvs skärgården, har att erbjuda, exempelvis bad, fiske och paddling. Barnen ges här en möjlighet att öva sig i samspelet med andra barn och vuxna i ett nytt sammanhang där de kan göra nya erfarenheter.

Kontinuerlig kontakt mellan barn och föräldrar under kolonivistelsen är en viktig komponent i Terapikoloniers behandlingsverksamhet. Regelbunden telefonkontakt sker mellan barn och föräldrar. I vissa fall behövs även en BUP-kontakt för föräldrar under vistelsen (Darby & Forsbeck Olsson, 2004). I mitten av perioden är det besöksdag, då barnen får visa upp kolonin för sina föräldrar. Det ges också möjlighet för föräldrar och personal att diskutera med barnet hur vistelsen har varit så långt, om barnet arbetar mot de mål som har satts upp tillsammans och hur det har gått. Personalen får också en

chans att observera samspelet mellan barn och förälder. Därefter åker föräldrarna hem och verksamheten fortsätter som innan. Vistelsen avslutas med att kolonipersonalen tar adjö från barnen och sammanfattar tiden på kolonin enskilt för varje barn.

Efter vistelsens slut

Efter vistelsens slut gör kolonipersonalen en skriftlig sammanfattning av varje barns vistelse och för varje enskild kolonigrupp. Detta vidareförmedlas sedan till den behandlande terapeuten och barnets föräldrar. Syftet är att skapa förutsättningar för uppföljning och återkoppling till BUP-mottagningarna. För att kunna ge grundlig information och reflektera tillsammans över barnets erfarenheter har kolonipersonal och behandlande terapeut ett eftermöte på hösten, och om det finns särskilda skäl också för föräldrarna. Sedan ett antal år tillbaka distribueras en enkät till föräldrar och behandlande terapeuter där möjlighet ges att svara på frågor om hur de upplevt vistelsen några månader efter vistelsens slut. Resultatet använder Terapikolonier som internutvärdering för utveckling av verksamheten. Dessa resultat finns också att tillgå för allmänheten på hemsidan, och presenteras närmare längre fram i denna rapport.

Målsättning med vistelsen

Enligt Terapikolonier (2007) kan målsättningar med vistelsen exempelvis vara:

- att öka förståelsen för barnet, att se hur det fungerar i olika situationer, att se hur barnets svårigheter gestaltar sig, vilka starka respektive svaga sidor barnet har
- att öka barnets medvetenhet om sitt eget fungerande i grupsituationer och därmed, för barn som har svårt att fungera i grupp, att ge möjlighet att pröva alternativa förhållningssätt och beteenden
- att ge en meningsfull sommarvistelse för barn som p g a sina svårigheter inte annars skulle kunna få det – t ex barn som p g a sitt agerande eller sina separationssvårigheter inte klarar av att åka på vanlig sommarkoloni eller läger av olika slag
- att ge barnet en möjlighet att under en längre sammanhängande period utanför familjen pröva sina krafter och möjligheter

Målgrupp

Enligt Terapikolonier går det inte att peka på ett antal specifika diagnoser när det gäller vilka barn som bäst kan tillgodogöra sig behandlingen på terapikolonin. Det har dock visat sig att dessa barn har flera

gemensamma nämnare. Exempelvis har i stort sett alla barn som kommer till terapikolonier kamratsvårigheter. Barnen har svårt att utveckla kamratrelationer och sociala kontakter. Andra svårigheter och problem varierar där flera har större problem med gruppsituationer och andra behöver öva på en-till-en-relationer. Många gånger har barnet fastnat i en negativ roll i sin vardag där problem och konflikter uppstår. Flera barn har därför ofta svårigheter att lita på andra barn och vuxna, eller så har de problem att separera från föräldrarna. I vissa fall har det visat sig att det är tveksamt med en kolonivistelse, exempelvis i fall där separationsproblematiken är för stor eller risken för utstötning ur gruppen är överhängande.

Verksamheten 2005

År 2005 erbjöds platser på terapikolonin till 47 barn och ungdomar av totalt 100 inkomna ansökningar. Det arrangerades en grupp för 9–11-åringar, en grupp för 11–13-åringar, en tonårsgrupp med 13–16-åringar samt en pojkgrupp. Flickgruppen fick ställas in eftersom underlaget i form av sålda platser till andra köpare än landstinget inte var tillräckligt stort. Det arrangerades även veckolånga mamma-barn- och pappa-barnkolonier.

Kostnader

Av de 47 barn som fick plats på terapikoloni närvarade 45 i någon av Terapikoloniers grupper, och två lämnade sena återbud vilket gjorde det svårt att sätta in en reserv. SLL betalade 3 315 000 kronor för terapikoloniverksamheten år 2005.

Metod

Utvärderingen av Terapikoloniers verksamhet har baserats på genomläsning och granskning av tidigare publicerade rapporter och utvärderingar om Terapikoloniers verksamhet samt internationell forskning kring ämnet. Vidare har ansökningshandlingar, anteckningar från uttagningsprocessen, sammanfattning av kolonivistelsen, ansökningsfördelning i länet och synpunkter från personal erhållits från Terapikolonier för året 2005. Ett studiebesök på mamma-barnkoloni har genomförts, liksom ett mindre antal möten med Terapikolonier. Dessutom har aidentifierade data rörande de barn som ansökte om plats på kolonin år 2005 rekvirerats från BUPs utvärderingsenhet som underlag för en jämförelse mellan de barn som antogs respektive inte antogs till verksamheten detta år.

Tidigare forskning om koloniverksamhet

Publicerat om verksamheten på Terapikolonier

Terapikolonier uttrycker att det finns en lång tradition av att granska, följa upp och utvärdera verksamheten där behandlingsmetodik, antagningsrutiner, gruppfunktion och personalrekrytering är några exempel på vad som har undersökts. Det förs återkommande uppföljande diskussioner inom personalgruppen, tillsammans med ledningen och mellan personalgrupperna. Föreståndarna för de olika kolonigrupperna har också möten med ledningen där man bland annat arbetar med kvalitetsfrågor. Under årens lopp har det skrivits ett antal publikationer och examensarbeten om terapikoloniers verksamhet. Inga externa resultatutvärderingar av långtidseffekter är dock gjorda på större barngrupper. Majoriteten av utvärderingarna har gjorts antingen av Terapikolonier själva eller inom ramen för psykologutbildningen vid Stockholms universitet, samt i en uppsats inom ramen för Utbildningsenheten för PBU-verksamheten. Flertalet författare har också ofta på ett eller annat sätt varit inblandade i terapikoloniers verksamhet vilket bör tas i beaktande vid tolkning av resultaten.

Resultat från löpande internutvärdering

Som nämnts tidigare sker kontinuerlig intern utvärdering av verksamheten sedan år 2002. Ungefär två månader efter kolonivistelsen ombeds föräldrar och behandlande terapeuter att fylla i en enkät om hur de uppfattat vistelsen och samarbetet med Terapikolonier. Åsikterna från behandlande terapeuter och föräldrar som svarat på enkäterna har varit övervägande positiva, med reservation för ett fåtal negativa resultat och åsikter. Resultaten från de inkomna enkäterna sammanställs och kommuniceras tillbaka till de svarande samt används för att utveckla verksamheten. Resultaten läggs också ut på nätet för allmänheten att ta del av (www.terapikolonier.se). Svarsfrekvensen för enkäten de olika åren varierar mellan 50 och 85 procent för föräldrarna, och mellan 72 och 94 procent för de behandlande terapeuterna. Nedan presenteras en del av resultatet från år 2005 års enkätundersökning.

Terapeuter

Av de 45 remitterande terapeuterna svarade 36 stycken (80 %) på enkäten år 2005.

Enkäten består av åtta flervalsfrågor. Enligt Terapikolonier skedde en omorganisation av verksamheten 2005 vilket kan ha påverkat resultaten.

Enligt enkäten ansåg ca två tredjedelar, 25 av de 37 terapeuterna, att samarbetet med Terapikolonier fungerade väl, nio stycken svarade att samarbetet var tillfredställande och två terapeuter ansåg att samarbetet var godtagbart. På frågan om terapeuten bedömde att kolonivistelsen medfört några förändringar i barnets beteende svarade mer än hälften, 21 terapeuter, att vistelsen medfört positiva förändringar, sex terapeuter menade att inga förändringar skett, och en terapeut rapporterade negativa förändringar. Ungefär en fjärdedel, nio terapeuter, svarade att de inte visste. En förklaring till detta resultat kan enligt Terapikolonier vara att terapeuten bara haft liten eller ingen kontakt med barnet efter sommaren då enkäten delats ut, eller att flera åtgärder satts in samtidigt och att det därmed är svårt att bedöma vad som lett till eventuella förändringar.

På frågan om vilka förändringar som märkts hos barnen svarade tio av de 36 terapeuterna att barnet blivit säkrare i kontakten med andra barn, fem rapporterade minskning av specifika beteendeproblem och fyra menade att barnet blivit bättre på att hävda sig. Vidare ansåg 22 av de 36 terapeuterna som svarat på enkäten att kolonivistelsen medfört positiva inre förändringar hos barnen. Två terapeuter svarade att inga förändringar skett och 11 att de inte visste om vistelsen medfört inre förändringar eller ej. Ingen svarade att vistelsen medfört negativa inre förändringar.

Av de 36 terapeuter som svarat angav 19 eller drygt hälften att vistelsen medfört positiva familjedynamiska förändringar. Fem terapeuter menade att inga förändringar skett, och en terapeut svarade att kolonivistelsen medfört negativa familjedynamiska förändringar. Nio terapeuter svarade att de inte visste. De tre vanligaste familjedynamiska förändringar som angavs var att föräldrarna fått större tilltro till barnets förmåga, att anknytningen mellan föräldrar och barn fördjupats och att familjens förtroende för BUP ökat. På frågan om hur kolonivistelsen inverkat på den fortsatta behandlingen svarade ungefär tre fjärdedelar, 28 av de 36 terapeuterna, att vistelsen haft en positiv inverkan. En terapeut svarade att vistelsen inte inverkat alls på den fortsatta behandlingen, och sju terapeuter svarade att de inte visste.

Föräldrar

Föräldraenkäten skickas i första hand ut till föräldrarna till de barn som vistas på barn- och ungdomskoloni. År 2005 besvarades enkäten av 28 av de sammanlagt 34 föräldrar som den skickades till, vilket ger en svarsfrekvens på 82 procent. Till skillnad från enkäten som skickas till de behandlande terapeuterna besvaras föräldraenkäten anonymt.

Sammantaget är resultatet från enkäten positivt. På frågan om i vilken utsträckning barnets vistelse på terapikolonin uppfyllt förväntningarna svarade 23 av de 28 föräldrarna att deras förväntningar uppfyllts i stor eller mycket stor utsträckning, tre stycken angav svarsalternativet i varken stor eller liten utsträckning och två föräldrar svarade att deras förväntningar uppfyllts i liten utsträckning.

Vidare ansåg 23 av de 28 föräldrarna (82 procent) att vistelsen på koloni hade haft en positiv påverkan på deras barn. Ingen av de svarande ångrade heller att deras barn hade åkt på terapikoloni. Tjugoen av föräldrarna (75 procent) instämde helt med påståendet att de skulle rekommendera Terapikolonier till andra som har problem.

Alla föräldrar utom en som svarat på enkäten upplevde samarbetet med kolonipersonalen som bra eller mycket bra. Av de 28 föräldrarna ansåg 25 (89 procent) också att deras barn fått bra eller mycket bra omvårdnad. En förälder ansåg att omvårdnaden varken varit bra eller dålig, och en förälder tyckte att omvårdnaden varit dålig. Samtliga av de svarande föräldrarna ansåg att informationen före kolonivistelsen var tillräcklig. På frågan ”*I vilken utsträckning tycker du att informationen efter kolloperioden kändes viktig och var tillräcklig?*” svarade hälften av föräldrarna stor eller mycket stor, drygt en tredjedel av föräldrarna, 10 av 28, svarade varken stor eller liten och tre föräldrar svarade mycket liten.

I utrymmet för fria kommentarer uttrycktes önskemål om en återträff för barnen, samt saknad av den utlovade efterträffen. En förälder skrev att man inte blivit kallad till något uppföljande möte. Tacksamhet gentemot kolonipersonalen formulerades också, samt förhoppningar om att verksamheten skall få fortsätta och att fler barn ska få möjlighet att vistas på terapikoloni.

Sammanställningen av enkäterna visar sammanfattningsvis att majoriteten av terapeuter och föräldrar ansåg att kolonivistelsen haft en positiv inverkan på barn, familj och föräldrar, både som fristående verksamhet och som ett led i det pågående behandlingsarbetet. Att terapeuterna inte fyllt i enkäten anonymt kan ha påverkat resultatet samt bortfallet.

Ett fåtal föräldrar ansåg att barnet påverkats negativt (på grund av påminnelse om separation eller att barnet ej passat i gruppen), dock ångrar ingen förälder barnets vistelse på kolonin. Istället träder bilden av nöjda, motiverade och tacksamma föräldrar fram och dessutom många terapeuter som anser att vistelsen bidragit till positiva förändringar.

Terapikolonier - för vilka barn?

Margareta Carlberg, som varit handledare för flera av de uppsatser som utvärderat och/eller undersökt terapikoloniers verksamhet, skriver i antologin till Terapikoloniers 60-årsjubileum att oavsett vilka barnpsykiatriska symptom som barnen i övrigt visar så är det två speciella problem som kan bearbetas på terapikolonin. Det ena är att förstå och finslipa den sociala koden och den andra är att utveckla förmågan att klara sig själv och/eller att ta hjälp av andra vuxna än föräldrarna när det behövs (Carlberg, 1994).

Enligt Darby och Forsbeck Olsson (2004) har förvärvad kunskap och tidigare forskning funnit ett antal gemensamma faktorer för barn med goda möjligheter att utvecklas och ha glädje av en terapikolonivistelse, och för barn där de positiva effekterna av en vistelse är mer tveksamma.

Exempel på som barn som kan gynnas av vistelse på terapikoloni:

- Barn som har svårt med impuls kontroll och adekvata känslouttryck, så som aggressionsproblematik eller barn med ADHD/DAMP
- Barn med kamratsvårigheter som behöver träna en-till-en-relationer och/eller gruppsituationer
- Barn som har en syndabocksroll
- Barn som man har begränsad kunskap om och där terapeuten har svårt komma vidare i behandlingen
- Barn som är överbeskyddade eller har separationsproblem, men där det samtidigt finns potential för att vistelsen kan bli en positiv upplevelse
- Barn som behöver få stimulans eller barn som behöver få kontakt med sin lust och glädje, sorg och aggressivitet

Exempel på barn som lyfts fram som särskilt tveksamma för kolonivistelse:

- Barn där familjen har en tveksam motivation eller där kontakten med BUP är så ny att motivationen inte kan bedömas ordentligt
- Alltför omogna barn med grav störning och/eller som har så svårt att knyta an så att de inte klarar en-till-en-relationer, förmåga att känna tillit till en annan människa måste till viss del finnas
- Barn med alltför liten tillit till sig själva, där risk finns att de helt drar sig undan och isolerar sig. Barnen behöver ha en "social hunger" och en önskan att fungera i grupp
- Barn i akuta orosituationer
- Alltför avvikande barn som inte kan hjälpas under den korta tid som en kolonivistelse innebär

- Barn som inte upplever sig ha föräldrarnas tillåtelse att knyta an till andra barn och ha det roligt och bra på kolonin, eller barn som skulle uppleva det som att de blir ivägskickade för att de känner sig oönskade hemma
- En vistelse på terapikoloni skall inte heller användas för att få veta mer om föräldrarna eller som ”lockbete” till kontakt med BUP
- De föräldrar som inte kan erbjudas plats på föräldrar-barn koloni är de med psykisk sjukdom, betydande skörhet eller pågående missbruk

I en studie 1991 beträffande vilka barn som vistats på terapikoloni (Bodén, 1991) undersöktes förhållandet för de barn som ansökt 1978/79 och 1988/89, bland annat för att studera om någon förändring skett beträffande vilka barn som antogs och vilka som inte antogs. Över tid kunde en förskjutning ses mot att barn med längre behandlingstid på PBU, ökande tecken på separationsproblematik och barn i socialt isolerade familjer i ökande grad sökte till kolonierna. Det framkom också att det verkade som om framför allt barn med bra vuxenkontakt och skolsituation antogs.

Gruppklimatets betydelse

Gruppsammansättningen på terapikoloni är betydelsefull. Personalen lägger ner mycket tid på att bilda grupper utifrån tillgänglig information från barnens kontakter på BUP. Denna process bygger på förvärvad kunskap och studier av grupsammansättningens betydelse.

Det tycks finnas ett antal gemensamma nämnare för vad som ur behandlingssynpunkt är välfungerande miljöterapeutiska grupper för barn (Alvedahl & Darby, 1993). Ett urval av dessa presenteras nedan:

- En kärna av relativt väl fungerande barn
- En naturligt positiv ledare eller ingen ledare alls
- Majoriteten av barnen har en god förmåga att knyta an och relatera till vuxna
- Barn med låg grad av störning
- Barn med erfarenheter av gruppterapi på BUP

I de grupper som fungerade sämre behandlingsmässigt fanns en större andel barn med utagerande beteende i kombination med svårigheter att relatera till vuxna. I samma studie upptäcktes att det fanns svårigheter att utifrån ansökningarna predicera hur barngruppen skulle fungera. Allt för många barn visade upp ett annat beteende på kolonin än vad som kunde förväntas utifrån ansökningarna, både i positiv och i negativ bemärkelse. Studien visar också att behandlingen tycktes lämpa sig både för kraftigt hämmade eller utagerande barn, förutsatt att de har en någorlunda god relationsförmåga till vuxna (Alvedahl & Darby, 1993).

Jädersten och Westlund (1998) har som en del i utbildningen för gruppsykoterapi med inriktning på barn och ungdom, som tidigare anordnades på Utbildningsenheten för BUP, studerat gruppklimatet i en behandlingsgrupp på PBUs terapikolonier med liknande resultat. Barnen i gruppen fick fylla i ett skattningsformulär och svara på ett antal intervjufrågor, och personalen intervjuades i mindre grupper. Studien visar att de utmärkande dragen för den här kolonigruppen, en grupp utan någon egentlig ledare, var det starka vuxenberoendet hos barnen, där den dagliga strukturen och vuxenstödet var av stor betydelse. Enligt författarna hade personalgruppen en intuitiv förmåga att möta barnens behov, vilket uttrycktes av ett starkt förtroende för de vuxna hos barnen i gruppen. Vidare skriver författarna att mycket tyder på att barngruppen utvecklades i en rad avseenden som är viktiga för barn i denna ålder, därtill fick barnen i gruppen hjälp med sina problem under lustfyllda aktiviteter.

Vad händer med barnen på terapikoloni?

En studie har haft som syfte att fokusera på de barn som eventuellt haft det sämst på terapikolonin och se vad vistelsen betytt för dem (Bellander 1996). Fem barn som enligt kolonipersonalen inte utvecklades på ett önskvärt sätt och som skattade sin kolonivistelse mindre positivt än förväntat, följdes upp och intervjuades. Slutsatsen var att fyra av de fem barnen ändå var positiva till vistelsen. En förklaring som läggs fram är att erfarenheterna från vistelsen kanske blir tillgängliga för barnet självt först efter en viss tid. Enligt Bellander indikerar tidigare utvärderingar att utveckling och insiktsarbete sker retrospektivt på grund av att kolonivistelsen många gånger sätter i gång en process hos barnet och föräldrarna. Resultaten antyder också att barn med relativt låg relationsförmåga till vuxna inte gynnas på samma sätt av denna form av korttidsterapi som barn med högre relationsförmåga. För det femte barnet, som vistades på terapikoloni för tredje gången, var upplevelsen mer negativt präglad. I studien resoneras det kring om det bestående värdet för barnet denna sommar var överföringen av erfarenheter till individualterapi. Kontaktpersonen på kolonin upplevde stor frustration över att för sent ha upptäckt hur stora barnets behov var och att det inte fanns resurser för att tillgodose dem (Bellander, 1996).

Parment (1993) har i en studie följt upp vad som händer med barnen under en vistelse på terapikolonin. Genom att analysera och dokumentera skeenden och grupprocesser bedöms barnens behandlingsutfall i relation till individuellt utformade behandlingsmål samt interaktionen barnen emellan. Resultatet visar att gruppen, som bestod av nio barn, som helhet präglades av framåtskridande. Vidare var behandlingsutfallet för samtliga barn gynnsamt i förhållande till deras individuellt uppsatta behandlingsmål. Dock fanns vissa problematiska inslag under vistelsen,

exempelvis fick en flicka en syndabocksroll, och en pojke hamnade utanför gruppen trots upprepade försök till kontakt. Mätning av personalens känslomässiga gensvar på barngruppen visade att positiva överföringar dominerat under perioden. De tre kvinnliga ledarnas emotionella gensvar var mer positivt än de manligas, vilket enligt författaren skulle kunna tyda på att männen mottagit en större andel negativa överföringar (Parment, 1993).

Utfallsutvärderingar

Söderström (1995) har som en del i utbildningen på dåvarande psykologlinjen vid Stockholms universitet, undersökt de behandlande BUP-terapeuternas upplevelse av terapikolonins effekt på den fortsatta behandlingen ett år efter vistelsen. Studien visar att vistelsen ofta gett barnet en ytterligare skjuts i utvecklingen genom att den ordinarie behandlingen har fördjupats och vidgats, barnet har blivit självständigare och behandlingen har påskyndats. Vissa könsskillnader noterades, såsom att ökad självständighet och säkerhet i kamratkontakter var en vanligare effekt för flickor. Likaså var det vanligare att terapeuten erhöll information om barnets fungerande i olika situationer för flickor. Frågeformuläret som utvecklades för denna studie utgör grunden för den terapeut- och föräldraenkät som används för internutvärdering av Terapikolonier efter varje säsong (Söderström, 1995).

I en studie av Ronnestam (1995) utvecklades individuella målskalor, och kolonipersonalen fick formulera individuella mål för barnen i förväg och skatta barnens utveckling efter vistelsens slut. Hos majoriteten (88 %) av barnen observerades en positiv utveckling i förhållande till uppsatta mål. Hos en mindre grupp barn (12 %) kunde man inte observera någon positiv utveckling. Några av dessa barn utvecklades tvärtom i en riktning som personalen angett som icke önskvärd. I ett flertal jämförelser hade barn som bedömts ha en bristande förmåga att relatera till vuxna ett signifikant lägre resultat på sina målskalor. Metoden att skatta behandlingsutfall i relation till individuella målskalor gör det enligt författaren möjligt att uppskatta hur många barn som haft nytta av behandlingen. Metoden skulle på så sätt också göra det möjligt att jämföra olika grupper. Vidare skriver författaren att metoden också verkade stimulera personalen till att konkret formulera sin förståelse, vilja och ambition i förhållande till varje individ, och den skulle kunna utgöra ett gott verktyg för kompetens- och metodutveckling (Ronnerstam, 1995).

Eklöf (2000) har utforskat de eventuella terapeutiska effekterna av vistelse på terapikoloni genom att intervjua fem slumpmässigt utvalda barn med kamratsvårigheter. Även föräldrar, behandlande terapeuter och personal från terapikolonin har intervjuats för att få en fördjupad bild av barnens

kolonivistelse. Intervjuerna med barnen ägde rum 5-6 månader efter vistelsen. Resultatet visar att barnen i de flesta fall hade fått nya positiva erfarenheter av umgänget med de andra barnen, vilket bidragit till att stärka den egna självbilden eller utgjort ett underlag för vidare utveckling i hemmiljö. Uteblivna resultat av vistelsen förklarades enligt författaren inte med brister i den miljöterapeutiska verksamheten, istället ansågs att detta berodde på en otillräcklig förmåga hos barnen att tillgodogöra sig behandlingen. Resultat som bättre relationsförmåga till jämnåriga, ökad självständighet och tillfälle att lösa upp alltför täta bindningar i familjen betonas i studien (Eklöf, 2000).

Samtidigt anger dock tre av de fem barnen att de tyckte vistelsen var tråkig och att orsaken till deras vistelse var att de hade blivit tvingade av sina föräldrar att åka. På grund av detta ville de inte heller åka tillbaka till kolonin. Författaren skriver dock att det bestående intrycket är att de har haft en mer positiv upplevelse av sommaren än de gör gällande. Två av barnen anser att deras vistelse var bra och kan tänka sig att återvända. En av dessa barns mammor uttrycker dock besvikelse över sin son, som hon anser ”inte tog chansen att ta emot den hjälp som en vistelse på terapikolonier kan erbjuda” (Eklöf, 2000). Kontaktpersoner på kolonin uppfattar det som ett misslyckande på grund av att man inte i tid hunnit lära känna honom så pass väl att man kunde ge honom adekvat stöd. Pojkens mamma har däremot inga invändningar mot personalen eller verksamheten, och önskar att hennes son kunde få återkomma till terapikolonin. Även övriga fyra föräldrar anses vara nöjda. En förälder önskade att personalens iakttagelser bättre skulle tas tillvara av vuxna i barnets vardag (Eklöf, 2000).

Barnens berättelser avvek däremot genomgående från de vuxnas, som i stort sett var samstämmiga. Uppgav exempelvis barnet att vistelsen varit bra och inneburit positiva kamraterfarenheter ansåg de vuxna att effekten av vistelsen inte varit önskvärd. Eller så uppgav barnet i motsats till de positivt inställda vuxna att vistelsen varit tråkig och dålig. Författaren tar upp ett flertal tänkbara anledningar till detta, exempelvis att det kan ha med intervjusituationen att göra, att barnet kan vara i behov av att göra uppror mot de vuxnas förhoppningar och önskemål, att barnet har svårigheter att unna sig goda erfarenheter eller att barnen har lägre krav på vistelsen än de vuxna och att tiden på kolonin trots allt upplevdes som mer positiv än kamratrelationerna i vardagen (Eklöf, 2000).

Både föräldrar och behandlande terapeuter i Eklöfs studie (2000) tog upp betydelsen av att ha fått nya perspektiv på barnen, i synnerhet när det gäller positiva kvaliteter då fokus ofta ligger på det problematiska. En viktig beståndsdel i orsaken till barnets positiva förändringar anges vara den höga närvaron av aktiva, speglade vuxna på kolonin. En kontaktperson på kolonin uttrycker i rapporten att

”vistas så få barn tillsammans med så många vuxna är väldigt sällan dåligt, man ska nog vara väldigt apart och ha speciella problem för att inte få något ut av det”. Samtliga vuxna ansåg också att ytterligare en sommar på terapikoloni vore bra för barnen, trots att de behandlingsmässiga ambitionerna inte uppfyllts i samtliga fall. Terapeuterna ansåg också att vistelsen på terapikoloni är ett viktigt led i den pågående behandlingen, dock utan att närmare precisera hur. Enligt författaren kan kolonipersonalens positiva inställning delvis förklaras med att de representerar verksamheten, och på samma sätt har de terapeuter som ansöker om plats rimligen stor tilltro till de terapeutiska effekterna av en terapikolonivistelse (Eklöf, 2000).

På uppdrag av Terapikolonier har en studie av terapikolonivistelsens effekter nyligen genomförts inom ramen för Psykologprogrammet på Stockholms universitet. Studien utfördes av en anställd inom Terapikolonier. Syftet med studien var att se om barnen utvecklats när det gäller synen på vänskap, självförtroende och social förmåga (Sternberg, 2007). För- och eftermätningar av 23 barn i fyra grupper som vistades på terapikoloni 2006 genomfördes. Intervjuer gjordes med hjälp av instrumenten ”Cornell Interview of Children’s Perception of Friendships and Peer relations” (CIPF) och ”Jag tycker jag är” vid två tillfällen med 6 månaders mellanrum. Resultaten av studien visade att barnen vid första mättillfället fick lägre poäng och skattningar än normgruppen. Vid den uppföljande mätningen fick de flesta barn som vistats på kolonin lika hög eller högre skattning på de tre skalorna Syn på vänskap, Självförtroende och Socialförmåga i CIPF än vad de haft på förmätningen, och skillnaden mellan normgruppen och barnen som vistats på kolonin var mindre än vid första mättillfället. Största positiva förändring noterades på skalan självförtroende. På ”jag tycker jag är” uppmättes ingen statistiskt signifikant förändring mellan mättillfällena. Författaren menar att testet kanske inte är sensitivt nog för att fånga upp dessa barns svårigheter (Sternberg, 2007).

Pappa-barn- och mamma-barnkoloni

Några renodlade studier av mamma/pappa-barnkoloni har inte funnits att tillgå. Resultatet från den kontinuerliga internutvärderingen innehåller även enkäterna från dessa grupper, vilka i stort sett gått i linje med de andra gruppernas resultat. Starten av pappa/mamma-barnkoloni, med två försöksperioder 1998, resulterade dock i två rapporter. Forsbeck Olsson (1998) skriver angående pappa-barnkoloni på höstlovet 1998 att vistelsen förmodligen blev något som redan i inlednings- och planeringsstadiet knöt pappa och barn samman och ökade känslan av samhörighet. Parallellt med detta handlade veckan på koloni också om separation och individuation. Det verkade vara viktigt för papporna att sätta ord på vad som var typiskt för deras sätt att vara pappor och vad som var typiskt för

just deras barn. Författaren anser att det är rimligt att anta att pojkarna blivit tydligare för sina pappor och papporna därmed tydligare för sina söner under denna vecka. Under veckan fokuserades på emotioner med inslag av impuls kontroll och reglering. Intervjuer med papporna visade på en ökad förståelse av sitt barn och sin egen roll som pappa. Enligt författaren verkar det som om kolonivisningen bidragit till en positiv förändring i pappornas eget sätt att vara genom att de fått möjlighet till självreflektion och ökad kontroll över sitt eget agerande, möjligen genom en förbättrad förmåga till empati (Forsbeck Olsson, 1995). Efter vistelsen arrangerades återkopplings-möten där personalen träffade behandlande terapeuter och pappor och fick ta del av erfarenheterna i det fortsatta behandlingsarbetet.

På mamma-barnkolonin märktes att föräldrarna hade ett stort behov av vuxenrelationer och ville få ut så mycket som möjligt av vistelsen (Sirkka, 1998). Flera av mammorna hade svårigheter med bristande auktoritet gentemot sina barn och invanda handlingsmönster som upprepade sig. Författaren menar att mammorna under veckan på koloni skaffade sig erfarenheter som gav dem nya sätt att förhålla sig till sina barn vid konflikter, vilket gav möjligheter till nya lösningar. Mammorna fick också möjlighet att skapa en mer positiv bild av sig själva som föräldrar. Mammorna själva var positiva till de erfarenheter de fick under vistelsen och den gemenskap som uppstod dem emellan. Terapikolonier har sedan starten 1998 fortsatt att utveckla formerna för pappa/mamma-barnkoloni (Sirkka, 1998).

Internationell och nationell forskning

Systematiska utvärderingar med syfte att undersöka långtidseffekter av sommarkolonier, eller lägerverksamheter med behandling eller terapeutiska inslag, är mycket sällsynta både nationellt och internationellt. Det är dessutom tveksamt i vilken utsträckning vissa resultat är överförbara till svenska förhållanden. De undersökningar som gjorts syftar ofta till att undersöka barn och föräldrars upplevelser av vistelsen. Majoriteten av dessa undersökningar presenterar positiva resultat där alla parter överlag är nöjda.

Trots sökningar på PubMed och Psychinfo har inte någon internationell motsvarighet till Terapikoloniers verksamhet, där vistelsen utgör en integrerad del av den ordinarie behandlingen, hittats. Det finns dock koloniverksamhet som har liknande upplägg bland annat i Kanada, Storbritannien, USA, Australien och Nya Zeeland. Variationerna är emellertid stora, exempelvis rörande uppdragsgivare, finansiärer, behandlingsform, syfte, vistelselängd, målgrupp, teoretisk ansats och metod. En del av dessa sommarkolonier är specialiserade på barn med särskilda behov, som

inlärningssvårigheter, dyslexi eller koncentrationssvårigheter. Dessa kolonier präglas av inlärningsmetodiska inslag i syfte att förbättra barnens studieresultat under sommarvistelsen.

Sökningar på PubMed visar också att det finns ett flertal kolonier, så kallade "therapeutic camps", där barn med kroniska sjukdomar som cancer, diabetes och astma får hjälp och stöd i att lära sig sköta om sig själva och hantera sin sjukdom. De pedagogiska inslagen kan exempelvis bestå av att hitta nya sätt att förhålla sig till sin sjukdom, lära sig medicinera effektivt eller lära sig kosthållning. Koloniernas syfte är också att barnen och ungdomarna (och deras föräldrar) skall få uppleva en trygg och fin sommar tillsammans med utbildad personal i en miljö där de kan känna gemenskap och samhörighet med andra barn med samma diagnos. Liknande sommarkolonier för överviktiga barn verkar vara en ökande trend. Terapikolonier har nyligen startat en sådan verksamhet i samarbete med Södertälje sjukhus.

I litteraturen framkommer att sommarkolonier med särskild inriktning kan erbjuda deltagarna värdefulla tillfällen att växa och utvecklas, och att vistelsen medför en rad psykologiska, sociala, känslomässiga och fysiska vinster. Exempel på sådana vinster är bland annat att återvända till naturen och få en paus från vardagen i staden, ökad självkänsla, förbättrade förhållanden med både kamrater och vuxna, större förmåga att ta ansvar, bättre koordination och sociala färdigheter (Mishalski, Mishna, Worthington & Cummings, 2003). Dock har forskning från sjuttioalet och framåt haft svårt att visa på statistiskt säkerställda resultat. En del positiva forskningsresultat finns, till exempel har gröna utomhusområden visat sig minska symtom för barn med ADHD (Kuo & Taylor, 2005). Samtidigt finns det motstridiga resultat som visar att institutionsplaceringar utan annat innehåll än miljöterapeutisk behandling inte har någon påvisbar effekt (Marx, 1988; Tydén, 2003).

Ett exempel på motsägelsefulla resultat är en kanadensisk undersökning av en koloni för barn med inlärningssvårigheter och psykosociala problem som fann att barnen uppgav hög tillfredsställelse med vistelsen och upplevde mindre social isolering, men endast ringa förbättring av självförtroendet. Mätning av sociala färdigheter kunde inte uppvisa signifikanta förändringar även om föräldrar rapporterade förbättringar i områden som samarbetsförmåga, ansvarstagande och självkontroll (Mishalski et al., 2003). Lyvitt menar att det finns brister i kvaliteten på många av de studier som genomförts, och att fortsatt forskning på området är nödvändig. Bland annat nämns avsaknaden av studier med kontrollgrupper och slumpmässigt utvalda deltagare och bristen på korrekta och pålitliga mätningar (Lyvitt, 1994).

En sökning på Google resulterar i åtskilliga träffar för olika former av sommarkolonier, särskilt i USA där traditionen av sommarkolonier verkar vara lång precis som i Sverige. Det finns sommarkolonier med namn som "wilderness camps", "wilderness therapy", "adventure camps" och "residential recreational camps" där målgruppen ofta är barn och tonåringar med lättare sociala störningar och uppförandestörningar, eller barn med störningar som Aspergers syndrom, autism, ADHD/DAMP eller annan utagerande problematik. Det verkar finnas en stark tro på att själva vistelsen i naturen med äventyrliga inslag har en terapeutisk effekt i sig för dessa barn. Tanken är att barnen genom att ha roligt och känna samhörighet tillsammans med andra barn får bättre självkänsla och stärkt självförtroende. Flera kolonier har dock som huvudmål (eller enda mål) att barnen skall få en minnesvärd sommarvistelse anpassad för deras behov med utbildad personal. Motsvarigheter i Stockholms län kan vara sommarkolonier i kommunal regi anpassade för barn med särskilda behov, som exempelvis Aspergers syndrom, som erbjuder en sommarvistelse med kamrater och utbildad personal, dock utan terapi eller behandling.

RESULTAT AV UTVÄRDERINGEN

Inkomna ansökningar 2005

En genomläsning av samtliga ansökningshandlingar till Terapikolonier från år 2005 visar att det finns många likheter mellan grupperna antagna och icke antagna barn. Totalt inkom detta år 100 ansökningar varav 47 antogs. Många av barnen har en långvarig och komplex problematik, och en sedan länge etablerad kontakt med BUP tillsammans med sina föräldrar. Barn i båda grupperna är utsatta för flera olika psykosociala påfrestningar och är ofta i behov av extra insatser i skola och familj. Gemensamt för majoriteten av barnen är att de behöver arbeta med sina kamratsvårigheter i grupp och/eller i en-till-en-kontakter. Separationsproblematik är vanligt förekommande. Många barn har också någon form av utagerande eller tillbakadragen/hämmande problematik, eller en kombination av dessa problem.

Uttagningsprocess

Enligt Terapikolonier sker uttagningsprocessen i tre steg, vilket har dokumenterats. Det är möjligt att det i gruppen av ej antagna finns barn med svårare och mer komplicerad problematik, och att barn i denna grupp har en lägre utvecklingsgrad och därför anses för omogna för kolonivistelse, men detta är svårt att utläsa ur ansökningshandlingarna och anteckningarna från uttagningsprocessen. Den behandlande terapeutens förmåga att beskriva barnet i ansökningshandlingarna är sannolikt något som har betydelse för vilken bild som förmedlas av barnet och hur det bedöms i uttagningsprocessen. En kompletterande bild till ansökningshandlingarna fås dock vid det möte på BUP där representanter från kolonin träffar de antagna barnen och deras terapeuter.

Orsaker till nekande av plats på Terapikolonier

Nedan följer ett antal exempel på exklusionskriterier för vistelse på terapikoloni. Ofta kan det vara en kombination av flera av dessa faktorer som gör att ett barn nekas plats.

- **Platsbrist:** När antalet barn som kan tillgodogöra sig en vistelse på kolonin är fler än antalet tillgängliga platser sker prioritering utifrån bland annat behov och gruppdynamiska faktorer
- **Otydlig ansökan:** Bristande information om barnet och dess problematik
- **Behov av mer hjälp än koloni kan ge:** I denna kategori ingår exempelvis självskadebeteende, aggressionsproblematik, barn med komplicerad tyngre problematik, svag vuxentillit och bristande reflektion kring sig själv

- **Risk för avhopp:** För stark bindning till föräldrarna, risk för att barnet känner sig ivägskickat eller övergivet av sina föräldrar
- **Annan problematik:** Barnet befinner sig mitt i en vårdnadstvist, annat primärt behandlingsbehov finns (t ex trauma), för stor rädsla, oro eller kontrollbehov hos barnet, risk för utstötning i gruppen
- **Andra orsaker:** kontakten med BUP är för ny, kolonivistelsen är ej ett led i behandlingen, förra årets vistelse gav ej önskat resultat, klarar vanlig kolonivistelse.

Vårdnadshavare

I ansökningshandlingarna framgår det att många familjer med registrerad gemensam vårdnad i själva verket innebär en aktiv ansvarstagande vårdnadshavare, exempelvis kan den ena föräldern vara psykiskt sjuk, ha missbruksproblem eller vara frånvarande. Detta är av vikt när det gäller att skapa sig en bild av barnet och dess problematik. Denna information kommer dock endast fram i ansökningshandlingarna om terapeuten valt att ta upp detta. Vårdnadsförhållandena tycks inte skilja sig åt nämnvärt grupperna emellan. Tydligt är att det i flera fall rör sig om mycket problematiska vårdnadsförhållanden kring barnet eller att det i vissa fall rör sig om barn med särskild problematik som är relaterad till att de är flyktingar, adopterade eller boende i fosterfamilj. Flera barn har dock mer oproblematiske familjeförhållanden.

Orsak till ansökan

Gemensamt för majoriteten av alla ansökningar är att terapeuterna anger att barnet behöver träna på sociala kontakter och kamratrelationer, där en del av barnen anges behöva träna mer en-till-en-kontakter eller grupsituationer. En förhoppning är att barnet skall uppleva positiva kamratkontakter, lära sig nya alternativa strategier och förhållningssätt för att hantera konflikter, impulsträning och hantera affekter. Det finns ofta också en förhoppning om att barnet ska få en mer positiv bild av sig själv och få ökat självförtroende. För förälder-barnkolonin handlar det ofta om en önskan att arbeta med relationen mellan föräldern och barnet genom att personalen stöttar föräldern och exempelvis visar på alternativa handlingssätt i problematiska situationer. För en del av barnen och föräldrarna är det viktigt att detta sker i en miljö utan den andra föräldern eller andra syskon. För både barn- och förälder-barnkoloni handlar vistelsen mycket om att i praktiken få pröva det man talat om i terapin på BUP. Syftet kan också vara att få mer kunskaper om barnet, när man inte kommer vidare i terapin. Ett fåtal terapeuter anger också, tillsammans med någon av anledningarna ovan, att ett av syftena med vistelsen på kolonin är att barnet ska få något att glädjas åt över sommaren och få en paus från familjen.

"Konstigt, jag brukar ju inte få kompisar men på kollo är det annorlunda..."

Sjutton av de 47 antagna ansökningarna år 2005 gäller barn som antingen vistats på terapikolonin tidigare (nio barn), eller barn som även vistades på kolonin år 2006 (åtta barn). Tre av dessa barn har vistats på terapikoloni tre gånger. En del barn har också erfarenheter från andra typer av sommarkolonier. Vid genomläsning av återansökningar visade det sig att terapeuterna i ansökningarna formulerar de effekter och resultat som de noterat att föregående kolonivistelse bidragit till. Denna information innebär kunskap om de långsiktiga resultaten av terapikolonivistelsen ett år tidigare, och bidrar med upplysningar som inte varit möjligt att avläsa från någon av de övriga informationskällorna. Även om urvalet är skevt, i och med att en terapeut troligen inte skulle ansöka på nytt om den första vistelsen haft ingen eller negativ inverkan på barnet, belyser detta möjligheten att mäta effekterna av terapikolonier på längre sikt än vad som görs idag, genom de behandlande terapeuternas fortlöpande iakttagelser av barnets utveckling. Den behandlande terapeuten har ofta möjlighet att observera hur överförandet av det miljöterapeutiska arbetet på terapikolonin till barnets vardag fungerar och vilka resultat det ger för barnets utveckling.

Den bild som presenteras av terapeuterna i återansökningarna är likartad. Nedan presenteras ett antal citat rörande de mestadels positiva effekter som rapporterats av terapeuterna i dessa återansökningar:

"Barnet lärde sig mycket om sig själv i förhållande till jämnåriga och fick därigenom en ökad förmåga att reflektera och att ta plats."

"Barnet, som från att ha varit mkt utestängt och utsatt, har nu fler kamrater, fungerar bättre i en-till-en-kontakter och t o m lagspel går bra. Barnet har haft stor glädje av behandlingen i kollogruppen och mognat mkt. Är mer initiativrik, påhittig och aktiv."

"Det har visat sig att ett sätt att nå barnet och arbeta med barnets svårigheter som fungerar bra är i "här och nu situationer" via miljöterapi på terapikolonin, och terapeuten vill därför arbeta vidare med ytterligare en vistelse."

"Förr har barnet tagit det som blev över och funnit sig i att andra bestämmer men kan numera ta kamp för sitt, oftast verbalt, och söker oftare stöd i en kamrat än en vuxen samt klarar motgångar bättre. Därtill har barnet också vuxit känslomässigt, är mer empatisk men dock fortfarande känslomässigt omogen vilket är ett av skälen till återansökan."

”Terapikolonivistelsen har resulterat i en psykologutredning på grund av upptäckt av aggression och vrede under den stillsamma ytan där det egentligen fanns något kommunikativt hos barnet vilket gjort att man kom vidare i behandlingen.”

”Barnet har utvecklat sin självständighet, haft roligt och har vågat ge utlopp för aggressivitet.”

”Barnet har fått hopp och livsglädje i kraft av vistelsen.”

”Barnet lärde sig mycket om sig själv i förhållande till jämnåriga och ökade sin förmåga till reflektion, förmåga till att ta plats vilket resulterade i en förbättrad självkänsla och självbild.”

”Egentligen har inte barnets sociala kontakter i skolan förbättrats men barnet har mer tydligt kunna markera vad han/hon vill och om han/hon känner sig illabehandlad.”

”Vistelsen var bara ett första steg på vägen, det behövs mer”

Dessa citat är intressanta som en del i utvärderingen av Terapikoloniers verksamhet, men för att kunna dra några generella slutsatser skulle det dock behövas kommentarer om varje enskilt barns vistelse och dess effekter, inte bara från de terapeuter som varit så pass nöjda att de anmält sina patienter på nytt. Det bör även beaktas i vilket sammanhang citaten ovan är skrivna, det vill säga som argument för att barnen ska antas på nytt.

Individuella sammanfattningar om barnets vistelse

Personalen på terapikolonier skriver individuella sammanfattningar om varje barns vistelse, samt en kortfattad gruppsammanfattning för de olika kolonigrupperna. Denna överlämnas till behandlande terapeuter vid det avslutande uppföljningsmötet. Syftet med de individuella sammanfattningarna är bland annat att förmedla barnets nyförvärvade erfarenheter, återkoppla till de mål som sattes upp för vistelsen och redogöra för andra händelser av vikt för den fortsatta behandlingen. I majoriteten av dessa beskrivs barnens positiva erfarenheter i generella ordalag.

Sammanfattningar av varje barns vistelse ger en bild av att vissa barn verkar uppleva en stark stress över att det skall föras samtal mellan personal, barn och förälder vid föräldrarnas besöksdag. Dessa samtal handlar om hur barnets vistelse varit så långt, men vissa barn verkar mer uppfatta dem som

skvaller eller mycket påfrestande avslöjanden. Ett barn uttryckte efter ett samtal att ”jag vet vad jag ska göra men jag *kan* inte göra det”. Ett annat barn beskrivs som rädd inför samtalet för att personalen ska säga något negativt och blir ledsen under besöket då barnet tycker att mamma klagat på småsaker. När föräldrarna har åkt säger barnet att det inte är ledset för att de åkt, utan för att barnet är besviken över att det inte lyckats genomföra sina planer. Andra barn är nervösa innan men blir positivt överraskade och stolta av det som sägs under samtalen.

De individuella sammanfattningarna är inte skrivna utifrån ett standardiserat formulär där överenskommelsen om målsättningar för barnet under koloniperioden är tydligt uttryckt. En sammanfattning av i vilken utsträckning de individuella målen för barnen har uppnåtts kan därför inte göras. Inte heller beskrivs de nyförvärvade erfarenheterna, som ska kunna användas i familjelivet eller i den fortsatta behandlingen, på ett tydligt sätt. Detta skulle naturligtvis underlätta för utvärdering och även för återkopplingen till familj och BUP. Barnets erfarenheter och utvecklingsförlopp under kolonivistelsen sammanfattas i löpande text enligt Bilaga 1.

Jämförelse mellan barn som antagits respektive inte antagits till kolonivistelse

Pastillsystemet är barn- och ungdomspsykiatriens vårdregister i Stockholms läns landsting. Registreringen i Pastill tjänar flera syften; som patientadministration, underlag för intern verksamhetsstatistik och uppföljning på enhets- och divisionsnivå, uppgiftslämnare till beställare för uppföljning och analys samt som grundmaterial för verksamhetsutvärdering och forskning. Innehållet i registret är i huvudsak gemensamt för hela BUP-divisionen. Registreringen innefattar idag information inom fyra områden: bakgrundsdata, aktuell situation, vårdaktiviteter och situation vid avslutning.

Från utvärderingsenheten på BUP rekvirerades i november 2007 data från Pastill. Det avidentifierade materialet bestod av data om de barn som sökt till Terapikolonier 2005. Uppsättningen innehöll information om ålder, kön, behandlingstid och behandlingsperioder, kontaktorsak, behandling, diagnos, psykosocial påfrestning, GAF- eller C-GAS- skattning (skattning av funktionsförmåga), annan behandling, samverkan och eventuell utredning. Informationen från Pastill var bristfälligt och oregelbundet registrerad vilket till viss del kan bero på att all data inte registreras förrän ärendet är avslutat och avskrivet.

Barnen

Totalt ingick 93 barn i den statistiska jämförelsen, 55 pojkar och 38 flickor. Barnen delades in i två grupper, en interventionsgrupp med de barn som vistats på terapikoloni 2005 och en kontrollgrupp med barn som ansökt men inte antagits eller avböjt vistelsen i sista stund. Ett bortfall ur Pastill förekom på grund av osäker identifiering av ett barn i kontrollgruppen.

Interventionsgruppen bestod av 43 barn, 20 flickor och 23 pojkar. Kontrollgruppen bestod sammanlagt av 50 barn, 18 flickor respektive 32 pojkar. Tabell 1 visar på ålders- och könsfördelning för barnen i de båda grupperna.

Tabell 1. Interventions- och kontrollgrupp fördelat på ålder och kön.

Födelseår	Interventionsgrupp		Kontrollgrupp	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
1988	2	1	0	0
1989	1	1	2	0
1990	1	0	0	2
1991	1	0	4	3
1992	2	2	4	4
1993	4	6	3	5
1994	3	3	2	7
1995	3	8	1	3
1996	2	1	1	5
1997	0	1	1	1
1998	0	0	0	2
1999	1	0	0	0
Totalt	20 (47%)	23 (53 %)	18 (36 %)	32 (64 %)

Det yngsta barnet som vistades på koloni år 2005 i interventionsgruppen var en flicka på sex år (född 1999) och den yngsta pojken var åtta år (född 1997). Vidare var de tre äldsta barnen 17 år (födda 1988). Genomsnittsåldern i interventionsgruppen var 12 år för flickor respektive 11 år för pojkar. I kontrollgruppen var genomsnittsåldern 12,5 år för flickor och 11år för pojkar.

Kontaktorsak

I tabell 2 redovisas fördelningen av kontaktorsaker som registrerats i Pastill för barnen i respektive grupp fram till och med 2007. Det bör poängteras att mer än en kontaktorsak ofta finns registrerad för varje barn. Detta beror dels på att många barn har haft flera kontakter med BUP under den aktuella tidsperioden, och dels har ibland mer än en kontaktorsak registrerats för en enskild behandlingsperiod. För interventionsgruppen har sammanlagt 204 kontaktorsaker registrerats, motsvarande siffra för kontrollgruppen är 238. Fördelningen av kontaktorsaker är nästan identisk i de två grupperna. Den vanligaste kontaktorsaken är relationsproblem i familjen, i både interventions- och kontrollgruppen utgör detta knappt hälften av alla kontaktorsaker. De näst vanligaste kontaktorsakerna är utåtriktade problem, problem i barnomsorgen/skolan, föräldraproblem samt andra inåtvända problem. Även dessa kontaktorsaker förekommer ungefär lika ofta i de båda grupperna, och var och en står för runt en tiondel av det totala antalet kontaktorsaker.

Tabell 2. Fördelning av orsaker till kontakt med BUP.

Kontaktorsak	Antal kontaktorsaker under den totala behandlingstiden på BUP			
	Interventionsgrupp (43 barn)		Kontrollgrupp (50 barn)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Relationsproblem i familjen	95	46,6 %	110	46,2 %
Utåtriktade problem	26	12,7 %	23	9,7 %
Problem i barnomsorgen/skolan	22	10,8 %	23	9,7 %
Föräldraproblem	19	9,3 %	26	10,9 %
Andra inåtvända problem	19	9,3 %	23	9,7 %
Oro kring avvikelser i utvecklingen	10	4,9 %	15	6,3 %
Utsatthet	6	2,9 %	12	5,0 %
Ångest tvång & fobier	2	1,0 %	1	0,4 %
Självskadebeteende	2	1,0 %	1	0,4 %
Depression/nedstämdhet	2	1,0 %	0	-
Depression & psykostillstånd (endast 2006)	0	-	2	0,8 %
Ätstörningar	0	-	1	0,4 %
Övrigt	1	0,5 %	1	0,4 %
Psykos/förvirring	0	-	0	-

Diagnos

Antalet diagnoser per barn som registrerats i Pastill under barnets totala behandlingstid varierar mellan ingen diagnos alls till sex diagnoser. Fördelningen mellan antalet ställda diagnoser är likartad för de båda grupperna. I både interventions- och kontrollgruppen är en diagnos vanligast. Barn med en diagnos utgör ca en tredjedel av de båda grupperna, medan fem och sex diagnoser per barn är minst vanligt förekommande. I båda grupperna är det ungefär en sjättedel av barnen som inte har någon diagnos registrerad.

I tabell 3 redovisas de vanligaste registrerade diagnoserna för interventions- och kontrollgruppen. Tabellen innehåller de diagnoser som registrerats för nio procent eller mer av barnen i respektive grupp. Eftersom mer än en diagnos kan vara registrerad på varje barn är det totala antalet diagnoser fler än antalet barn. Den vanligaste diagnosen för barnen i interventionsgruppen var "Trotssyndrom, utagerande stort beteende UNS", följt av "förstämningssyndrom", "ångeststörning" och "hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetstörning". I kontrollgruppen var diagnosen "hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetstörning" vanligast förekommande, följt av "ångeststörning", "trotssyndrom, utagerande stort beteende UNS" och "genomgripande störning i utveckling".

Tabell 3. De vanligaste diagnoserna för interventions- och kontrollgruppen.

Diagnos	Antal barn med registrerad diagnos			
	Interventionsgrupp (43 barn)		Kontrollgrupp (50 barn)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Trotssyndrom, utagerande stort beteende UNS	10	23,3 %	8	16,0 %
Förstämningssyndrom	8	18,6 %	5	10,0 %
Ångeststörning	7	16,3 %	8	16,0 %
Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetstörning	6	14,0 %	11	22,0 %
Uppförandestörning	5	11,6 %	5	10,0 %
Inlärningsstörning	5	11,6 %	1	2,0 %
Identitetsproblem	4	9,3 %	5	10,0 %
Posttraumatiskt stress syndrom	4	9,3 %	2	4,0 %
Ätstörningar	4	9,3 %	1	2,0 %
Genomgripande störning i utveckling	3	7,0 %	7	14,0 %
Motorisk störning	1	2,3 %	5	10,0 %

Psykosocial påfrestning

I Pastill finns möjlighet att registrera ett antal psykosociala påfrestningar för varje barn, det vill säga psykosociala omständigheter i barnets liv som kan innebära ett hinder i barnets utveckling. Antalet registrerade psykosociala påfrestningar varierade mellan 0 och 12 för barnen i interventionsgruppen, och 0 och 18 för barnen i kontrollgruppen. Medelvärdet för antalet registrerade psykosociala påfrestningar per barn i respektive grupp är dock nästan detsamma, i båda grupperna har i genomsnitt 4,2 psykosociala påfrestningar registrerats per barn.

De mest frekvent registrerade psykosociala påfrestningarna är ungefär desamma för båda grupperna. De två vanligaste påfrestningarna för både interventions- och kontrollgruppen är ”relationsproblem med kamrater” och ”relationsproblem mellan vuxna i familjen”, dessa problem har registrerats för ungefär hälften av barnen i de båda grupperna. Vidare har ”andra relationsproblem i familjen” registrerats för drygt en tredjedel av barnen i respektive grupp. Andra vanligt förekommande psykosociala påfrestningar i de båda grupperna är ”barnet är eller har varit skilt från mor/far”, ”uppgift föreligger om psykiska problem i familjen” och ”vårdnads- och umgängesproblem”.

Utredning

I tabell 4 presenteras vilka typer av utredningar som barnen i interventions- och kontrollgruppen har genomgått under sin totala behandlingsperiod. Vissa barn har inte genomgått någon utredning alls, medan andra har genomgått ett flertal olika utredningar. Psykologisk utredning är vanligast för både interventions- och kontrollgruppen. Det finns vissa skillnader mellan grupperna beträffande förekomsten av de andra utredningstyperna, neuropsykiatriska utredningar är mer förekommande i kontrollgruppen medan annan medicinsk utredning är vanligare i interventionsgruppen.

Tabell 4. Utredningar i interventions- respektive kontrollgrupp.

Typ av utredning	Interventionsgrupp (43 barn)		Kontrollgrupp (50 barn)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Psykologisk	16	37,2 %	20	40,0 %
Neuropsykologisk	6	14,0 %	8	16,0 %
Neuropsykiatrisk	4	9,3 %	10	20,0 %
Psykiatrisk	3	7,0 %	0	-
Annan medicinsk utredning	7	16,3 %	3	6,0 %

Antal besök

En mindre skillnad fanns mellan grupperna vad gäller det genomsnittliga antalet besök på BUP per barn. I interventionsgruppen besökte varje barn BUP i genomsnitt 88 gånger, motsvarande siffra i kontrollgruppen var 96 gånger. Det fanns stora variationer gällande det totala antalet besök inom de båda grupperna. I interventionsgruppen varierade antalet besök mellan 15 och 200, medan det i kontrollgruppen varierade mellan 1 till 343 besök. Dessa siffror avser det totala antalet besök, från det första registrerade besöket i Pastill till det sista registrerade besöket, alternativt fram till november 2007 om behandling fortfarande pågick, då uttaget ur Pastill gjordes.

Behandlingstid efter kolonivistelsen

Den tid som behandlingen på BUP fortsatte efter vistelsen, det vill säga från september 2005 och fram till som längst november 2007 då uttaget ur Pastill skedde, var i genomsnitt 13,6 månader för barnen i interventionsgruppen och 12,6 månader för kontrollgruppen. Vidare var drygt en tredjedel av barnen i interventionsgruppen, 16 av 43, under pågående behandling i november 2007. Motsvarande andel i kontrollgruppen var något högre, där knappt hälften av barnen, 24 av 50, var under pågående behandling.

Behandlingsinsatser

I tabell 5 redovisas vilka typer av behandlingar som registrerats för barnen i interventionsgruppen och kontrollgruppen under den totala behandlingstiden. Ofta finns flera olika behandlingsinsatser registrerade för samma barn. Den vanligaste insatsen för de två grupperna var ”råd/stöd, föräldrar”, vilken har registrerats för nära fyra femtedelar av både interventions- och kontrollgruppen. Insatsen ”familjeterapi/familjesamtal” var den näst vanligaste i interventionsgruppen där den har registrerats för tre fjärdedelar av barnen, medan samma insats i kontrollgruppen registrerats för en tredjedel av barnen. Vidare var ”råd/stöd, barn/tonåring” relativt vanlig i båda grupperna, den förekom hos en dryg tredjedel av interventionsgruppen och hos en dryg fjärdedel av kontrollgruppen. För en knapp tredjedel av interventionsgruppen har ”Föräldrabehandling: individuellt” registrerats som behandlingsinsats, medan motsvarande andel i kontrollgruppen är knappt en femtedel.

Värt att poängtera är att ”Terapikoloni” som insats endast är registrerad för knappt hälften av interventionsgruppen, trots att alla i gruppen blev antagna till terapikoloni år 2005. Detta understryker det tidigare påståendet att registreringen i Pastill är bristfällig. Enligt BUPs utvärderingsenhet kan dock detta resultat till viss del förklaras av att data ibland registreras först när en behandling är avslutad.

Tabell 5. Behandlingsinsatser för interventions- respektive kontrollgrupp.

Typ av behandlingsinsatser	Interventionsgrupp (43 barn)		Kontrollgrupp (50 barn)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Råd/stöd, föräldrar	34	79,0 %	39	78,0 %
Familjeterapi/familjesamtal	32	74,4 %	17	34,0 %
Terapikoloni	20	46,5 %	1	2,0 %
Råd/stöd, barn/tonåring	16	37,2 %	14	28,0 %
Föräldrabehandling: individuellt	14	32,6 %	9	18,0 %
Barnterapi	9	20,9 %	6	12,0 %
Nätverkssamtal	8	18,6 %	1	2,0 %
Föräldrabehandling: par	7	16,3 %	4	8,0 %
Gruppbehandling barn/tonåring	5	11,6 %	3	6,0 %
Samarbetssamtal	5	11,6 %	3	6,0 %
Kris/korttidsinsats fam.	4	9,3 %	5	10,0 %
Tonårsterapi	4	9,3 %	3	6,0 %
Korttidsterapi barn/tonåring	4	9,3 %	2	4,0 %
Samspelsbehandling	4	9,3 %	5	10,0 %

Samverkan

I tabell 6 anges vilka samverkanspartners som har registrerats i Pastill av BUP-terapeuterna för barnen i de två grupperna. Skolan och individ- och familjeomsorgen (socialtjänsten) är de två vanligaste samverkanspartnerna för båda grupperna. Samverkan med skolan sker kring knappt två tredjedelar av barnen i interventionsgruppen och kring drygt hälften av barnen i kontrollgruppen. Med individ- och familjeomsorgen sker samverkan kring ungefär hälften av barnen i båda grupperna. ”Ingen samverkan” har registrerats för knappt hälften av barnen i interventionsgruppen och för knappt en tredjedel av barnen i kontrollgruppen.

Tabell 6. Samverkanspartners med BUP för interventions- och kontrollgrupp.

Samverkan med:	Interventionsgrupp (43 barn)		Kontrollgrupp (50 barn)	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Skola	27	62,8 %	27	54,0 %
Individ & familjeomsorg	22	51,2 %	26	52,0 %
Ingen samverkan	19	44,2 %	15	30,0 %
Annan	7	16,3 %	2	4,0 %
Annan BUP	6	14,0 %	7	14,0 %
Primär/Barnsjukvård	4	9,3 %	5	10,0 %
Habiliteringen	2	4,7 %	5	10,0 %
Allmänpsykiatri	1	2,3 %	0	-
Barnomsorg	0	-	4	8,0 %

Skattningar av GAF- och C-GAS

Global Assessment of Functioning, GAF, är en skala för mätning av den globala funktionsförmågan. GAF-skalan består av 100 skalsteg där 1 motsvarar lägsta tänkbara funktionsförmåga och 100 högsta tänkbara funktionsförmåga. GAF-skattningen innebär alltså klinikerns, i detta fall BUP-terapeutens, bedömning av individens allmänna funktionsförmåga, och innefattar det psykiska, sociala och skolmässiga fungerandet hos patienten (Mini-D IV, 1995). Skattningen görs ofta före och efter en behandlingsperiod för att kartlägga eventuella kliniska framsteg. Children's Global Assessment Scale (C-GAS), är likt GAF ett bedömningsinstrument för klinikern att skatta funktionsförmåga mellan 1-100. C-GAS är dock speciellt utformat för barn och tonåringar. I de pastilldata som tagits ut för barnen som ansökt om plats på terapikoloni har både GAF och C-GAS använts för att bedöma barnens funktionsnivå.

Registreringen i Pastill av GAF- och C-GAS-skattningar är tyvärr ofullständig. För vissa barn finns ingen skattning alls registrerad, medan vissa barn enbart har en för- eller eftermätning registrerad. Vidare har ofta ett barn flera funktionsnivåskattningar registrerade före respektive efter kolonivistelsen. De skattningar som har använts är de som är registrerade närmast före och närmast efter själva vistelsen. För att resultatet av skattningen inte ska vara inaktuellt har inga skattningar som registrerats före 2004-06-01 och efter 2006-08-01 använts (kolonivistelsen ägde rum sommaren 2005).

Eftersom antingen GAF eller C-GAS har använts för att uppge barnens funktionsförmåga har båda dessa skalor ingått i beräkningen av genomsnittlig funktionsnivå för de båda grupperna.

I tabell 7 visas den genomsnittliga GAF/C-GAS-skattningen för interventions- och kontrollgruppen närmast före och närmast efter tidpunkten för kolonivistelsen. Interventionsgruppens genomsnittliga GAF-/C-GAS-skattning närmast före kolonivistelsen var 4,4 skalpoäng lägre än för interventionsgruppen. När den genomsnittliga GAF-/C-GAS-skattningen närmast före vistelsen jämförs med den närmast efter vistelsen, uppvisar interventionsgruppen en förbättring på 2,7 skalpoäng medan kontrollgruppen uppvisar en försämring med 2,3 skalpoäng. Andelen barn som ingår i beräkningen av den genomsnittliga funktionsförmågan är låg för båda grupperna.

Tabell 7. Skattning av GAF och C-GAS före och efter kolonivistelsen. Interventions- och kontrollgrupp.

	Genomsnittlig GAF/C-GAS-skattning närmast före vistelsen	Genomsnittlig GAF/C-GAS-skattning närmast efter vistelsen	Förändring
Interventionsgrupp	54,1 (baserat på 12 av 43 barn)	56,8 (baserat på 20 av 43 barn)	+2,7
Kontrollgrupp	58,5 (baserat på 13 av 50 barn)	56,2 (baserat på 25 av 50 barn)	-2,3

Spridning av ansökningar

I tabell 8 har ansökningar till terapikolonin delats upp utifrån vilket psykiatriskt verksamhetsområde de inkommit ifrån. En större andel ansökningar har kommit in från VO Sydost och VO Nordväst än övriga två VOn. Den största andelen av dem som antagits kommer från VO Sydost. Kategorin övrigt innefattar bland annat ansökningar från de läns gemensamma verksamheterna.

Tabell 8. Ansökningar fördelade på vårdområden.

	Antagna		Ej antagna		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	procent
Nordost	9	20,9 %	9	18,0 %	18	19,4 %
Nordväst	11	25,6 %	13	26,0 %	24	25,8 %
Sydväst	6	14,0 %	12	24,0 %	18	19,4 %
Sydost	16	37,2 %	11	22,0%	27	29,0 %
Övrigt	1	2,3 %	5	10,0 %	6	6,4 %
Totalt	43	100 %	50	100 %	93	100 %

Sammanfattning

På grund av den bristfälliga registreringen i Pastill bör de resultat som baseras på pastilldata tolkas med försiktighet, och slutsatser som dras utifrån dessa resultat bör beaktas med detta i åtanke.

Sammanfattningsvis kan sägas att interventions- och kontrollgruppen uppvisade stora likheter gällande ålder, kontactorsaker samt antal och art av psykosociala påfrestningar. Vidare är fördelningen mellan antalet ställda diagnoser ungefär densamma mellan grupperna. Vissa mindre skillnader kan dock vara värda att notera: Diagnosen trotssyndrom var nästan 1,5 gånger vanligare, diagnosen förstämningssyndrom nästan dubbelt så hög och diagnosen posttraumatiskt stressyndrom mer än dubbelt så hög i interventionsgruppen. Vidare var ätstörningar nästan fem gånger vanligare. Det genomsnittliga totala antalet besök på BUP per barn var något högre i kontrollgruppen, 96 besök jämfört med 88 besök i interventionsgruppen. Barnen i interventionsgruppen har i genomsnitt en månads längre behandlingstid efter terapikolonivistelsen än barnen i kontrollgruppen. Antal barn i pågående behandling var fler i kontrollgruppen än interventionsgruppen i november 2007.

De vanligaste förekommande behandlingsinsatserna för interventions- och kontrollgruppen var råd och stöd till föräldrar. Näst vanligast för barn i interventionsgruppen var familjeterapi/familjesamtal, medan råd/stöd till barn/tonåring var vanligare i kontrollgruppen. Individuell föräldrabehandling var något vanligare i interventionsgruppen. När det gäller samverkan så var samverkan med skola det som var vanligast för barnen i båda grupperna. För lite mer än hälften av samtliga barn pågick en samverkan med Individ- och Familjeomsorgen.

Interventionsgruppen hade en något lägre GAF- och C-GAS-skattning närmast före kolonivistelsen. När skattningen närmast före vistelsen jämfördes med skattningen närmast efter visade interventionsgruppen en liten förbättring medan kontrollgruppen visade en liten försämring. Man kan spekulera i om denna skillnad är relaterad till de smärre olikheterna i diagnoser. Underlaget för jämförelsen är dock litet och bör tolkas med försiktighet.

Diskussion och slutsatser

Sammanfattningsvis ger det samlade resultatet av tidigare rapporter en bild av att majoriteten av föräldrar, terapeuter och kolonipersonal upplever fler positiva effekter av terapikolonivistelsen än negativa. Kolonivistelsen anses ha bidragit till ökad social förmåga hos barnen samt påverkat deras självförtroende och syn på vänskap i positiv riktning, vilket i sin tur tycks ha skapat goda förutsättningar för den fortsatta behandlingen på den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen. Negativa erfarenheter och barn som inte utvecklas som förväntat på terapikolonin förklaras i något enstaka fall av personalen med att barnen inte lyckats tillgodogöra sig behandlingen, istället för att ifrågasätta de miljöterapeutiska arbetsmetoderna eller det egna arbetet kring det specifika barnet. I efterhand finns det anledning att fundera på om urvalsförfarandet kan bidra till negativa erfarenheter eller till att effekterna med vistelsen inte uppnås.

Samtidigt som det ofta är med stor glädje barnen åker till terapikoloni anses att barnen uppfattar att ett stort ansvar läggs på dem eftersom syftet med vistelsen bland annat är att de skall utveckla sitt beteende och egentligen genomgå en positiv förändring. Detta kan illustreras med den nervositet flera barn uttrycker inför samtalet med föräldrar och kolonipersonal under kolonivistelsen. Kanske skulle barnen kunna förberedas inför detta samtal genom någon form av avdramatiserande ”församtal”, före eller under kolonivistelsen? Av vikt för barnets positiva utveckling är också att den omgivande miljön förändras, liksom människorna i den. Som det ser ut idag behöver exempelvis föräldrar och lärare mycket stöd, information och kunskap i bemötandet av dessa barn. Därför finns det en styrka i att se och stötta barnen i deras vardagliga situationer, det vill säga i den miljö och med de människor det oftast befinner sig i och med, vilket gör det möjligt att se helheten. På så sätt är det också möjligt att träna sociala färdigheter i den miljö barnet är vant vid, vilket borde öka chanserna till att de nyvunna färdigheterna generaliseras. Detta är något som skulle kunna utgöra en förlängning av terapikoloniverksamheten då det också ger möjligheter att se orsakerna till barnets agerande samt omgivningens agerande.

Statistiken från Pastill visar att skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupp är små med avseende på exempelvis ålder, kontaktorsaker och psykosociala påfrestningar. Vissa skillnader i diagnos kan dock vara värda att reflektera över: trotssyndrom var nästan 1,5 gånger vanligare, och förstämningssyndrom respektive posttraumatiskt stressyndrom ungefär dubbelt så vanligt i

interventionsgruppen. Vidare var ätstörningar nästan fem gånger vanligare. Möjligen kan detta vara relaterat till vissa mindre skillnader mellan grupperna med avseende på funktionsförmåga (GAF/C-GAS). Interventionsgruppen hade en något lägre funktionsförmåga än kontrollgruppen innan vistelsen, och uppvisade en liten förbättring av funktionsförmågan efter vistelsen, medan kontrollgruppens funktionsförmåga under samma period försämrades något. Dessutom var 37 procent av interventions- respektive 48 procent av kontrollgruppen fortfarande i behandling i november 2007, vilket skulle kunna tyda på att en terapikolonivistelse medför en kortare behandlingstid för de barn som regelbundet går på behandling hos någon av barn- och ungdomspsykiatrins mottagningar. Något som motsäger detta är dock att bland dem som avslutat sin behandling efter kolonivistelsen var den genomsnittliga behandlingstiden något kortare för kontroll- än för interventionsgruppen.

Angående jämförelsen av GAF/C-GAS-skattningar mellan grupperna bör poängteras att registreringen i Pastill av dessa skattningar är ofullständig och underlaget för jämförelsen är litet. Vidare kan spekuleras kring vad jämförelsen av funktionsnivå före och efter kolonivistelsen egentligen visar. Eftersom kontrollgruppen inte fått någon insats överhuvudtaget är det svårt att säga vad skillnaden mellan grupperna beror på. Är det specifikt det miljöterapeutiska arbetssättet som ligger bakom interventionsgruppens marginella förbättring av funktionsförmågan, eller är kanske en kolonivistelse i sig, med allt vad det innebär av stimulerande aktiviteter, en paus från ibland påfrestande hemförhållanden, en möjlighet för föräldrar att vila upp sig et c, gynnsam för barnet? För att få ett så bra svar som möjligt på om koloniverksamhet som behandling är verksam skulle det vara bättre om kontrollgruppen fick genomföra en vanlig kolonivistelse, men utan behandlingsinnehåll. En sådan jämförelse skulle säga mer om effekten av det terapeutiska arbetet på kolonin än vad jämförelsen i denna rapport gör.

Något som skulle underlätta utvärdering av Terapikoloniers verksamhet är systematiska för- och eftermätningar av exempelvis barnens funktionsförmåga. Detta skulle ge möjlighet att bedöma effekten av vistelsen i mer konkreta termer, och skulle vara ett bra komplement till de mer kvalitativa utvärderingar som görs idag. Detta skulle kunna göras av de behandlande terapeuterna så nära inpå och efter vistelsen som möjligt. Underlaget i Pastill för en sådan jämförelse är idag otillfredsställande. Ett annat instrument som skulle kunna användas vid för- och eftermätningar är SDQ-Swe, ett test som mäter styrkor och svårigheter hos barn (Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). Detta test finns i två versioner, en för barnet och en för föräldern, och skulle kunna administreras av antingen behandlande terapeut eller Terapikolonier själva.

Trots de övervägande positiva resultaten från föregående undersökningar fattas svaret på frågan *hur* och *på vilket sätt* barnen förändras på lång sikt i vardagen. Bristen på närmare preciserade resultat och effekter syns i föregående rapporter där resultat presenteras i överlag positiva men ofta mycket generella ordalag. Ett sätt på vilket detta kan förbättras är genom införande av för- och eftermätningar som föreslagits ovan. Ytterligare en förbättring skulle vara att i större utsträckning mäta långtidseffekterna av en terapikolonivistelse, till exempel genom att följa upp hur länge måluppfyllelsen kvarstår i de fall man har satt upp ett mål för barnets kolonivistelse. En standardisering av diskussionsunderlaget (se bilaga 1) där mål och måluppfyllelse också finns med skulle underlätta utvärderingen av långsiktiga effekter. Undersökning av eventuella långsiktiga effekter skulle exempelvis kunna ske genom intervjuer med behandlande terapeuter för ansökande barn, såväl antagna som icke antagna, som har inblick i barnens utveckling över tid. I detta avseende kan återansökningarna vara värda en särskild fördjupningsstudie. Terapeuterna har också möjligheter att kontrollera för eventuella yttre händelser i barnens liv. På så sätt finns det goda chanser att också mäta om varaktiga förändringar eventuellt kan uppnås med hjälp av det behandlingskomplement som Terapikolonier erbjuder och om det ser annorlunda ut för olika barngrupper.

Beträffande frågan om vilka barn som har mest nytta av en vistelse på terapikoloni har tidigare forskning redan visat att det generellt förefaller som om barn med svårigheter att knyta sociala kontakter till jämnåriga kan ha stora möjligheter att utveckla dessa sidor vid kolonivistelse. Detta gäller både gruppkontakt och en till en-relationer. Dock får barnen inte vara för tungt belastade med annan problematik så som pågående vårdnadstvister. Andra skäl till att avslå en ansökan kan vara om ett barn har självskadebeteende eller aggressivt beteende, alternativt en för stark bindning till föräldrarna eller svag vuxentillit.

Av de inkomna ansökningarna hade majoriteten av barnen någon form av svårighet med kamratrelationer. Många hade också antingen utagerande och/eller inåtvänd problematik. Separationsproblematik var vidare vanligt förekommande. Då antalet sökanden översteg antalet platser blev antagningsprocessen ibland beroende av den behandlande terapeutens förmåga att tydliggöra problembilden i ansökan, en "felkälla" som kanske skulle kunna rättas till med ett standardiserat ansökningsformulär. Detta skulle även kunna ha funktionen av en checklista för att inte utelämna viktig information om barnets bakgrund. Genom att systematisera och tydliggöra ansökningsförfarandet skulle urvalsprocessen kunna bli mer stringent och bidra till att de bäst lämpade och mest behövande barnen antas till koloni.

Trots att Terapikolonier är en verksamhet med många möjligheter är terapikolonivistelsen ett kort avsnitt i många av dessa barns långa behandlingshistoria. Det är därför viktigt att se begränsningarna med vilka förändringar en sådan verksamhet kan åstadkomma. För att komma tillrätta med dessa barns svårigheter och uppnå varaktiga positiva förändringar krävs det ofta omfattande långvariga insatser från olika instanser i samhället. Genom att utveckla Terapikolonier utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet skapas goda förutsättningar för att denna verksamhet kan möta barnens behov och därmed utgöra en liten, men viktig, del bland flera samhällsinsatser. Det är också möjligt att Terapikolonier utifrån den kunskap som finns, baserad på internationell forskning, skulle vidga verksamheten till barn med mer medicinska problem såsom diabetes eller astma. Redan idag bedriver Terapikolonier verksamhet för överviktiga barn.

Utveckling av verksamheten

Baserat på innehållet i denna rapport följer nedan ett antal förslag på hur Terapikoloniers verksamhet skulle kunna utvecklas:

- Utveckla återkopplingsprocesserna till barn- och ungdomspsykiatri i samverkan med behandlande terapeuter efter kolonivistelsen
- Sätta upp tydligare behandlingsmål inför kolonivistelsen tillsammans med barnet och dess familj och behandlande terapeut
- Ta fram ett standardiserat formulär för ansökan till kolonivistelse
- Ta fram ett standardiserat formulär för utvärdering och uppföljning av barnets vistelse på kolonin
- Genomföra systematiska för- och eftermätningar av exempelvis funktionsförmåga för att kunna bedöma effekten av kolonivistelsen
- Hantera behandlande terapeuters utvärderingar anonymt, på samma sätt som görs med föräldrarnas utvärderingar
- Undersöka vilka effekter flera kolonivistelser har på barnen

Referenser

- Alvedahl, U., & Darby, A. (1993). *Gruppsammansättningens betydelse för behandlingen på BUP:s terapikolonier. En analys på individ och gruppnivå*. Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Bellander, A. (1996). *Har alla barn det tillräckligt bra på terapikoloni? En kvalitativ uppföljning av fem barn*. Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Berk, L. E. (1994). *Child development*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Briery, B., & Rabian, B. (1999). Psychosocial changes associated with participation in a pediatric summer camp. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 183-190.
- Bodén, J-O. (1991). *PBU-koloni -för vilka barn?* Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Carlberg, M. (1994). *Behandling i illusion och verklighet – en antologi om miljöterapi till PBU: s terapikoloniers 60-årsjubileum*. Stockholm.
- Darby, A., & Forsbeck Olsson, U. (2004). *Terapikoloni. Ett komplement som ger behandlingen mer vind i seglen*. Rapport 2004:1, BUP, Stockholms läns landsting.
- Eklöf, M. (2000). *Fyra bilder av samma sommar?* Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Ekström, B.M. (2001) *Diagnos ADHD/DAMP - Vad händer sedan? En kvalitativ studie över vad som händer efter diagnos för 11 barn som utretts och fått neuropsykiatrisk diagnos*. FOU-rapport 01-01, BUP, Stockholms läns landsting.
- Forsbeck Olsson, U. (1998). *Pappa-barn-kollo*. Publicerad av Terapikolonier.

Henricsson, L. (2006). *Warriors and Worriers. Development, protective and exacerbating factors in children with behavior problems. A study across the first six years of school.* Doktorsavhandling. Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.

Johansson, A., & Larsson, P. (2005). *Remitterande terapeuters syn på terapikoloniverksamheten 2005.* Internutvärdering, Terapikolonier.

Jädersten, K., & Westlund, D. (1998). *Hur var det på kollo?- Om gruppklimatet i en behandlingsgrupp vid PBU:s terapikolonier.* Uppsatsarbete vid utbildningen i gruppsykoterapi för barn och ungdom. Utbildningsenheten för PBU-verksamheten, Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.

Kuo, Frances E; Taylor, Andrea Faber. A potential natural treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence from a national study: Kuo and Faber Taylor Respond. [Journal; Peer Reviewed Journal] *American Journal of Public Health.* Vol 95(3) Mar 2005, 371-372.

Malmberg, M., Rydell AM., Smedje, H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(5), 357-363.

Marx, J. D. (1988). An outdoor adventure counseling program for adolescents. *Social Work*, 33(6), 517-520.

Michalski, J., Mishna, F., Worthington, C., & Cummings, R. (2003). A multi-method impact evaluation of a therapeutic summer camp program. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(1), 53-76.

Nyberg, L., & Lindberg, L. (2003). *Utagerande förskolebarn - hur kan de hjälpas? En litteraturöversikt av kunskapsbaserade hjälpinsatser till utagerande förskolebarn samt en utvärdering av Emil projektet.* Rapport 2003:7, Enheten för psykisk hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Parment, G. (1993). *Vad händer barnen på terapikolonin? Individuella processer och gruppdynamik i en barngrupp vid en av PBU's terapikolonier.* Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.

Ronnerstam, G. (1995). *Individuella målskalor för barn på PBU:s terapikolonier - ett sätt att värdera behandlingsutfall*. Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.

Sirkka, U. (1998). *Mamma-barn-kollo*. Publicerad av Terapikolonier.

Sternberg, Jennifer. (2007). *Jag tycker jag är. Barn med kamratsvårigheter - en uppföljning av barns vistelse på Terapikollo*. Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.

SOU 1998:31 (1998). *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Stockholm: Socialdepartementet.

Söderström, B. (1995). *En skjuts i utvecklingen. Att mäta hur ett kort inslag av miljöterapi påverkar ordinarie behandling*. Fördjupningsarbete på Psykologlinjen. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.

Tydén, A. (2003), *Vad var det som hände? Uppföljning av miljöterapi med småbarnsfamiljer på Kärnan*. FOU-rapport 03-04, BUP, Stockholms läns landsting.

Bilaga 1 Lathund att utgå ifrån vid diskussion inför och författande av sammanfattning av ett barns vistelse vid terapikoloni

I sammanfattningens rubrik skall ingå uppgifter om barnets förnamn, kolloperiodens namn och datum för den. Sammanfattningen skall dateras, ställas till remitterande för BUP-terapeuter och skrivas under av författaren och behandlingsansvarig föreståndare. Språket bör vara icke-värderande och inte innehålla ”fack-jargong”. Konkreta beskrivningar kan vara bra. Försök ge en levande bild av barnet där det mest centrala kommer fram och där balansen mellan barnets problem och styrkor blir rättvisande!

Sammanfattningen inleds med en beskrivning av den aktuella **kollogruppen** (cirka ½ sida):

- Redogör för gruppens sammansättning vad gäller kön och åldrar.
- Beskriv gruppens mognad, utveckling och centrala teman under perioden.
- Redogör för eventuella subgrupper eller centrala konfliktområden, liksom för händelser som blivit viktiga för hela gruppen.

Därpå följer en beskrivning av det enskilda **barnets** vistelse (cirka 1-1½ sida):

- Redogör för hur barnet fungerade vid separationen från föräldrarna.
- Beskriv utvecklingen under de första dagarna på kollo, hur barnet knyter an till vuxna, hur det relaterar till andra barn.
- Redogör för eventuella krisreaktioner.
- Beskriv den vidare utvecklingen. Hur fungerar barnet i grupp och vilken ställning har det i barngruppen? Placera in barnet i förhållande till den beskrivning av gruppen som gjorts ovan.
- Beskriv hur barnet fungerar i matsituationer och vid läggningen och hur det förmår ta hand om sig själv och sina saker.
- Ge en kort beskrivning av barnets förmåga till lek, enskilt och i grupp.
- Redovisa kort viktiga händelser och upplevelser i samband med föräldrabesök och telefonkontakt med hemmet.
- Sammanfatta kolloperioden som helhet utifrån hur gruppen sett ut och beskriv barnets egen utveckling och dess utveckling i förhållande till gruppens. Diskutera hur ni arbetat med olika behandlingsmål – föräldrarnas, BUP-mottagningens, eller egna som uppkommit under kollots gång.
- Redogör för barnets reaktioner i samband med separationen från kollo.

Ett exemplar av sammanfattningen skall sändas till föreståndaren som vidarebefordrar den till BUP-mottagningen där den fogas till barnets journal. Sammanfattningen kan alltså komma att läsas av barnet och dess föräldrar. Ett exemplar ska lämnas till kollokontoret för arkivering.

ISBN 978-91-86313-14-2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**